

Hypothyreoïdie

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

A: Hypothyreoïdie

Diagnostiek

Wanneer diagnostiek?

Bij vermoeden van een schildklierfunctiestoornis.

Symptomen:

- Gewichtstoename
- Kouwelijkheid
- Traagheid
- Moehaid
- Menstruatie- en ovulatiestoornissen
- Verwarde bejaarde
- Psychiatrische beelden
- Hypercholesterolaemie met uitgesproken spierklachten na statinegebruik

Verhoogde kans bij:

- Behandeling met radioactief jodium
- Subtotale thyroïdectomie
- Radiotherapie hoofd/hals gebied
- Recent contrastonderzoek
- Recente partus en tot 1 jaar na de partus
- Eerdere postpartum thyreoïditis
- Positieve familie anamnese
- Auto-immuun ziekte (DM 1, pernicioze anemie, vitiligo, ziekte van Addison, coeliakie, premature ovarian failure)
- Syndroom van Down
- Gebruik van lithium- of jodiumhoudende medicatie; bij lithiumgebruik: 1 x per jaar controle

Welke diagnostiek?

- TSH;
- Bij afwijkend TSH (>4,5) → vrij T4 en anti-TPO.

NB. Bij sterke klinische verdenking en laag TSH toch een vrij T4 aanvragen.

Wanneer afwijkend?

Uitgegaan wordt van de referentiewaarden van het lab waar het onderzoek wordt verricht.

De waarden van het TSH wegen zwaarder dan die van het vrij T4.

Overweeg een behandeling bij waarden tussen de 5-10 (subklinische hypothyreoïdie) in combinatie met aanwezigheid van anti-TPO (in relatie tot klachten en in overleg met de patiënt).

Bij TSH > 10 in combinatie met aanwezigheid van anti TPO → starten levothyroxine (de kans is dan groot op het ontwikkelen van een hypothyreoïdie).

Vervolgbeleid

- Na zwangerschap* is spontaan herstel te verwachten, overige gevallen levenslange substitutietherapie;
- Controle labwaarden elke 3 mnd tijdens 1^e jaar, daarna elk jaar;
- Alertheid is geboden bij gebruik/toevoegen van interfererende medicatie (zoals bv. fenytoïne, carbamazepine, ritonavir).

* zie sectie B: Hypothyreoïdie en Zwangerschap

NB. Bij vrouwen met hypothyreoïdie in de vruchtbare leeftijd moet men alert zijn op een eventueel bestaande zwangerschapwens. Bij zwangerschap moet direct de medicatie worden aangepast en gelden er andere instelwaarden. Een jaarlijkse controle volstaat dan niet. Controle van TSH 1x 4-6 weken moet na stoppen met anticonceptie worden gestart.

Farmacotherapie

1. 25 µg levothyroxine (ouderen 12,5);
2. Na min. 2 weken verhogen met telkens 25 µg (ouderen 12,5) tot 75 µg (ouderen 50);
3. 6 weken na laatste dosisverandering lab;
4. Indien nog verhoogde TSH → dosis verhogen Bij klachten met 12,5 µg verhogen;
5. Herhalen tot TSH normaal en pt klachtenvrij is;
6. Medicatie wordt doorgaans nuchter ingenomen.

NB. De essentie is dat er getitreerd moet worden op TSH. De medicatiedosering hoeft niet op geleide van het lichaamsgewicht, omdat er een grote interindividuele variatie is in de medicatierespons.

Overleg / verwijzen

- Bij een centrale oorzaak;
- Bij cardiale problemen (m.n. HF en AP).

In overleg met de internist:

- Bij ernstige, langdurig bestaande hypothyreoïdie (en een zeer laag vrij T4);
- Bij moeilijk instelbare DM;
- Bij gelijktijdig gebruik van fenytoïne, carbamazepine of ritonavir;
- Indien titreren niet het gewenste effect heeft.

NB. Moeilijkheden met de instelling zijn te verwachten bij:

- *Gelijktijdig gebruik met interfererende medicijnen;*
- *DM;*
- *Chronische hartpatiënten.*

B: Hypothyreoïdie en Zwangerschap

Het wordt aanbevolen om zwangere vrouwen met hypothyreoïdie te verwijzen naar de internist. Bij voldoende kennis en ervaring kan de huisarts de patiënte zelf onder controle houden.

Let op: er gelden andere instelwaarden (TSH < 2,5).

Daarnaast gaat het instellen met medicatie in grotere stappen en in kortere tijd. Bij zwangerschap moet de medicatie direct worden aangepast. Na partus wordt direct overgegaan op de dosering van vóór de zwangerschap.

Indien in de voorgeschiedenis een sterk vermoeden bestaat op het doorgemaakt hebben van Graves' hyperthyreoïdie óf wanneer er een bewezen ziekte van Graves heeft afgespeeld óf wanneer een moeder een huidige Graves' hyperthyreoïdie heeft, dan is er een indicatie om aan het einde van het tweede trimester van de zwangerschap TSH receptor antilichamen te bepalen. Wanneer er geen TSH receptor antilichamen worden aangetoond en wanneer er geen thyreostatica worden gebruikt dan is er een zeer lage kans op foetale of neonatale thyroid dysfunctie. In geval er wel TSH receptor antilichamen worden aangetoond dan verdient het aanbeveling de zwangere door te verwijzen naar een gynaecoloog.

De bovengrens van een normaal TSH voor vrouwen die zwanger willen worden of zwanger zijn is i.t.t. tot de normale populatie 2,5. Er zijn aanwijzingen dat bij recidiverende miskramen en fertiliteitsproblemen bij vrouwen met een normaal TSH (2,5 - 5), er soms toch anti-TPO aanwezig is. Indien sprake is van dergelijke problematiek kan het daarom zinvol zijn om het anti-TPO te bepalen.

Let wel: er is onvoldoende bewijs om te screenen bij iedere vrouw met een zwangerschapswens. Bij positieve anti-TPO en een TSH van > 2,5 is het zinvol Thyraxsuppletie te starten.

Namens de regionale werkgroep:

Jan Ackermans, huisarts te Best

Bert Bravenboer, internist-endocrinoloog Catharina-ziekenhuis

Ronald Erdtsieck, internist-endocrinoloog Máxima Medisch Centrum

Paul Koch, internist-endocrinoloog Elkerliek ziekenhuis

Arno Toorians, internist-endocrinoloog St. Anna ziekenhuis

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, SMáSH en THEMA.