

Regional medicinsk riktlinje

Hypertyreos och graviditet inom endokrinologi, obstetrik och neonatologi

Innehåll

Bakgrund.....	2
Vårdnivå och samverkan	3
Remissrutiner	4
Dokumentation	4
Utökad fosterövervakning och MDK.....	4
Behandling av endogen hypertyreos	6
Uppföljning förlossningen/postnatalet - barnet.....	6
Referenser	8
Relaterade dokument	8
Innehållsansvarig.....	8

Huvudbudskap

- Overt hypertyreos ska värderas på specialistnivå (endokrinologi).
- Nya referensintervall för tyreoidaefunktion framtagna för första och andra halvan av graviditeten för labmetoderna Abbot Alinity (VGR

utom Unilabs) respektive Siemens Centaur (Unilabs). Kräver att man vet var provet är analyserat.

- Subkliniska fall av gestationell hypertyreos handläggs initialt på barnmorskemottagningen (BMM).
- Utökad fosterövervakning ska ske på specifik indikation.
- Multidisciplinär konferens (MDK) inrättas för komplexa fall av tyreoides påverkan under graviditet.

Bakgrund

Denna riktlinje gäller hypertyreos under graviditet (ej gestationell) och/eller positiva TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) och kompletterar regionala riktlinjer på BMM. Riktlinjen omfattar specialistvård inom endokrinologi, obstetrik och neonatologi och baseras på nationella vårdprogrammet för hypertyreos, kapitel 15. Nyfödda barn utreds på bb/Neonatal i samråd med barnendokrinolog, men fortsatt uppföljning om behandlingen sker på barnendokrin.

Hypertyreos (Graves sjukdom, multinodös toxisk knölstruma och toxiskt adenom) hos gravida är ovanligt (0,1–0,4 %), motsvarande 20–40 patienter per år inom VGR. Fynd som stöder gestationell hypertyreos är milda symtom, avsaknad av struma, ögonsymtom, tidigare tyreoidesjukdom och negativa TRAK. Kräkningar förekommer i 30–60 % av fallen vid gestationell hypertyreos.

Overt hypertyreos (förhöjt FT4 och lågt TSH) under graviditet ökar risken för missfall, graviditetshypertoni, prematuritet, låg födelsevikt, intrauterin tillväxthämning, intrauterin död, tyreotoxisk kris och maternell hjärtsvikt. Ju längre obehandlad hypertyreos pågår, desto större är risken för komplikationer.

Sedan oktober 2022 finns ett nationellt vårdprogram som ligger till grund för denna riktlinje och säkerställer en enhetlig handläggning i regionen [Nationellt vårdprogram för hypertyreos](#).

Råd kring graviditet vid hypertyreos

- Diskutera graviditetsplaner med alla kvinnor i fertil ålder se RMR [Hypertyreos](#).
- Skydda mot graviditet under tyreostatika se RMR [Hypertyreos](#).
- Efter avslutad behandling (tyreostatika eller kirurgi) eftersträvas stabil eutyroidism minst 2 månader innan graviditet.
- Undvik graviditet minst 6 månader efter radioaktivt jod.

- Patienter med knölstruma eller toxiskt adenom bör ha definitiv behandling före graviditet.

Vårdnivå och samverkan

BMM

- TSH och fritt T4 tas på gravida under första trimestern.
- Vid tidigare Graves sjukdom kompletteras med TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt)
- Vid lågt TSH tas TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) för att avgöra om det rör sig om gestationell hypertyreos.
- Vid subklinisk gestationell hypertyreos (ett första lågt TSH med normalt fritt T4 och negativt TRAK) skickas ingen remiss, eftersom ca 10 % har gestationell hypertyreos. Fritt T4 och TSH kontrolleras status var 4–6:e vecka, då hormonnivåerna oftast normaliseras runt graviditetsvecka 16.
- Om gestationell hypertyreos inte bedöms sannolik, eller om TSH inte har normaliserats vid graviditetsvecka 25, skickas remiss till endokrinolog (vårdnivå B).
- Remiss skickas tidigare än graviditetsvecka 25, vid förhöjt fritt T4 eller vid förhöjt TRAK.
- Vid kraftigt förhöjt fritt T4 kan tyreostatika i enstaka fall övervägas, även vid gestationell hypertyreos.

På vårdnivå B endokrinologi

- Kontrollera prover inkl fritt T3 vid nydiagnostiserad hypertyreos.
- Om gravid under tyreostatikabehandling: sjuksköterska ger information till patienten om att pausa medicinering, kontrollerar prover samma dag (och säkerställer att läkare bedömer provsvar direkt och återkopplar till patient).

Ta ställning till:

- Tyreostatika (PTU under första trimestern, lägsta effektiva dos).
(för nyinsättning av Propylthiouracil (PTU) eller övergång till PTU)
se vårdprogrammet kapitel 10.1.3 [Nationellt vårdprogram för hypertyreos](#)).
- Utökad fosterövervakning.
- Involvering av regional MDK.
- TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) kontrolleras vid förhöjt resultat igen i v18–22 och mot slutet av graviditeten.

Graves sjukdom under graviditet är komplext. Ett tidigt korrekt omhändertagande leder till förbättrat utfall vad det gäller livskvalitet, kortare sjukskrivningar och mindre risk för komplikationer både för mamman och fostret. Kontaktsjuksköterskor med kunskap om hypertyreos bör finnas tillgängliga för individuell uppföljning och medverka i MDK vid behov.

Remissrutiner

Remissrutiner vid tyreotoxikos upptäckt under graviditeten

Remiss från BMM bör innehålla information om graviditetsvecka, tyreoidahormonnivåer, TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt), symtom på tyreotoxikos (puls, viktnedgång, eventuella ögonsymtom, mående och illamående) samt tidigare tyreoidesjukdom.

Dokumentation

Gestationell hypertyreos kodas E05.8 med tilläggsdiagnos Z33.9 (graviditet som bifynd), såvida patienten inte läggs in då koden är O99.2 med tillägg E05.8. Endogen hypertyreos i samband med graviditet bör kodas O99.2 (endokrin sjukdom som komplicerar graviditet) med tilläggskod E05.0 (samt ev H06.2), E05.1, eller E05.2.

Utökad fosterövervakning och MDK

Indikationer för utökad fosterövervakning

- Okontrollerad hypertyreoidism efter första trimestern (ej gestationell hypertyreos).
- TRAK > 2 gånger över referensvärdet from andra trimestern.
- Behandling med tyreostatika under graviditet.
- Tidigare fött barn med fetal eller neonatal tyreotoxikos.

Genomförande

- Ultraljud v 28 och 32-34 av obstetriker med specialistultraljudskompetens eller annan profession som har kompetens att bedöma nedanstående.
- Fokus: fosterstorlek, fostervatten, fosterarytmi, fostertyreoidea.
- Vid hög misstanke kan ultraljud även genomföras v 24.

Risk för fetal påverkan

- Förhöjda TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar) – innebär en risk för fetal hypertyreos. Blockerande TRAK innebär risk för fetal hypotyreos.
- Höga doser tyreostatika – risk för fetal hypotyreos.
- Förstorad fetal tyreoidea är ett tidigt tecken på dysfunktion.

Åtgärder vid tecken på fetal påverkan

- MDK med erfaren tyreoideainriktad endokrinolog, obstetriker och neonatolog bör initieras snarast.
- Vid tecken på fetal hypertyreos eller hypotyreos - följ nationellt vårdprogram kapitel 15.6.

MDK

En MDK (ansvar endokrin vårdnivå C) med expertkompetens inom tyreoidologi, obstetrik, neonatologi träffas minst 1 gång per månad samt vid behov. MDK involverar också patientansvarig läkare samt tyreoidasjuksköterska och barnmorska (och eventuell endokrinkirurg). På MDK dras följande patientkategorier/situationer:

- Okontrollerad hypertyreos.
- Avvikande fynd på utökad fosterövervakning.
- Tyreostatika-behandling under graviditet.
- Indikation för tyreoidektomi under graviditet.
- Positiva TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) postnalt hos barnet.

- När helst behandlade läkare anser det indicerat.

Fall anmäls till MDK med remiss antingen per telefon eller via brev till endokrinologen Sahlgrenska och kodas XS008 (MDK utan patient).

Behandling av endogen hypertyreos

- Tyreostatika ges på vårdnivå B, stäm av på MDK (vårdnivå C)
- PTU under första trimestern om indicerat, lägsta effektiva dos ≤ 150 mg/dygn.
- Efter v 16 kan PTU fortsätta om indikation, ev byte till tiamazol.
- Kirurgi övervägas vid biverkningar, kraftig struma med andningspåverkan, dålig compliance, planeras helst till andra trimestern om kirurgi inte kan anstå till postpartum.
- Om TRAK är högt vid kirurgi beakta att fostret riskerar hypertyreos om tyreostatika sätts ut.
- Skintigrafi och radioaktiv jod är kontraindicerade under graviditet och amning.

Monitorering

- Kontrollera fritt T₄, fritt T₃ och TSH varannan vecka tills fritt T₄ mål uppnåtts, sedan var 2–4 vecka. Observera att tätare kontroller ska göras vid pågående tyreostatika för att undvika överbehandling.
- Mål: Fritt T₄ vid övre referensgränsen vid tyreostatika (gäller också blockerande TRAK).
- Om fritt T₄ under mål överväg dosreduktion/utsättning av tyreostatika för att undvika fetal hypotyreos/struma.
- Negativ TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) stödjer utsättning av tyreostatika vid Graves sjukdom.
- Efter utsatt tyreostatika: kontroll 1–2 veckor, sedan var 2–4:e vecka om eutyroid.

Uppföljning förlossningen/postnatalet - barnet

- Prover: fritt T₄, TSH, TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) tas vid förlossningen i

navelsträngsblod eller i andra hand under första levnadsdygnet och följs om hög risk för neonatal hypertyreos (ibland hypotyreos vid blockerande TRAK).

- Riskfaktorer: TRAK >2 över referens hos modern, tyreostatikabehandling av modern under graviditet, kongenital hypotyreos (blockerande TRAK).
- Avvikande TRAK (eller stimulerande TSH receptorantikroppar om tillgängligt) hos barnet - följ barnet med regelbunden provtagning och klinisk uppföljning se [Nationellt vårdprogram för hypertyreos](#), kap 15.6.3.
- Vid klinisk bild som vid neonatal tyreotoxikos och biokemiska tecken på hypertyreos bör behandling inledas.
- Vid biokemiska tecken på hypertyreos utan klinisk bild som vid neonatal tyreotoxikos bör behandling övervägas.
- Uppföljning av barnet sker hos barnendokrinolog.

Uppföljning Postpartum - mamman

Se [Tyreoideasjukdom och graviditet, barnmorskemottagningar](#).

- Kontrollera fritt T4 och TSH 4 veckor postpartum vid hypertyreos under graviditet eller positiva TRAK eller levotyroxin behandling. Uppföljning sker, beroende på utveckling, hos endokrinolog/obstetriker/allmänläkare.
- Förhöjda värden - remiss till endokrinolog för att skilja mellan postpartum tyreoidit (PPT) och Graves sjukdom. Mål: Fritt T4 vid övre referensgränsen vid tyreostatika (gäller också blockerande TRAK). för gravida efter referensgränsen.
- PPT kan skötas i primärvården när hypertyreota fasen är över (ca 4–6 veckor). Vanligen följer en hypotyreot fas då sköldkörtelhormonersättning kan övervägas. PPT är vanligen över efter ca 6 månader då utsättningsförsök görs. Hos ca 10–15 % av fallen blir hypotyreosen permanent.
- Vid Graves sjukdom och amning: PTU lägsta effektiva dos (≤ 150 mg/dygn), tas före amning postpartum. Om behov av högre dos – diskutera nedläggning av amning.

Referenser

[Nationellt vårdprogram för hypertyreos.](#)

Tyreoidesjukdom i samband med graviditet rev Ultra-ARG 2019 (sfog.se).

Ultraljudsövervakning av hypertyreos och/eller förhöjda TRAk-nivåer i samband med graviditet SFOG-råd Ultra-ARG, 2020.

Relaterade dokument

[Nationellt vårdprogram för hypertyreos](#)

RMR [Hypertyreos](#).

RMR [Handläggning av patienter med endokrin oftalmopati \(EO\)](#)

[Tyreoidesjukdom och graviditet, barnmorskemottagningar VGR.](#)

Innehållsansvarig

Samordningsråd Internmedicin.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Granskad av: Helena Filipsson Nyström, (helfi1),
Överläkare/Universitetslekt

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-956

Version: 2.0

Giltig från: 2026-09-03

Giltig till: 2028-08-31