

Regional rutin

Tyreoideasjukdom hos gravida och nyförlösta, handläggning i primärvården

Bakgrund

Kontroll av TSH och fritt T₄ ingår (fT₄) i mödrahälsovårdens basprogram för kvinnor utan tidigare känd tyreoidearubbning. Vid nyupptäckt över- eller underproduktion följs detta upp på barnmorskemottagning (BMM) under graviditeten.

Prov för TRAK tas vid första besöket på BMM för alla som tidigare haft hypertyreos oavsett pågående levotyroxinbehandling eller ej.

Gravida med aktuell hypertyreos handläggs på BMM (Göteborgsområdet) eller specialist-MVC, i samråd med endokrinolog.

Gravida ska använda joderat salt. Under graviditeten är jodbehovet ökat. Gravida föreslås därför inta 175–250 µg/dygn. Jodintaget hos befolkningen, och hos gravida, i Sverige är inte helt klarlagt, studier pågår. Gravida som inte äter fisk, skaldjur eller ägg behöver kosttillskott innehållande jod. Preparat som innehåller minst 150 µg rekommenderas.

Nytt sedan föregående version

Redaktionella justeringar.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Behandling och uppföljning efter graviditet av patienter med känd hypotyreos.
- Behandling och uppföljning efter graviditet av patienter där hypotyreos debuterat under graviditeten, i de fall TSH varit lätt till måttligt förhöjt.
- Utredning av andra tyreoidearubbningar.

- Behandling av andra tyreoiderubbningar (utom tyreotoxikos).

Specialiserad vård

- Endokrinolog följer upp patienter efter graviditet där hypotyreos debuterat under graviditeten och TSH varit kraftigt förhöjt.
- Utredning, behandling och uppföljning av patient med misstänkt hypertyreos postpartum och stigande värden.

Utredning

Referensgränser för TSH under graviditet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SU:s laboratorium.

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

Observera att referensvärden skiljer sig mellan olika laboratorier beroende på analysmetod. Efterhör vilka referensvärden som gäller vid aktuellt laboratorium. Övre referensvärdet för TSH under graviditet är samma som för icke-gravida.

Gestationell hypertyreos

I början av graviditeten har cirka 10 procent av kvinnorna ett sänkt TSH-värde beroende på hCG:s receptorstimulerande effekt i tyreoida, så kallad gestationell hypertyreos. Differentiering mellan gestationell och äkta hypertyreos sker med TRAK. Om TRAK är normalt följs TSH och fT4 med 4–6 veckors intervall. TSH-värdet brukar ha normaliserats runt vecka 16–20. Konsultera obstetriker eller, i Göteborgsområdet, MHV-läkare vid behov.

Postpartumtyreoidit

Postpartumtyreoidit har i regel i två faser. Den toxiska fasen (debut 2–4 mån postpartum, duration 2–4 veckor) passerar ofta utan tydliga besvär men ibland föreligger lätta tyreotoxiska symtom. Det vanligaste symtomet är takykardi som kan behandlas symtomatiskt med betablockerare. Därefter följer den hypotyreotiska reparationsfasen (vanligtvis 3–12 mån postpartum, duration 4–20 veckor). Under den hypotyreotiska fasen förekommer ofta hypotyreotiska symtom TPOak påvisas alltid. Tillståndet behandlas med levotyroxin.

I de flesta fall av postpartumtyreoidit normaliseras tyreoidfunktionen inom sex månader, men hypotyreosfasen kan bli permanent. Kvinnan har en förhöjd risk att insjukna i postpartumtyreoidit vid efterföljande graviditeter, och en förhöjd risk att insjukna i hypotyreos senare i livet.

Hypothyreos postpartum

Vid misstanke tas TSH och fT₄. Kontroll av TPOak görs på de kvinnor som tidigare inte varit TPOak-positiva.

Hypertyreos postpartum

Vid misstanke om tyreotoxikos tas TSH, fT₄ och TRAK. Uppföljning sker med upprepad provtagning och symtom behandlas. Vid förhöjt TRAK misstänks Graves sjukdom och fortsatt handläggning sker i samråd med endokrinolog.

Vid stigande värden remitteras patienten till endokrinolog för differentialdiagnostik och fortsatt handläggning.

Behandling

Gravid med känd hypothyreos

När graviditet konstaterats rekommenderas patienten öka veckodosen levotyroxin från 7 till 9 ordinarie dygnsdoser, dvs ytterligare 2 dygnsdoser/vecka. Det är särskilt viktigt att denna dosökning sker hos kvinnor med bortopererad sköldkörtel. Observera att bristande följsamhet ofta förklarar ett förhöjt TSH-värde.

Första provtagning av TSH och fT₄ sker 3–4 veckor efter doshöjningen. Då tas även TRAK på kvinnor som tidigare haft hypertyreos. Om TRAK är förhöjt, konsulteras obstetriker eller, i Göteborgsområdet, MHV-läkare.

Liotyronin-behandling är olämpligt under graviditet, vetenskaplig dokumentation saknas. Substansen ska bytas mot levotyroxin. Även sköldkörtelextrakt ska bytas till levotyroxin under graviditet.

Dosjustering utifrån TSH.

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. Dosjustering görs vid behov.

TSH 3,8–9,9 mIE/L

Levotyroxindosen höjs med 50 µg dagligen. TSH och fT₄ tas var 4:e–6:e vecka till vecka 25, därefter behövs ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt. Dosjustering görs vid behov.

TSH 10,0–19,9 mIE/L

Levotyroxindosen höjs med 75 µg dagligen. TSH och fT₄ tas var 4:e–6:e vecka till vecka 25, därefter behövs ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt. Dosjustering görs vid behov.

TSH \geq 20 mIE/L

Remittera till endokrinolog som sedan ansvarar för vidare handläggning och uppföljning. Patientansvarig barnmorska (PAB) informeras via remiss. PAB kontaktar obstetriker eller, i Göteborgsområdet, MHV-läkare.

TSH under referensgränsen

Sänk levotyroxindosen med 25 μ g dagligen om fT₄ är förhöjt. TSH och fT₄ tas var 4:e–6:e vecka till vecka 25, därefter endast vid avvikelse. Dosjustering görs vid behov.

Efter förlossningen återgår patienten till dosen som togs före graviditeten.

Uppföljning

Hypotyreos som upptäcks under graviditet

Hos patienter som behandlas med maximalt 50 mikrogram levotyroxin och där TSH varit 3,8–19,9 mIE/L vid inskrivning på BMM sätts behandlingen ut efter partus. Hos kvinnor med högre daglig dos än 50 mikrogram/dag sänks behandlingen med 50 μ g.

Följ patienten avseende:

- TSH, fT₄ och TPOak efter 8–12 veckor.
- TPOak efter 6 månader (såvida patienten inte tidigare testat positivt för TPOak).

Innehållsansvarig

Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SSN12865-780821730-399

Version: 5.0

Giltig från: 2026-05-11

Giltig till: 2028-05-11