

Eerste trimester:

Hypothyreoïdie of hypothyreoïdie na behandelde M.Graves:

1^e lijns indicatie

Thyrax ophogen met 25-30% direct bij positieve test

Alleen TSI prikken bij hypothyreoïdie na behandelde M. Graves, e.c.i. of twijfel hierover

TSI neg* en controle via internist of huisarts

Geen consult 2^e lijn

TSI > 5U/l*

Consult 2^e lijn

Geen controle van schildklierfunctie door internist of huisarts

Consult 2^e lijn met controle TSH en FT4 elke 6 weken

Indien goed ingesteld en TSI neg* -> retour 1^e lijn. TSI herhalen 28-32 weken.

Hyperthyreoïdie

2^e lijns indicatie

Subklinische hypothyreoïdie

1^e lijns indicatie

Bij zwangenschapswens of vroeg in 1^e trimester start thyrox via huisarts

Controle via huisarts elke 4-6 weken.

TSH < 2.5 mU/l

Na bevalling thyrox terug naar oorspronkelijke dosering. Controle na 6-12 weken via behandelaar.

* Normaalwaarde TSI verschilt per laboratorium, check in het ziekenhuis waar geprikt is wat als negatief wordt beschouwd.

Achtergrond informatie:

Hypothyreoïdie, subklinische hypothyreoïdie en hyperthyreoïdie:

- Kan leiden tot verhoogde maternale en perinatale morbiditeit
- Foetale hypofyse-schildklier-as vanaf 12 weken op gang
- Schildklierhormoon nodig voor foetale hersenontwikkeling

Hyperthyroïdie

- Meestal op basis van M. Graves (auto-immuun)
- Liefst behandelen preconceptioneel
- TSH- receptor antistoffen (TSI) kunnen ook na behandeling blijven circuleren: passeren de placenta en kunnen foetale hyperthyroïdie en IUVD veroorzaken

Hypothyreoïdie

Prevalentie: 0,3-0,4%

Etiologie: Schildklierweefsel wordt aangetast of de productie van schildklierhormoon is verstoord:

- Bij auto-immuun thyreoïditis (Hashimoto)
- Iatrogeen (na thyreoïdectomie of radioactief jodium)
- Bij congenitale hypothyreoïdie
- Ten gevolge van medicatie (amiodarone, lithium)
- wereldwijd is jodiumdeficiëntie de meest voorkomende oorzaak

Subklinische hypothyreoïdie:

- Verhoogd TSH bij normaal FT4, zonder klachten
- Er lijkt een associatie met verhoogde kans op miskramen, vroeggeboorte en abruptio, dit is echter nog niet bewezen
- Suppletie met thyroxine heeft geen nadelige effecten, vanwege te weinig onderzoek is echter nog niet bewezen dat dit de kans op complicaties verlaagd.

Laboratoriumonderzoek

- TSI-bepaling noodzakelijk bij hyperthyreoïdie door M. Graves of iatrogene hypothyreoïdie bijvoorbeeld na behandelde M. Graves of onbekende oorzaak
- Behandelen op geleide TSH en FT4

Afspraken

- **Screening op schildklieraandoeningen:** er is onvoldoende bewijs dat routinematig screenen zinvol is met het oog op de kosten en het reduceren van nadelige zwangerschapsuitkomsten en neurocognitieve ontwikkeling.
- **Indicaties voor screening preconceptioneel of vroeg in 1^e trimester:**
 - Schildklierfunctiestoornis in voorgeschiedenis
 - Positieve familieanamnese (1^e graads).
 - Klachten passend bij schildklierfunctiestoornis of struma
 - Vrouwen met hoofd-hals chirurgie of bestraling in voorgeschiedenis
 - Vrouwen met auto-immuun aandoeningen die geassocieerd zijn met schildklierproblematiek (zoals type 1 diabetes)

- Behandeling met lithium of amiodaron
- Indien afwijkende waarde of bij twijfel over uitslag bespreken met huisarts, op MDO of op nieuwe zwangeren bespreking voor verder beleid
- **Hyperthyroïdie:** 2e lijn
- **Hypothyreoïdie:**
 - Zo snel mogelijk in het 1^e trimester moet schildkliermedicatie opgehoogd worden met 25-30 %
 - Controles 1^e lijn zonder consult 2^e lijn:
 - wanneer onder frequente controle internist of huisarts en TSI <5 U/l
 - Bij alle andere patiënten:
 - consult 2^e lijn vroeg in 1^e trimester : ophogen en instellen schildkliermedicatie op geleide TSH en FT4 (elke 6 weken prikken), zo nodig TSI. Retour 1^e lijn wanneer goed ingesteld en TSI < 5 U/l. Tussen 28-32 weken eenmalig TSI herhalen.
 - Na de partus weer terug naar dosering van voor de partus. 6 tot 12 weken post partum controle TSH.
- **Subklinische hypothyreoïdie (verhoogd TSH, normaal FT4):**
 - Bij zwangerschapswens of in 1^e trimester starten met schildkliermedicatie via de huisarts. Verdere controle via de huisarts. Advies TSH onder 2.5 nastreven.
 - Indien huisarts niet wil suppleren verwijzen naar 2^e lijn voor consult
 - Na bevalling weer stoppen met schildkliermedicatie.

NVOG-richtlijn-perinatologie: schildklier en zwangerschap www.nvog-documenten.nl

Internisten richtlijn: schildklierfunctiestoornissen http://www.internisten.nl/uploads/w-/bV/w-bVpfCPHNuM_aG3xP6luA/Conceptrichtlijn_2012_Schildklierfunctiestoornissen-2012.pdf

Commissie Verloskundige Werkafspraken Den Haag-Delft, januari 2017.

Aafke Bruinsma, Marga Kortekaas, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, Diaan Lobert, Anneke Dijkman, Cas Holleboom, Corla Vredevoegd, Hanneke Feitsma, Myrthe Bouwman, Sabine van Nieveld, Nynke Wester.

Vragen/opmerkingen melden bij het lokale VSV.

1^e versie 2013

1^e revisie januari 2017

Revisie november 2019