Tyreoideasjukdomar i graviditet

Innehåll

Provtagning och handläggning i graviditet, barnmorska ... 2
Inledning ... 2
Provtagning, under graviditet – barnmorska ... 2
Handläggning, läkare på barnmorskemottagning ... 4
Nyupptäckt hypotyreos – allmänläkare eller obstetriker ... 4
Uppföljning och dosjustering ... 4
TSH över 20 mIE/L ... 4
Post partum ... 4
Känd levotyroxinbehandlad hypotyreos – allmänläkare eller obstetriker ... 5
TSH inom referensintervallet ovan ... 5
TSH 4,0–9,99 mIE/L ... 5
TSH 10,0–19.9 mIE/L ... 5
TSH över 20 mIE/L ... 5
TSH under referensvärdet ... 5
Hypertyreos ... 5
Tidigare genomgången Graves sjukdom – nu frisk ... 5
Pågående hypertyreos med tyreostatikabehandling ... 6
Nyupptäckt hypertyreos ... 6
Fostermedicinsk övervakning ... 6
Obehandlad kvinna med påvisade TPOAk ... 6
Tyreoideasjukdom med debut efter graviditeten ... 7
Amning ... 7
Jodbehov under graviditet ... 7
Liothyronin (T3) och sköldkörtelextrakt under graviditet ... 7
Referenser ... 7
Dokumenthistorik ... 8

Provtagning och handläggning i graviditet, barnmorska

Inledning

Tyreoideafunktionen har betydelse för kvinnans fertilitet. Senare års studier har dock inte kunnat påvisa ett förbättrat graviditetsutfall med behandling av subklinisk hypotyreos avseende barnets kognitiva utveckling, missfall eller prematurförlossning. I ett samarbete mellan endokrin-ARG - Sveriges förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), mödrahälsovårdsöverläkare och endokrinologer har man därför beslutat att förändra de nationella riktlinjerna. Detta dokument bygger på SFOGs riktlinjer från 2017.
Under graviditet ökar produktionen av sköldkörtelhormon och för detta krävs jod. Alla gravida ska därför använda joderat salt, se även sidan 4.

Provtagning, under graviditet – barnmorska

Rutin enligt följande:

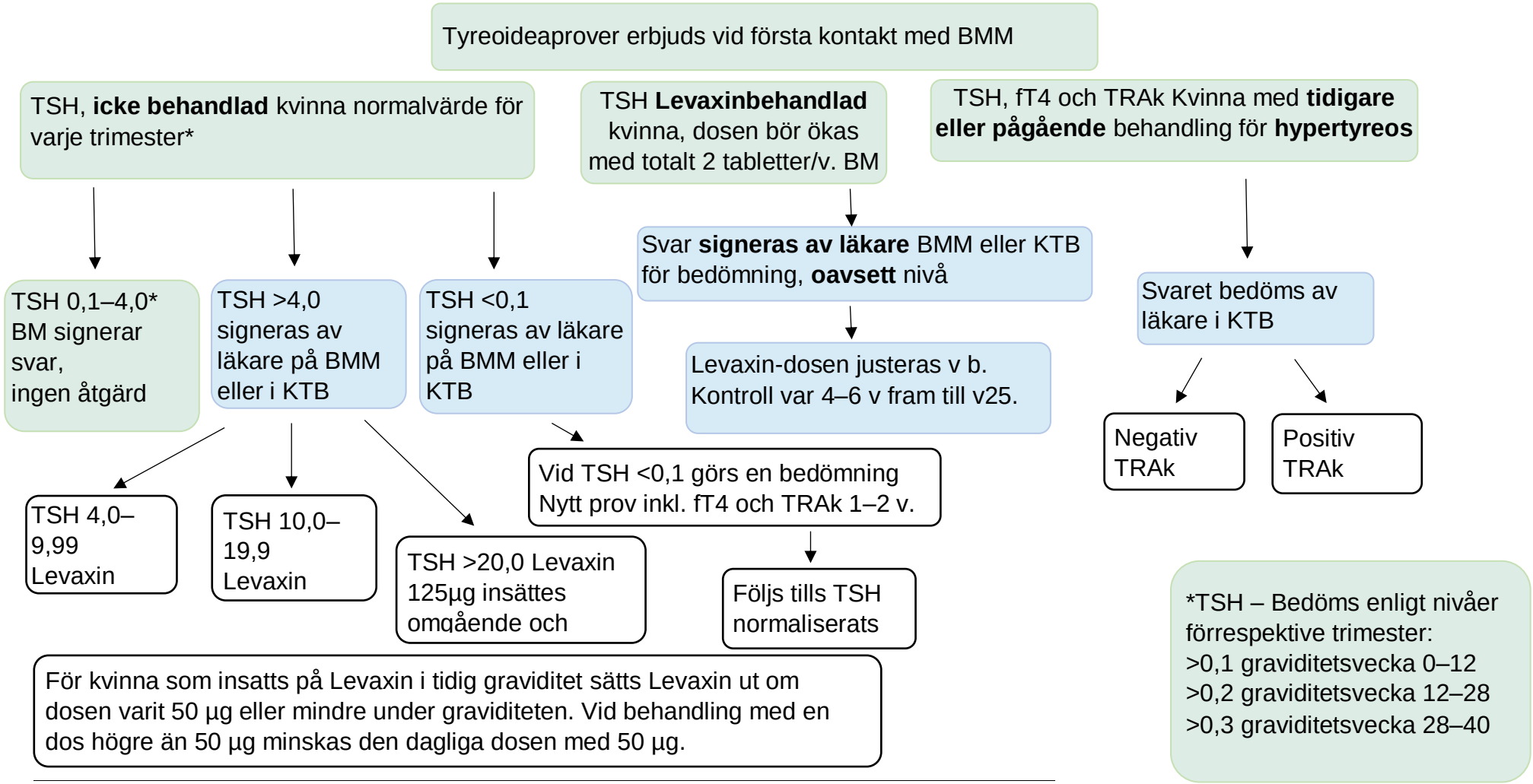
- **TSH** tas tidigt i graviditeten på **alla icke-behandlade** kvinnor. Antingen i samband med tidigt hälsosamtal eller så beställer barnmorskan prov som kvinnan tar inför första besöket.
- Kvinnor med pågående behandling ska vid första kontakt, till exempel i samband med telefonkontakt för bokning av tid, rekommenderas en ökning av den totala veckodosen tyroxin, exempelvis Levaxin, från 7 till 9 tabletter om hon inte redan gjort så. Detta är särskilt viktigt om kvinnan har opererat bort sköldkörteln.
- TSH kontrolleras 3–4 veckor efter dosökningen hos Levaxinbehandlad kvinna.
- Om kvinnan inte ökat sin dos tas TSH vid första besöket.
- Om kvinnan behandlats för en tyreotoxicos, Graves, tas även TRAk, **oavsett** vilken behandling hon har vid inskrivningen.

Referensintervall för TSH under graviditet är följande:

- Första trimestern: TSH 0.1–4.0 mlE/L.
- Andra trimestern: TSH 0.2–4.0 mlE/L.
- Tredje trimestern: TSH 0.3–4.0 mlE/L.

Ett TSH som ligger inom dess intervall hos kvinna som **inte** har någon Levaxinbehandling signeras av barnmorska.
Avvikande TSH- svar och svar på kvinna med behandling, sätts till läkare för bedömning.

Flödesschema, gröna rutor gäller Barnmorskemottagningar (BMM).



Handläggning, läkare på barnmorskemottagning

I första hand är det läkare på Barnmorskemottagning (BMM) som handlägger avvikande tyreoideaprov.
I första hand bedöms endast TSH. Om fT4 tagits så finns referensvärden för graviditet nedan. Tänk på att vissa läkemedel, till exempel SSRI, och jodbrist kan ge lågt T4. Informera om att använda joderat salt, i normala mängder.

Lågt TSH kan vara tecken på gestationell hypertyreos. Nya prover med TSH, fT4 **samt** TRAk tas inom en till två veckor. Vid förhöjt TSH, men normalt eller endast lätt förhöjt fT4, misstänk i första hand gestationell hypertyreos., se även sidan 4 längst ner.

Referensvärden för fT4 under graviditet är följande:

- 1: a trimestern: 12–20 pmol/L.
- 2: a trimestern: 10–17 pmol/L.
- 3: e trimestern: 8,4–16 pmol/L.

Nyupptäckt hypotyreos – allmänläkare eller obstetriker

TSH 4,0–9,9 mIE/L: Sätt in Levaxin 50 µg, utan ytterligare provtagning, följ upp enligt nedan.
TSH 10,0–19,9 mIE/L: Sätt in Levaxin 75 µg, utan ytterligare provtagning, följ upp enligt nedan.

Uppföljning och dosjustering

Alla kvinnor som behandlas följs med kontroll av TSH och fT4 var fjärde till sjätte vecka fram till vecka 25. Justera vid behov dosen så att den ligger inom referensvärdet. Efter vecka 25 behövs vanligen ingen uppföljning om värdet ligger normalt.

TSH över 20 mIE/L

Sätt omedelbart in Levaxin 125 µg dagligen och skicka remiss till Specialistmödravården (S-MVC) eller endokrinolog för fortsatt handläggning. När värdena stabiliserats kan fortsatta kontroller skötas på BMM. Under graviditeten rekommenderas övervakning av fostret med TVK, AFI och flödeskontroller från vecka 28.

Post partum

Efter förlossningen sätts Levaxin ut om dosen varit 50 µg eller mindre under graviditeten. Vid behandling med en dos högre än 50 µg minskas den dagliga dosen med 50 µg. Provtagning med **TSH åtta till tolv veckor post partum**, samt **TPOAk** om det inte tagits tidigare. Lämpligen tas detta på BMM och handläggs i första hand av allmänläkare på BMM. Om kvinnan står kvar på Levaxin eller har förhöjda TPOAk ska fortsatt handläggning skötas av patientens vårdcentral. Remiss skickas av läkare på BMM.

Känd levotyroxinbehandlad hypotyreos – allmänläkare eller obstetriker

Kvinna som behandlas med Levaxin bör rekommenderas öka sin dos vid konstaterad graviditet från sju dygnsdoser per vecka till nio dygnsdoser per vecka. Det är speciellt viktigt att öka dosen hos patienter med bortopererad tyreoidea. Dokumentera alltid pregravid dos och aktuella höjningar i journal och läkemedelslista.
Tänk på att det inte är ovanligt att bristande följsamhet till behandling av hypotyreos är orsak till förhöjda TSH-värden.
Om kvinnan ökat dosen enligt ovan tas prov för TSH och fT4 tre till fyra veckor efter dosökningen. Om kvinnan har haft en Graves tas TRAk vid samma tillfälle.

TSH inom referensintervallet ovan

Kontroll av TSH var fjärde till var sjätte vecka fram till vecka 25 och justera dosen vid behov. Efter vecka 25 behövs inga kontroller om TSH är normalt.

TSH 4,0–9,99 mIE/L

Öka Levaxin med 50 µg dagligen och nytt prov efter fyra veckor. Följ kontroller med TSH fram till vecka 25 och dosjustera vid behov. Om det är normalt behövs inte fler kontroller.

TSH 10,0–19.9 mIE/L

Öka Levaxin med 75 µg dagligen, nytt TSH och fT4 efter fyra veckor. Följ med prover var fjärde till var sjätte vecka fram till vecka 25 och kontrollerna kan avslutas efter det om TSH är normalt.

TSH över 20 mIE/L

Remiss till SMVC eller endokrinolog för vidare handläggning under graviditeten. Fostret övervakas med viktskattning SDP och flöde i a. umbilicalis från vecka 28.

TSH under referensvärdet

Sänk tyroxindosen med 25 µg om fT4 är förhöjt och följ med TSH och fT4 var fjärde till var sjätte vecka fram till vecka 25, därefter endast vid avvikelse. Dosjustera vid behov.

Efter graviditeten återgår kvinnan till sin pregravida dos. Uppföljning hos ordinarie vårdgivare.

Observera att eventuell järnsubstitution tas vid annan tidpunkt under dagen än Levaxin.

Hypertyreos

Tidigare genomgången Graves sjukdom – nu frisk

Kvinnor som tidigare behandlats för Graves ska vid första besök på BMM lämna prov för TSH, fT4 och TRAk. Viktigt med uppföljning då TRAk kan finnas kvar efter avslutad behandling och har negativ inverkan på fostrets sköldkörtel.

Handläggning sker enligt följande:

- Normala nivåer av TRAk, TSH och T4:

  Ingen ytterligare åtgärd eller provtagning under graviditeten.
- Avvikande nivåer av tyreoideahormoner, se respektive avsnitt beroende av utfall av provsvar.
- Förhöjt värde av TRAk:
  Remiss till SMCV eller endokrinolog för handläggning under graviditeten. På SMVC följs TRAk upp vecka 20–22, och om kvarstående förhöjning kan det finnas indikation för fostermedicinsk övervakning, se nedan.

Pågående hypertyreos med tyreostatikabehandling

Remiss till SMVC eller endokrinolog om patienten inte redan har omhändertagits där.

Nyupptäckt hypertyreos

Lågt TSH i början av graviditeten kan antingen vara Graves sjukdom, eller gestationell hypertyreos, det senare är mer vanligt. Gestationell hypertyreos orsakas av att s-hCG har en TSH likande effekt i början av graviditeten och når sitt maximum i vecka tio till tolv. Differentialdiagnos fås med fT4 och TRAk.

- Förhöjt fT4 och TRAk och/eller symtom från ögon eller struma:
  Remiss till SMVC eller endokrinolog för fortsatt handläggning.
- Normalt TRAk och inga symtom från ögon eller struma:
  Sannolikt gestationell hypertyreos, ett ofarligt och övergående tillstånd. Ibland kan betablockerare ges för symtomlindring. Följ med TSH och T4 varannan till var fjärde vecka till normaliserat TSH. Om kraftigt förhöjt fT4 skickas remiss till SMVC eller endokrinolog, eller om TSH inte normaliseras.

Fostermedicinsk övervakning

Indikation för fosterövervakning med ultraljud är:

- TRAK över 5IE/L eller två till tre gånger övre referensvärdet någon gång under graviditeten.
- Höga doser av tyreostatika, dos över 10mg tiamazol.

Remiss till fostermedicin för viktskattning, fostervattenmängd, hjärtfrekvens och mätning av fostrets tyroidea i vecka 28 och 32–34.

SFOG-råd Fosterövervakning av hypertyreos

Obehandlad kvinna med påvisade TPOAk

Kvinnor med kända TPOAk har en ökad risk för att insjukna i tyreoideasjukdom i postpartumperioden och även senare i livet. Det är viktigt att kvinnan informeras om detta samt vanliga symtom på sköldkörteldysfunktion. Provtagning bör göras sex månader post partum på dessa kvinnor, utöver det som gjorts tidigare i graviditeten.

Tyreoideasjukdom med debut efter graviditeten

Postpartumtyreoidit går oftast med två faser, den toxiska fasen som ofta passerar obemärkt, två till fyra månader post partum. Ibland kan lättare symtom som takykardi förekomma och då med fördel behandlas med betablockerare. Därefter följer en hypotyreotisk fas som oftast ger mer uttalade symtom, tre till tolv månader postpartum. TPOAk finns alltid hos kvinnor med postpartumtyreoidit. Behandling med tyroxin.

Tyreoideafunktionen normaliseras inom sex månader men 50% får en persisterande hypotyreos efter en genomgången postpartumtyreoidit.

Oftast normaliseras tyreoideafunktionen inom sex månader men kvinnan har en ökad risk både för återinsjuknande och permanent hypotyreos.

Provtagning med TSH och fT4, komplettera med TPOAk endast om det inte är känt sedan tidigare att patienten är TPOAk-positiv.

Tyreotoxikos postpartum kan vara Graves sjukdom eller den första toxiska fasen av en postpartumtyreoidit. Provtagning med TSH, fT4, TRAk och eventuellt TPOAk. Remiss till endokrinolog.

Amning

Det finns inga kontraindikationer mot intag av tyroxin (Levaxin®, Euthyrox®) eller lågdos PTU i monoterapi (ej block and replace), Vid användning av timazol (Thacapzol®) se Janusinfo.se.

Jodbehov under graviditet

Under graviditeten ökar behovet av jod med 25–50 mikrogram på grund av ökad hormonproduktion och ökad utsöndring. Normalt rekommenderas ett dagligt intag på 150 µg per dag, i första hand är det viktigt att använda joderat salt. Extra tillägg av jod kan vara motiverat om kvinnan intar jodfattig kost, inte använder joderat salt eller har en benägenhet för struma. Ofta finns jod med i multivitaminer av olika slag.

Liothyronin (T3) och sköldkörtelextrakt under graviditet

Behandling med T3 under graviditet finns inte vetenskapligt dokumenterad och ska inte användas, samma sak gäller för sköldkörtelextrakt. I första hand ska behandlingen bytas mot tyroxin (Levaxin eller Euthyrox), alternativt konsultera endokrinolog.

Referenser

SFOG-råd ”Tyreoideasjukdom i samband med graviditet”.

SFOG-råd ” Ultraljudsövervakning av hypertyreos och/eller förhöjda TRAk-nivåer i samband med graviditet”.

Dokumenthistorik

Författare:

Birgitta Segeblad, Michaela Granfors, Gunilla Hallberg.

Granskare:

Mårten Ageheim, Birgitta Segeblad och Annika Esscher.

Datum:

2023-03-29: Birgitta Segeblad: fT4 tas inte rutinmässigt på alla. Uppföljning postpartum gällande de med subklinisk hypotyreos.

2025-07-01: Carina Hult, Tillgänglighetsanpassat.

2025-08-12: Förtydligande av fosterövervakning vid hypertyreos.