

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 ($TSH > p97.5$) en een verlaagde vrije T4. Er wordt gesproken van een hypothyreoïdie indien het TSH boven de bovengrens van waarde in het referentielaboratorium vast en de vrije T4 daaronder. In het algemeen wordt dat ook aangehouden als grenzen waarbij je behandeling moet starten buiten de zwangerschap.

Doel

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

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.

Indien er sprake is van een actieve hyperthyreoïdie kunnen vrouwen behandeld worden met thyreostatica (bijvoorbeeld strumazol of PTU). Indien er sprake is van hypothyreoïdie (primair of na behandeling van hyperthyreoïdie) vindt behandeling plaats met levothyroxine (thyrax/euthyrox etc).

Betrokkenen

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

Risicofactoren

Maternaal

Vrouwen met de volgende aandoeningen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van schildklierafwijkingen:

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

Vrouwen met de schildklierfunctiestoornissen hebben een verhoogd risico op de volgende zwangerschapscomplicaties:

- Hypertensie
- Abruptio placentae
- Fluxus

Foetaal/ Neonataal

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

Beleid

Graviditeit

- Zwangeren met thyreostatica en/of (dubieus) verhoogde TSH-receptorantistoffen verwijzen naar tweedelijns na intake

Vervolgen schildklierfunctie

- Bij verdenking op/ bekendheid met/ of status na schildklierpathologie is bepaling van TSH en FT4 aanbevolen.
- Zorg dat de dosis levothyroxine zo snel mogelijk in het eerste trimester met 25-50% verhoogd wordt
- Laat de schildklierfunctie (TSH en FT4) elke 4-6 weken tot AM 20 weken en daarna nog eenmaal tussen AM 26 en 32 weken vervolgen door de primaire behandelaar. Daarnaast, op basis van de Amerikaanse Thyroid Association, vervolg het TSH/ft4 vervolgens elke 4-6 wkn in de eerste helft van de zwangerschap (dus tot AM 20 wkn), en nog eenmaal tussen AM 26-32 wkn. Pas de dosis levothyroxine eventueel aan op geleide van de TSH waarde.

Bepaling antistoffen

- TPO antistoffen zijn niet relevant voor de zwangerschap en dienen dus niet geprikt worden. Bij bekende positieve TPO antistoffen is dit geen reden voor insturen naar de 2^{de} lijn.
- Bepaal TSH-receptorantistoftiters in 1^e trimester bij alle vrouwen met een bekende schildklierfunctiestoornis (hypo danwel hyperthyreoidie), TENZIJ er sprake is van een evident primaire hypothyreoïdie (Hashimoto), dus ook laten bepalen bij *behandelde* Morbus Graves patiënten.
- Indien de TSH-receptor antistof titer verhoogd is dient de bepaling hiervan herhaald te worden (vroeg) in het derde trimester.
- Indien de TSH-receptorantistof titer verhoogd is doorsturen 2^e lijn.

Referentiewaarden TSH-receptorantistoftiter (uitslag is assay-afhankelijk en de waardes verschillen daarom)

- EMC: <0.9 IU/L negatief; 0.9 – 1.8 dubieus IU/L; > 1.8 IU/L positief
- Ikazia: <0.55 IU/L negatief
- Maasstad Ziekenhuis: <3.3 IU/L negatief

Antenatale diagnostiek

- Indien TSH-receptor antistoffen negatief zijn volstaat een SEO.
- Positieve TSH-receptor-antistoffen (>3 IU/l in het EMC) of thyreostatica gebruik bij zwangere:
 - GUO1 rond 20 en 30-32 w. AD, met aandacht voor tekenen van groeirestrictie, omtrek van de schildklier en botmaturatie.
- Indien de TSH-receptor-antistoffen titer meer dan 9 IU/l is (in lab van EMC), vanaf 20 w AD maandelijkse controle middels GUO.
 - 3e lijn;
 - Tweewekelijkse foetale cortonen registratie;

Subklinische hypothyreoidie

NB er zijn aanwijzingen dat vrouwen met een subklinische hypothyreoidie (TSH >2.5 en vrije T4 binnen grenzen van normaal) een verhoogd risico hebben op miskraam. Overweeg bij vrouwen met herhaalde miskraam ook een subklinische hypothyreoidie te behandelen zeker indien er ook TPO antistoffen aanwezig zijn.

Partus

- Zwangeren met thyreostatica en/of verhoogde TSH-receptorantistoffen (zie de assay-afhankelijke referentiewaarden hierboven) hebben een medische indicatie voor de partus en consult kinderarts post partum
- Uit navelstrengbloed schildklierfunctie bepalen in geval van positieve TSH receptor antistoffen.
- Daarnaast op dag 2 en dag 8-10 afname bloed neonaat

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®) passeert slechts in geringe mate de moedermelk en borstvoeding kan zonder problemen worden gegeven. Indien de dosis in de graviditeit met 25% verhoogd is, kan na de partus met de oude (voor de graviditeit) dosering doorgegaan worden, eventueel in overleg met huisarts of internist
- Post partum- Thyreoiditis komt frequent voor (5-7%)
- De aanwezigheid van TPO-antistoffen is sterk geassocieerd met postpartum thyreoiditis

Kraamzorg

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

Bronnen

- NVOG: richtlijn Schildklier en zwangerschap
- Schildklierstichting Nederland
- Richtlijn schildklierfunctie stoornissen NHG en NIV
- Adviezen European Endocrine Society
- The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum, Alex Stagnaro-Green, Marcos Abalovich, Erik Alexander, Fereidoun Azizi, Jorge Mestman, Roberto Negro, Angelita Nixon, Elizabeth N. Pearce, Offie P. Soldin, Scott Sullivan, and Wilmar Wiersinga. Thyroid. Oct 2011.1081-1125. <http://doi.org/10.1089/thy.2011.0087>
- Werkblad foetale schildklier PND EMC, Okt 2019/Schut

| | |
|-----------------------|---|
| Protocol gemaakt door | Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige |
| Aangepast door | Anne-Lotte van der Kooi, AIOS gynaecologie Liv Freeman, gynaecoloog-perinatoloog |
| Besproken met | Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Hans Versendaal, perinatoloog-gynaecoloog Mieke Oostveen, 1e lijns verloskundige Gardy Laurijssen, 1e lijns verloskundige Annelies den Hollander, kraam zorg Pauline Doedens, 1e lijns verloskundige Sabrina Grinwis, 1e lijns verloskundige |
| Goedgekeurd op | xxxx |