

Tyreoidesjukdomar

Faktaägare: Kira Kersting Överläkare Mödravård

**Michael Anderzon Överläkare Endokrinmottagning
Medicinkliniken**

Bakgrund

För mer information och bakgrundsinformation läs under ”SFOG rekommendationer Thyreoidesjukdom i samband med graviditet”

http://dev.sfog.se/media/193365/sfog_riktlinje_tyreoidea.pdf

Klinisk hypotyreos definieras som ett förhöjt TSH i kombination med ett sänkt T4-värde, medan subklinisk hypotyreos innebär att TSH är förhöjt medan T4 är normalt. TPO-ak positivitet påverkar inte handläggningen under graviditet men har betydelse för risken av tyreoidedysfunktion senare i livet. Därför bör TPO-ak kontrolleras vid hypotyreos under graviditeten (helst i första trimestern) eller postpartum.

Vid **hypertyreos** är TSH lågt i kombination med ett högt T4-värde. TSH har störst klinisk betydelse och är vägledande vid bedömning, uppföljning och behandling av tyreoidedysfunktion

Screening

Provtagning UNDER GRAVIDITET

Alla gravida förutom de som har en känd thyreoidesjukdom ska screenas för thyreoidesjukdom. Vid screening under graviditet bedöms endast serumnivåer av TSH.

Under graviditet gäller andra referensgränsen för TSH än hos icke-gravida. Nedanstående referensvärden kan användas för både obehandlade och levothyroxinbehandlade kvinnor

Första trimester:	TSH 0,1 – 4,0 mE/L
Andra trimester:	TSH 0,2 – 4,0 mE/L
Tredje trimester:	TSH 0,3 – 4,0 mE/L

Provtagningsresultat och fortsatt utredning i första trimester

TSH <0,1 mE/L	ta TRAK, T4 bestäms automatiskt
TSH: 0,1 – 4,0 mE/L	ingen ytterligare utredning
TSH > 4,0 mE/L	remiss till endokrinmottagningen, TPO kan tas
Vid TSH <0,1 mE/L:	
T4 : 12 – 22 µmol/l och TRAK neg	ta nytt TSH om 4 veckor
T4 > 22 eller/och TRAK pos	remiss till endokrin mott

Uppföljning

Vid avvikande provsvar enligt ovan aviseras till endokrinmottagningen, medicinkliniken CLV alt Ljungby med internremiss som skrivs av MVC-läkare vid visning eller patientkontakt. Endokrinolog ansvarar för ordination av provtagning och behandling under graviditeten. Ordinerade blodprover tas på provtagningsunderlag utarbetad av endokrinolog. Dessa provsvar får ENDAST signeras av endokrinologen.

Postpartum remitteras patienterna av endokrinolog vidare för uppföljning inom närsjukvården.

Vid nyupptäckt hypothyreos inleder endokrinolog läkare insättning av Levaxin, vid kraftigt förhöjda värden (TSH > 10) kan MHV –läkare ta telefonkontakt med endokrinkonsult tel nr 7111 för att sätta in Levaxin redan innan första kontakten med endokrinolog .

Känd levotyroxinsubstituerad hypothyreos

Kvinnan bör kontrolleras vid planerad graviditet eller så snart graviditeten är känd. Även här skriver MVC-läkaren remiss till endokrin mottagningen för att övervakning av patienten under graviditet om inte patienten redan själv har tagit kontakt med endokrin mottagningen . Provtagning och dosjustering sköts av läkare på endokrinmottagningen.

Vid första besöket på MHV bör BM :

1. Ta anamnes om tidigare giftstruma (vid tidigare giftstruma, ta TRAK)
2. Informera patienten om provtagningsprogrammet
3. Ta TSH, T4 och eventuellt TPO-ak om inte gjort tidigare

Otillräcklig behandling med Levaxin under graviditet har förhöjd incidens av preeklampsi, hypertoni, anemi och placentaavlossning. Barnet riskerar låg födelsevikt och försämrad mental/somatisk utveckling

II.HYPERTYREOS

Hos en gravid kvinna med tyreotoxikos (Graves sjukdom) och påvisbara TRAK-nivåer kan AK passera placenta och ge upphov till fetal tyreotoxikos under graviditetens andra hälft (f.o.m. v 22), vilket ökar risken för prematur börd, tillväxthämning, fetal hjärtsvikt och fosterdöd.

AK titern hos patienten är ett bra mått på risken att barnet utvecklar fetal och neonatal tyreotoxikos. I enstaka fall kan TRAK även finnas hos en kvinna som tidigare opererats eller radiojodbehandlats för Graves' sjukdom.

Barnmorska informerar läkare som skriver **omgående** remiss till endokrinolog för ställningstagande till tyreostatikabehandling samt remiss till ulj för kontroller av barnet (se nedan).

Förhöjt TRAK

Konsultera specialist-MHV eller endokrinolog. TRAK tas om i graviditetsvecka 20-22. Ingen vidare åtgärd om TRAK ej påvisats.

Om TRAK är i gränsvärde eller påvisat 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, thyreoideastorlek, hydrops och andra tecken till hjärtsvikt samt benmognad vara av värde

TSH <0,1 mIE/L	ta T4 och TRAK
T4 : 12 – 22 µmol/l och TRAK neg	ta om TSH om 4 veckor
T4 > 22 eller/och TRAK pos	remiss till endokrinmottagningen

Tidigare genomgången giftstruma

Hos kvinnor med anamnes på giftstruma, tas TSH, fT4 och TRAK vid första MHV besöket. (Dessa kvinnor kan ha kvarstående förhöjda nivåer av TRAK mycket länge).

Vad gäller TRAK:

- Vid normalt värde behöver tyreoideahormoner och TRAK inte kontrolleras om under graviditeten eller postpartum. Om det föreligger en iatrogen hypotyreos, se avsnittet om hypotyreos.
- Vid förhöjda TRAK remiss till endokrinolog. TRAK tas om i graviditetsvecka 20-22.

Hypertyreos med pågående behandling

Omedelbar remiss till endokrinolog.

Hantering av graviditet med positiv TRAK

Om TRAK i graviditetsvecka 20/22 är i gränsvärde eller påvisat ska följande undersökning av foster inledas:

- Övervakning av fostret med ultraljud från graviditetsvecka 20-22 och minst en gång per månad i syfte att upptäcka fetal hypertyreos. Utöver viktskattning, SDP och flöde

Ultraljudsundersökningar från graviditetsvecka 20/22 var 4:e vecka fram till förlossningen. I undersökning ska ingå:

- Tillväxt och hjärtfrekvens (som ökar till >160 slag/min vid tyreotoxikos)
- Fetal struma – färgdoppler kan vara till hjälp för avgörande om hypo- el hypertyreos.
 - Hypertyreos – dopplersignal över hela körtel
 - Hypotyreos – dopplersignal begränsade till körtels periferi
- Hydrops pga hjärtsvikt pga fetal tyreotoxikos

Hos gravida kvinnor med TRAK som behandlas med tyreostatika kan fostret bli såväl hypo- som hypertyreotiskt. Om oklarhet i sådana fall råder om fostrets tyreoidfunktion rekommenderas fetal blodprov för mätning av TRAK nivåer och thyreoideafunktionsprov (detta bör remitteras till CFM)

Barnläkaren måste informeras att patienten har TRAK AK. Viktig för uppföljning av barnet. Den informationen läggs i Cosmic under ÖD mödravård i graviditetssammanfattningen.

Provtagning POSTPARTUM – för kännedom

Följande grupper rekommenderas provtagning med TSH 8-12 veckor postpartum, eller tidigare vid symptom samt 6 månader postpartum, detta ordnas av handläggande endokrinolog:

- positiva TPO-AK
- anamnes eller symtom på postpartum tyreoidit (trötthet och irritabilitet under hypertyreosfasen och trötthet, viktökning, frusenhet, depression, torr hud under hypotyreosfasen)
- typ 1 diabetes, kronisk viral hepatit eller anamnes på giftstruma
- postpartum depression
- insatt på levotyroxinbehandling under graviditet eller under behandling redan innan graviditet, efter relevanta dosjusteringar, se avsnittet nedan.

Pat som vid återbesök efter förlossningen alt hör av sig tidigare och uttalar sig över

- uttalat trötthet,
- viktökning,
- frusenhet,
- depression,
- torr hud alt
- irritabilitet

bör kontrolleras med TSH för att utesluta postpartal tyreoidit

Giltig fr.o.m: 2018-08-31
Giltig t.o.m: 2018-05-08
Identifierare: 94909
Tyreoideasjukdomar



Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela
faktaägare