

# Neonatal tyreotoxikos och TRAK-positiva mödrar

## Bakgrund

Ungefär 2 % av alla gravida kvinnor har en rubbning i sköldkörtelfunktionen. En tiondel av dessa beräknas ha överfunktion (hypertyreos), oftast med sjukdomsdebut innan aktuell graviditet. Vanligaste bakomliggande orsak är Graves sjukdom. Dessa patienter är nästan alltid TRAK-positiva.

TRAK = antikroppar riktade mot TSH-receptorn i tyreoida.

Positiv TRAK talar för pågående Graves sjukdom, nydebuterad eller reaktiverad av t.ex. en graviditet.

En kvinna som behandlats för hypertyreos kan ha kvarstående förhöjda TRAK-nivåer under flera år. Kliniskt kan hon vara euthyroid eller hypotyretotisk med Levaxinsubstitution. Det är alltså viktigt att fråga om tidigare genomgången hypertyreos och kontrollera TRAK-nivåer.

## Provtagning och handläggning

Barn till TRAK-positiva mödrar ska kontrolleras med TSH, T4 åtminstone vid två tillfälle:

1. Gärna i navelsträngsprov eller på barnet snarast efter förlossningen.
2. I samband med PKU.

TRAK ska helst tas vid första provtagningstillfället.. Om detta missats räcker det i samband med PKU, ( denna parameter ändras inte snabbt i tiden och behöver inte tas tätt).

- Daglig läkarundersökning med början på förlossningen och extra provtagning på klinisk indikation.
- Kontroller med andningsfrekvens och puls samt observation angående oro, sprittighet 2ggr med 4 timmars mellanrum. (Risk för takypné, takykardi och motorisk oro). Om inget avvikande glesa ut kontroller till var 8 timme.
- Barnet bör stanna på BB tills svar på TSH och T4 taget i samband med PKU har kommit. Om barnet är symtomfritt behövs inte vård på avdelning 10.

- Om modern har aktiv sjukdom och behandlas med tyreostatika kan det dröja 3-5 dagar innan barnet får symptom. DENNA GRUPP SKA MAN VARA MEST OBSERVANT PÅ.
- Om normala TRAK hos barnet kan kontrollerna avslutas.
- Välmående barn med TRAK positivt får vidare uppföljning via Neonatalmottagning = prover och undersökning 1 gång i veckan t o m 4 veckors ålder. Om TSH under 2,0 eller mamma får tyreostatika under 3:e trimestern tätare kontroller.

### Behandling vid uttalade symptom:

1. Tablett tiamazol (Thacapzol) 5 mg, 0,5-1 mg/ dygn uppdelat på 2 doser. Finns på avdelning 10.
2. Tillägg av L-tyroxin (Levaxin) senare i förloppet när fT4 och fT3 når referensområde. Dos 25 mikrogram x 1.
3. Vid besvärligt takykardi ges Propranolol 1 mg/ml, 0,5-2 mg/kg/dygn fördelat på tre doser. Finns på avd 10.
4. Prednisolon 2 mg/kg och dygn fördelat på 2-3 doser.
5. Utbytestransfusion för att sänka serumnivåer av hormoner och TRAK
6. Vid allvarliga biverkningar av Thacapzol (agranulocytos, leverpåverkan) ges Kaliumjodid (Lugols lösning, 5% jod-jodkaliumlösning, APL, artikelnummer 330076, ≈2.2 mg jod per droppe). Dosering 1 droppe (0.05 ml) x 1-3. Jod minskar frisättningen av redan bildat tyreoideahormon. (Finns på operationsavdelningen).

Insatt behandling kan vanligen avslutas efter 2-3 månader då TRAK har eliminerats ur barnets cirkulation. Avsluta först Thacapzol och 2 veckor senare Levaxin.

I normalfallet behandlas enligt punkt 1 och 2, ibland 3.

Referens

[http://endodiab.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/9/2015/02/VP\\_2010\\_tyreotxikos\\_endokrinsektionen\\_finalt.pdf](http://endodiab.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/9/2015/02/VP_2010_tyreotxikos_endokrinsektionen_finalt.pdf)

Länk nedan innehåller tabell med referensvärden för TSH och T4:

[http://endodiab.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/9/2015/02/VP\\_Kongenital\\_hypothyreos\\_BLF-050419.pdf](http://endodiab.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/9/2015/02/VP_Kongenital_hypothyreos_BLF-050419.pdf)