

# Schildklierafwijkingen en zwangerschap

Algemeen	2
Wat is de schildklier en hoe werkt het?	2
De ontwikkeling van de schildklier bij de baby	2
Schildklierziekten	3
Hypothyreoïdie	3
Hyperthyreoïdie	4
Onderzoek	4
Behandeling	5
Schildklier en zwangerschap	6
Gevolgen en eventuele complicaties voor uzelf	6
Gevolgen en eventuele complicaties voor uw baby	7
Na de bevalling	8
Tot slot	9
Informatie	10

## Algemeen

De schildklier kan te snel werken (hyperthyreoïdie) of te langzaam (hypothyreoïdie). In beide gevallen moeten voor en tijdens de zwangerschap de schildklierhormonen onder controle worden gehouden. Dit gebeurt meestal door middel van medicijnen. Bij normale waarden van de schildklierhormonen bestaat er geen verhoogd risico voor de zwangere of voor de baby. Een uitzondering is als er TSI-antistoffen aanwezig zijn: deze kunnen bij de baby al voor de geboorte de schildklier te snel laten werken. Bij schildklierafwijkingen tijdens de zwangerschap is van belang dat de gynaecoloog, de verloskundige, de huisarts, de internist en de kinderarts samenwerken.

## Wat is de schildklier en hoe werkt het?

De schildklier is een klein orgaan dat voor de luchtpijp ligt, boven het kuiltje in de hals. Normaal is de schildklier niet te zien of te voelen. De schildklier wordt gestimuleerd door het hormoon TSH (thyroïd-stimulerend hormoon), dat wordt gemaakt in een kleine klier onder aan de hersenen: de hypofyse.

De schildklier maakt schildklierhormonen aan: thyroxine en tri-joodthyronine. Deze hormonen zijn belangrijk voor de stofwisseling (de omzetting van voedsel in energie) en dus ook voor de groei en de geestelijke ontwikkeling.

De hormonen die de schildklier maakt via het bloed komen in het lichaam. Vooral het gedeelte thyroxine en tri-joodthyronine dat vrij in het bloed aanwezig is, FT4 ('free thyroxin'), is werkzaam.

## De ontwikkeling van de schildklier bij de baby

De ontwikkeling van de schildklier begint al als u pas vijf weken zwanger bent. Dat betekent dat u, gerekend vanaf de eerste dag van

uw laatste menstruatie, één week over tijd bent; de baby is dan nog geen centimeter lang. Bij negen weken is de aanleg van de schildklier klaar.

Ongeveer een maand later begint de hypofyse (pijnappelklier) van de baby met de aanmaak van thyroïd-stimulerend hormoon (TSH) en begint de schildklier van de baby schildklierhormonen te maken. In de eerste tien tot twaalf weken van de zwangerschap is de foetus dus afhankelijk van het schildklierhormoon van de moeder.

## Schildklierziekten

Schildklierziekten komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. De oorzaak is meestal een ontsteking van de schildklier; hierdoor ontstaat een te snelle of te trage werking van de schildklier. Als de schildklier te langzaam werkt wordt dat hypothyreoïdie genoemd. Als de schildklier te snel werkt, spreekt men van hyperthyreoïdie.

Schildklierkanker komt voor, maar zelden.

3

## Hypothyreoïdie

Een te langzaam werkende schildklier maakt te weinig schildklierhormoon. Dit is meestal aangeboren, maar kan ook op latere leeftijd zijn ontstaan. De oorzaak kan zijn een schildklierontsteking. Ook is het mogelijk dat hypothyreoïdie ontstaat doordat een te hard werkende schildklier is behandeld met radioactief jodium of met een operatie.

In Nederland hebben elk jaar ongeveer 1200 (6 per 1000) zwangeren hypothyreoïdie; meestal was dit al voor de zwangerschap bekend en gebruikten deze vrouwen al medicijnen.

Klachten van hypothyreoïdie kunnen zijn moeheid, kouwelijkheid, een droge huid, gewichtstoename, ruim bloedverlies bij de menstruatie, brokkelige nagels, obstipatie of haaruitval.

## Hyperthyreoïdie

Bij hyperthyreoïdie maakt de schildklier te veel schildklierhormoon. Hyperthyreoïdie is bijna altijd een auto-immuunziekte: een ziekte waarbij het lichaam antistoffen (afweerstoffen) vormt tegen zichzelf, bijvoorbeeld dus tegen de schildklier. Bij meer dan 90 procent van hyperthyreoïdie gaat het om de ziekte van Graves. Ongeveer 1 tot 2 op de duizend zwangere vrouwen hebben deze ziekte.

Bij de ziekte van Graves zijn dat antistoffen tegen de plaats waar het thyroïd-stimulerend hormoon in de schildklier wordt opgevangen (de TSH-receptor). Die antistoffen worden TSI-antistoffen (thyroïd-stimulerende immunoglobulinen) genoemd.

Klachten van hyperthyreoïdie kunnen zijn: hartkloppingen, gewichtsverlies, veel transpireren, trillende vingers, overactiviteit, moeheid of een snelle hartslag. Soms kan een vergrote schildklier in de hals worden gevoeld of gezien.

4

## Onderzoek

### Bij de zwangere vrouw

Vanwege de veranderingen van de hormonen in de zwangerschap wordt bij schildklierafwijkingen geregeld bloedonderzoek gedaan naar de schildklierhormonen FT4, TSH en soms T3, het liefst de eerste keer zo vroeg mogelijk in de zwangerschap.

Daarnaast worden in het begin, en soms ook aan het eind, van de zwangerschap ook de waarden van de antistoffen tegen de schildklier gecontroleerd (TSI-antistoffen), zeker wanneer u de Ziekte van Graves hebt (gehad).

### Bij de baby tijdens de zwangerschap

Zijn er in uw bloed TSI-antistoffen aanwezig dan kunnen deze door de placenta (moederkoek) heen. Hierdoor kan de schildklier van de

baby te snel werken en kan er een te snelle hartslag (meer dan 160 slagen per minuut) bij de baby ontstaan. Soms wordt dan ook bij echoscopie een vergrote schildklier (struma) gezien, of groeit de baby minder goed.

## Behandeling

### Hypothyreoïdie

De meeste vrouwen weten al voor de zwangerschap dat hun schildklier te langzaam werkt. Meestal nemen deze vrouwen elke dag het hormoon levothyroxine (Thyrax) in. De tabletten moeten ongeveer een halfuur voor het ontbijt nuchter worden ingenomen met een glas water. Tijdens de zwangerschap blijft de behandeling hetzelfde, maar is meestal een hogere dosering nodig, veelal al vroeg in de zwangerschap.

5

### Hyperthyreoïdie

Behandeling van hyperthyreoïdie is op verschillende manieren mogelijk:

- Met tabletten die de schildklier remmen (bijvoorbeeld propylthiouracil (PTU) of Strumazol)
- Door een operatie waarbij (een deel van) de schildklier wordt verwijderd
- Met een drank waarin radioactief jodium zit.

In de zwangerschap wordt altijd voor de tabletten gekozen: behandeling met radioactief jodium kan schadelijk zijn voor de baby, en een operatie vindt alleen plaats als een behandeling met medicijnen niet goed aanslaat. Een drank en een operatie kunnen bovendien als bijwerking hebben dat de schildklier te sterk gedempt wordt; zo ontstaat hypothyreoïdie. Tijdens de zwangerschap hebt u meestal steeds minder schildklierremmende medicijnen nodig, en

aan het eind kunt u soms zelfs helemaal buiten deze tabletten. Omdat PTU de moederkoek passeert wordt de dosering zo laag mogelijk gehouden omdat anders eventueel bij de baby hypothyreoïdie kan ontstaan.

## Schildklier en zwangerschap

### *Voorzorgsmaatregelen voor de zwangerschap*

Zowel bij een te snelle als bij een te trage schildklierwerking is het verstandig de waarden van de schildklierhormonen voor de zwangerschap zoveel mogelijk binnen de normale grenzen te houden vanwege de mogelijke effecten. Bij hyperthyreoïdie is behandeling met PTU het meest verstandig, in een zo laag mogelijke dosering. Bij hypothyreoïdie die niet behandeld wordt, is de vruchtbaarheid soms verminderd. Bij hormonaal onderzoek in verband met stoornissen in de menstruatiecyclus en onvruchtbaarheid bepaalt de arts meestal ook de waarden van de schildklierhormonen (zie OFO); zo nodig wordt u verwezen naar een internist. Bij een behandeling met radioactief jodium mag u het eerste halfjaar niet zwanger worden, omdat deze stof mogelijk schadelijke effecten kan hebben op de ontwikkeling van de baby.

## Gevolgen en eventuele complicaties voor uzelf

### Hypothyreoïdie

Wanneer de hypothyreoïdie goed behandeld wordt (in samenwerking tussen een internist-schildklierspecialist, gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts) zal het beloop van de zwangerschap niet anders zijn. Bij een hypothyreoïdie die niet goed onder controle gehouden wordt, kan er een verhoogde kans op een miskraam bestaan.

### Hyperthyreoïdie

Hyperthyreoïdie kan in de zwangerschap soms, tijdelijk, ontstaan of verergeren omdat het zwangerschapshormoon de schildklier ook kan stimuleren. Dit is met name het geval bij overmatig braken in de zwangerschap en bij meerlingzwangerschappen. Soms geven de medicijnen bijwerkingen als jeuk, koorts of misselijkheid.

## **Gevolgen en eventuele complicaties voor uw baby**

### **Hypothyreoïdie**

Bij een hypothyreoïdie die niet of niet goed wordt behandeld, is de kans groter dat uw kind een iets lager IQ heeft.

### **Hyperthyreoïdie**

Schildklierremmende medicijnen kunnen via de moederkoek bij de baby komen en kunnen de aanmaak van schildklierhormoon bij de baby remmen. Hierdoor kan bij de baby een hypothyreoïdie ontstaan. Soms kan de schildklier van de baby ook te snel gaan werken. Dit is het gevolg van thyroïd-stimulerende antistoffen die bij uzelf de oorzaak zijn van de hyperthyreoïdie en via de moederkoek bij de baby komen. Bij de controle zal de arts of de verloskundige extra letten op tekenen hiervan, zoals een te snelle hartslag (meer dan 160 slagen per minuut). In zeldzame gevallen kan de schildklier van de baby vergroot raken (struma). Dit kan soms met echoscopisch onderzoek worden gezien.

### **De bevalling**

De bevalling verloopt in principe niet anders dan normaal. Afhankelijk van de uitslag van het bloedonderzoek kan de bevalling thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden. U kunt eventueel bespreken om thuis te bevallen als de schildklierhormonen in de zwangerschap binnen de normale waarden blijven, er geen TSI-antistoffen bij u in

het bloed aantoonbaar zijn en u geen hoge dosering schildklierremmende medicijnen gebruikt.

## Na de bevalling

### Gevolgen voor de moeder

Na de bevalling worden de waarden van de schildklierhormonen gecontroleerd en doorgaans de dosering van de medicijnen aangepast. Bij hyperthyreoïdie neemt na de bevalling vaak de werking van de schildklier weer toe en wordt weer begonnen met medicijnen of wordt de dosering verhoogd. Bij hypothyreoïdie is soms juist verlaging van de medicijnen nodig. In de kraamperiode en in de maanden daarna komen stemmingsveranderingen - vooral depressieve stemmingen - vaker voor bij vrouwen met een te snelle of te trage schildklier, maar het is niet duidelijk of de schildklier daarvan de oorzaak is.

### Gevolgen voor de baby

Een pasgeborene heeft meestal een normale schildklierfunctie. Als bij de moeder veel TSI-antistoffen aanwezig zijn, kan de aanmaak van schildklierhormonen van de baby enkele weken te hoog zijn totdat alle antistoffen uit het bloed van de baby zijn verdwenen. Meestal controleert men de schildklierhormonen door middel van onderzoek van navelstrengbloed en zo nodig van bloed van de baby zelf. Dit gebeurt in samenwerking met de kinderarts. Afhankelijk van de ernst en de eventuele risico's wordt de baby opgenomen op de couveuseafdeling.

### Screening op congenitale hypothyreoïdie (CHT)

Alle pasgeborenen worden vier tot zeven dagen na de geboorte onderzocht op congenitale (aangeboren) hypothyreoïdie (CHT). Als



er te weinig schildklierhormoon in het bloed van uw baby aanwezig is, kan er blijvende schade aan het zenuwstelsel ontstaan. De screening vindt plaats door middel van bloedonderzoek na een hielprik. Bij ongeveer 1 op de 3000-4000 pasgeborenen wordt CHT vastgesteld.

Bij de moeders van de kinderen met CHT worden zelden (in minder dan 2 procent van de gevallen) schildklierproblemen gevonden.

### **Borstvoeding**

Als u levothyroxine gebruikt kunt u gewoon borstvoeding geven. PTU (dat gegeven wordt bij hyperthyreoïdie) komt slechts in geringe hoeveelheden in de moedermelk terecht en hierbij mag u, mits u niet al te hoge doseringen gebruikt, borstvoeding geven. De schildklierwerking bij de baby moet dan worden gecontroleerd.

Bij andere schildklierremmende medicijnen bij hyperthyreoïdie (Basolest, Carbimazol, Strumazol) wordt borstvoeding afgeraden vanwege de mogelijk schadelijke effecten op de baby.

### **Tot slot**

Schildklierziekten kunnen leiden tot verminderde vruchtbaarheid. Het is belangrijk dat u bij een schildklierafwijking informatie inwint voordat u zwanger wordt (preconceptie-advies). U kunt hiervoor terecht bij de gynaecoloog of bij een internist die zich gespecialiseerd heeft in schildklierziekten. Als u een schildklierbehandeling krijgt hebt u een even grote kans om zwanger te worden als andere vrouwen en is ook het verloop van uw zwangerschap meestal even voorspoedig. Het komt maar zelden voor dat een kind van een zwangere vrouw met schildklierafwijkingen na de geboorte een blijvende schildklierafwijking heeft.

Bij vragen kunt u altijd een afspraak bij de vroedvrouw, huisarts of gynaecoloog maken.

## Informatie

[www.schildklier.nl](http://www.schildklier.nl)

[www.stichting-schild.nl](http://www.stichting-schild.nl)

[www.zwangerwijzer.nl](http://www.zwangerwijzer.nl)

## Colofon

© 2004 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen. Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt. Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.

Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl), rubriek patiëntenvoorlichting.

*Auteur: prof. dr. J.M.W.M. Merkus*

*Redacteur: dr. E.A. Bakkum*

*Bureauredacteur: Jet Quadekker*

*Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*

*Verloskunde,*

*Versie 1.0 Datum Goedkeuring 01-01-2004 Verantwoording NVOG*