

Tyreoideasjukdom under och efter graviditet, Barnmorskemottagningar VGR

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande kring provtagning av de med levotyroxinbehandling insatt vid fertilitetsutredning.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Utförande	2
Referensgränser under graviditet	2
TSH	2
FrittT ₄	3
Provtagning på Barnmorskemottagning.....	3
Provtagning på vårdcentral/endokrinologmottagning	4
Handläggning tyreoidaprover	4
I. TSH inom referensintervallet.....	4
II. Nydiagnostiserad hypothyreos under graviditet	4
III. Känd levotyroxinstituerad hypothyreos/justering av insatt levotyroxin	5
IVa. Tidigare genomgången hypertyreos, nu frisk.....	6
IVb. Aktuell hypertyreos med tyreostatikabehandling	6

IVc. Hypertyreos upptäckt under graviditeten	7
V. Tyreoideasjukdom med debut postpartum	8
Jodbehov under graviditet	8
Ansvar	8
Relaterad information	8
Arbetsgrupp	9

Bakgrund och syfte

Typiska symtom vid **hypotyreos** är frusenhet, håravfall, förstoppning, nedstämdhet och viktökning. Sköldkörteln kan vara förstörd (struma).

Typiska symtom vid **hypertyreos** är värmeintolerans/svettningar, hjärtklappning, nervositet, darrighet, muskelsvaghet, uttalad trötthet och ögonproblem såsom skavkänsla, ljuskänslighet och ökat tårflöde. Struma kan förekomma.

Obehandlad allvarlig klinisk **hypotyreos** hos gravid ger, även i frånvaro av symtom, risk för kognitivt funktionshinder hos barnet samt viss ökad risk för maternell hypertension, ablatio placentae och intrauterin fosterdöd.

Obehandlad **hypertyreos** under graviditet medför ökad risk för missfall, preeklampsi och intrauterin tillväxthämning.

TRAk är antikroppar som stimulerar sköldkörteln till överproduktion av tyreoidhormon. **Hypertyreos** kallas även giftstruma, Graves sjukdom eller tyreotoxikos.

Utförande

Referensgränser under graviditet

(*för prover analyserade på Unilabs)

TSH

- Första trimestern: 0,1–3,7 mIE/L (4,0 mIE/L*)
- Andra trimestern: 0,2–3,7 mIE/L (4,0 mIE/L*)
- Tredje trimestern: 0,3–3,7 mIE/L (4,0 mIE/L*)

FrittT4

9,8 - 17pmol/L (10–22*) (samma som för icke-gravida)

fritt T4 beaktas enbart om TSH är avvikande

Provtagning på Barnmorskemottagning

- Samtliga gravida tillfrågas vid första och andra graviditetsbesöket om de har eller har haft tyreoidesjukdom.
- Kvinnor med levotyroxinbehandling kontaktar omgående sin vårdcentral eller annan förskrivande läkare. Undantag utgörs av kvinnor som blivit insatta på levotyroxin i samband med fertilitetsutredning. De provtas på BMM och provsvar får presenteras för läkare oavsett resultat.
- Endokrinolog kontaktas omgående avseende kvinnor med aktuell hypertyreos (avsnitt IVb).
- Prov för TSH tas på barnmorskemottagningen (BMM) på alla icke-levotyroxinbehandlade gravida i samband med provtagning enligt basprogram i tidig graviditet. Prov tas även vid nytillkomna symtom som inger misstanke om tyreoidearubbning, oavsett graviditetens längd (se ovan).
- Normalt basprogramsprov på gravid som inte är levotyroxinbehandlad handläggs av barnmorska, medan övriga TSH och fT4 bedöms och handlägges av läkare. Alla TRAk-svar bedöms av läkare. TRAk-, TSH- och fT4-svar läggs på administrationslistan för samtidig bedömning. På SkAS delges svaret SpecMVC.
- Förutom TSH och fT4, tas även TRAk i samband med provtagning enligt basprogram i tidig graviditet på kvinnor som tidigare behandlats för hypertyreos (avsnitt IVa), oavsett pågående levotyroxinbehandling eller ej (avsnitt IVa).

Provtagning på vårdcentral/endokrinologmottagning

Gravida med behandlad hypotyreos provtas och följs inom allmänmedicin, se

Regional medicinsk riktlinje: [Tyreoideasjukdom hos gravida och nyförlösta, handläggning i primärvården.pdf](#)

Handläggning tyreoidaprover

(*för prover analyserade på Unilabs gäller referens i parentes)

I. TSH inom referensintervallet

Ingen ytterligare provtagning under graviditeten såvida inte misstanke om sköldkörtelrubbing uppstår senare.

II. Nydiagnostiserad hypotyreos under graviditet

Handläggs av läkare inom MHV/SpecMVC.

TSH 3,8 (4,1*) –9,9 mIE/L

Sätt in levotyroxin, dos 50 µg dagligen. Uppföljning enligt nedan.

TSH 10,0–19,9 mIE/L

Sätt in levotyroxin, dos 75 µg dagligen. Uppföljning enligt nedan.

Uppföljning, dosjustering, om TSH varit 3,8 (4,1*) –19.9 mIE/L vid inskrivning

Provtagning TSH och fT₄ var 4:e-6:e vecka till vecka 25. Justera levotyroxindosen så att TSH ligger inom referensintervallet. Efter vecka 25 behövs ingen provtagning om TSH är normalt.

Postpartum, om TSH varit 3,8 (4,1*) –19,9 mIE/L vid inskrivning

Levotyroxin sätts ut vid partus om dosen då är maximalt 50 µg dagligen. Om dygnsdosen är högre sänks den med 50 µg. Remiss skrivs efter förlossningen till vårdcentral för uppföljning, oavsett eventuell kvarstående behandling.

TSH ≥20 mIE/L

Sätt omgående in behandling med levotyroxin, dos 125 µg dagligen. Konsultera endokrinolog för vidare handläggning och uppföljning, inklusive postpartum. Fostret övervakas med tillväxtkontroller, bedömning av fostervattenmängd och

flödesmätning i arteria umbilicalis var fjärde vecka med början i graviditetsvecka 28 (läkare inom MHV/SpecMVC skriver vårdplan).

III. Känd levotyroxinsubstituerad hypothyreos/justering av insatt levotyroxin

Gravida med känd levaxinsubstituerad hypothyreos handläggs av ordinarie läkare, vanligen allmänläkare, enligt regional rutin [Tyreoideasjukdom hos gravida och nyförlösta, handläggning i primärvården.pdf](#)

Liothyronin-behandling är olämplig under graviditet och finns ej dokumenterad i vetenskaplig litteratur, varför preparatet ska bytas mot levotyroxin. Även sköldkörtelextrakt ska bytas till levotyroxin under graviditet.

Eventuella dosjusteringar sker enligt schemat nedan:

TSH inom referensintervallet

TSH och fT₄ tas var 4:e-6:e vecka till vecka 25, därefter behövs ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt.

TSH 3,8 (4,1*) –9,9 mIE/L

Dygnsdosen levotyroxin höjs med 50 µg. TSH och fT₄ tas var 4:e-6:e vecka till vecka 25, därefter behövs ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt.

TSH 10,0–19,9 mIE/L

Dygnsdosen levotyroxin höjs med 75 µg. TSH och fT₄ tas var 4:e-6:e vecka till vecka 25, därefter behövs ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt.

TSH ≥20 mIE/L

Konsultera endokrinolog för vidare handläggning och uppföljning, inklusive postpartum. Fostret övervakas med tillväxtkontroller, bedömning av fostervattenmängd och flödesmätning i arteria umbilicalis var fjärde vecka med början i graviditetsvecka 28. Läkare inom MHV/SpecMVC skriver vårdplan.

TSH under referensgränsen

Sänk dygnsdosen levotyroxin med 25 µg om fT₄ är förhöjt. TSH och fT₄ tas var 4:e- 6:e vecka till vecka 25, därefter endast vid avvikelse.

Postpartum

Återgång till den pregravida dosen.

IVa. Tidigare genomgången hypertyreos, nu frisk

Handläggs av läkare inom MHV/SpecMVC.

Hos friska kvinnor med anamnes på

hypertyreos/tyreotoxikos/giftstruma/Graves sjukdom tas utöver TSH och fT₄ även TRAk vid provtagning i tidig graviditet enligt basprogram. TRAk-nivåerna kan trots tidigare behandling kvarstå förhöjda, särskilt om patienten behandlats kirurgiskt eller med radiojod. TRAk passerar placenta och kan påverka fostrets sköldkörtel, vilket innebär risk för fetal tyreotoxikos.

Normala nivåer av TRAk, TSH och fT₄

Ingen ytterligare provtagning under graviditeten.

Avvikande nivåer av TSH och/eller fT₄

Se avsnitt II respektive IVb.

Förhöjt TRAk (>1,80 U/L)

Handläggs av, eller i samråd med, endokrinolog. TRAk tas om i graviditetsvecka 20. Om något av dessa TRAk är >3,6 U/L remitteras patienten även till Ultraljudmottagningen/SpecMVC för fosterövervakning i syfte att upptäcka tillväxthämning och/eller tyreoidedysfunktion. Man bedömer då tillväxt, fostervattenmängd och hjärtfrekvens, i graviditetsvecka 28 och 32–34 för att upptäcka en eventuell tillväxthämning och tyreoidedysfunktion hos fostret. Undersökningarna kan kompletteras med en undersökning av fostrets tyreoida. Om TRAk normaliseras avslutas kontrollerna (undantag tyreostatika-behandling nedan).

PAB skriver i patientnotering och i graviditetssammanfattningen i MHV3 att barnet ska kontrolleras av neonatolog postpartum (högsta TRAk-värde ska anges i sammanfattningen inom SkAS-område).

IVb. Aktuell hypertyreos med tyreostatikabehandling

Handläggs av endokrinolog. **Viktigt med snabb kontakt när graviditet konstaterats, särskilt vid Thacapzol-behandling.**

Vid doser motsvarande upp till 10 mg tiamazol eller upp till 200 mg propyltiouracil och TRAk <3,6 U/L behövs ingen särskild fosterövervakning.

Vid höga doser tyreostatika, motsvarande >10 mg tiamazol eller >200 mg propyltiouracil, remitterar läkare inom MHV/SpecMVC till Ultraljudsmottagningen/SpecMVC för fosterövervakning: Vid TRAk <3,6 U/L övervakas fostret enbart med tillväxtkontroller, bedömning av fostervattenmängden och flöde i arteria umbilicalis var fjärde vecka med början vecka 28. Vid TRAk >3,6 U/L följs fostret enligt avsnitt IVa.

IVc. Hypertyreos upptäckt under graviditeten

I början av graviditeten har ca 10% av kvinnorna ett sänkt TSH-värde beroende på att hCG har en viss TSH-receptorstimulerande effekt i tyreoida. Detta är inte ett tecken på sjukdom utan på så kallad gestationell hypertyreos, som är ofarligt och övergående. Högst nivå av hCG uppnås i vecka 9–12, varefter nivåerna åter sjunker och TSH normaliseras. Om TSH är lågt kan det antingen föreligga en hypertyreos eller, vilket är vanligare, en gestationell hypertyreos. Differentialdiagnosen avgörs av förekomst av TRAk och nivån av fT₄.

Förhöjt TRAk (>1,80 U/L)

Handläggs av, eller i samråd med, endokrinolog. Läkare inom MHV/SpecMVC remitterar till Ultraljudsmottagningen/SpecMVC för fosterövervakning om något TRAk-prov >3,6 U/L, se avsnitt IVa.

PAB skriver i patientnotering och i graviditetssammanfattningen i MHV3 att barnet ska kontrolleras av neonatolog postpartum (högsta TRAk-värde ska anges i sammanfattningen inom SkAS-område).

TRAk ≤ 1,80 och patienten har varken struma eller ögonsymptom

Sannolikt gestationell hypertyreos. Ibland (vid tachykardi) behövs betablockerare för symtomlindring. Vid förhöjt fritt T₄ läkarbedömning och eventuell kontakt med endokrinolog. I övriga fall ta om TSH och fritt T₄ var 4-6:e vecka tills det har normaliserats, men längst till graviditetsvecka 25. TSH som normaliserats vid kontroll efter journalförd gestationell hypertyreos signeras och handläggs av barnmorska, inga fler prover tas.

Om TSH inte normaliserats i graviditetsvecka 25 konsulterar MHV-läkare/läkare på SpecMVC endokrinolog.

Vid behandling med tyreostatika, se avsnitt IVa om remiss för fosterövervakning med ultraljud.

V. Tyreoideasjukdom med debut postpartum

Handläggs av ordinarie läkare, vanligen allmänläkare, enligt regional rutin [Tyreoideasjukdom hos gravida och nyförlösta, handläggning i primärvården.pdf](#)

Jodbehov under graviditet

Gravida kvinnor ska använda moderat salt. Jodbehovet är ökat under graviditet och intaget av jod bör vara högre än de 150 µg/dygn som rekommenderas för icke-gravida. Gravida föreslås därför inta 175–250 µg/dygn. Jodintaget hos befolkningen, och hos gravida kvinnor, i Sverige är oklart, studier pågår. Vid misstanke om bristfällig nutrition, det vill säga om den gravida inte äter fisk, skaldjur eller ägg, bör ett kosttillskott av jod övervägas. Multivitaminpreparat för gravida innehåller jod, ett preparat som innehåller 150µg rekommenderas.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkarna ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Relaterad information

- 1Lazarus JH et al. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. N Engl J Med 2012;366(6):493- 501.
- 1Casey BM et al. Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hypothyroxinemia in Pregnancy. N Engl J Med 2017;376(9):815-825.
- [Tyreoideasjukdom hos gravida och nyförlösta, handläggning i primärvården.pdf](#)
- [Tyreoideasjukdom i samband med graviditet revUltra-ARG 2019](#)
- [raad-hypertyreos-fosteroevervakning-med-ultraljud-20200124.pdf](#)

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Karin Jerhamre Sund, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Granskad av: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare, Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-109

Version: 5.0

Giltig från: 2025-12-01

Giltig till: 2027-12-01