

# SFOG Riktlinje

## **Tyreoidesjukdom i samband med graviditet**

SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi)-RIKTLINJE från Endokrin ARG 2014, reviderad i samråd med Mhöl (Mödrahälsöversörersöverläkar)-gruppen inom SFOG och Svenska Endokrinologföreningen 2017-06-05; justerad efter diskussion under SFOG-veckan 2017, 2017-10-09.

# Bakgrund

De SFOG-riktlinjer som fastställdes 2014-12-28 var i huvudsak baserade på amerikanska riktlinjer från American Thyroid Association (ATA) och Endocrine Society. Sedan dessa introducerades har en intensiv debatt förts kring betydelse, diagnostik och behandling av lindrig tyreoidafunktionsrubbning under graviditet.

Två stora randomiserade, prospektiva placebokontrollerade studier<sup>1,2</sup> har nu visat att tyroxinbehandling vid subklinisk hypotyreoos (= TSH är förhöjt samtidigt som fritt tyroxin (fT4) ligger inom referensområdet) i början av graviditeten inte har någon påvisbar positiv inverkan på barnets neurokognitiva utveckling. Inte heller fann man någon effekt av tyroxinbehandling på graviditetskomplikationer (missfall, prematur förlossning) i den ena av dessa studier där detta undersöktes<sup>2</sup>. Andra randomiserade studier pågår, framför allt avseende obstetriska komplikationer, och kan förväntas påverka kommande versioner av dessa riktlinjer.

# Arbetsgruppens deltagare:

## Från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)

- Alkistis Skalkidou, Professor, överläkare, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Angelica Linden Hirschberg, Professor, överläkare, Kliniken for Gynekologi och Reproduktionsmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
- Joy Ellis, Mödrahälsöversör, medicinsk rådgivare MHV-enheten, Närhälsan, Västra Götalandsregionen
- Caroline Lilliecreutz, Mödrahälsöversör, PhD, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

## Från Svenska Endokrinologföreningen

- Jan Calissendorff, Med.dr, överläkare, Kliniken for endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
- Helena Filipsson Nyström, Docent, överläkare, Endokrinsektionen, Medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
- Rolf Jansson, Docent, överläkare, Medicinkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås
- Anders Karlsson, Professor, överläkare, Institutionen for Medicinska Vetenskaper, Sektionen for Endokrinologi och Diabetes, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Anastasia Trouva, Specialistläkare, doktorand, Endokrinsektionen, Medicinkliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna samt Centrum for Klinisk Forskning Sörmland, Uppsala universitet samt Institutionen for Molekylär Medicin och Kirurgi Karolinska Institutet

# Otillräcklig kunskap om lindrig TSH-stegring under graviditet

## ÄNNU FÖR TIDIGT FÖR SCREENING INOM MÖDRAVÅRDSPROGRAMMET

En arbetsgrupp inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har utarbetat riktlinjer för spårande och behandling av hypotyreos i samband med graviditet [1]. Dessa riktlinjer presenteras i något reviderad form i veckans nummer av Läkartidningen, där synen på betydelsen av subklinisk hypotyreos för graviditetskomplikationer har modifierats jämfört med det ursprungliga förslaget.

Avsikten är att dessa riktlinjer, som i huvudsak baseras på rekommendationer som tagits



**Rolf Jansson**, docent, överläkare, medicinkliniken, Västerås sjukhus  
● [rolf.g.jansson@ltv.se](mailto:rolf.g.jansson@ltv.se)



**F Anders Karlsson**, professor, överläkare, sektionen för endokrinologi, metabolism och diabetes, Akademiska sjukhuset, Uppsala; Uppsala universitet

Särskilt intressant i detta sammanhang är den roll placentahormonet hCG (humant koriongonadotropin) spelar för insöndringen av hypofysens styrhormon TSH (tyreoideastimulerande hormon). Eftersom hCG har sköldkörtelstimulerande effekt minskar behovet av TSH under graviditeten, vilket får till följd att TSH-nivåerna i serum är lägre än hos icke-gravida. Detta avspeglas i ett lägre referensintervall för TSH under graviditet.

Hos kvinnor med försämrad

sänkning av TSH-nivån som således normalt sker under graviditeten. Man menar att subklinisk hypotyreos föreligger om TSH överstiger 2,5 mIE/l i första trimestern och 3 mIE/l under andra och tredje trimestern. Dessa värden rekommenderas också som åtgärdsgräns för behandling med tyroxin.

En kartläggning av gravida kvinnor i Tjeckien, där jodsituationen liknar den i Sverige, visar att drygt 16 procent, dvs var sjätte kvinna, skulle behöva behandlas om dessa gränsvärden tillämpas [8].

Liknande siffror har rapporterats från Danmark och Nederländerna och nyligen också i en svensk studie där drygt 12

# Nyheter i uppdaterade riktlinjer

- Provtagning med TSH och fritt T4 på alla gravida som basprogramsprov vid första kontakt med BMM. *Undantag: 1) gravida med behandlad hypotyreoos som har höjt tyroxindosen så snart graviditet konstaterats samt 2) gravida med tidigare genomgången/aktuell giftstruma, hos dessa tas också TRAk.*
- Den övre referensgränsen för TSH under graviditet är densamma som för icke-gravida, vanligen 4,0 mIE/L<sup>4</sup>. Andra referensgränser förekommer beroende på metod och laboratorium.
- Doseringen av tyroxin förenklas och baseras endast på graden av TSH-förhöjning, oberoende av kvinnans vikt.
- TPOAk tas senast 8-12 veckor post partum på kvinnor med förhöjt TSH. Kvinnor med påvisbara TPOAk följs upp post partum hos allmänläkare.

# Referensintervall för TSH under graviditet

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

Gäller både för insättning av behandlingen och som målintervall under behandling.

# Nuvarande riskfaktorbaserad screening (SFOG 2014)

- Har inte visat sig bättre än slumpen för att identifiera kvinnor med hypotyreos
- Praktiskt svårt för bm att komma ihåg alla som ska provtas:
  - Ålder över 30 år
  - BMI över 40
  - Struma eller kliniska tecken på tyreoidesjukdom (t.ex. långsam puls, förstoppning, muskelsvaghet, uttalad trötthet, frusenhet, torr hud, dålig viktuppgång takykardi, ögonproblem, nervositet eller finvågig tremor, värmeintolerans)
  - Anamnes på pågående eller tidigare genomgången tyreoidesjukdom, inklusive levotyroxinbehandling enbart under graviditet, tyreoidesjukdom eller kirurgi/strålning mot halsen
  - Arv för tyreoidesjukdom
  - Autoimmun sjukdom (diabetes mellitus typ 1, B-12 brist, Addisons sjukdom, reumatoid artrit, celiaki etc.)
  - Kända TPO-ak4
  - Svår hyperemesis gravidarum med kliniska tecken på hypertyreos
  - Anamnes på upprepade missfall (3 konsekutiva i första trimestern), sent missfall (åtminstone ett i andra trimestern) eller prematurbörd
  - Anamnes på subfertilitet/infertilitet

# Hur många kommer det bli?

- Örebro har provtagit alla sina gravida under 2016
- 3,1 % behandlades innan graviditeten
- 2 % av alla gravida var nydiagnosticerade fall i samband med graviditeten med gränsvärde på TSH > 4 och 5,5 % vid TSH > 3.
- Det motsvarar ca 60 nydiagnosticerade fall under graviditet per år i Västmanland vid TSH gräns på 4 (att jmf med nuvarande ca 165 om TSH > 3)



# Vad kostar det?

- Tyreoideautredning kostar 80 kr (TSH och fT4), TPOAk 120 kr
- 2 % kommer falla ut på TSH 4,0 (ca 4 provtagningstillfällen/gravid)
- 3,5 % färre att behandla jmf med tidigare
- Knappt 60 kr extra utslaget per graviditet för provtagningen (tyreoideautredning och TPOAk)

# Kostnader

- 3000 gravida x 80 kr för tyr utredning = 240 000 kr
- Uppskattningsvis 20 % provtas redan= - 48 000 kr
- 2 % behöver följas till gv 25, ca 3 x 80 kr = 14 400 kr
- 3,5 % behöver inte längre följas/behandlas = - 25 200 kr
- TPOAk på 2 %= 7200 kr
- Besparing TPOAk på 3,5 % = - 12 600 kr
- Summa 175 800 kr för provtagning utslaget på 3000 graviditeter, ger knappt 60 kr extra per gravid