

Doel

Voorkomen van maternale en perinatale morbiditeit en duidelijke afspraken geven over het prenataal en postnataal te voeren beleid bij een zwangere met hypothyreoïdie.

Verantwoordelijkheden

Zie bij aandachtspunten.

Indicaties

Hypothyreoïdie:
Verhoogd TSH > 4.0 m u/l.

Aandachtspunten

- Hypothyreoïdie is een traagwerkende schildklier. Deze kan veroorzaakt zijn door een synthese probleem van de schildklier zelf, dan is er sprake van een primaire hypothyreoïdie, of door een tekort aan TSH (hypofysaire stoornis), dan is er sprake van een secundaire hypothyreoïdie.
- De primaire hypothyreoïdie wordt vaak veroorzaakt door de ziekte van Hashimoto (auto-immuun thyreoïditis) of ontstaat na behandeling van een hyperthyreoïdie (Morbus Gravis), schildklier carcinoom of door een jodiumdeficiëntie.
- De foetus is in het eerste trimester van de zwangerschap volledig afhankelijk van de moeder voor zijn schildklierhormoon. Hypothyreoïdie bij de moeder, ook als gevolg van ondersubstitutie in het eerste trimester van de zwangerschap, kan leiden tot een verhoogde maternale en perinatale morbiditeit (zoals een significant laag IQ bij het kind).
-
- De behoefte aan Thyrox bij zwangeren met een bekende hypothyreoïdie neemt in de zwangerschap toe met 25 tot 50%.
- Zwangeren met een goed ingestelde hypothyreoïdie kunnen begeleid worden in de eerste lijn.
- Een zwangere met een hypothyreoïdie als gevolg van de behandeling van de ziekte van Gravis moet in de tweede lijn gecontroleerd worden.

Opmerking overdracht van eerste naar tweede lijn. In acute situaties overleg met de gynaecoloog, alle overige indicaties worden doorgebeld aan de klinische verloskundige.

Telefoonnummers

*Overdag dd gyn (9650 intern)
0880661000*

Benodigheden

Niet van toepassing.

Werkwijze algemeen

Prenataal:

- Zodra de zwangerschapstest positief is moet de dosering levothyroxine (Thyrox) met 30% verhoogd worden. De verloskundige zorgverlener ten tijde van de eerste zwangerschapscontrole is hiervoor verantwoordelijk.
- Levothyroxine passeert slechts in zeer geringe mate de placenta, zodat er geen risico bestaat op iatrogene foetale hyperthyreoïdie.
- Daarna elke 4-6 weken controle van de TSH door de verantwoordelijke verloskundige zorgverlener.
- Op geleide hiervan wordt de Thyrox dosering door de gynaecoloog of internist of huisarts aangepast.

- De streefwaarde hiervoor is een TSH tussen 0.6 en 2.0 m u/l. Een stabiele waarde rond 1.0 m u/l. is een goede waarde.
- Bij een zwangere met een iatrogene hypothyreoïdie als gevolg van een behandelde ziekte van Gravis is bepaling van antistoffen tegen de TSH-receptor (TSI) geïndiceerd. Bepaling in eerste of tweede trimester en indien verhoogd te herhalen in het derde trimester. De uitslagen mogen niet boven de 1,5 mU/L zijn.
- Indien de uitslag van de TSI (receptor antistoffen) in het derde trimester positief is bestaat er een duidelijk verhoogd risico van foetale neonatale hyperthyreoïdie. In deze situatie dient de zwangerschap door een gynaecoloog te worden begeleid. Hier is speciale aandacht voor foetale tachycardie gewenst.

Postnataal:

Alleen in geval van positieve TSI (receptor antistoffen):

- Direct na de geboorte dient de neonat door de kinderarts klinisch en biochemisch gecontroleerd te worden.
- Hierbij hoort post partum navelstrengbloed op vrij T4 , TSH en TSI.
- Controles direct post partum en op dag 2 en 10 na de geboorte.
- Een screening op TPO-antistoffen vindt niet plaats, omdat een aantal argumenten tegen een TPO-antistoffenscreening pleiten.
- Er mag borstvoeding gegeven worden bij thyroxine behandelingen.
- Direct na de bevalling kan weer teruggedaan worden op de dosis levothyroxine van voor de zwangerschap en verdere controles kunnen plaatsvinden bij de oorspronkelijke behandelaar.

Bij algehele malaise en stemmingswisselingen in de late kraamperiode is het raadzaam om TSH en vrij T4 te bepalen.

NB: Wanneer er een nieuwe indicatie ontstaat dient het betreffende protocol gevolgd te worden.

Bron/ referenties

- Richtlijn NVOG schildklier en zwangerschap, juni 2010.
- Protocol schildklier en zwangerschap UMCG, augustus 2007.
- Richtlijn NIV schildklierfunctiestoornissen mei 2007.
- Schildklier en zwangerschap, schildklierorganisaties nederland, 2010.
- Guidelines of the American thyroid association 2011.