

Tyreoideasjukdom och graviditet, vårdriktlinje (Region Jönköpings län)

Dokumentinformation: Gäller för kvinnoklinikerna i Region Jönköpings län

Målgrupp: Samtliga gravida och kvinnor upp till 6 mån postpartum.

Berörda verksamheter: Barnmorskor och läkare inom primärvård, kvinnohälsovård och BB/förlossning

Vårdnivå: Öppen- och slutenvård

Generella riktlinjer och råd

Barnmorskan signerar normala prover tagna på kvinnohälsovården (KHV) och ordinerar uppföljande prover enligt vårdriktlinje. Vid avvikande prover kan barnmorska handlägga om det tydligt framgår åtgärd i rutin. Konsult till läkare vid behov, för dosjustering eller för recept.

Jodbehov ökar under graviditet. Gravida ska därför använda jodberikat salt. Ett dagligt intag av 250 µg jod rekommenderas för gravida och ammande kvinnor. Om bristfällig nutrition misstänks bör ett tillskott av jod på 150µg/dygn övervägas t.ex. genom multivitamintablett för gravida.

Interaktion kan uppstå mellan Levaxin och andra läkemedel samt vitaminer/mineraler. Tabletter innehållande till exempel järn, kalcium och antacida skall ges tidigast 4 timmar före eller efter Levaxin.

Postpartum skrivs remiss på BB för uppföljning till patientens vårdcentral alternativt till tidigare behandlande läkare.

Hypotyreos har en incidens på ca 1–2% hos kvinnor i fertil ålder och kan utan behandling ge risk för försämrad neurologisk utveckling hos fostret. Hypertyreos är ovanligt under graviditet med risk för bl.a. missfall, preeklampsi, tillväxthämning, ablatio och neonatal tyreotoxikos.

Postpartumtyreoidit drabbar 5–10 % under första året postpartum, och kan manifesteras sig som såväl hypotyreos eller tyreotoxikos.

Värdet av att behandla subklinisk hypotyreos (förhöjt TSH med normalt fritt T4) när TSH är <10 mIE/ml är inte fastställt. Större randomiserade placebokontrollerade studier har inte kunnat påvisa någon positiv behandlingseffekt av levotyroxin vare sig avseende graviditetskomplikationer

eller barnets neurokognitiva utveckling. TPO-Ak är associerat med missfall och prematur förlossning men det saknas evidens för behandling med levotyroxin vid normal tyreoidaefunktion. Vid subklinisk hypotyreos med samtidig förekomst av TPO-Ak övervägs behandling. Denna grupp har högre sannolikhet att tillståndet övergår i klinisk hypotyreos.

Provtagning under graviditet

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

*Undantag/tillägg

- Gravida med behandlad hypotyreos som har höjt tyroxindosen så snart graviditet konstaterats. Se avsnitt nedan.
- Hos gravida med tidigare genomgången eller aktuell giftstruma/Grave's kontrolleras också TRAk.

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

Ingen tidigare känd tyreoidasjukdom

- **Normalt TSH:** Ingen ytterligare provtagning under graviditet. Barnmorska vidimerar provsvaret.
- **Lågt TSH:** komplettera med fT4 och TRAk snarast. Efterfråga om symptom finns (hjärtklappning, tremor, eller typiska ögonsymptom för Grave's sjukdom). Om positiv TRAk – se rubrik ”förhöjt TRAk”.
- **TSH 4,1–9,9 mIE/L:** Ta om TSH och komplettera provtagning med fT4 och TPO-ak så snart som möjligt. (TSH fluktuerar fysiologiskt och enstaka värde över normalgränsen utgör inte grund för diagnos. fT4 kontrolleras för att kunna differentiera mellan subklinisk och manifest hypotyreos. TPO-ak tas för att få vägledning kring eventuell behandling av subklinisk hypotyreos.)
- **TSH: 10–19,9 mIE/L:** manifest hypotyreos. Konsult till läkare på kvinnohälsovården för behandling.
- **TSH \geq 20 mIE/L:** konsult, inom några dagar, till läkare på kvinnohälsovården för behandling och remiss till endokrinolog för vidare handläggning och uppföljning, inklusive post partum. Till specialismödravård eller ultraljudsmottagning med viktskattning, AFI och flödesmätning från graviditetsvecka 28.

Behandling vid olika TSH-nivåer under graviditet

TSH (mIE/L)	fT4 (pmol/L)	TPO-Ak	Levotyroxin	Övriga åtgärder
4.1–9.9 (nytt prov efter screening)	Normalt	Negativt	Behandling kan avvakta	Nytt TSH och fT4 efter 4–6 veckor. <ul style="list-style-type: none"> Om normalt TSH eller i sjunkande, avsluta kontrollen om symptomfri. Om TSH är stigande följs prover upp efter ytterligare 4-6 veckor eller inleds behandling. Vid bekräftad subklinisk hypotyreos skrivs remiss på BB till vårdcentral för uppföljning postpartum.
4.1– 9.9	Normalt	Positivt	50µg/dag	TSH, fT4 efter 4–6 veckor Se vidare under stycket "Känd tyroxinsubstituerad hypotyreos". Remiss till vårdcentral postpartum.
4.1–9.9	Lågt	--	50µg/dag	
10.0–19.9	--	--	75µg/dag	
≥20.0	--	--	125µg/dag	<ul style="list-style-type: none"> Remiss till specialistmödravården/endokrinolog för fortsatt terapi och uppföljning. Fosterövervakning med tillväxtultraljud och remittering till vårdcentral post partum ombesörjs av specialistmödravården.

-- Oberoende om normalt eller avvikande värde

Uppföljning, 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.

Postpartum:

- Tyroxin sätts ut vid partus om dosen då är maximalt 50 µg/dag. Om dosen är högre sänks den med 50 µg.
- Remiss skickas på BB till patientens vårdcentral för uppföljning med TSH, fT4 8–12 veckor postpartum. TPOAk, kontrolleras vid uppföljning om det inte tagits tidigare.

Obehandlade kvinnor med påvisade TPOAk

TSH och fT4 kontrolleras 8–12 veckor postpartum, samt 6 månader postpartum. Remiss skickas till patientens vårdcentral.

Patienter med kända TPOAk ska informeras om risken att insjukna i tyreoidesjukdom under postpartumperioden och senare i livet samt att söka

allmänläkare vid symtom tydande på sköldkörteldysfunktion (oförklarlig trötthet, hjärtklappning, uttalade viktförändringar, depression m.m.)

Känd tyroxinsubstituerad hypotyreos – handläggs initialt hos ordinarie förskrivare/vårdcentral

Hypotyreosjukdomen bör vara välreglerad inför graviditet. Behandlande läkare ska informera patienten 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, $100\mu\text{g}$) (Patienter med $50\mu\text{g}$ ges förslagsvis $75\mu\text{g}$ dagligen). Det är särskilt viktigt att denna dosökning sker hos patienter med bortopererad sköldkörtel.

Första provtagningen sker på kvinnohälsovården

TSH och fT4 kontrolleras 3–4 veckor efter doshöjning. Har inte doshöjning skett eller vid tveksamhet tas TSH och fT4 vid första kontakten med kvinnohälsovården. TRAk tas också på patienter med tidigare giftstruma. Kvinnohälsovården har fortsatt ansvar för uppföljning med provtagning och eventuell läkemedelsjustering.

Tablett Liothyronin (T3) rekommenderas inte under graviditet. Byte till tablett Levaxin bör ske om behandling är indicerad. Vid behov konsultation med endokrinolog.

TSH	Levotyroxin	Övriga åtgärder
Under referensintervall	Sänk med $25\mu\text{g}$ dagligen	TSH, fT4 var 4:e–6:e vecka till graviditetsvecka 25, därefter endast vid avvikelse. Dosjustering vid behov.
Inom referensintervall	Oförändrad dos	
4.1–9.9 mIE/L	Öka med $50\mu\text{g}$ 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.
10.0–19.9 mIE/L	Öka med $75\mu\text{g}$ dagligen	
≥20.0	Öka med $75\mu\text{g}$ dagligen	Konsultera endokrinolog, <i>inom några dagar</i> , som sedan ansvarar för vidare handläggning och uppföljning. Kontrollera följsamhet till behandling. Fostret övervakas med viktskattning, AFI och flöde från graviditetsvecka 28.

Postpartum

Återgång till den pregravida dosen, notera i sammanfattning av graviditet. Uppföljning hos ordinarie läkare. Remiss skrivs på BB till vårdcentral eller endokrinolog, ange pregravid dos i remissen.

Tidigare behandlad Graves sjukdom, nu frisk

Vid 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 patienten behandlats kirurgiskt eller med radiojod.

TRAk, TSH och fT4 – normalt

Ingen ytterligare provtagning under graviditeten.

TSH, fT4 – avvikande

Se avsnitt om nyupptäckt hypothyreos respektive nyupptäckt tyreotoxikos.

Förhöjt TRAk

Konsultera specialistmödravård eller endokrinolog. TRAk tas om i graviditetsvecka 20–22. Om TRAk då är förhöjt >5 IE/L eller mer än två gånger övre referensgränsen övervakas fostret med ultraljud från graviditetsvecka 28 enligt rekommendation från Ultra-ARG (se länk under relaterad information).

TRAk passerar över placenta och kan medföra hypertyreos hos barnet. Barn till TRAk-positiva mödrar ska alltid kontrolleras med TRAk från navelsträngsblod. Förlossning sker i Jönköping. Barnläkare ska kontaktas efter förlossningen oavsett tid på dygnet.

Aktuell tyreotoxikos med tyreostatikabehandling

Kvinnor med pågående tyreostatikabehandling bör undvika graviditet. Om graviditet inträffar ska omedelbar kontakt tas med endokrinolog och specialistmödravård.

Fostret övervakas med ultraljud från graviditetsvecka 28 enligt rekommendation från Ultra-ARG (se länk under relaterad information) vid TRAk >5 IE/L eller förhöjt mer än 2–3 gånger övre referensvärdet, och/eller vid behandling med höga doser tyreostatika.

Nydiagnostiserad hypertyreos under graviditet, lågt TSH

Lågt TSH första eller början av andra trimestern

Sannolikt gestationell tyreotoxikos på grund av den TSH-liknande effekt som hCG utövar i tidig graviditet med maximum kring graviditetsvecka 10–12. Komplettera provtagning med TRAk och fT4 inom en vecka.

- Vid lågt TSH och normalt eller lätt förhöjt fT4 och negativ TRAk följs TSH och fT4 med 4–6 veckors intervall. När TSH och fT4 normaliserats kan kontroller avslutas. Om patienten har symtom och TSH kvarstår under 0,2 mIE/L efter graviditetsvecka 20 konsulteras endokrinolog. Om symtom saknas följs TSH, T4 var 4–6 vecka.
- Vid lågt TSH och samtidigt förhöjt fT4 mer än strax ovan övre referensvärdet och negativ TRAk eller om den gravida har typiska ögonsymtom för Grave's sjukdom konsulteras endokrinolog.
- Vid lågt TSH och samtidigt positiv TRAk (=nyupptäckt Grave's sjukdom) skickas remiss till endokrinolog och specialistmödravård för fortsatt handläggning.

Tyreoidesjukdom med debut postpartum

Postpartumtyreodit har i regel i två faser. Den toxiska fasen (debut 2–4 månader postpartum, 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 hypothyreotiska reparationsfasen (vanligtvis 3–12 månader postpartum, duration 4–20 veckor) med hypothyreotiska symtom som oftast är mer uttalade än symtomen i den toxiska fasen. TPOAk föreligger alltid. Behandlas med tyroxin, vanligen hos allmänläkare.

Tyreoidaeafunktionen normaliseras oftast inom sex månader. Tyroxinbehandlingen kan då på försök sättas ut, men hypothyreosen kan bli permanent. Patienten har en förhöjd risk att insjukna i postpartumtyreoidit vid efterföljande graviditeter, och en förhöjd risk att insjukna i hypothyreos senare i livet. Misstanke om hypothyreos postpartum: provtagning för TSH och fT4.

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

Provtagning vid misstanke om tyreotoxikos postpartum:

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.

Relaterad information

Ultra ARG: [raad-hypertyreos-fosteroevervakning-med-ultraljud-20200124.pdf](#)

Referens

Tyreoidesjukdom i samband med graviditet (SFOG-riktlinje) reviderad 2020-04-08 <https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/03/tyreoidesjukdom-i-samband-med-graviditet-revultra-arg-200408.pdf>

Ultraljudsövervakning av hypertyreos och/eller förhöjda TRAk-nivåer i samband med graviditet (SFOG-råd) [raad-hypertyreos-fosteroevervakning-med-ultraljud-20200124.pdf](#)

Dokumentansvarig

MÖL-gruppen i Region Jönköpings län.

Versionsinformation

Version 6.0

Omhändertagandet av gravida kvinnor med förhöjda värden av TSH är förändrat. Behandling med Levotyroxin vid subklinisk hypothyreos baseras på förekomst av TPO-antikroppar. Då laboratoriet under närmaste året inte kan utföra reflextester behöver ordination av kompletterande prover göras manuellt och ordineras i Cosmic av barnmorska enligt vårdriktlinje.