

Regionaal Protocol

**Zwangeren en Schildklierziekte**

**Hyperthyreoïdie**

Hyperthyreoïdie komt meestal (> 90%) voor op basis van een auto-immuunaandoening (de ziekte van Graves). De ziekte van Graves wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van autoantistoffen gericht tegen de TSH-receptor in het bloed. Deze antistoffen kunnen de placenta passeren en de functie van de foetale schildklier beïnvloeden. Deze antistoffen kunnen bij de moeder in het bloed aanwezig blijven, ook wanneer de hyperthyreoïdie definitief behandeld is. Foetale neonatale hyperthyreoïdie is vrij zeldzaam (bij ca. 1-5% van alle zwangerschappen bij vrouwen met de ziekte van Graves), maar is zeer ernstig omdat in circa 20% van de gevallen een IUVD optreedt.

**Hypothyreoïdie**

De oorzaken van hypothyreoïdie zijn veelal de ziekte van Hashimoto (auto-immuun thyreoïditis), een behandelde hyperthyreoïdie (Graves) of schildkliercarcinoom. Morbus Hashimoto is een auto-immuunziekte waarbij door een ontsteking van de schildklier een hypothyreoïdie ontstaat die zich in een periode van maanden tot jaren progressief ontwikkelt. Er worden geen TSH-receptor antistoffen geproduceerd, maar TPO-antistoffen; dit heeft echter geen effect op de foetus.

**Beleid in de zwangerschap**

Bepaal bij zwangeren met een schildklierfunctiestoornis in de voorgeschiedenis of positieve familie anamnese van schildklierfunctiestoornissen altijd TSH/vrij T4 mee bij het intake lab. Indien zwangeren bekend zijn met een schildklierziekte geldt het volgende:

<b>Hypothyreoïdie</b> (hashimoto) met of zonder medicatie (levothyroxine)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatie z.s.m. ophogen via huisarts of internist.</li> <li>• Controle TSH/vrij T4 à 4-6 weken via huisarts of internist</li> <li>• Begeleiding zwangerschap, partus en kraambed door 1<sup>e</sup> lijn.</li> <li>• Medicatie direct na bevalling weer normaliseren</li> </ul>
<b>Hypothyreoïdie</b> ontstaan door behandeling Morbus Graves (of onduidelijke aard van hypothyreoïdie)	1 <sup>e</sup> trimester TRAb bepaling: <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ TRAb &lt; 5 U/I → geen verdere actie</li> <li>➔ TRAb ≥ 5 U/I → TRAb bij 26 weken herhalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt; 5 U/I → controles 1<sup>e</sup> lijn.</li> <li>○ ≥ 5 U/I → insturen 2<sup>e</sup> lijn.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hyperthyreoïdie</b> of morbus Graves (i.a.): zonder medicatie	Controle TSH/vrij T4 à 4-6 weken via huisarts of internist
<b>Hyperthyreoïdie</b> met medicatie (bijv. PTU of carbimazol)	Overdracht 2 <sup>e</sup> lijn (ongeacht hoogte van de TRAb). NB: intakelab laten prikken door 2 <sup>e</sup> lijn.

#### Aanvragen TRAb:

- De TRAb (TSH Receptor Antistoffen bepaling) kan aangevraagd worden op een standaard laboratorium formulier. Hierop duidelijk vermelden dat de cliënte zwanger is.
- Bij aanvraag bij het SCAL, op de achterzijde van het formulier vermelden: "antistoffen tegen TSH receptoren bepaling" en vermelden dat de cliënte zwanger is.

#### **Postpartum-thyreoiditis**

Postpartum-thyreoiditis is een syndroom van tijdelijke of permanente schildklierfunctiestoornis die ontstaat in het eerste jaar na de bevalling. De incidentie is 5,2-7,2% van alle vrouwen en treedt meestal 1-6 maanden postpartum op. De ontsteking geeft in een eerste fase symptomen van hyperthyreoïdie: depressieve klachten, moeheid, irritatie, zenuwachtigheid, gewichtsverlies, hartkloppingen en een snelle hartslag. In het klassieke beloop wordt een thyreotoxische fase gevolgd door een fase van hypothyreoïdie (25% van de vrouwen). In 25% van de gevallen wordt de thyreotoxische fase niet gevolgd door hypothyreoïdie en treedt spontaan herstel op. In de overige 50% ontstaat er een hypothyreoïdie zonder voorafgaande (manifeste) thyreotoxicose. Deze fase van hypothyreoïdie begint meestal in de 4<sup>e</sup> tot 8<sup>e</sup> maand postpartum en duurt 4-6 maanden. Depressieve klachten, vermoeidheid en constipatie kunnen hier symptomen van zijn. Van alle vrouwen met postpartum-thyreoiditis, ontwikkelt uiteindelijk ongeveer een kwart een permanente hypothyreoïdie.

Mochten vrouwen in de postpartum periode bovenstaande klachten hebben is het belangrijk om deze vrouwen naar de huisarts te sturen voor een schildkliercontrole zodat er mogelijk medicatie gestart kan worden. In de meeste gevallen verloopt postpartum-thyreoiditis subklinisch en treedt er vaak spontaan herstel op.

#### **Medicatie en borstvoeding**

- PTU en carbimazol gaan in geringe mate over in de moedermelk. Bij PTU zijn bij lage doseringen geen negatieve effecten op de neonatale schildklierfuncties beschreven. Tijdens het geven van borstvoeding lijkt behandeling met PTU < 300 mg per dag en methimazol < 20 mg per dag veilig voor het kind. Bij hogere doseringen wordt borstvoeding ontraden.
- Levothyroxine passeert slechts in geringe mate naar de moedermelk en borstvoeding kan zonder problemen gegeven worden.

#### **Referenties**

- Nederlandse internisten vereniging Richtlijn: Schildklierfunctiestoornissen in zwangerschap en postpartum-periode, herziene versie 2012
- NVOG richtlijn 2010: Schildklier en zwangerschap