

Schildklierziekten en zwangerschap

Transmuraal protocol Ziekenhuis Gelderse Vallei 2016

Hypothyreoïdie

- Primair/Autoimmuun/Hashimoto
- Congenitaal
- Na operatie of I^{131} wegens
 - multinodulair struma
 - toxisch adenoom

(In het verleden doorgemaakte) Graves' hyperthyreoïdie

Alle patiënten die een manifeste hyperthyreoïdie hebben of daarvoor behandeld worden dienen gecontroleerd te worden door een internist-endocrinoloog

- Bepaal altijd TSH-receptor antistoffen in 1^e trimester

PTU gebruik en/of TSH-r AB >5 U/L

TSHr-AB > 1,5 U/l ≤ 5 U/l,

Verloskundige/huisarts

- Verhoog de suppletiedosis schildklierhormoon vroeg in de zwangerschap
- Streef naar TSH 0,5-2mU/l
- Verwijzing naar tweede lijn is niet nodig. Bij twijfel over de oorzaak van de hypothyreoïdie: verwijzing naar Internist.
- Prikken van 'antistoffen' is niet nodig (cave: de NHG adviseert TSH-r antistoffen te prikken, echter bedoeld om geen enkele Graves te missen)
- Verlaag na de partus de suppletie dosis tot de oorspronkelijke hoeveelheid.

Gynaecologie

- herhaal antistoffen tegen TSH-receptor in derde trimester.
- 3^e trimester: 2 wekelijkse controle op symptomen hyperthyreoïdie /decompensatie (tachycardie, struma etc)
- Postpartum: navelstreng (NS) bloed voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en antistoffen (TSHr-AB)

Cave:

Recidief Graves postpartum

KINDER (scenario 1)

- Klinisch kraambed observatie neonat (C3) dagelijkse beoordeling door kinderarts (tekenen van HYPO- of HYPERTHYreoïdie). Observatieduur afhankelijk van kliniek en lab.
- Bloedafnames in ieder geval op dag 3, 5 en 7 na de geboorte (**CITO** meting van TSH en FT4 concentraties),
- Daarna afhankelijk van TSHr-AB concentratie, TSH, FT4 en klinische verschijnselen

Verloskunde

- TSH-receptor antistoffen bepaling in derde trimester (verwijzen naar gyn indien >5 U/L)
- Controles op eerste lijn met tweewekelijks controle FHF in derde trimester

VERLOSKUNDE

- Poliklinische partus o.l.v eerste lijn
- Afname (op naam dienstdoende kinderarts) navelstreng (NS) bloed voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en antistoffen (TSHr-AB). Groene buis
- Consult kinderarts

KINDER (scenario 2)

- Keuze tussen
 - klinisch kraambed ivm observatie neonat en bloedafnames als bij scenario 1
 - poliklinische controles met bloedafnames als bij scenario 1.
- pas ontslag baby na bekend zijn 1^e waarden, indien significant afwijkend dan geen ontslag

Opgesteld door:

R.Heijligenberg, Internist

R.Laan Gynaecoloog

C.H ten Hove, Kinderarts

N.M. van der Laan, Verloskundige

Evt op te vragen bij
heijligenberg@zgv.nl

Hyper- en hypo-thyreoidie in de zwangerschap:

Zowel hyper- als hypothyreoidie zijn indien inadequaat behandeld een risico voor maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Hypothyreoidie:

-Altijd goed vragen naar de oorzaak: primair of na een behandelde hyperthyreoidie (Graves).

-Graves in verleden: zie protocol hyperthyreoidie.

-Primaire hypothyreoidie: Maternale hypothyreoidie ten gevolge van M. Hashimoto geeft geen risico op neonatale hyperthyreoidie en slechts (verwaarloosbaar) klein risico op (passagere, primaire) congenitale hypothyreoidie. Hiervoor zijn echter geen verdere controles noodzakelijk. Deze (passagere) congenitale hypothyreoidie wordt gedecteerd door de neonatale hielprik. Indien er sprake is van een erfelijke vorm van congenitale hypothyreoidie, dan is er wel een indicatie voor een consult kinderarts. Zorgen voor adequate ophoging van Thyrox door behandelende arts (huisarts of internist). Indien onduidelijk of ophoging van de Thyrox voldoende is gewaarborgd hiervoor zorgen (zelf, in overleg met huisarts of internist). In algemene zin dient zodra de zwangerschapstest positief is, de dosering schildklierhormoon met 25% verhoogd te worden. Daarna 4 wekelijks controleren TSH en FT4 tot euthyreoidie bereikt is. Daarna minder intensief controleren.

Direct post partum weer terug naar de oorspronkelijke dosering.

Hyperthyreoidie: (actief of behandeld)

Graves: de aan de TSH-receptor bindende auto-antistoffen (TSHr-AB), welke daardoor aanzetten tot productie T3 en T4, kunnen de placenta passeren en kunnen zo leiden tot een foetale

hyperthyreoidie. Dit treedt zelden op (1-5 % van de zwangeren met Graves), waarbij dan een hoog risico op een IUVD (20%). Foetale hyperthyreoidie ontstaat pas in het 3^{de} trimester, wanneer de passage van de antistoffen voldoende is en er voldoende foetaal schildklierweefsel is..
NB: meestal werken de TSHr-AB stimulerend, maar ze kunnen ook inhiberend werken, met een foetale hypothyreoidie tot gevolg.

Symptomen foetale hyperthyreoidie: groeiachterstand, foetale tachycardie, decompensatio cordis en struma van de foetus, IUVD.

Risico-inschatting: titer TSHr-AB bepalen bij alle zwangeren met Graves in anamnese in 1/2^{de} trimester. Indien verhoogd: herhalen in 3^{de} trimester. Antistoffen > 5 U/l medische indicatie. Indien de moeder een actieve Graves heeft (en dus behandeld wordt met thyreostatica) dient altijd uitgegaan te worden van een hoog risico voor de neonat. De titer van TSHr-AB kan vals-negatief zijn, de afwezigheid van TSHr-AB betekent dus niet dat er geen risico voor de neonat is. Indien de antistoffen wel aangetoond kunnen worden, wordt het postnatale beleid mede bepaald door de hoogte van de titer aangezien deze correleert met het risico op neonatale hyperthyreoidie; hoe hoger de titer hoe groter het risico. Als tijdens de zwangerschap de behandeling van PTU gestopt kan worden moeten er wel in het derde trimester TSHr-AB geprikt worden.

Indien titer in 3^{de} trimester > 5 U/l bestaat er een verhoogd risico op complicaties zoals foetale tachycardie (als eerste symptoom) aanwezig. Controle elke 2 weken hierop vanaf 3^{de} trimester.

Actieve Graves in zwangerschap: voorkeur voor behandeling met PTU. Altijd controle door internist en gynaecoloog met speciale aandacht voor groei en foetale hartfrequentie en tekenen van decompensatio cordis.

Normaalwaarden schildklierhormonen:

Streef TSH . Voor patiënten die geen medicatie gebruiken: referentiewaarden lab aanhouden

Streef TSH tijdens gebruik thyrox: 0.5-2.0 mU/l

Overige waarden: discussie. (overleg internist).

Pasgeborene:

SCENARIO 1

ALS de zwangere PTU gebruikt of vanaf 2e trimester TSHr-AB concentratie > 5 U/l

DAN

- risico op neonatale **HYPER**thyreoïdie (hoe hoger de 3e trimester TSHr-AB concentratie, hoe hoger het risico).

- daarnaast risico op kortdurende **HYPO**thyreoïdie (eerste 2-3 levensdagen; hoe hoger de maternale thyreostaticum dagdosis, hoe hoger het risico).

AKTIE:

- **medische partus met** afname navelstreng (NS) bloed voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en antistoffen (TSHr-AB)

-**klinisch kraambed ivm observatie neonat, in principe op C3**, met dagelijkse beoordeling pasgeborene door kinderarts (tekenen van **HYPO**thyreoïdie of **HYPER**thyreoïdie). Observatieduur afhankelijk van kliniek en laboratoriumuitslagen:

- bloedafnames op dag 3, 5 en 7 na de geboorte (**CITO** meting van TSH en FT4 concentraties), tot:

*TSHr-AB concentratie bekend is (en daarmee risico op neonatale hyperthyreoïdie), dan wel
*op basis van herhaalde TSH en FT4 metingen er wel/geen **HYPO**thyreoïdie of
HYPERthyreoïdie blijkt te ontstaan

SCENARIO 2

ALS de 3e trimester TSHr-AB concentratie van moeder $> 1,5$ U/l maar ≤ 5 U/l, of er is geen **3e trimester** TSHr-AB concentratie van moeder beschikbaar, maar de **1e of 2e trimester** TSHr-AB concentratie van moeder $> 1,5$ U/l

DAN

- **mogelijk verhoogd risico** op neonatale hyperthyreoïdie.

AKTIE:

- poliklinische o.l.v eerstelijns
- afname navelstreng (NS) bloed voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en antistoffen (TSHr-AB).
- consult kinderarts met **ofwel** klinisch kraambed ivm observatie neonaat en bloedafnames als bij scenario 1, **ofwel** poliklinische controles met bloedafnames als bij scenario 1.

PM:

Indien geen informatie over de schildklierandoening van moeder is verkregen, dan wordt scenario 2 gevolgd.

Borstvoeding:

Met PTU < 300 mg/dag of thiamazol < 20 mg/dag mag borstvoeding/MM gegeven worden. Bij andere doseringen ontraden.