

# Schildklierziekte, zwangerschapswens en zwangerschap

Naar het ziekenhuis? Lees eerst de informatie op [www.asz.nl/brmo](http://www.asz.nl/brmo).

**albert  
schweitzer**



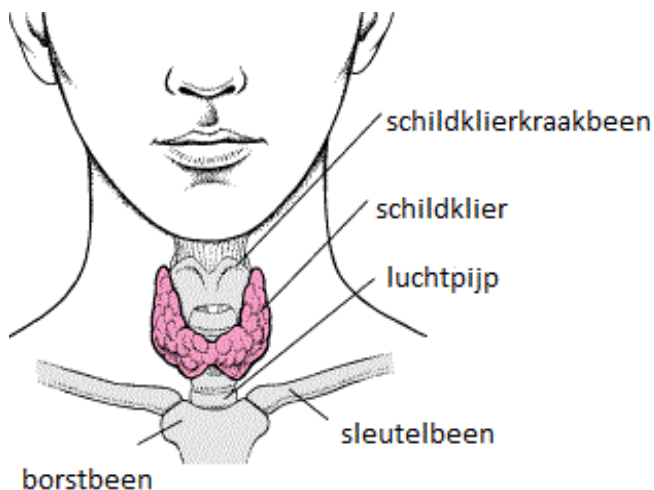
# Inleiding

U wilt graag zwanger worden of u bent al zwanger en daarnaast heeft u een schildklierziekte. Uw arts bespreekt met u of uw schildklier te traag (hypothyreoïdie) werkt of te snel (hyperthyreoïdie). Een te traag werkende schildklier komt het meest voor.

In deze folder leest u meer over uw ziekte en de behandeling tijdens uw zwangerschap en de periode na de zwangerschap. We maken daarbij een onderscheid tussen hyperthyreoïdie en hypothyreoïdie en geven aan wat voor zowel u als uw (ongeboren) baby de gevolgen zijn.

## De schildklier

De schildklier (thyroïd) is een vlindervormig orgaan dat laag in de hals ligt, net onder het strottenhoofd en voor de luchtpijp.



De schildklier maakt schildklierhormonen. Deze hormonen zijn belangrijk voor bijna alle cellen, weefsels en organen van uw lichaam, onder andere in/bij:

- Lichamelijke ontwikkeling
- Stofwisseling en spijsvertering
- Spieren en gewrichten
- Hersenen en zenuwen
- Hartslag en hartritme
- Lichaamstemperatuur
- Gedachten en emoties

De schildklier wordt gestimuleerd om hormonen te maken door het hormoon TSH (thyroïd-stimulerend hormoon). TSH wordt gemaakt in een kleine klier onderaan de hersenen: de hypofyse.

De schildklier maakt schildklierhormonen aan: thyroxine (T4) en tri-joodthyronine (T3). Deze hormonen komen via het bloed in het lichaam.

## **Schildklierhormoon en zwangerschap**

De schildklierhormonen zijn heel belangrijk voor de regeling van de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind. In de eerste 10 weken na de bevruchting wordt de schildklier aangelegd bij uw ongeboren baby. In de 2 weken daarna begint de productie van schildklierhormonen van uw ongeboren baby. In de eerste 12 weken is uw ongeboren baby dus afhankelijk van het schildklierhormoon van zijn of haar moeder. Onder invloed van de zwangerschaps-hormonen is de behoefte aan schildklierhormoon daarom groter.

De schildklier kan te snel werken (hyperthyreoïdie) of te langzaam (hypothyreoïdie). In beide situaties moeten vóór en tijdens de zwangerschap de schildklierhormonen onder controle worden gehouden. Dit gebeurt meestal met medicijnen.

Bij normale waarden van de schildklierhormonen bestaat er geen verhoogd risico voor u of voor uw baby. Een uitzondering is als er thyroïd stimulerende antistoffen aanwezig zijn: deze kunnen bij uw baby al voor de geboorte de schildklier te snel laten werken.

Bij schildklierafwijkingen tijdens de zwangerschap is het belangrijk, dat uw verloskundig zorgverlener, uw verloskundige, uw huisarts, uw internist en de kinderarts samenwerken.

## Zwangerschapswens

U wilt graag zwanger worden, maar u heeft daar problemen mee? Dan kan het zijn dat uw schildklier te traag werkt. Vaak wordt dit ontdekt door de gynaecoloog wanneer er onderzoek gedaan wordt naar de reden waarom u niet zwanger kunt worden. Door uw te traag werkende schildklier te behandelen met schildklierhormoon in tabletvorm, kunt u misschien vruchtbaarder worden. Als u met de tabletten start, moet u deze tijdens de zwangerschap blijven gebruiken.

Is bij u al vastgesteld dat uw schildklier te traag of te snel werkt? Maak dan een afspraak bij de schildklierverpleegkundige of internist zodra u een zwangerschapswens heeft. Het is namelijk belangrijk dat de waardes van uw schildklierhormoon goed zijn voordat u zwanger wordt.

We raden u aan om anticonceptie te gebruiken totdat u goed bent ingesteld op uw schildkliermedicijnen. Zodra u goed bent ingesteld, bespreekt de schildklierverpleegkundige of internist met u welke dosering u moet gaan gebruiken als u zwanger bent. U mag bij een positieve zwangerschapstest direct starten met deze aangepaste dosering. U belt dan ook naar de polikliniek Interne Geneeskunde om extra controles af te spreken.

# Onderzoek

- **Bij uzelf**

Als al bekend is dat u een schildklierziekte heeft, worden tijdens de zwangerschap ook steeds de schildklierwaarden in uw bloed gecontroleerd. Dit is nodig vanwege de veranderingen van de hormonen tijdens de zwangerschap. In de eerste 20 weken gebeurt dat elke 4 tot 6 weken en dan nog eenmalig tussen de 26 en 32 weken. Bij voorkeur gebeurt dit 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 gecontroleerd van de antistoffen tegen de schildklier (TSI-antistoffen). Zeker als u de ziekte van Graves (hyperthyreoïdie) heeft (gehad).

- **Bij uw baby tijdens de zwangerschap**

Als er in uw bloed TSI-antistoffen aanwezig zijn, kunnen deze via de placenta (moederkoek) bij uw baby terechtkomen.

Hierdoor kan de schildklier van uw baby te snel gaan werken. Uw baby kan dan een te snelle hartslag krijgen (meer dan 160 slagen per minuut). Soms wordt er dan ook bij een echoscopie een vergrote schildklier (struma) gezien of dat uw baby minder goed groeit.

Bij een te traag werkende schildklier (hypothyreoïdie) zijn vaak andere antistoffen aanwezig: TPO-antistoffen. Er zijn geen aanwijzingen dat TPO-antistoffen schadelijk zijn voor de ontwikkeling van de baby.

# Behandeling

## 1. Hypothyreoïdie

Heeft u een te traag werkende schildklier waarvoor u al medicijnen gebruikt en u komt erachter dat u zwanger bent? Maak dan ook een afspraak bij de schildklierverpleegkundige of internist. Er wordt dan gekeken naar de dosering van uw schildklierhormoon-tabletten.

Omdat uw ongeboren baby in de eerste 12 weken zelf nog geen schildklierhormoon aanmaakt, vraagt hij of zij meer schildklierhormoon van u. De dosering van de tabletten zal meestal verhoogd moeten worden.

Soms lukt het niet goed om de tabletten binnen te houden vanwege zwangerschapsmisselijkheid en braken. Laat dit dan weten aan uw behandelaar, want dan is het soms nodig om de tabletten in de avond in te nemen.

Na uw bevalling kunt u weer terug naar de dosering die u voor de zwangerschap had.

Ongeveer 12 weken na de bevalling wordt er nogmaals bloedonderzoek gedaan om te kijken of de dosering van voor de zwangerschap, nog steeds de juiste is.

## 2. Hyperthyreoïdie

Bij hyperthyreoïdie werkt uw schildklier te snel. Hyperthyreoïdie kan in uw zwangerschap soms tijdelijk ontstaan, omdat het zwangerschapshormoon (HcG) de schildklier kan stimuleren. Dit is vooral bij overmatig braken (hyperemesis) in de eerste 12 weken (eerste trimester) van de zwangerschap het geval en bij meerlingzwangerschappen. Meestal is dan geen behandeling nodig en verbetert de schildklierfunctie spontaan weer.

Behandeling van een te snel werkende schildklier door de ziekte van Graves is op verschillende manieren mogelijk. Tijdens de zwangerschap wordt echter altijd voor tabletten met schildklierremmende werking gekozen (PTU of Strumazol).

Tijdens de zwangerschap heeft u meestal steeds minder schildklierremmende medicijnen nodig. Aan het einde kunt u soms zelfs helemaal zonder medicijnen.

Omdat de medicijnen ook in de placenta (moederkoek) terechtkomen, wordt de dosering zo laag mogelijk gehouden. Anders kan eventueel bij uw baby een te traag werkende schildklier ontstaan.

De schildklierremmende medicijnen kunnen soms schadelijk zijn voor uw baby. Echter het *niet* behandelen van de hyperthyreoïdie geeft een hoger risico op afwijkingen bij uw baby.

## Schildklier en zwangerschap

### 1. Hypothyreoïdie

- **Gevolgen voor uzelf**

Als de hypothyreoïdie goed behandeld wordt, zal het verloop van uw zwangerschap niet anders zijn dan bij andere vrouwen. Bij hypothyreoïdie die niet goed onder controle gehouden wordt, kan er een verhoogde kans op een miskraam bestaan. Daarnaast kunt u ook klachten hebben van moeheid, obstipatie en het koud hebben.

- **Gevolgen voor uw baby**

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



## 2. Hyperthyreoïdie

- **Gevolgen voor uzelf**

Als een hyperthyreoïdie niet wordt behandeld, ontstaan vaak klachten als trillen, hartkloppingen, gejaagdheid en gewichtsverlies. Soms geven de medicijnen bijwerkingen als jeuk, koorts of misselijkheid.

Belangrijk om te weten is dat het gebruik van schildklierremmende medicijnen kunnen leiden tot een zeer zeldzame, maar mogelijk zeer gevaarlijke bijwerking, agranulocytose genoemd (risico is < 0.1% ofwel minder dan 1 op 1000). Dit houdt in dat uw beenmerg onvoldoende witte bloedcellen maakt. Daardoor heeft u een grotere kans op ernstige infecties. Agranulocytose merkt u meestal doordat u koorts en keelpijn krijgt. Daarom raden we aan om bij deze klachten *onmiddellijk* contact op te nemen met uw behandelaar. Er wordt dan direct bloed afgenomen om de hoeveelheid witte bloedcellen te controleren.

- **Gevolgen voor uw baby**

Schildklierremmende medicijnen kunnen via de placenta bij uw baby komen. Ze kunnen de aanmaak van schildklierhormoon bij uw baby remmen. Hierdoor kan bij uw baby een te traag werkende schildklier ontstaan. Daarom wordt de dosis zo laag mogelijk gehouden.

Soms kan de schildklier van uw baby ook te snel gaan werken. Dit is het gevolg van thyroïd-stimulerende antistoffen (TSI) die bij uzelf de oorzaak zijn van de hyperthyreoïdie en via de placenta bij uw baby komen. Bij een zwangerschapscontrole let een verloskundig zorgverlener extra op tekenen hiervan, zoals een te snelle hartslag bij uw baby (meer dan 160 slagen per minuut).

Heel zelden kan de schildklier van uw baby vergroot raken (struma). Dit kan soms met echoscopisch onderzoek worden gezien.

## De bevalling

De bevalling zal in principe niet anders verlopen dan bij vrouwen zonder een schildklierziekte.

Afhankelijk van de uitslag van het bloedonderzoek, kan uw bevalling thuis of bij Rhena Geboortecentrum plaatsvinden. U kunt bespreken om thuis te bevallen als:

- De schildklierhormonen in uw zwangerschap binnen de normale waarden blijven.
- Er geen TSI-antistoffen bij u in het bloed aantoonbaar zijn.
- U geen hoge dosering schildklierremmende medicijnen gebruikt.

## Na de bevalling

- **Gevolgen voor uzelf**

Ongeveer 12 weken na de bevalling worden de waarden van de schildklierhormonen gecontroleerd. Meestal wordt de dosering van de medicijnen aangepast. Vaak krijgt u vóór de bevalling al een advies hoe u de medicijnen na de bevalling kunt aanpassen.

Bij hyperthyreoïdie neemt na de bevalling vaak de werking van de schildklier weer toe. U moet weer beginnen met schildklierremmende medicijnen of de dosering wordt verhoogd.

In de kraamperiode en in de maanden daarna komen stemmingsveranderingen, vooral depressieve stemmingen, vaker voor bij vrouwen met een schildklieraandoening. Het is niet duidelijk of de schildklier daarvan de oorzaak is.

- **Gevolgen voor uw baby**

Een pasgeborene heeft meestal een normale schildklierfunctie. Als bij de moeder veel TSI-antistoffen aanwezig zijn, kan de aanmaak van schildklierhormonen van uw baby enkele weken te hoog zijn. Dit is totdat alle antistoffen uit het bloed van uw baby zijn verdwenen.

Meestal controleert uw verloskundig zorgverlener de schildklierhormonen door onderzoek van navelstrengbloed. Daarna wordt op dag 2, 8 en 10 na de geboorte bloed geprikt bij uw baby. Dit gebeurt in overleg met de kinderarts.

### **Screening op congenitale hypothyreoïdie (CHT)**

Alle pasgeborenen krijgen 4 tot 7 dagen na de geboorte een hielprik om onderzoek te doen naar aangeboren afwijkingen, zoals 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.

## **Borstvoeding en medicijnen**

- Als u levothyroxine (Thyrax®, Euthyrox® of Tirosint®) gebruikt, kunt u borstvoeding geven.
- PTU, dat gegeven wordt bij hyperthyreoïdie, komt slechts in geringe hoeveelheden in de moedermelk terecht. Hierbij mag u, mits u niet al te hoge doseringen gebruikt, borstvoeding geven. De werking van de schildklier bij uw baby wordt dan wel regelmatig gecontroleerd.

- Bij andere schildklierremmende medicijnen bij hyperthyreoïdie (Carbimazol® of Strumazol®) wordt borstvoeding afgeraden vanwege de mogelijk schadelijke effecten op uw baby.

## Behandelteam

Mw. dr. S.C.C. Hartong, internist-endocrinoloog

Mw. dr. R.M. Kiewiet-Kemper, internist-endocrinoloog

Mw. dr. E.T. Massolt, internist-endocrinoloog

Dhr. J.A.A. Meijer, internist-endocrinoloog

Mw. dr. M.W.C.J. Schoofs, internist-endocrinoloog

Dhr. E.J. van de Weijgert, internist

Mw. S. van de Klundert, schildklierverpleegkundige

Mw. M.A. van Wijngaarden-Verhelst, schildklierverpleegkundige

## Tot slot

Het komt maar zelden voor dat een baby met een moeder met schildklierafwijkingen na de geboorte een blijvende schildklierafwijking heeft.

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Stel die dan gerust tijdens uw afspraak met uw verloskundig zorgverlener, uw eigen verloskundige of uw internist.

Of bel van maandag t/m vrijdag tussen 08.00-12.00 uur en tussen 13.00-16.30 uur naar de polikliniek Interne Geneeskunde, tel. (078) 654 64 64. We plannen dan een afspraak bij de verpleegkundige voor u in en zij belt u dan terug.

### **Meer informatie**

Meer informatie over onder andere endocrinologie (stofwisseling) kunt u vinden op de website van het Albert Schweitzer ziekenhuis: [www.asz.nl](http://www.asz.nl)

### **Patiëntenvereniging**

Schildklier Organisatie Nederland (SON)

De organisatie geeft voorlichting en telefonisch advies, organiseert lotgenotencontact en informatiebijeenkomsten. Ook bevordert de vereniging wetenschappelijk onderzoek. De SON heeft voor donateurs en niet-donateurs een zogeheten schildkliertelefoon, waar een ervaringsdeskundige u te woord staat.

De ervaringsdeskundigen zijn geen medisch professionals, maar hebben wel een speciale training gehad. Meer informatie over onder andere de bereikbaarheid vindt u op de website van de SON: [www.schildklier.nl](http://www.schildklier.nl)

Geef hier uw mening over deze folder: [www.asz.nl/foldertest/](http://www.asz.nl/foldertest/)

*Bronvermelding: afbeelding met toestemming overgenomen van Merck Manual.*





Albert Schweitzer ziekenhuis  
juli 2024  
pavo 1705