

ATD-behandlingen ophører efter 12-18 måneders behandling, vil ca. 50% få recidiv, men oftest først efter længere tids ophør med behandlingen [28]. Hvis lægen skønner, at den gravides Graves' sygdom er i remission, foreslår vi, at den gravide ophører med ATD-behandlingen, og at der udføres thyroideafunktionstest hver uge resten af første trimester. Hvis det er nødvendigt at fortsætte ATD-behandlingen, må vi med vor nuværende viden anbefale, at der bruges PTU i første trimester.

**KORRESPONDANCE:** Stine Linding Andersen, Endokrinologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Sdr. Skovvej 15, 9000 Aalborg. E-mail: stine.a@rn.dk

**ANTAGET:** 30. juni 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTEK:** 22. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriften.dk

#### LITTERATUR

- Cooper DS, Laurberg P. Hyperthyroidism in pregnancy. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2013;1:238-49.
- Carle A, Pedersen IB, Knudsen N et al. Epidemiology of subtypes of hyperthyroidism in Denmark: a population-based study. *Eur J Endocrinol* 2011;164:801-9.
- Andersen SL, Olsen J, Wu CS et al. Low birth weight in children born to mothers with hyperthyroidism and high birth weight in hypothyroidism, whereas preterm birth is common in both conditions: a Danish National Hospital Register study. *Eur Thyroid J* 2013;2:135-44.
- Bahn RS, Burch HB, Cooper DS et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid* 2011;21:593-646.
- De Groot L, Abalovich M, Alexander EK et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:2543-65.
- Laurberg P, Andersen SL. Antithyroid drug use in early pregnancy and birth defects. *Eur J Endocrinol* 2014;171:R13-R20.
- Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Human birth defects. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2013:471-501.
- Milham SJ, Elledge W. Maternal methimazole and congenital defects in children. *Teratology* 1972;5:125-6.
- Mandel SJ, Brent GA, Larsen PR. Review of antithyroid drug use during pregnancy and report of a case of aplasia cutis. *Thyroid* 1994;4:129-33.
- Foulds N, Walpole I, Elmslie F et al. Carbimazole embryopathy: an emerging phenotype. *Am J Med Genet A* 2005;132A:130-5.
- Bowman P, Osborne NJ, Sturley R et al. Carbimazole embryopathy: implications for the choice of antithyroid drugs in pregnancy. *QJM* 2012;105:189-93.
- Taylor PN, Vaidya B. Side effects of anti-thyroid drugs and their impact on the choice of treatment for thyrotoxicosis in pregnancy. *Eur Thyroid J* 2012;1:176-85.
- Al-Noury K, Lotfy A. Role of multislice computed tomography and local contrast in the diagnosis and characterization of choanal atresia. *Int J Pediatr* 2011;2011:280763.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Esoophageal\\_atresia#mediaviewer/File:Esoophageal\\_atresia\\_contrast.png](http://en.wikipedia.org/wiki/Esoophageal_atresia#mediaviewer/File:Esoophageal_atresia_contrast.png) (18. jun 2014).
- Yoshihara A, Noh J, Yamaguchi T et al. Treatment of Graves' disease with antithyroid drugs in the first trimester of pregnancy and the prevalence of congenital malformation. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:2396-403.
- Chen CH, Xirasagar S, Lin CC et al. Risk of adverse perinatal outcomes with antithyroid treatment during pregnancy: a nationwide population-based study. *BJOG* 2011;118:1365-73.
- Korelitz JJ, McNally DL, Masters MN et al. Prevalence of thyrotoxicosis, antithyroid medication use, and complications among pregnant women in the United States. *Thyroid* 2013;23:758-65.
- Andersen SL, Olsen J, Wu CS et al. Birth defects after early pregnancy use of anti-thyroid drugs: a Danish nationwide study. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:4373-81.
- Rosenfeld H, Ornoy A, Shechtman S et al. Pregnancy outcome, thyroid dysfunction and fetal goitre after in utero exposure to propylthiouracil: a controlled cohort study. *Br J Clin Pharmacol* 2009;68:609-17.
- Clementi M, Di Gianantonio E, Cassina M et al. Treatment of hyperthyroidism in pregnancy and birth defects. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:E337-41.
- Benavides VC, Mallela MK, Booth CJ et al. Propylthiouracil is teratogenic in murine embryos. *PLoS One* 2012;7:e35213.
- van Veenendaal NR, Ulmer B, Boskovski MT et al. Embryonic exposure to propylthiouracil disrupts left-right patterning in *Xenopus* embryos. *FASEB J* 2013;27:684-91.
- Rivkees SA. Propylthiouracil versus methimazole during pregnancy: an evolving tale of difficult choices. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:4332-5.
- Huang XY, Tay GS, Wansaicheong GK et al. Preauricular sinus: clinical course and associations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:65-8.
- Andersen SL, Olsen J, Wu CS et al. Severity of birth defects after propylthiouracil exposure in early pregnancy. *Thyroid* 2014;24:1533-40.
- Momotani N, Ito K, Hamada N et al. Maternal hyperthyroidism and congenital malformation in the offspring. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1984;20:695-700.
- Laurberg P. Remission of Graves' disease during anti-thyroid drug therapy. *Eur J Endocrinol* 2006;155:783-6.
- Laurberg P, Wallin G, Tallstedt L et al. TSH-receptor autoimmunity in Graves' disease after therapy with anti-thyroid drugs, surgery, or radioiodine: a 5-year prospective randomized study. *Eur J Endocrinol* 2008;158:69-75.
- Laurberg P, Nygaard B, Andersen S et al. Association between TSH-receptor autoimmunity, hyperthyroidism, goitre, and orbitopathy in 208 patients included in the remission induction and sustenance in Graves' Disease Study. *J Thyroid Res* 2014;2014:165487.
- Lee MJ, Yang HJ, Kim JH. Reconstruction techniques for tissue defects formed after preauricular sinus excision. *Arch Plast Surg* 2014;41:45-9.

## Anfaldsvis abdominalia kan være abdominal migræne

Eva Rasmussen<sup>1</sup> & Camilla Nøjgaard<sup>2</sup>

### KASUISTIK

1) Gastroenheden, Medicinsk Sektion, Hvidovre Hospital  
2) Medicinsk Afdeling, Amager Hospital

Ugeskr Læger  
2015;177:V08130513

I sundhedsvæsenet ses der mange patienter med tilbagevendende abdominalia. Patienterne har mange kontakter og ses i flere forskellige specialer. En lille gruppe af disse patienter kan lide af abdominal migræne og kan behandles med migræne medicin. Abdominal migræne ses oftest i barndommen, men er også beskrevet kasuistisk hos voksne. International Headache Society har defineret de diagnostiske kriterier (Tabel 1) [1]. Ifølge Roberts & deShazo kan de

også bruges hos voksne [2]. Patienterne har karakteristiske, recidiverende anfaldsvises mavesmerter samt to ud af følgende symptomer: appetitløshed, kvalme, opkastninger og bleghed. Patienterne er ofte kvinder, der er disponeret til eller har migræne. Det er en eksklusionsdiagnose.

### SYGEHISTORIE

En 25-årig kvinde blev henvist pga. daglig kvalme og



Mavesmerter.



TABEL 1

Diagnostiske kriterier for abdominal migræne (International Classification of Headache Disorders II).

A	≥ 5 anfald, som opfylder kriterie B-D
B	Anfald af mavesmerter, varighed min. 1-72 t. (ubehandlet eller ingen effekt af behandling)
C	Mavesmerterne har flg. karakteristika: Lokaliseret i midtlinjen, periumbilikalt eller diffust Dump smerte eller ømhed Intensiteten moderat-svær
D	Samtidig med mavesmerterne ≥ 2 af flg.: Madlede Kvalme Opkastninger Blegthed
E	Ingen sammenhæng med anden sygdom

opkastninger og i relation hertil tynd afføring 2-5 gange dagligt samt trykkende periumbilikale mavesmerter og vægttab. Hun havde gennem to år haft migræne uden aura ca. hver sjette uge og fik anfaldsbehandling med rizatriptan. Hun havde ikke bemærket effekt på gastrointestinal (GI)-symptomerne. Hun var arveligt disponeret til migræne. Inden for det seneste år var hun pga. de beskrevne symptomer blevet udredt på et andet hospital og havde været indlagt flere gange. Følgende undersøgelser var udført: blodprøver inklusive synachtentest og humant choriongonadotropin, afføringsprøver for patogene tarmbakterier og parasitter, laktosebelastning, cøliakiantistoffer, gastroskopi, øsofagusmanometri, koloskopi, CT af abdomen, PET-CT og MR-skanning af cerebrum uden positive fund. Hun var uden effekt forsøgt behandlet med metoclopramid og domperidon pga. kvalme og metronidazol på mistanke om bakteriel overvækst. Hun havde været sygemeldt i et år. Pga. spontan bedring blev behandlingen afsluttet, og hun kunne genoptage sine studier.

Efter få måneder fik hun recidiv af GI-symptomerne. Hun blev på ny henvist til udredning. I mellemtiden havde hun selv opsøgt en psykolog, som ikke fandt grund til yderligere behandling. Hun ønskede ikke sygemelding fra studiet. Ved den ambulante vurdering blev sygehistorien gennemgået, og hun blev henvist til en neurolog på mistanke om abdominal migræne. Efter råd fra egen læge var hun stoppet med p-piller. Ved det første besøg hos neurologen var hun symptomfri. Da hun atter fik de kendte GI-symptomer, forsøgte anfaldsbehandling med rizatriptan med delvis effekt. Derefter påbegyndte man profylaktisk behandling med propranolol. Hun fik ty-

delig bedring og havde på syv måneder tre mindre intense anfald af et døgn varighed med mavesmerter kvalme og diarré. Hun kunne nu følge studiet uden problemer.

## DISKUSSION

Vi beskriver her en sygehistorie, hvor en ung psykisk upåfaldende kvinde blev massivt udredt på forskellige afdelinger uden fund af abdominal sygdom på trods af invaliderende GI-symptomer. Hun havde migræne og var disponeret hertil. P-piller blev seponeret, da de kan provokere migræne. Det er uvist, om det forklarer den bedring, hun havde, inden hun blev undersøgt af neurologen. Hun opfyldte kriterierne for abdominal migræne fraset tidsgrænsen for anfald, hvor hun i starten næsten dagligt havde symptomer. Efter påbegyndelse af propranololbehandling svandt symptomerne, og hun kunne genoptage sine daglige aktiviteter.

Abdominal migræne er en omdiskuteret diagnose. Formentlig fordi det er en eksklusionsdiagnose, kun ses hos en ganske lille gruppe patienter, og patogenesen ikke er sufficient belyst. Da migrænepatienter har en øget forekomst af abdominal ubehag og smerter [3], formodes disse symptomer at være en migræneækvivalent. Differentialdiagnoserne er mange, bl.a. funktionel dyspepsi, colon irritabile, *cyclic vomiting syndrome*, *functional vomiting*, hereditært abdominalt angioødem og hashmisbrug. Mange af differentialdiagnoserne er funktionelle GI-lidelser, og man skal være opmærksom på, at der ved behandling af disse lidelser er en høj placeboeffekt [4].

Der er ingen evidens for behandlingen af abdominal migræne. I en nylig litteraturgennemgang om

abdominal migræne hos voksne og behandling heraf anbefales profylaktisk behandling med f.eks. propranolol eller topiramate. Anbefalingerne bygger på guidelines fra American Academy of Neurology for behandling af migrænehovedpine [5].

Yderligere forskning på området er ønskværdig.

**KORRESPONDANCE:** *Eva Rasmussen*, Gastroenheden, Hvidovre Hospital, Kettegård Alle 30, 2650 Hvidovre. E-mail: eva.lund.rasmussen@regionh.dk

**ANTAGET:** 21. maj 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 8. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalgia* 2004;24(suppl):9-160.
2. Roberts JE, deShazo RD. Abdominal migraine, another cause of abdominal pain in adults. *Am J med* 2012;125:1135-9.
3. Kurth T, Holtmann G, Neufang-Hubert J et al. Prevalence of unexplained upper abdominal symptoms in patients with migraine. *Cephalgia* 2005;26:506-10.
4. Patel SM, Staton WB, Legedza A et al. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:332-40.
5. Woodruff AE, Cieri NE, Abeles J et al. Abdominal migraine in adults: a review of pharmacotherapeutic options. *Ann Pharmacother* 2013;47:e27.

## AKADEMISKE AFHANDLINGER



Tim Tolker-Nielsen:

### **Pseudomonas aeruginosa biofilm infections: from molecular biofilm biology to new treatment possibilities**

Disputats

**E-MAIL:** ttn@sund.ku.dk

**UDGÅR FRA:** Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

**FORSVARET FINDER STED:** den 8. januar 2015, kl. 14.00, auditorium A, Teilm-bygningen, Frederik V's Vej 11, København.

**OPPONENTER:** *Susanne Häußler*, Tyskland, *Ute Römling*, Sverige og *Peter Skinhøj*.



Peter Mygind Leth:

### **Computed tomography in forensic medicine**

Disputats

**E-MAIL:** pleth@health.sdu.dk

**UDGÅR FRA:** Retsmedicinsk Institut, Syddansk Universitet.

**FORSVARET FINDER STED:** den 16. januar 2015, kl. 14.00, auditoriet, J.B. Winsløvs Vej 25, Odense.

**OPPONENTER:** *Jens Karstoft*, *Lars Oesterhelweg*, Berlin, og *Ingemar Thiblin*, Uppsala.

Hans Jørgen Søgaard:

### **Prevalence and effect of detecting common mental disorders in long-term sickness absence**

Disputats

**E-MAIL:** hans.soegaard@ps.rm.dk

**UDGÅR FRA:** Psykiatrisk Forskningsenhed Vest, Regionspsykiatrien Vest, Herning og Syddansk Universitet.

**FORSVARET FINDER STED:** den 23. januar 2015, kl. 14.00, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Auditoriet, Winsløwparken 25, Odense.

**OPPONENTER:** *Merete Nordentoft*, *Niels Erik Ebbelhøj* og *Bent Nielsen*.



Anne Vest Sørensen:

### **Analysis of the implementation of tyrosine kinase and mTOR-inhibitor treatment of metastatic renal cell carcinoma in Denmark**

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** anne.vest.soerensen@regionh.dk

**UDGÅR FRA:** Onkologisk Afdeling, Herlev Hospital.

**FORSVARET FINDER STED:** den 9. januar 2015, kl. 14.30, store auditorium, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, Herlev.

**BEDØMMERE:** *Tim Eisen*, Cambridge, UK, og *Lars Lund*.

**VEJLEDERE:** *Poul Geertsen* og *Frede Donskov*.