

## ZWANGERE

### Anamnese:

1. In heden of verleden M. Graves? (vraag ook naar hyperthyreoïdie of een te snel werkende schildklier)
2. Gebruik van thyreostatica? (propylthiouracil = PTU of thiamazol = strumazol<sup>®</sup>)
3. In verleden behandeling met <sup>131</sup>I? (vraag ook naar "radio-actief" jodium)
4. In verleden (partiële) thyreoïdectomie?
5. Gebruik van L-thyroxine waarbij M Graves in verleden niet uitgesloten kan worden? (vraag ook naar gebruik van "schildklierhormoon")
6. In heden of verleden hypothyreoïdie (meestal op ten gevolge van M. Hashimoto)? (vraag ook naar een te langzaam werkende schildklier)
7. Na eerdere zwangerschap post-partum thyreoïditis of (post partum) depressie?
8. In heden of verleden auto-immuun ziekte? (diabetes mellitus type 1, M Addison, vitiligo, pernicieuze anemie, etc.)
9. 1<sup>o</sup> graads familie lid met auto-immuun schildklierziekte?

**ALS** 1 of meerdere van de **bovenstaande vragen 1 t/m 9** met "ja" beantwoord wordt/worden,

**DAN** bij de 1<sup>e</sup> prenatale controle in 1<sup>e</sup> trimester (bij voorkeur niet later dan bij een zwangerschapsduur van 6-8 weken):

- informatie inwinnen bij huisarts of internist(-endocrinoloog) over de precieze diagnose en behandeling (incl. historie)
- bij lichamelijk onderzoek aandacht voor tekenen van hyperthyreoïdie of hypothyreoïdie, en aandacht voor de halsregio (litteken tgv thyreoïdectomie, struma zichtbaar/voelbaar?)
- bloedafname voor meting TSH en FT4 concentraties

**ALS**

-1 of meerdere van de **bovenstaande vragen 1 t/m 5** met "ja" beantwoord wordt/worden, of -klinische/laboratorium aanwijzingen voor hyperthyreoïdie

**DAN**

ook bloedafname voor meting "thyreotropin binding inhibiting immunoglobulins" (TBII) (ook soms genoemd anti-TSH receptor)

**ALS** géén gebruik van thyreostaticum of L-thyroxine, **en** TSH  $\leq$  3.5 mU/l, **en** FT4 binnen het referentie interval, **en** TBII concentratie  $\leq$  1,5 U/l, (of binnen referentiewaarde lokale ziekenhuis, bij andere assay)

**DAN** géén verdere schildklier gerelateerde controles.

**ALS** gebruik van thyreostaticum of L-thyroxine,

**DAN**

Verwijzing naar internist(-endocrinoloog) voor "hoog-normaal" houden van FT4 middels lab. controles à 6 weken en (evt) L-thyroxine dosis aanpassing.  
PM1: de L-thyroxine dosis dient vanwege de zwangerschap meestal met 25-50% verhoogd te worden.  
PM2: PTU is tijdens de zwangerschap het thyreostaticum van keus en dient **zo laag mogelijk** gedoseerd te worden.

**ALS** TSH > 3.5 mE/l,

**DAN**

Verdacht voor (subklinische) hypothyreoïdie; verwijzing naar internist(-endocrinoloog), zo nodig start L-thyroxine

**ALS** FT4 > het referentie interval,

**DAN:**

Verwijzing naar internist(-endocrinoloog) ivm de mogelijkheid van hyperthyreoïdie.  
PM: in 1<sup>e</sup> trimester kan hCG door TSH-achtig effect de schildklier stimuleren waardoor TSH zelf < 0.4 mE/l kan worden (bij  $\approx$  10% van de zwangeren).

**ALS** TBII > 1,5 U/l,

**DAN**

Bloedafname voor meting TBII concentratie in 2<sup>e</sup> trimester (zwangerschapsduur  $\approx$  20 weken), **en** begin 3<sup>e</sup> trimester (zwangerschapsduur  $\approx$  30-32 weken).

**ALS** in 3<sup>e</sup> trimester TBII

concentratie > 5 E/l

**DAN** "aanzienlijk" risico op foetale/neonatale hyperthyreoïdie (hoe hoger de TBII concentratie, hoe hoger het risico).

**ALS** PTU dosis  $\geq$  150 mg/dag of vanaf 2<sup>e</sup> trimester TBII concentratie > 5 E/l,

**DAN**

- indicatie voor maandelijkse "Type 1" echo vanaf zwangerschapsduur 20 weken bij PTU-gebruik >150 mg/dg en vanaf 32 weken bij TBII >5 E/l. (PM PTU altijd zo laag mogelijk doseren!)  
- letten op hartfrequentie en bij echo op tekenen van decompensatio cordis, hyper- of hypokinesie, groei en strumavorming. In beiden gevallen indicatie voor begeleiding zwangerschap en partus door gynaecoloog.

**ALS** PTU dosis < 150 mg/dag en vanaf 2<sup>e</sup> trimester TBII concentratie > 1,5 U/l maar  $\leq$  5 U/l, of als informatie over de schildklierproblematiek van de zwangere incompleet is,

**DAN**

- medische indicatie voor partus

**Postpartum zorg** voor moeders behandeld met thyreostaticum of thyroxine

- thyroxine dosis terugbrengen naar dosis van voor de zwangerschap
- thyreostaticum dosis iom de behandelend internist(-endocrinoloog)
- 4-6 weken post-partum bloedafname voor evaluatie schildklierhormoon huishouding
- borstvoeding: mag worden gegeven bij thyroxine behandeling, bij PTU dagdosis <300 mg/dag en bij thiamazol dagdosis <20 mg

## PASGEBORENE

### SCENARIO 1

**ALS** PTU dosis  $\geq 150$  mg/dag of vanaf 2<sup>e</sup> trimester TBII concentratie  $> 5$  E/l,

#### DAN

- **risico** op neonatale **HYPER**thyreoïdie (hoe hoger de 3<sup>e</sup> trimester TBII concentratie, hoe hoger het risico).

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

#### AKTIE:

- afname navelstreng (NS) bloed (heparinebloed en stolbloed) voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en TBII concentraties.

- **medische partus met klinisch met kraambd ivm observatie neonat** met dagelijkse beoordeling kind door kinderarts (tekenen van **HYPOTHY**thyreoïdie of **HYPER**thyreoïdie) en bloedafnames 3, 5 en 7 dagen na de geboorte (CITO meting van TSH en FT4 concentraties), tot:

\*TBII concentratie bekend is (en daarmee risico op neonatale hyperthyreoïdie), dan wel

\*op basis van herhaalde TSH en FT4 metingen er wel/geen **HYPOTHY**thyreoïdie of **HYPER**thyreoïdie blijkt te ontstaan

- zo nodig overleg met kinderarts-endocrinoloog over indicatiestelling behandeling met thyreostatica of thyroxine en follow-up

### SCENARIO 2

**ALS** de 3<sup>e</sup> trimester TBII concentratie van moeder  $> 1,5$  U/l maar  $\leq 5$  U/l, of er is geen 3<sup>e</sup> trimester TBII concentratie van moeder beschikbaar, maar de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> trimester TBII concentratie van moeder  $> 1,5$  U/l, of PTU dosis  $< 300$  mg/dag,

#### DAN

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

#### AKTIE:

- afname navelstreng (NS) bloed (heparinebloed en stolbloed) voor **CITO** meting van TSH, FT4, T3 en TBII concentraties.

- medische partus en consult kinderarts met **ofwel** klinisch kraambd ivm observatie neonat en bloedafnames als bij scenario 1, **ofwel** poliklinische controles met bloedafnames als bij scenario 1.

- zo nodig overleg met kinderarts-endocrinoloog over indicatiestelling behandeling met thyreostatica of thyroxine en follow-up

PM:

1. Maternale hypothyreoïdie ten gevolge van M. Hashimoto geeft geen risico op neonatale hyperthyreoïdie en slechts (verwaarloosbaar) klein risico op (passagere, primaire) congenitale hypothyreoïdie. Hiervoor echter geen verdere controles, (passagere) congenitale hypothyreoïdie wordt gedecteerd door de neonatale screening

2. Indien geen informatie over schildklierandoening moeder is verkregen dan wordt scenario 2 aangeraden