

# De schildklier in de perinatale periode



verschillen in richtlijnen: hoe zit dat nu?

**KU LEUVEN**

ACADEMISCH CENTRUM  
HUISARTSGENEESKUNDE

dr. Jo Lisaerde



# De schildklier in de perinatale periode

NATIONALE RICHTLIJN PRENATALE ZORG:  
EEN BASIS VOOR EEN KLINISCH PAD VOOR  
DE OPVOLGING VAN ZWANGERSCHAPPEN

*KCE reports vol. 6A*

Schildklierproblemen niet vermeld als risico voor de zwangerschap

screenen naar schildklierfunctie niet vermeld

# De schildklier in de perinatale periode



Schildklierproblemen niet vermeld als risico voor de zwangerschap

Screenen naar schildklierfunctie niet vermeld

# De schildklier in de perinatale periode



nederlands huisartsen  
genootschap

- Bepaal bij vrouwen die bekend zijn met schildklierfunctiestoornissen aan het begin van de zwangerschap TSH, het vrije T4 en bij patiënten met de ziekte van Graves de TSH-receptorantistofspiegel.

# De schildklier in de perinatale periode



nederlands huisartsen  
genootschap

- Bepaal bij vrouwen die bekend zijn met schildklierfunctiestoornissen aan het begin van de zwangerschap TSH, het vrije T4 en bij patiënten met de ziekte van Graves de TSH-receptorantistofspiegel.
- Vrouwen met hypothyreoïdie die goed zijn ingesteld zonder TSH-receptorantistoffen worden door de huisarts en verloskundige begeleid
- Verhoog de dosering thyroxine met 30% zodra de zwangerschap is vastgesteld, controleer de T4 en TSH elke 4 weken. Streef naar een TSH-waarde van 1 tot 2 mU/l.
- Verlaag direct na de bevalling de dosering thyroxine naar de dosering van vóór de zwangerschap. Zie verder de NHG-Standaard Preconceptiezorg en de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen.
- Verwijs vrouwen die medicatie tegen hyperthyreoïdie gebruiken en vrouwen met TSH-receptorantistoffen naar de internist en gynaecoloog.

# De schildklier in de perinatale periode



schildklierproblemen niet vermeld als risico  
screenen naar schildklierfunctie aanbevolen

preconceptie	6 – 10 w (2 consulten)
<b>1° lijn / gynaeco</b> leefgewoontes risicogedrag/SOA medisch risico erfelijk risico	<b>1° lijn / gynaeco</b> Zwangersch.duur Beleving Klachten Risicoscreening
BD, G en BMI Borstonderzoek	BD, G en BMI
Hb + MCV Bloedgr+RhD 1x Rubella IgG 1x Toxo IgG Varricella indien niet gehad CMV aanbieden Immunitet Hep B	Urine zwang.test Urine proteinurie  Hb + MCV Bloedgr + RhD Irreguliere AS Ev. Rubella IgG Ev. Toxo IgM+IgG Hep BsAg* CMV aanbieden HIV aanbieden TPPA TSH (<2,5) Glucose nuchter
<u>Bij risico</u> Hep C SOA	<u>Bij risico</u> Hep C Chlamydia Herpes genitalis
zn PAP	Dating echo ?
Kinderwens + planning Uitleg follow up Foliumzuur Zn Boostrix (+ partner)	Foliumzuur <u>Bespreken</u> -prenatale screening en informed consent -follow up schema opstellen

# Prenataal zorgpad Oost-VL-Brabant:

## schilddklier



What's  
new?

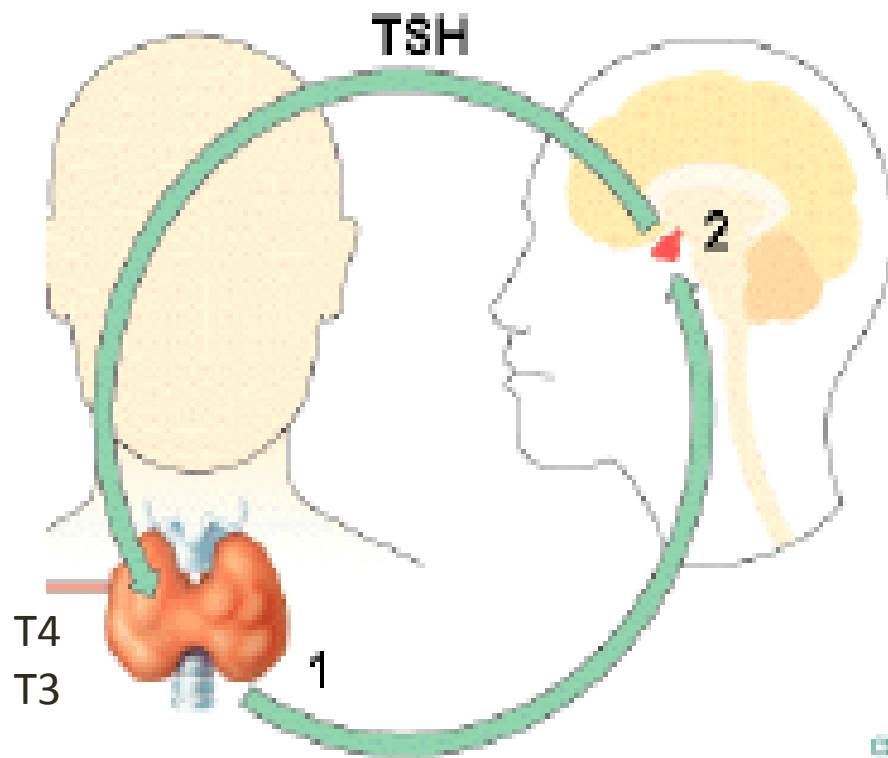
- eenmalige TSH meting bij de start
- substitutie bij TSH  $>2.5$  in trim 1  
 $>3.0$  in trim 2 en 3



controle om de 4 à 6 weken tot 20 weken

- geen screening naar antistoffen (TPO)

# Schildklier: werking



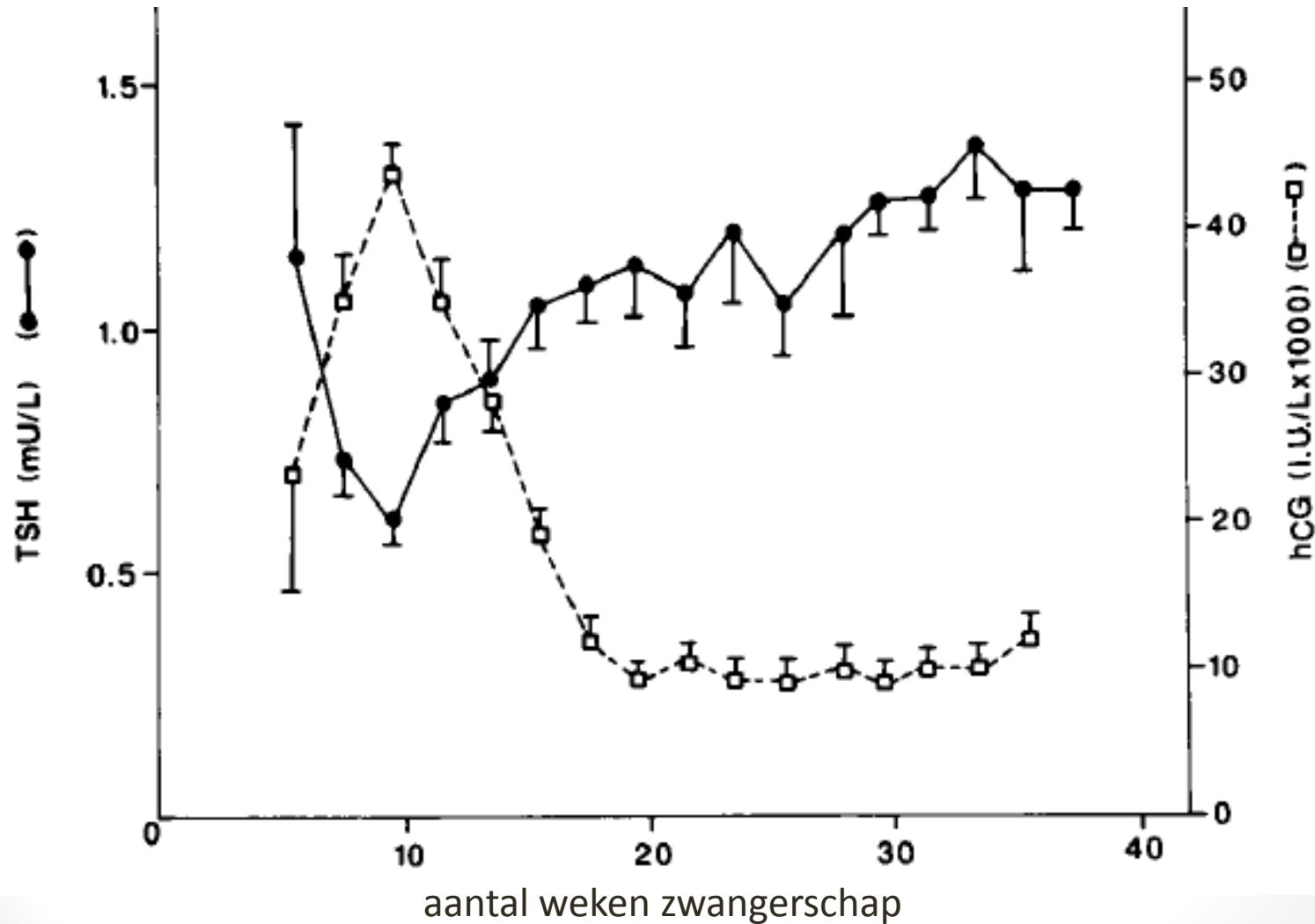
Figuur 1

De samenwerking  
de schildklier (1)  
hypofyse (2).

TSH stimuleert de  
schildklier om T4  
aan te maken.



# De schildklier in de zwangerschap



# Hyperthyroidie:

TSH < 0,34    FT4 >

- 0,2% zwangeren hebben hyperthyroidie bij de start

GEVOLGEN: (niet behandeld)

- snelle hartslag baby
- verhoogde kans op miskraam
- vergrote schildklier baby (TSH door placenta)
- wisselende stemmingen postpartum

→ vnl. gevaarlijk voor de moeder: **verwijzen**

# Hypothyroidie:

TSH > 5,6    FT4 <

- 0,6% zwangeren hebben hypothyroidie bij de start
- 2,5% subklinisch (nl. T4 en verhoogd TSH)

GEVOLGEN: (indien niet behandeld)

- verminderde vruchtbaarheid
- verhoogde kans op miskraam, anemie, pre-eclampsie, abruptio placentae, PPH
- grotere kans op verlaagd IQ baby, vroeggeboorte
- wisselende stemming postpartum

# Screenen of niet ?

## VOORWAARDEN SCREENING:

- prevalentie te screenen aandoening moet hoog genoeg zijn.
- Screeningstesten betrouwbaar en veroorzaken geen nevenwerkingen
- Effectieve behandeling na diagnose



# Hypothyroidie:

## Screenen of niet ?

### - niet screenen:

- 30 % van schildklierafwijkingen worden miskend indien enkel case-finding
- grotere kans op verminderd IQ van de baby
- > < effect substitutie op neurologische ontwikkeling staat nog niet vast:  
onduidelijke rol placenta (transfer L-thyroxine)

### - wel screenen:

- TSH is goedkope test, grenswaarden zijn goed omschreven
- substitutie is veilig
- hypothyroïde moeders worden ontdekt
- wel gunstig effect op outcome zwangerschap  
(zeker voor klinische hypothyroidie, vermoedelijk voor subklinische met TPO, minder evidence indien TPO neg.)

# Hypothyroidie:

## Screenen of niet ?

### - niet screenen:

- 30 % van schildklierafwijkingen worden miskend indien enkel case-finding
- grotere kans op verminderd IQ van de baby
- > < effect substitutie op neurologische ontwikkeling staat nog niet vast:  
onduidelijke rol placenta (transfer L-thyroxine)

### - wel screenen:

- TSH is goedkope test, grenswaarden zijn goed omschreven
- substitutie is veilig
- hypothyroïde moeders worden ontdekt
- wel gunstig effect op outcome zwangerschap  
(zeker voor klinische hypothyroidie, vermoedelijk voor subklinische met TPO, minder evidence indien TPO neg.)

# Hypothyroidie:

## Screenen of niet ?

### - niet screenen:

- 30 % van schildklierafwijkingen worden miskend indien enkel case-finding
- grotere kans op verminderd IQ van de baby
- > < effect substitutie op neurologische ontwikkeling staat nog niet vast:  
onduidelijke rol placenta (transfer L-thyroxine)

### - wel screenen:

- TSH is goedkope test, grenswaarden zijn goed omschreven
- substitutie is veilig
- hypothyroïde moeders worden ontdekt
- wel gunstig effect op outcome zwangerschap  
(zeker voor klinische hypothyroidie, vermoedelijk voor subklinische met TPO, minder evidence indien TPO neg.)

# Hypothyroidie: ADVIES

- Verhoogde TSH behandelen:
    - start L-thyroxine of verhoog bestaande behandeling.
    - streefdoel: 1° trimester  $\rightarrow$  TSH < 2,5  
2° trimester  $\rightarrow$  TSH < 3
- controle om de 4 à 6 weken tot 20 weken
- (T4 binding verandert dan niet meer, fetale productie op punt)
- dosis afbouwen postpartum tot niveau voor zwangerschap
  - labo 6 w postpartum