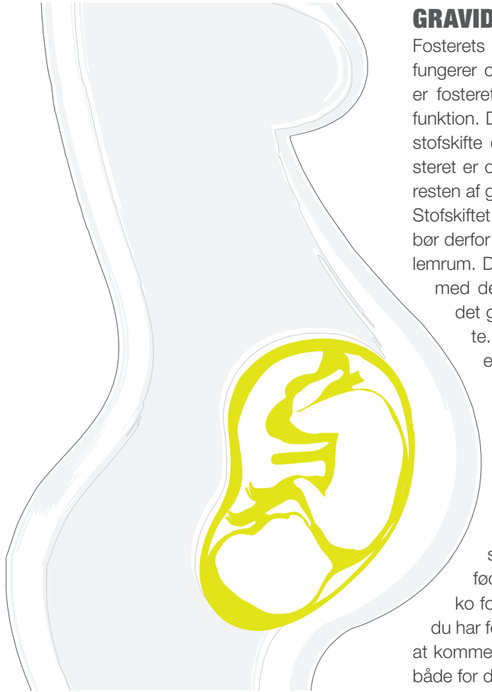


GRAVIDITET

Fosterets egen skjoldbruskkirtel er dannet og fungerer omkring 12. graviditetsuge. Indtil da er fosteret afhængig af moderens stofskifte-funktion. Derfor er det så vigtigt, at moderens stofskifte er på plads inden graviditeten. Fosteret er også påvirket af moderens stofskifte resten af graviditeten.

Stofskiftet ændrer sig igennem graviditeten og bør derfor kontrolleres med cirka 4 ugers mellemrum. Det er vigtigt at komme i behandling med det samme, når du bliver gravid, og det gælder for både højt og lavt stofskifte. Hvis du har været i jodbehandling, er blevet opereret eller har struma, skal du også kontrolleres, så snart graviditeten er konstateret.

Der er en øget risiko for spontan, ufrivillig abort, hvis dit stofskifte er for højt, når du bliver gravid. Ligeledes er der øget risiko for påvirket vækst af fosteret, misdannelser, svangerskabsforgiftning og for tidlig fødsel. Der vil også være en øjet risiko for at påvirke fosterets stofskifte, hvis du har for højt stofskifte. Derfor er det vigtigt at komme i behandling så hurtigt som muligt, både for dig og dit ufødte barn.

HENT VIDEN HOS STOFSKIFTEFORENINGEN

Når du finder ud af, at du har en stofskiftesygdom, kan det være svært at finde overskud til andet end dagligdagen. Man lærer det mest essentielle om sygdommen i en fart, men at føle sig fortrolig med sin stofskiftesygdom kan godt tage tid. Derfor kan det være en god idé at lære mere om sygdommen, når du har fået den rette behandling og igen har overskud. Du kan eksempelvis gå til Stofskifteforeningens informationsmøder, som bliver holdt cirka fire gange om året rundt om i landet.

Bliver du medlem af foreningen, modtager du også fire gange om året et medlemsblad fyldt med den nyeste viden om stofskiftesygdomme. Du kan se de kommende informationsmøder, melde dig ind og læse meget mere om stofskiftesygdomme på stofskifteforeningen.dk

Derudover kan du få rådgivning på foreningens patient-til-patient-rådgivning.

Foreningen sender desuden jævnligt nyhedsbreve ud til medlemmer på mail og har også en facebook-side.

STOFSKIFTE
FORENINGEN

- FORENINGEN FOR STOFSKIFTEPATIENTER

Blekinge Boulevard 2 | DK - 2630 Taastrup
info@stofskifteforeningen.dk | Sekretariat: +45 2973 2101
Patientrådgivning: +45 7026 0370 (man. kl. 19-21)

FOLDER-GRAVIDITET | 06-2019 | GRAFISK DESIGN / ILLUSTRATION: PERNILLEGRANATH.DK

GRAVIDITET OG STOFSKIFTE

- DET KAN SAGTENS LADE SIG GØRE, MEN HUSK LÆGEN

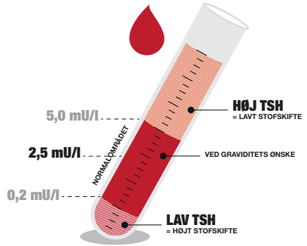
stofskifteforeningen.dk

STOFSKIFTE OG FERTILITET

Hvis man som kvinde får konstateret en stofskiftesygdom, inden man har fået børn, vil du måske spørge dig selv – Kan jeg få børn? Det kan du, der er dog nogle forhold, du skal være opmærksom på – både før, under og efter graviditeten.

Ved stofskiftesygdom kan det være sværere at blive gravid. Både mænds og kvinders lyst til sex kan være nedsat ved stofskiftesygdomme, og kvinders fertilitet kan også være nedsat. Det er vigtigt, at stofskiftet er på plads, før I indleder "projekt barn". Hvis stofskiftet ikke er på plads, vil kroppen bruge sin energi på at få styr på stofskiftet. Ved for lavt stofskifte kan der forekomme uregelmæssige menstruationer, og det vil også være med til at gøre det sværere at blive gravid. Ved for højt stofskifte anbefales det nogle gange, at behandlingen afsluttes, før du forsøger at blive gravid.

Muligheden for at blive gravid trods et velbehandlet stofskifte er dog forsat nedsat. Ved lavt stofskifte anbefales en TSH under 2.5, inden du bliver gravid. Hvis du har været i radioaktiv jodbehandling, skal du vente seks måneder, før du prøver at blive gravid.



MODERENS ANTISTOFFER

Hvis du har en autoimmun stofskiftesygdom, danner du antistoffer mod din egen skjoldbruskkirtel. Ved Graves' sygdom vil disse antistoffer passere moderkagen og påvirke fosterets stofskifte på samme måde som dit eget. Heldigvis falder produktionen af antistoffer under graviditeten. Efter fødslen vil produktionen stige markant, men det er normalt forbigående og behøver sjældent behandling. Dette gælder for både for højt og lavt stofskifte.

FAKTA

- 15-20 procent af alle graviditeter ender med spontan, ufrivillig abort. For kvinder med en stofskiftesygdom vil abortrisikoen være forhøjet.

MEDICIN

HØJT STOFSKIFTE

For højt stofskifte kan behandles med to forskellige typer medicin som er propyltiouracil (PTU) og thycapsol. Begge typer medicin passerer moderkagen under graviditeten og kan give bivirkninger. Hvis graviditeten kan planlægges, anbefaler lægerne, at du får PTU mod det høje stofskifte. Hvis graviditeten ikke er planlagt, er det vigtigt at tage en graviditetstest hurtigst muligt og få lagt en ny plan for behandling af stofskiftet sammen med din læge. Behovet for medicin falder normalt i løbet af graviditeten og kan nogle gange undværes helt. Ofte skal behandlingen i gang igen efter fødslen.

LAVT STOFSKIFTE

For lavt stofskifte behandles med et af tre forskellige præparater, det aktive stof er det samme og hedder thyroxin. Behovet for medicin vil normalt stige med 25-50 procent i graviditeten, men kan også være uændret. Efter fødslen skal du gå tilbage til den dosis, du fik før du blev gravid.

Det er vigtigt, at ændringer i medicin sker efter aftale med lægen.

FØDSEL

Stofskiftepatienter tilhører en risikogruppe af fødende, og derfor vil der nogle steder være en læge til stede under fødslen. Selv med en velbehandlet stofskiftesygdom fødes børnene oftest lidt for tidligt og med en lidt lavere fødselsvægt. Der er ikke større risiko for komplikationer ved selve fødslen for velbehandlede stofskiftepatienter end for andre.

AMNING

Amning anbefales stadig, selv om små mængder af stofskiftemedicin udskilles i modermælken. Hvis moderen danner antistoffer, udskilles disse også i modermælken, men fordele ved amning opvejer stadig ulemper ved udskillelse af både medicin og antistoffer.

FAKTA

- Det tilrådes at tage en almindelig vitaminpille med 150 mikrogram jod i graviditeten.
- Behandling med radioaktivt jod frarådes under en graviditet og under amning.
- Operation af skjoldbruskkirtlen kan foretages, men det anbefales, at det sker i andet trimester og ikke tidligere på grund af øget abortrisiko og ikke senere, da det kan øge risikoen for for tidlig fødsel.

BARNETS RISIKO FOR STOFSKIFTESYGDOM

I Danmark tages rutinemæssigt en blodprøve på alle børn på fjerde eller femtedagen, det kaldes hælprøve. Her undersøges bl.a. for Føllings sygdom og for TSH-værdier. Formålet er at finde de 10-15 børn, der årligt fødes uden skjoldbruskkirtel eller med en defekt i kirtlen. Der er ikke større risiko for at få et barn uden skjoldbruskkirtel, hvis du selv har en stofskiftesygdom.

TSH-værdien vil også kunne vise, om dit spædbarn har været påvirket af potentielle antistoffer f.eks. ved Graves' sygdom.

Hvis du eller faren til dit barn har en stofskiftesygdom, vil dit barns risiko for at udvikle en stofskiftesygdom stige, især, hvis det er pige. Risikoen er øget med 5-10 gange i forhold til, at du ikke har sygdommen.

Normalt er det ikke nødvendigt at tage specielle forholdsregler i forhold til barnet i barndommen. Så længe barnet vokser og tager på, som det skal, er det ikke nødvendigt med blodprøver. Du kender selv dit barn bedst og kender tegnene på stofskiftesygdom. Hvis der ses symptomer, er det let at kontrollere med en blodprøve.

DE TRE MEST ALMINDELIGE STOFSKIFTESYGDOMME HOS BØRN OG UNGE ER MEDFØDT LAVT STOFSKIFTE, ERHVERVET LAVT STOFSKIFTE OG HØJT STOFSKIFTE.