

Tyreoidesjukdom under graviditet och postpartum

Vårdnivå och remiss

Vid inskrivningssamtalet i kvinnohälsovården kan barnmorskan fånga upp om den gravida kvinnan har tyreoidesjukdom. Barnmorskan ansvarar alltid för att den initiala provtagningen görs.

Diagnostik och utredning

Provtagning under graviditet

TSH kontrolleras på **alla** gravida vid första kontakt med kvinnohälsovården.

Undantag är gravida med behandlad hypotyreos som har höjt tyroxindosen så snart graviditet konstaterats.

Hos gravida med tidigare genomgången/aktuell giftstruma kontrolleras också TRAK.

TPO-ak tas senast 8-12 veckor post partum på kvinnor med förhöjt TSH. Kvinnor med påvisbara TPO-ak följs upp post partum hos allmänläkare.

Referensintervall för TSH under graviditet

- Första trimestern: 0,1-4,0 mIE/L
- Andra trimestern: 0,2-4,0 mIE/L
- Tredje trimestern: 0,3-4,0 mIE/L

Vid normalt TSH behövs ingen ytterligare provtagning under graviditeten såvida inte misstanke om sköldkörtelrubbing uppstår senare.

Behandling

Nydiagnostiserad hypotyreos under graviditet

TSH 4,0-9,9 mIE/L

Behandling insätts med 50 µg tyroxin dagligen utan ytterligare provtagning. Uppföljning enligt nedan.

TSH 10,0-19,9 mIE/L

Behandling insätts med 75 µg tyroxin dagligen. Uppföljning enligt nedan.

TSH ≥20 mIE/L

Sätt omgående in behandling med tyroxin i dosen 125 µg dagligen.

Konsultera endokrinolog för vidare handläggning och uppföljning, inklusive post partum.

Kontakt med specialistmödravården för övervakning med viktskattning, AFI och flödesmätning från vecka 28.

Dosjustering

På alla tyroxinbehandlade kontrolleras TSH och fT4 var 4:e-6:e vecka till graviditetsvecka 25.

Justera tyroxindosen så att TSH ligger inom referensintervallet. Efter vecka 25 behövs vanligen ingen provtagning om TSH är normalt.

Uppföljning Post partum

Tyroxin sätts ut vid partus om dosen då är maximalt 50 µg/dag. Om dosen är högre sänks den med 50 µg.

Provtagning TSH utförs 8-12 veckor postpartum, på vårdcentral. Dessutom tas TPO-ak, om det inte tagits tidigare.

Kvinnor med TPO-ak och/eller fortsatt tyroxinbehandling handläggs av allmänläkare. Remiss skrivs från Kvinnohälsovården.

Känd tyroxinsubstituerad hypotyreos -handläggs initialt hos ordinarie förskrivare/vårdcentral

Det är en fördel om hypotyreosjukdomen är välreglerad inför graviditet.

Den som ansvarar för förskrivningen bör se till att patienten får information om att så snart graviditeten konstateras kontakta ordinarie förskrivare/vårdcentral för att **öka veckodosen tyroxin från 7 till 9 ordinarie dygnsdoser.**

(Ny daglig dos = (ordinarie dos x 9)/ 7, ex. $(75\mu\text{g} \times 9)/7 =$ ny daglig dos, 100 µg) (Kvinnor med 50 µg ges förslagsvis 75 µg dagligen).

Det är särskilt viktigt att denna dosökning sker hos kvinnor med bortopererad sköldkörtel.

Efter doshöjning kan remiss skickas till kvinnohälsovården för fortsatt uppföljning och provtagning av TSH och fT4 om 3-4 veckor.

Första provtagning TSH och fT4 sker 3-4 veckor **efter** doshöjning. Har inte doshöjning skett eller vid tveksamhet tas TSH och fT4 vid första kontakten med kvinnohälsovården. Vid samma tillfälle tas dessutom TRAK på kvinnor med tidigare giftstruma. Kvinnohälsovården har därefter fortsatt ansvar för uppföljning med provtagning och eventuell läkemedelsjustering.

Behandling med T. Liothyronin rekommenderas inte under graviditet. Byte till T. Levaxin bör ske om behandling är indicerad. Vid behov konsultation med endokrinolog.

TSH inom referensintervallet

TSH och fT4 tas var 4:e-6:e vecka till graviditetsvecka 25, därefter behövs vanligen ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt. Dosjustering vid behov.

TSH 4,0-9,9 mIE/L

Tyroxindosen höjs med 50 µg dagligen. TSH och fT4 tas var 4:e-6:e vecka till graviditetsvecka 25, därefter behövs vanligen ingen ytterligare provtagning om TSH är normalt. Dosjustering vid behov. Kontrollerar följsamhet till behandling.

TSH 10-19,9 mIE/L

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

TSH ≥20 mIE/L

Öka tyroxindosen med 75 µg och konsultera endokrinolog som sedan ansvarar för vidare handläggning och uppföljning. Kontrollera följsamhet till behandling.

Fostret övervakas med viktskattning, AFI och flöde från vecka 28.

TRAK positiv

Se nedan. Handläggs i samråd med endokrinolog.

TSH under referensgränsen:

Sänk tyroxindosen med 25 µg dagligen om fT4 är förhöjt. TSH och fT4 tas var 4:e-6:e vecka till graviditetsvecka 25, därefter endast vid avvikelse. Dosjustering vid behov.

Post partum sker återgång till den pregravida dosen.

Uppföljning post partum

Post partum sker återgång till den pregravida dosen. Uppföljning hos ordinarie läkare. Remiss skrivs på BB till vårdcentral eller endokrinolog.

Tidigare genomgången Graves sjukdom, nu frisk

Hos friska kvinnor med anamnes på giftstruma tas utöver TSH och fT4 även TRAK vid första besöket på kvinnohälsovården. TRAK-nivåerna kan trots tidigare behandling kvarstå förhöjda, särskilt om kvinnan behandlats kirurgiskt eller med radiojod. 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 tyreoidhormoner

Se avsnitt om nyupptäckt hypotyreoos respektive nyupptäckt tyreotoxikos.

Förhöjt TRAK

TRAK tas om i graviditetsvecka 20-22. Om TRAK kvarstår förhöjt övervakas fostret med ultraljud från graviditetsvecka 20-22 och minst en gång per månad i syfte att upptäcka fetal hypertyreos.

Utöver viktskattning, AFI och flöde kan kontroll av hjärtfrekvens, tyreoidestorlek, hydrops och andra tecken till hjärtsvikt samt benmognad vara av värde. Konsultera endokrinolog vid behov.

Aktuell tyreotoxikos med tyreostatikabehandling

Handläggs av endokrinolog. Viktigt med snabb kontakt när graviditet konstaterats, särskilt vid Thacapzol-behandling.

Fostret övervakas med ultraljud från graviditetsvecka 20- 22 vid förhöjt TRAK, se ovan, annars med tillväxt, AFI och flöde från graviditetsvecka 28.

Tyreotoxikos upptäckt under graviditeten

Om TSH är lågt under första eller början av andra trimestern kan det antingen föreligga en Graves sjukdom eller, vilket är vanligare, en gestationell tyreotoxikos orsakad av den TSH-liknande effekt som hCG utövar i tidig graviditet med maximum kring vecka 10-12. Differentialdiagnosen avgörs av TRAK och fT4.

TRAK är förhöjt och/eller typiska ögonsymtom för Graves sjukdom föreligger:

Graves sjukdom. Konsultera endokrinolog för ställningstagande till tyreostatikabehandling och fosterövervakning enligt ovan.

TRAK är normalt och kvinnan har varken struma eller ögonsymtom:

Sannolikt gestationell tyreotoxikos, som är ofarlig. Ibland behövs betablockerare för symtomlindring. Vid kraftigt förhöjt fT4 remiss till endokrinolog för ställningstagande till tyreostatika. I övriga fall ta om TSH och fT4 var 2-4:e vecka till graviditetsvecka 16. Om TSH då inte normaliserats konsulteras endokrinolog.

Obehandlade kvinnor med påvisade TPO-ak

Kvinnor med kända TPO-ak ska informeras om risken att insjukna i tyreoidesjukdom under post partumperioden och senare i livet. Utöver provtagning med TSH och fT4 8-12 veckor post partum, bör TSH och fT4 kontrolleras 6 månader post partum.

Kvinnohälsovården skriver remiss till primärvården för uppföljning. Kvinnor med TPO-ak ska informeras om att söka allmänläkare vid symtom tydande på sköldkörteldysfunktion (oförklarlig trötthet, hjärtklappning, uttalade viktförändringar, depression m.m.).

Tyreoidesjukdom med debut post partum

Post partumtyreodit har i regel i två faser.

Den **toxiska fasen** (debut 2-4 månader post partum, duration 2-4 veckor) passerar ofta utan tydliga besvär men ibland föreligger lätta tyreotoxiska symtom, vanligast takykardi som kan behandlas med betablockerare.

Därefter följer den **hypotyreotiska reparationsfasen** (vanligtvis 3-12 månader post partum, duration 4-20 veckor) med hypotyreotiska symtom som oftast är mer uttalade än symtomen i den toxiska fasen. TPO-ak föreligger alltid. Behandlas med tyroxin, vanligen hos allmänläkare.

I de flesta fall av post partumtyreoidit normaliseras tyreoida-funktionen inom 6 månader. Tyroxinbehandlingen kan då på försök sättas ut.

Hypotyreosfasen kan bli permanent. Kvinnan har en förhöjd risk att insjukna i post partumtyreoidit vid efterföljande graviditeter, och en förhöjd risk att insjukna i hypotyreos senare i livet.

Provtagning vid misstanke om hypotyreos post partum: TSH och fT4.

Tyreotoxikos post partum kan antingen vara Graves sjukdom eller den toxiska fasen av post partumtyreoidit. Remitteras till endokrinolog för differentialdiagnostik och fortsatt handläggning.

Provtagning vid misstanke om tyreotoxikos post partum: TSH, fT4, TRAK. Om TRAK påvisas rör det sig om Graves sjukdom, däremot ger ett negativt utfall ingen differentialdiagnostisk vägledning. Ofta kan det i stället räcka med upprepad provtagning, eventuellt under behandling med betablockerare, för att avgöra i vilken riktning som tyreotoxikosen utvecklas.

Uppföljning

Se respektive rubrik ovan.

Referenser

Se Tyroideasjukdom och graviditet, länsgemensamma riktlinjer för kvinnoklinikerna under Relaterat innehåll.