

Schildklier en Zwangerschap

VSV-Assen afspraak

Definities:

- Hyperthyreoïdie: Verlaagd TSH (< 0,3 mU/l) en verhoogd vrijT4 (> 22 pmol/l)
- Hypothyreoïdie: Verhoogd TSH (> 4.0 mU/l)
- TSH receptor antistoffen (>5 IU/l is positief)

TSH receptor antistoffen zijn alle antistoffen die binden aan de TSH receptor. Ongeveer 90% daarvan is TSI (thyroid stimulating immunoglobulins) en 10% is TBII (thyroid binding inhibiting immunoglobulins). De assay meet ze allebei door elkaar.

Achtergrondinformatie

Hyperthyreoïdie

Verhoogde schildklierwerking komt voor bij ongeveer 2/1000 zwangeren en is in >90% van de gevallen het gevolg van de ziekte van Graves. Het geeft een verhoogd risico op vroeggeboorte, foetale groeivertraging, preeclampsie en (zeldzaam) thyreotoxische crisis met koorts, misselijkheid, hartkloppingen en soms hartfalen. Bij M. Graves worden soms TSH receptorantistoffen aangemaakt door de vrouw welke de placenta kunnen passeren en na de 25^e zwangerschapsweek een verstoring van de foetale en/of neonatale schildklierfunctie kunnen veroorzaken.

Ook indien een vrouw met succes behandeld is –bijvoorbeeld met radioactief jodium 131- kan zij TSH receptor antistoffen blijven aanmaken en moet hierop gescreend worden in de zwangerschap.

Hyperthyreoïdie moet tijdens de zwangerschap door de internist worden behandeld en is altijd een tweedelijns indicatie voor begeleiding door een gynaecoloog.

Hypothyreoïdie

Ernstige hypothyreoïdie (vertraagde schildklierwerking) is geassocieerd met subfertiliteit door anovulatie en wordt dus niet vaak bij zwangeren gezien. Mildere vormen komen vaker voor: ca 6/1000 zwangerschappen. Hypothyreoïdie kan het gevolg zijn van de ziekte van Hashimoto (auto-immuun thyreoïditis) maar ook van een eerder met succes behandelde hyperthyreoïdie.

In gebieden van de wereld met jodiumgebrek in de voeding kan dit een oorzaak zijn. In Nederland wordt om die reden verplicht jodium aan al het bakkerszout toegevoegd. De behoefte aan jodium neemt toe in de zwangerschap.

Hypothyreoïdie geeft geen verhoogde kans op abortus of op vroeggeboorte.

In de eerste twaalf weken van de zwangerschap is de foetus echter nog volledig afhankelijk van de schildklierhormonen van de moeder, daarna komt de eigen schildklierhormoon-productie op gang. Bij onvoldoende correctie van hypothyreoïdie tot twaalf weken is er een verhoogd risico op verminderde intellectuele ontwikkeling van het kind.

Postpartum-thyreoïditis

Postpartum-thyreoïditis wordt gekenmerkt door het optreden van hyper-en/of hypothyreoïdie in de eerste maanden na de partus bij vrouwen die tevoren een normale schildklierfunctie hadden. De frequentie wordt geschat op 2-3% en dit wordt vaak niet onderkend.

Bij DM type 1 is de prevalentie van postpartum-thyreoïditis verhoogd.

Bij iedere vrouw die niet goed opknapt na de bevalling moet aan schildklierproblemen worden gedacht. De vermoeidheid van de hypothyreoïdie wordt vaak te lang toegekend aan anemie of aan de slaapproblemen van de kraamvrouw.

Zorg rond de zwangerschap

I Beleid voor de conceptie

Hyperthyreoïdie

- Dit is een contra-indicatie voor zwangerschap: eerst moeten de schildklierfuncties geoptimaliseerd worden. Daarvoor wordt ze verwezen naar de internist (-endocrinoloog). In de eerste 6 maanden na behandeling met radioactief jodium is een zwangerschap gecontra-indiceerd.

•

Hypothyreoïdie

- Hypothyreoïdie moet bij voorkeur worden behandeld voor de conceptie. Bij een preconceptieel gesprek met een vrouw die schildklierhormoon gebruikt (Thyrax bijv): informeer en controleer of ze goed ingesteld is of laat haar naar behandelaar gaan onder vermelding van kinderwens.

II Beleid in de zwangerschap.

Hyperthyreoïdie

- Zodra ze zwanger is contact met haar internist laten opnemen en informeren over de zwangerschap
- Tweedelijns indicatie de hele zwangerschap en bevalling
- Controle van TSH-receptorantistoffen in het eerste trimester en -indien positief- ieder trimester vervolgen. Indien negatief in het eerste trimester dan hoeft dit niet herhaald te worden. De hoogste titers komen in het begin van de zwangerschap voor. Deze bepaling moet plaatsvinden bij iedereen die ooit een hyperthyreoïdie heeft doorgemaakt, onafhankelijk van de huidige schildklierstatus.
- Verder beleid in de tweedelijns zoals beschreven in de NVOG richtlijn en leerboeken. Bij positieve TSH-antistoffen zijn er bijv. extra controles en echo's bij de foetus geïndiceerd.
- Postpartum vindt een consult kinderarts plaats en wordt navelstrengbloed afgenomen voor bepaling van FT4, TSH (én TSH antistoffen indien de moeder positief is voor TSH receptor antistoffen) op dag 0. Hierna volgen neonatale schildklier controles op dag 2-4 en op 8-10 (zo mogelijk poliklinisch) onder regie van de kinderarts.

Hypothyreoïdie

- Bij voorkeur *pre-conceptioneel* door haar behandelaar laten controleren op FT4 en TSH. De streefwaarde van TSH is 0.5-2.0 mU/l tijdens de hele zwangerschap (en vooral van belang in de eerste twaalf weken). De behoefte aan levothyroxine (Thyrax) stijgt vroeg in de zwangerschap met veelal 25-50%
- Zodra ze zwanger is dan kan de levothyroxine vaak blind met 25 mcg per dag verhoogd worden en worden direct een TSH en FT4 bepaald.
- De TSH en FT4 moeten iedere 4-6 weken gecontroleerd worden en dat kan plaatsvinden bij haar eigen huisarts of internist.
- De begeleiding van zwangerschap en bevalling kunnen in de eerstelijns plaatsvinden mits de schildklierwaarden adequaat gecontroleerd en ingesteld worden.
- Zodra ze zwanger is adviesconsult in de tweedelijns aanvragen om adequate schildklierbeleid te borgen en zo nodig snel te regelen.
- Indien de hypothyreoïdie *het gevolg is van* een eerder behandelde hyperthyreoïdie (vooral M. Graves) dan dienen in het eerste trimester TSH receptor antistoffen te worden bepaald, anders niet. Indien die verhoogd is (>5 IU/l) dan verwijzen voor tweedelijns overname van zorg

Navelstrengbloed afname beleid: (TSH en FT4)

- Indien TSH receptor antistoffen tijdens de zwangerschap positief waren (dan ook deze antistoffen meebepalen uit het navelstrengbloed). Het maakt niet uit of patiënte nu hypo- of hyperthyreoïdie heeft gehad in de zwangerschap
- Indien hyperthyreoïdie met schildklier remmende medicatie (zoals carbimazol of PTU) tijdens de zwangerschap

Postpartum en lactatie

- PTU en carbimazol gaan in over in moedermelk. PTU is eerste keus bij hyperthyreoïdie en gaat in kleine hoeveelheden over in moedermelk en heeft nauwelijks effect op de schildklierfunctie van de pasgeborene. Levothyroxine is veilig tijdens de hele zwangerschap en lactatieperiode
- TSH receptorantistoffen gaan over in de moedermelk. Het effect ervan is niet bekend. Bij positieve antistoffen en borstvoeding: wekelijks neonatale TSH en FT4 bepalen
- Direct na de bevalling kan weer worden teruggedaan naar de dosis levothyroxine (Thyrax) van voor de zwangerschap en verdere controles hiervan kunnen plaatsvinden bij de oorspronkelijke behandelaar van de hypo/hyperthyreoïdie.
- Postpartum kunnen exacerbaties van de ziekte van Graves optreden het hele eerste jaar.
- Bij vermoeidheid, malaise en stemmingswisselingen in de late kraamperiode is het raadzaam om TSH en FT4 te laten bepalen of dit de huisarts te verzoeken.

Bronnen:

- NVOG richtlijn Schildklier en Zwangerschap 2010
- UMCG richtlijn Schildklier en Zwangerschap: ongedateerd
- UptoDate
- KIS protocol WZA 004893 en 012143

Geaccordeerd van buiten het VSV door Dhr. R Gonera: internist- endocrinoloog WZA