

Sköldkörtelsjukdom i samband med graviditet

## Innehållsförteckning

SKÖLDKÖRTELSJUKDOM I SAMBAND MED GRAVIDITET .....	1
Provtagning – screening MHV .....	3
Provsvår .....	3
Referensintervall .....	3
Jodbehov under graviditet .....	4
Handläggning MHV .....	4
Hypotyreos .....	4
<b>Nyupptäckt hypotyreos under graviditet .....</b>	<b>4</b>
<b>Tidigare känd tyroxinbehandlad hypotyreos .....</b>	<b>5</b>
Hypertyreos .....	6
<b>Tidigare genomgången hypertyreos/giftstruma .....</b>	<b>6</b>
<b>Aktuell hypertyreos med tyreostatikabehandling .....</b>	<b>6</b>
<b>Nyupptäckt hypertyreos under graviditeten .....</b>	<b>7</b>
Handläggning SMVC .....	7
Referenser .....	8
Flödesschema .....	8



# Sköldkörtelsjukdom i samband med graviditet

## Provtagning – screening MHV

- Provtagning för TSH och fT<sub>4</sub> görs på alla icke-tyroxin behandlade gravida vid första inskrivningsbesöket på BMM (Inskrivningssamtal 1).
- Hos kvinnor med tyroxinbehandling (Levaxin/Euthyrox/Liotyronin) är rekommendationen att tyroxindosen höjs så snart graviditet konstaterats. Se vidare: I b). Tidigare känd tyroxinbehandlad hypotyreos. TSH och fT<sub>4</sub> skall tas 3–4 veckor efter att dosen har höjts vilket inte säkert överensstämmer med första inskrivningsbesöket. Skulle dosen av någon anledning inte höjts tas TSH och fT<sub>4</sub> även på dessa vid första besöket på BMM.
- TRAk (=antikroppar som stimulerar sköldkörteln till överproduktion av tyroideahormon) tas vid andra inskrivningsbesöket på BMM (Inskrivning 2) på kvinnor som har en aktiv giftstruma eller tidigare har genomgått behandling för giftstruma (operation eller radio-jod behandling).

## Provsvår

Normalt provsvår: Vid normalt provsvår står MHV-barnmorskan för signering, journalföring och information till patienten. Om kvinnan inte är tyroxinbehandlad behövs ingen ytterligare provtagning under graviditeten såvida inte misstanke om sköldkörtelsjukdom uppstår. Om kvinnan är tyroxinbehandlad och får ett normalt provsvår se vidare: I b). Tidigare känd tyroxinbehandlad hypotyreos. Dokumentation sker i Obstetrix.

Avvikande provsvår: Provsvåret visas för MHV läkare på HC för ställningstagande till vidare handläggning. Handläggning se nedan. **Observera att det kan krävas handläggning omgående (=kontakta läkare HC samma dag)!** Dokumentation sker i Obstetrix samt vid behov även i Cosmic.

## Referensintervall

- Första trimestern: TSH 0,1-4,0.
- Andra trimestern: TSH 0,2-4,0
- Tredje trimestern: TSH 0,3-4,0



## Jodbehov under graviditet

Gravida kvinnor ska använda joderat salt. Jodbehovet är ökat under graviditet. Ett dagligt intag av 175–250 µg jod rekommenderas för gravida och ammande kvinnor.

## Handläggning MHV

**Sköldkörtelsjukdom i samband med graviditet handläggs i första hand av MHV-ansvarig läkare på HC tillsammans med barnmorskan.**

## Hypotyreos

### Nyupptäckt hypotyreos under graviditet

#### **TSH 4,1-9,9 mIE/L**

Sätt in 50 µg levotyroxin dagligen. Uppföljning enligt nedan.

#### **TSH 10,0-19,9 mIE/L**

Sätt omgående in behandling med 75 µg levotyroxin dagligen. Uppföljning enligt nedan.

#### **TSH ≥20 mIE/L**

Sätt omgående in behandling med levotyroxin i dosen 125 µg dagligen. Remiss omgående till endokrinolog för vidare handläggning och uppföljning. Remiss till SMVC.

#### ***Uppföljning och dosjustering, om TSH varit 4,0-19,9 mIE/L vid inskrivning***

Provtagning TSH och fT4 var 4:e-6:e vecka till vecka 25 (ex grav v 8-12-16-20-25). Justera levotyroxindosen så att TSH och fT4 ligger inom referensintervallet. Efter vecka 25 behövs ingen ytterligare provtagning under graviditet om TSH då är normalt.

#### ***Postpartum, om TSH varit 4,0-19,9 mIE/L vid inskrivning***

Levotyroxin sätts ut direkt post-partum om dosen då är 50 µg dagligen eller lägre. Om dosen är högre sänks den med 50 µg dagligen.

I samband med efterkontrollen (8-12 veckor postpartum) tar barnmorskan på BMM TSH, fT4 och TPOAk. Provsvar visas för MHV ansvarig läkare.

Kvinnor med påvisade TPOAk ska informeras om risken att insjukna i tyroideasjukdom senare i livet och rekommenderas söka allmänläkare vid symptom tydande på sköldkörteldysfunktion (till exempel oförklarlig trötthet, hjärtklappning, uttalade viktförändringar, depression m.m.)

## Tidigare känd tyroxinbehandlad hypotyreos

Man bör eftersträva att behandlingsoptimering med tyroxin görs redan innan graviditet. Alla kvinnor som behandlas med tyroxin (Levaxin/Euthyrox/Liotyronin) bör vara informerade om att öka sin medicinering från 7 till 9 veckodoser (alternativt öka med minst 30 % av tidigare dos) direkt vid konstaterad graviditet.

Första provtagningen TSH och fT4 skall tas 3–4 veckor efter att dosen har höjts.

Skulle dosen av någon anledning inte höjts tas TSH och fT4 även på dessa kvinnor vid första besöket på BMM (Inskrivningssamtal 1) samt rekommenderas höja dosen Levaxin. Om kvinnan ej själv vet hur dosen skall höjas görs höjningen efter samråd med MHV läkare. MHV läkaren tar även ställning till vidare uppföljning.

Om tidigare hypertyreos tas dessutom TRAk vid andra besöket på BMM (Inskrivningssamtal 2). Om positiv TRAk se vidare handläggning II a). Tidigare genomgången hypertyreos/giftstruma.

Om kvinnan äter järntabletter rekommenderas minst 2 timmars intervall mellan intag av tyroxin och järn.

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

### **TSH <0,1**

Sänk levotyroxindosen med 25 µg dagligen om fT4 är förhöjt. Uppföljning enligt nedan.

### **TSH 0,1-4,0**

Fortsätt med oförändrad dos. TSH och fT4 tas var 4:e-6:e vecka till vecka 25 (ex grav v 8-12-16-20-25), därefter behövs ingen ytterligare provtagning under graviditet om TSH då är normalt.

### **TSH 4,1–9,9 mIE/L**

Höj tyroxindosen med 50 µg. Uppföljning se nedan.

### **TSH 10–19,9 mIE/L**

Höj tyroxindosen med 75 µg. Uppföljning se nedan.

### **TSH ≥20 mIE/L**

Remiss omgående till endokrinolog för handläggning och uppföljning.

Remiss till SMVC för kännedom.

### ***Uppföljning och dosjustering, om TSH varit 4,0-19,9 mIE/L vid inskrivning alternativt TSH < 0,1 och förhöjt T4 vid inskrivning:***

Provtagning TSH och fT4 var 4:e-6:e vecka till vecka 25 (ex grav v 8-12-16-20-25). Justera levotyroxindosen så att TSH och fT4 ligger inom referensintervallet. Efter vecka 25 behövs ingen ytterligare provtagning under graviditeten om TSH då är normalt.



### **Patientnotering i Obstetrix**

Om kvinnan har haft en tidigare hypertyreos och nu har en positiv TRAk görs en patientnotering i Obstetrix med texten: *Tidigare behandlad för hypertyreos. Positiv TRAk. Thyroideastatus och TRAk skall tas från navelsträngsblod i samband med förlossningen.*

### **Postpartum**

Direkt återgång till den pregravida dosen. Vidare uppföljning ordinarie läkare. Rekommenderad provtagning 8 veckor post-partum.

## Hypertyreos

### **Tidigare genomgången hypertyreos/giftstruma**

Hos friska kvinnor med anamnes på hypertyreos/tyreotoxikos/giftstruma/Graves sjukdom tas TSH och fT4 vid första besöket hos barnmorskan (Inskrivningssamtal 1). Framkommer det vid andra besöket hos barnmorskan (Inskrivningssamtal 2) att pat haft hypertyreos/tyreotoxikos/giftstruma/Graves sjukdom kompletteras provtagningen med TRAk. TRAk-nivåerna kan trots tidigare behandling kvarstå förhöjda. 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 vidare I a) Nyupptäckt hypotyreos respektive II b) Nyupptäckt hypertyreos.

### **Förhöjt TRAk (>1,75 U/L)**

Remiss omgående till endokrinolog. Remiss till SMVC.

### **Patientnotering i Obstetrix**

Om kvinnan har haft en tidigare hypertyreos och nu har en positiv TRAk görs en patientnotering i Obstetrix med texten: *Tidigare behandlad för hypertyreos. Positiv TRAk. Thyroideastatus och TRAk skall tas från navelsträngsblod i samband med förlossningen.*

### **Aktuell hypertyreos med tyreostatikabehandling**

Handläggs av endokrinolog. Viktigt att stämna av att kvinnan haft kontakt med endokrinolog efter konstaterad graviditet, i annat fall omgående kontakt med endokrinolog. Remiss till SMVC.

### **Patientnotering Obstetrix**

Om kvinnan har en aktuell hypertyreos görs en patientnotering Obstetrix med texten: *Aktuell hypertyreos. Thyroideastatus och TRAk skall tas från navelsträngsblod i samband med förlossningen.*

## Nyupptäckt hypertyreos 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. Högst nivå av hCG uppnås i vecka 9-12 varefter nivåerna åter sjunker och TSH normaliseras. Om TSH är lågt ( $<0,1-0,3$  beroende på trimester) kan det antingen föreligga en hypertyreos eller, vilket är vanligare, en gestationell hypertyreos. Differentialdiagnosen avgörs av TRAk och fT4. Symtom typiska för hypertyreos är struma och ögonsymtom.

### **TSH $<0,1$**

Komplettera med provtagning TRAk

### **TRAk $\leq 1,75$ , fT4 ua och kvinnan har inga symtom**

Sannolikt gestationell tyreotoxikos, som är ofarlig. Ibland behövs betablockerare för symtomlindring. TSH och fT4 var 4:e vecka till graviditetsvecka 16. Om TSH då inte normaliserats remiss till endokrinolog.

### **TRAk $\leq 1,75$ , fT4 förhöjt och kvinnan har inga symtom**

Omtag fT4 efter fyra veckor. Om då kvarstående förhöjt fT4 remiss till endokrinolog. Vid kraftigt förhöjt fT4 remiss till endokrinolog utan föregående omtag.

### **Förhöjt TRAk ( $>1,75$ U/L)**

Remiss omgående till endokrinolog. Remiss till SMVC.

### **Kvinnan har typiska ögonsymtom för hypertyreos men enbart sänkt TSH**

Remiss omgående till endokrinolog. Remiss till SMVC.

### **Patientnotering Obstetrix**

Om kvinnan har en aktuell hypertyreos och en positiv TRAk görs en patientnotering Obstetrix med texten: *Aktuell hypertyreos. Positiv TRAk. Thyroideastatus och TRAk skall tas från navelsträngsblod i samband med förlossningen.*

## Handläggning SMVC

För de kvinnor som remitteras till SMVC görs en planering för hur kontrollerna skall se ut vid SMVC under resterande del av graviditeten:

Vid positiv TRAk kontroller en gång per månad efter datering.

Vid TSH $>20$  tillväxt en gång per månad från vecka 28.

Med fördel görs kontroller i samband med diabetesmottagningen då tillgång till endokrinolog finns.

Vid behov samt vid positiv TRAk skall pat lyftas på perinatalrund i slutet av graviditeten för planering kring omhändertagande post-partum.

Post-partum sänkning av levotyroxin se ”Handläggning MHV”.

## Referenser

SFOG-riktlinje från Endokrin ARG, uppdaterad okt 2017  
Riktlinje Tyroideasjukdom under och efter graviditet, Närhälsan, Västra Götalandregionen

## Flödesschema

### Handläggning- Sköldkörtelsjukdom i samband med graviditet

