

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi
Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare
Granskad av: Stina Andersson, (stian5), Överläkare
Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Giltig från: 2026-03-18

Giltig till: 2028-03-18

Prolaktinom-handläggning under graviditet, Barnmorskemottagningar M4

Förändringar sedan föregående version

Layout och formateringar är ändrade enligt ny gemensam dokumentmall för VGR. Inga ändringar i innehåll.

Bakgrund och syfte

Ca 30 % av alla hypofysadenom utgörs av prolaktinom. Prolaktinom delas in i mikroadenom (<10 mm) och makroadenom (≥ 10 mm). Hos kvinnor är mikroadenom vanligast och endast 3–7% av dessa utvecklas till makroadenom. Prolaktinom producerar prolaktin som vid höga nivåer kan medföra galaktorré, amenorré och infertilitet. Man behandlar i första hand med dopaminagonister (Norprolac®, Dostinex®, Pravidel®), vilket leder till minskad prolaktinproduktion och minskat tumöromfång. Om det inte är tillräckligt kan tumörreducerande behandling vara nödvändig (kirurgi, strålning). Ett prolaktinom kan trycka på kringliggande vävnader och då orsaka synfältsinskränkning och ögonmotilitetspåverkan. Det vanligaste är att patienterna får en måttlig synfältspåverkan i det perifera omfånget men andra synstörningar, till exempel dubbelseende kan förekomma. En blödning i tumören kan i sällsynta fall leda till akut blindhet.

Utförande

Vid graviditet utsätts dopaminagonister på grund av passage till placenta och möjlig ogynnsam effekt på fostret. Utsättningen av behandlingen kan leda till tumörtillväxt. Det är dock visat i studier att tillväxt i mikroadenom som medför

synpåverkan är ovanligt, och att patienterna i dessa fall märker av sin synpåverkan som signalerar tumörtillväxt. Vid makroadenom är tumörtillväxt som medför synpåverkan vanligare, vilket motiverar rutinmässig undersökning av synfältet under graviditet i denna grupp. Även i dessa fall brukar dock tumörtillväxten manifesteras sig i märkbara besvär.

- Alla gravida med prolaktinom (mikro- och makroadenom) instrueras därför att vara uppmärksamma på synförändringar. MHV-läkare remitterar i så fall till ögonklinik där man tar ställning till adekvat undersökning (synfältsundersökning, MR).

Handläggning under graviditet, besvärsfri patient

Mikroadenom (<10 mm)

Vid graviditetsbesked sätts behandlingen med dopaminagonist ut.

Rutinmässig synfältsundersökning behövs ej under graviditeten.

Makroadenom (≥10 mm)

Vid graviditetsbesked sätts behandlingen med dopaminagonist ut. Patienten remitteras i första trimestern till Ögonsjukvården SU för synfältsundersökning (perimetri) som bör göras regelbundet under graviditeten, med 1–3 månaders mellanrum. Undersökningsintervallen avgörs av neurooftalmolog vid det första undersökningstillfället.

Om patienten inte vet om hon har ett mikro- eller makroadenom eftersänds journalkopia för bedömning av MHV-läkare.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sund, mödrahälsovårdsöverläkare, Centrala Mödrahälsovårdsteamet (CMHV), Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Stina Andersson, överläkare, Neuro-oftalmologisk mottagning, Ögonsjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Godkännare

Susanne Samuelsson, områdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Göteborg och Södra Bohuslän, M4, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Stina Andersson, (stian5), Överläkare

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-85

Version: 4.0

Giltig från: 2026-03-18

Giltig till: 2028-03-18