

# Protocol Schildklierproblematiek

---

## Definitie

Hyperthyreoïdie: De schildklier werkt te snel. Hyperthyreoïdie geeft een verlaagd Thyreoïdstimulerend hormoon (TSH) ( $TSH < 0.05 \mu U/ml$ ) en een verhoogd vrij T4.

Morbus Graves wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van autoantistoffen gericht tegen de TSH-receptor in het bloed.

Hypothyreoïdie: De schildklier werkt te langzaam. Hypothyreoïdie geeft een verhoogd TSH ( $TSH > 97.5$ ) en een verlaagde vrije T4

## Doel

In de zwangerschap kunnen hyperthyreoïdie en hypothyreoïdie, indien inadequaet behandeld, leiden tot een verhoogde maternale en perinatale morbiditeit. Bij 1-2% van de neonaten van wie de moeder Morbus Graves heeft, kan een neonatale hyperthyreoïdie ontwikkelen.

Tijdens de graviditeit ondergaat de maternale schildklierfunctie aanzienlijke veranderingen.

De ziekte van Graves wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van autoantistoffen gericht tegen de TSH-receptor in het bloed. Van belang is dat deze antistoffen de placenta kunnen passeren en de functie van de foetale schildklier kunnen beïnvloeden. Indien de titer hoog genoeg is, kan er een foetale en/of neonatale hyperthyreoïdie ontstaan.

## Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Huisarts
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- Internist

## Risicofactoren

### Maternaal

- Schildklierziekte in anamnese
- Positieve familieanamnese voor schildklierfunctiestoornissen
- Depressie na vorige graviditeit
- Diabetes Mellitus type 1
- Andere auto-immuunaandoeningen
- Hypertensie
- Abruptio placentae

- Fluxus

## Foetaal/ Neonataal

- Neonatale hypothyreoïdie
- Intra-uteriene groei-retardatie
- Foetale tachycardie
- Decompensatio Cordis
- Struma ontwikkeling

## Beleid

### Graviditeit

- Prikken van TSH-receptorantistoftiters, ook bij behandelde Morbus Graves patiënten.
- Bij verdenking op/ bekendheid met/ of status na schildklierpathologie is bepaling van TSH en FT4 aanbevolen door huisarts of internist
- Zwangeren met thyreostatica en verhoogde TSH-receptorantistoffen (>0.9 U/l) verwijzen naar tweedelijns na intake
- Zorg dat de dosis Thyrax<sup>®</sup> zo snel mogelijk in het eerste trimester met 25-50% verhoogd wordt om de TSH-spiegel in het normale gebied te houden
- Groei-echo bij 30 weken

### Partus

- Zwangeren met thyreostatica en/of verhoogde TSH-receptorantistoffen (>0.9 U/l) hebben een medische indicatie voor de partus en consult kinderarts post partum
- Uit navelstrengbloed schildklierfunctie bepalen in geval van positieve TSH receptor antistoffen.

### Post partum

- PTU en carbimazol gaan in geringe mate over in moedermelk. Tijdens het geven van borstvoeding lijkt behandeling met PTU < 300 mg/dag veilig voor het kind. Bij hogere doseringen wordt borstvoeding ontraden
- Ook Levothyroxine (Thyrax<sup>®</sup>) passeert slechts in geringe mate de moedermelk en borstvoeding kan zonder problemen worden gegeven. Indien de dosis in de graviditeit met minder dan 25% verhoogd is, kan na de partus met de oude (voor de graviditeit) doorgegaan worden
- Post partum- Thyreoiditis komt frequent voor (5-7%)
- De aanwezigheid van TPO-antistoffen is sterk geassocieerd met postpartum thyreoiditis
- Afbouwen van medicatie in overleg met huisarts of internist

## Kraamzorg

<https://kckzapp.nl/appify/handboek-borstvoeding/>

## Bronnen

- NVOG: richtlijn Schildklier en zwangerschap
- Schildklierstichting Nederland

Protocol gemaakt door	Lineke van den Berg, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige
Besproken met	Eve Hannant, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige Willie Boudeling, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige Lineke van den Berg, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Bert Meershoek, gynaecoloog Sandra Hoogendoorn, gynaecoloog Rolf Cikot, gynaecoloog Saskia Groenen, gynaecoloog Nienke van Heesewijk, gynaecoloog Hans Versendaal, perinatoloog-gynaecoloog Jolise Martens, gynaecoloog
Goedgekeurd op	26-09-2013