

# Regional riktlinje för tyreoideasjukdom under och efter graviditet

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Giltig från 2023-02-09  
[www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer)

# Innehållsförteckning

Förord.....	1
Förkortningar .....	2
Bakgrund.....	2
Provtagning för tyreoidesjukdom under graviditet .....	2
Referensintervall för TSH under graviditet.....	3
Handläggning vid avvikande värden.....	3
A. Gravid med nyupptäckt hypotyreos .....	4
Behandlingsmål och uppföljande provtagning.....	4
Behandling post partum .....	4
Uppföljning post partum .....	5
B. Gravid med känd hypotyreos och pågående behandling.....	5
Dosering och behandlingsmål .....	6
Behandling post partum .....	6
Uppföljning post partum .....	6
C. Gravid med anamnes på struma och/eller positiva TPO-ak .....	7
D. Gravid med anamnes på hypertyreos inklusive Graves sjukdom .....	7
E. Gravid med pågående eller debuterande hypertyreos.....	8
F. Gestationell hypertyreos (hCG- beroende hypertyreos) .....	9
Övriga tillstånd med suppresserat TSH .....	9
G. Resistens i tyreoidesjukdom.....	10
H. Tyreoidesjukdom post partum.....	10
Post partum tyreoidit.....	10
Behandling post partum tyreoidit.....	10
Graves sjukdom post partum.....	11
I. Amning .....	11
J. Inför ny graviditet.....	11
K. Jodbehov under graviditet .....	11
Dokumentinformation .....	13
Patientinformation:	
Uppföljning efter nedsatt sköldkörtelfunktion i samband med graviditet ...	14

## Förord

Tyreoideasjukdom är relativt vanlig bland gravida och nyförlösta kvinnor. Tyreoideasjukdom under och efter graviditet kan medföra negativa konsekvenser för både mor och barn om de inte diagnosticeras och behandlas i tid. Det är således angeläget att uppmärksamma och behandla en eventuell funktionsrubbnings i tyreoidea på barnmorskemottagningen.

### Förändrade provtagningsrutiner

Sveriges Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har tagit fram nationella rekommendationer kring provtagning för tyreoideasjukdom under graviditet. I enlighet med rekommendationerna ska provtagning med TSH (Tyreoidea stimulerande hormon) erbjudas samtliga gravida så tidigt som möjligt i graviditeten och senast i samband med hälsosamtalet på barnmorskemottagningen.

Malmö 2023-02-09



Pia Lundbom  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Förkortningar

**TSH:** Tyreoideastimulerande hormon

**TRAK:** TSH receptorantikroppar. Vanligtvis stimulerande och orsak till hypertyreos vid Graves sjukdom

**TPO-ak:** Tyreoideaperoxidas antikroppar; markör för autoimmun tyreoidit. Kan även finnas vid Graves.

**Fritt T4,** (icke proteinbundet) tyroxin (T4)

**Fritt T3,** (icke proteinbundet) trijodtyronin (T3)

**hCG:** Humant choriongonadotropin

**BMM:** Barnmorskemottagning

**ATA:** American Thyroid Association

**SFOG:** Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

## Bakgrund

Tyreoideasjukdom är viktig att uppmärksamma vid graviditet då den obehandlad kan få konsekvenser för både mor och barn. För att undvika komplikationer är det viktigt att hitta avvikande tyreoideafunktion så tidigt som möjligt i graviditeten.

## Provtagning för tyreoideasjukdom under graviditet

- Provtagning med TSH ska erbjudas samtliga gravida kvinnor.
- Provet tas med fördel snarast efter den första kontakten med BMM. Provtagning ska genomföras senast i samband med hälsosamtalet.
- Hos gravida med anamnes på tyreoideasjukdom eller pågående behandling med L-thyroxin kontrolleras TSH och fritt T4.
- Hos gravida med anamnes på struma och/eller positiva TPO-ak kontrolleras TSH, fritt T4 och TPO-ak.

- Om patienten har anamnes på hypertyreos kontrolleras TSH, fritt T4, fritt T3 och TRAK.

## Referensintervall för TSH under graviditet

Referensintervallet för TSH hos **icke-gravida** är för den analysmetod som används i Region Skåne 0,4 - 3,7 mIE/L.

Graviditetshormonet hCG har en fysiologisk påverkan på TSH nivåerna och sänker TSH värdet. Hos gravida rekommenderas därför att referensintervallet justeras så att övre gränsen för TSH sänks med 0,5 mIE/L (ATA 2017). Övre gränsen för TSH blir 3,2 mIE/L under graviditet. Även den nedre gränsen sänks, se tabell nedan:

Tid i graviditeten	Referensvärde för TSH
Första trimestern	0,1 - 3,2 (mIE/L)
Andra trimestern	0,2 - 3,2 (mIE/L)
Tredje trimestern	0,3 - 3,2 (mIE/L)

## Handläggning vid avvikande värden

**TSH >3,2 mIE/L.** Sätt in L-thyroxin alternativt justera dosen L-thyroxin om pågående behandling. Fortsatt handläggning enligt **A** alternativt **B**.

TPO-ak är negativa om <60 kE/L och positiva om >60 kE/L. Om TPO-Ak sedan tidigare är känt positiva handläggs detta enligt **C**.

**TSH <0,1 mIE/L:** ta om TSH samt kontrollera TRAK. Se **D** för fortsatt handläggning.

TRAK är negativt om <1,2 IE/L

## A. Gravid med nyupptäckt hypotyreos

- Substitution med L-thyroxin ska inledas direkt av läkare på BMM, utan dröjsmål och inom 7 dagar efter det att diagnosen ställts. Vid behov konsulteras endokrinolog.
- Ge den förväntade underhållsdosen L-thyroxin direkt (utan upptrappning, se tabell nedan). Vilken dos som behövs påverkas av TSH värdet, kroppsvikt och tidpunkten i graviditeten.
- Vid TSH  $\geq 20$  mIE/L skrivs remisser till endokrinolog och till specialistmödrahjälsövård/fostermedicin för planering av graviditeten.

TSH värde	Rekommenderad startdos L-thyroxin
3,2 – 10 (mIE/L)	50 $\mu$ g
>10 (mIE/L)	100 $\mu$ g

### Behandlingsmål och uppföljande provtagning

Sträva efter att hålla TSH  $< 2,5$  mIE/L under första trimestern och därefter  $< 3,2$  mIE/L resten av graviditeten.

Provtagning med TSH bör ske var 4:e vecka fram tills mitten av graviditeten (graviditetsvecka 20) och en gång nära graviditetsvecka 30.

### Behandling post partum

- Om L-thyroxindosen varit maximalt 50  $\mu$ g ska behandlingen avslutas dagen efter förlossningen.
- Om L-thyroxindosen varit  $> 50$   $\mu$ g sänks dosen direkt efter förlossningen med 50  $\mu$ g alternativt med 25 - 50 % av den totala dosen.
- Ny provtagning av TSH rekommenderas efter 6 veckor.

## Uppföljning post partum

Följande rutiner gäller på eftervårdsbesöket på BMM vid nyupptäckt hypotyreos:

- Provtagning av TSH. Om TPO-ak inte redan tagits under graviditeten ska även detta tas.
- Om normalt TSH och negativa TPO-ak avslutas kontrollerna. Patienten informeras att söka vårdcentralen vid symtom på sköldkörtelrubbing samt inför nästa graviditet. Förse patienten med patientinformationsblankett.
- Om TPO-ak påvisats eller om patienten behöver fortsatt L-thyroxinbehandling efter förlossningen skickas remiss till vårdcentralen för fortsatt uppföljning med kontroll 6 månader post partum.
- Om patientens hypotyreos handlagts på endokrinologisk mottagning är respektive mottagning ansvarig för fortsatta kontroller och eventuell remittering.

## B. Gravid med känd hypotyreos och pågående behandling

### Inför graviditet:

- Kontrollera att substitutionen med L-thyroxin är adekvat. TSH är den bästa indikatorn på adekvat tillförsel av L-thyroxin.

### Vid konstaterad graviditet:

- Barnmorska efterfrågar om patienten justerat dosen enligt nedan och initierar provtagning av TSH och fritt T4 snarast efter den första kontakten med BMM (Om detta inte redan gjorts via patientens ordinarie läkare).
- Kvinnan handläggs därefter av läkare på BMM eller av endokrinolog om kvinnan redan har en sådan kontakt.

- Behandling med L-thyroxin skall fortgå under graviditet och amning och dosjustering sker utifrån provtagning och provresultat.
- Obs! Liotyronin (T3) eller svinsköldkörtelextrakt (T4+T3, bland annat) skall inte användas som behandling vid graviditet då dessa preparat inte passerar blodhjärnbarriären hos fostret vilket kan påverka barnets utveckling negativt. Byte till L-thyroxin rekommenderas, kontakta endokrinolog för vägledning.

## Dosering och behandlingsmål

Hos redan behandlade patienter behöver man i allmänhet höja L-thyroxindosen för att TSH skall hållas ”optimalt”. Hur stor ökning som behövs är individuellt. Ökning av L-thyroxindosen kan inledas så fort graviditet konstaterats och TSH-värde erhållits. Öka den dagliga dosen med 25 – 50 %.

Sträva efter att hålla TSH <2,5 mIE/L under första trimestern och därefter <3,2 mIE/L.

Provtagning med TSH bör ske var 4:e vecka fram tills mitten av graviditeten (graviditetsvecka 20) och en gång nära graviditetsvecka 30.

### **Om TSH $\geq$ 20 mIE/L trots pågående behandling med L-thyroxin:**

Tillståndet kan innebära en ökad risk för graviditetskomplikationer.

Remittera till specialistmödravård/fostermedicin för planering av graviditeten samt till endokrinolog för optimering av behandling.

## Behandling post partum

Återgå till den dosering L-thyroxin som förelåg före graviditeten. Om doseringen före graviditet inte är känd minskas den aktuella slutdosen med 25 - 50 %.

## Uppföljning post partum

Följande rutiner gäller på eftervårdsbesöket på BMM:

- Provtagning TSH



- Fortsatta kontroller via ordinarie läkare, lämpligen ca 6 månader post partum. Remiss skrivs vid behov. Förse patienten med patientinformationsblanketten.

## C. Gravid med anamnes på struma och/eller positiva TPO-ak

Provtagning med TSH, fritt T4 och TPO-ak så tidigt i graviditeten som möjligt rekommenderas.

- Vid TSH inom referensintervallet 0,1 - 3,2 mIE/L (i tidig graviditet) och positiva TPO-ak, kontrolleras TSH och fritt T4 åter efter 4 veckor samt 6 - 12 v post partum. Förse patienten med patientinformationsblanketten vid eftervårdsbesöket.
- Vid struma, med TSH inom referensintervallet 0,1 - 3,2 mIE/L (i tidig graviditet) och negativa TPO-ak ska genesen till struman utredas, se nedan punkt H.
- Om TSH <0,1 mIE/L och samtidig struma ska remiss skickas till endokrinologen.
- Vid kraftig struma med tryck mot trakea som kan medföra risk för andningshinder skickas remiss till specialistmödravården för planering inför förlossning samt remiss till endokrinologen för bedömning av eventuell kirurgi.

## D. Gravid med anamnes på hypertyreos inklusive Graves sjukdom

Patienter som inte längre är under behandling med tyreostatika, eller som substituerar med L-thyroxin efter medicinsk behandling/operation/I-131 terapi (mot hypertyreos) ska kontrolleras enligt följande:

Provtagning med TSH, fritt T4, fritt T3 och TRAK så tidigt i graviditeten som möjligt rekommenderas. Samma referensvärden gäller enligt ovan.

- Om TRAK är förhöjt skickas remiss till både endokrinolog och specialistmödravård /ultraljud / fostermedicin eftersom detta är en högriskgraviditet.
- Om TRAK är negativt fortsatt handläggning enligt tabell nedan.

TRAK	TSH	Handläggning
neg	förhöjt	Behandla enligt A alt B, diskutera/remittera vid behov till endokrinolog.
neg	lågt	Följ TSH som ska normaliseras inom 1-2 månader vid graviditetsinducerad hypertyreos. Överväg diskussion eller remiss till endokrinolog.
neg	normalt	Kontrollera TRAK och TSH på nytt i andra trimestern, om fortsatt samma resultat avslutas kontrollerna. Fortsätt behandling och kontroller av eventuell hypotyreos enligt punkt A alt. B

## E. Gravid med pågående eller debuterande hypertyreos

Provtagning med TSH, fritt T4, fritt T3 kompletterat med TRAK och TPO-ak så tidigt i graviditeten som möjligt rekommenderas.

Remiss skickas till både till endokrinolog och specialistmödravård/ultraljud fostermedicin eftersom detta är en högriskgraviditet.

Orsaker till hypertyreos kan vara:

- Graves sjukdom (förhöjt TRAK medför diagnosen Graves sjukdom)
- Autonomt adenom
- Multinodös toxisk struma
- Subakut tyreoidit
- Gestationell hypertyreos kan övervägas (se punkt F)

På BMM ska barnmorskan dokumentera i sammanfattningen i MHV3 och i notatrutan att:

- Barnläkare skall informeras vid förlossningen.
- Prov skall tas från navelsträngsblod för TRAK, TSH och fritt T4

**OBS! Nuklearmedicinska undersökningar, tyreoidescintigrafi och I-131 upptagsmätning, liksom behandling med I-131, är KONTRAINDICERADE hos gravida.**

## F. Gestationell hypertyreos (hCG-beroende hypertyreos)

Gestationell hypertyreos förekommer i första trimestern när höga hCG värden stimulerar TSH receptorer. I lindriga fall ses en sänkning av TSH utan att T4 och T3 värdena ligger förhöjda. Vid förhöjda värden kan dock klinisk tyreotoxikos förekomma med tyreotoxiska symtom.

Tillståndet är oftast av mild karaktär och övergående när hCG-värdena avtar i graviditetsvecka 15 – 20.

hCG-beroende hypertyreos handläggs i första hand på BMM. Specifik behandling är sällan nödvändig men vid besvärande symtom, konsultera endokrinolog.

Differentialdiagnostik kan det även vara Graves sjukdom, men då har patienten positiv TRAK, se punkt D och E.

### Övriga tillstånd med suppresserat TSH

- Hyperemesis gravidarum innebär ofta ett högt hCG och TSH är inte sällan suppresserat.
- Trofoblasttumör/mola medför kraftig hCG sekretion och kan via stimulering av TSH-receptorer på tyreoidea orsaka hypertyreos.

## G. Resistens i tyreoida

Provtagning med TSH, fritt T4, fritt T3 så tidigt i graviditeten som möjligt rekommenderas. Remitteras till vårdcentral för palpation och vidare handläggning enligt AKO riktlinje: [Sköldkörtelcancer - vårdriktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

**OBS! Scintigrafi är KONTRAINDICERAD hos gravida.**

## H. Tyreoidasjukdom post partum

### Post partum tyreoidit

Post partum tyreoidit är en funktionsstörning som förekommer hos 4 - 7 % av alla kvinnor efter graviditeten. Den kliniska bilden ter sig oftast som en övergående tyreotoxikos, som därefter övergår till en hypothyreos.

Orsaken kan vara nyinsjuknande i asymtomatisk autoimmun tyreoidit alternativt en reaktivering av tidigare sjukdom. Vanligen normaliseras funktionsstörningarna spontant.

I den tyreotoxiska fasen ska differentialdiagnosen hypertyreos p.g.a. Graves sjukdom uteslutas vilket görs med TRAK som är positiva vid Graves.

Remiss skickas till endokrinolog vid misstanke om Graves sjukdom.

Remiss skickas till vårdcentral vid post partum tyreoidit utan misstanke om Graves sjukdom.

### Behandling post partum tyreoidit

- Vid besvärande tyreotoxiska symtom kan symtomatisk behandling med beta-blockare (förslagsvis propranolol) förskrivas.
- I den hypothyreoida fasen kan substitution med L-thyroxin ges tillfälligt.
- Hos dem som återfår sin tyreoidafunktion (90 %) är det 25 % risk att senare återinsjukna i hypothyreos vilket kvinnan ska informeras om. Detta ska även beaktas vid ny graviditet.

## Graves sjukdom post partum

Det finns en ökad risk för recidiv samt för nyinsjuknande i Graves sjukdom i upp till 12 månader efter förlossningen.

För att differentialdiagnostiskt skilja mot den toxiska fasen av post partum tyreoidit kontrolleras TRAK för vägledning.

## I. Amning

Angående läkemedelsbehandling för sjukdomar i tyreoida post partum under amningsperioden gäller:

- Substitution med L-thyroxin ska fortgå under amning.
- Tyreostatika passerar i låg grad över till bröstmjölken. Tyreostatika i låga - medelhöga doser utgör inget hinder för amning.
- Propylthiouracil ges i doser upp till 450 mg /dygn och Tiamazol i doser upp till 20 mg /dygn. Vid doser >20 mg/dygn skall barnläkare kontrollera barnet extra. Det rekommenderas att tablettintaget sker efter amningstillfället.
- **OBS! Isotopundersökning ska inte utföras under amning.** Vid stark medicinsk indikation vidtas särskilda försiktighetsåtgärder inklusive amningsuppehåll.

## J. Inför ny graviditet

Inför ny graviditet rekommenderas patienter med aktuell eller genomgången tyreoidesjukdom att tidigt ta kontakt med vårdcentral för provtagning. Se patientinformation.

## K. Jodbehov under graviditet

Gravida ska använda joderat salt i kosten. Jodbehovet är ökat under graviditet och intaget av jod bör vara högre än rekommendationerna för icke-gravida. Vid graviditet rekommenderas ett dagligt jodintag på 175 - 250 µg/dygn.

Vid misstanke om bristfällig nutrition bör ett kosttillskott av jod på 150 µg/dag övervägas. Multivitaminpreparat för gravida innehåller ofta jodtillskott.

# Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
<b>Huvudansvarig</b>	Mikael Lantz	Överläkare endokrinologi	<a href="mailto:Mikael.Lantz@skane.se">Mikael.Lantz@skane.se</a>
	Tereza Planck	Överläkare endokrinologi	<a href="mailto:Tereza.Planck@skane.se">Tereza.Planck@skane.se</a>
	Christel Åkerman	Överläkare obstetrik	<a href="mailto:Christel.Akerman@skane.se">Christel.Akerman@skane.se</a>
<b>Fastställt av</b>	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Pia.Lundbom@skane.se">Pia.Lundbom@skane.se</a>
<b>Sakkunniggrupp</b>	LPO Kvinnosjukdomar och förlossning		
<b>Kontaktperson Koncernkontoret</b>	Anna Kjellbom	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Anna.Kjellbom@skane.se">Anna.Kjellbom@skane.se</a>
<b>Administrativ kontaktperson</b>	Carina Åkesson	Publicerare	<a href="mailto:Carina.I.Akesson@skane.se">Carina.I.Akesson@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
<b>Ursprunglig version</b>	2014-07-08	2016-12-31	Bengt Hallengren Mikael Lantz
<b>Revidering</b>	2017-01-01	2017-09-30 (förlängning)	Lina Åkesson
<b>Revidering</b>	2018-01-01	2019-11-30	Mikael Lantz Tereza Planck Christel Åkerman
<b>Förlängning</b>	2021-02-19	2023-03-15	Mikael Lantz Tereza Planck Christel Åkerman
<b>Revidering</b>	2023-01-01	2026-01-01	Mikael Lantz Tereza Planck Christel Åkerman Anna Ivarsson

## Patientinformation: Uppföljning efter nedsatt sköldkörtelfunktion i samband med graviditet

Om du sedan tidigare har en känd underfunktion i sköldkörteln och medicinerar med Levaxin så behöver dosen av läkemedel ofta öka under graviditeten.

Efter förlossningen ska du oftast återgå till den Levaxindos du hade innan du blev gravid.

Om du fått konstaterat en underfunktion i sköldkörteln i samband med graviditet så innebär det en ökad risk att utveckla brist på sköldkörtelhormon även senare i livet.

Detta är viktigt att känna till och betyder att du behöver följas upp efter förlossningen.

**Följande uppföljning rekommenderas för dig:**  
(Fylls i av patientansvarig barnmorska eller läkare)

- Under graviditeten har din sköldkörtelfunktion varit nedsatt och du har fått behandling med Levaxin. Behandlingen har nu avslutats. Du rekommenderas att söka vårdcentral vid symtom som kan tyda på funktionsrubbing i sköldkörteln samt nästa gång du planerar för graviditet.
- Under graviditeten har din sköldkörtelfunktion varit nedsatt och du har fått behandling med Levaxin. Dosen har sänkts i samband med förlossningen. Du ska fortsätta behandlingen tills proverna har återgått till normala värden. Din barnmorska har skickat remiss till vårdcentralen för uppföljning med provtagning om 6 månader.
- I samband med graviditeten har provtagning påvisat antikroppar mot sköldkörtelns receptorer (TPO-Ak). Om man har sådana antikroppar innebär det en ökad risk att utveckla underfunktion i sköldkörteln senare i livet. Din barnmorska har skickat remiss till vårdcentralen för uppföljning med provtagning om 6 månader.
- Du har en känd underfunktion i sköldkörteln och har redan behandling med Levaxin. Dosen har justerats under graviditeten. Efter förlossningen ska du återgå till den Levaxindos du hade innan du blev gravid. Uppföljning ska ske hos din ordinarie läkare.

### Amning

Det går bra att amma när man medicinerar med Levaxin.