

Zakkaartje Schildklier

Conform NHG-Standaard

Wanneer TSH bepalen?

- Bij klachten die kunnen passen bij een schildklierstoornis
- Nieuwe diagnose hartfalen, atriumfibrilleren of houdings-/bewegingstremor
- *Klachten zijn specifiek → een schildklierstoornis is lastig te herkennen.*

Aanvullend onderzoek

- Bij afwijkend TSH → laat **ft4** bepalen (lab doet dit vaak al)
- Volg de referentie-intervallen van hét laboratorium (kunnen per lab verschillen)
- Bepaal **géén ft3** en **géén anti-TPO** (geen meerwaarde in de 1e lijn)
- Geen echografie/scintigrafie bij hyperthyreoïdie

Klachten - de 6 H's

- **Hypo:** gewichtstoename, moeheid, kou, traagheid, droge huid, obstipatie, bradycardie
- **Hyper:** gewichtsverlies bij goede eetlust, nervositeit, tremor, hartkloppingen, oftalmopathie (Graves), warmte intolerantie

Interpretatie TSH & ft4 → beleid

Diagnose	TSH	ft4	Beleid in de huisartsenpraktijk
normaal	normaal	normaal	Geen schildklierstoornis - geen behandeling
hypo	hoog	laag	Behandel met levothyroxine (zie hieronder)
subhypo	hoog	normaal	Geen behandeling; herhaal alléén bij klachten
hyper	laag	hoog	Verwijs internist(-endocrinoloog)
subhyper	laag	normaal	Extra controles; verwijs op indicatie

Hypothyreoïdie - starten

- **Zonder cardiale comorbiditeit:** 1,6 µg/kg (max. startdosis 150 µg)
- **Mét cardiale comorbiditeit / ouderen:** 1 dd 25 µg, langzamer opbouwen
- Ophogen met 12,5–25 µg per 6 weken tot TSH genormaliseerd is
- Levenslang bij Hashimoto; bij medicatie-oorzaak eerst overleg voorschrijver

Controles

- Elke 6 weken TSH + ft4 tot (zo goed als) klachtenvrij én TSH normaal
- 1e jaar: TSH + ft4 elke 3 maanden; daarna jaarlijks bij stabiele waarden
- Serumwaarden verbeteren sneller dan de klachten
- Ouderen: behoefte kan dalen tot 75% van de startdosis

Inname & interacties

- 1 dd op vast tijdstip, nuchtere maag: 30 min vóór ontbijt óf ≥ 2 u ná avondeten
- 2-4 u scheiden van antacida, calcium, magnesium, ijzer, galzuurbinders
- Start/staken melden aan trombosedienst (interactie VKA; niet met DOAC)
- Niet wisselen van merk (rode lijst); let op jodiumhoudende zelfzorg

Subklinische hypothyreoïdie

- **Géén (proef)behandeling** — ongeacht leeftijd/comorbiditeit
- Leg uit: afwijkende labwaarde, maar normale hormoonproductie; TSH normaliseert vaak spontaan
- Herhaal TSH/ft4 alléén bij klachten die op hypothyreoïdie wijzen
- Zwangerschap(swens): overleg internist — mogelijk wél behandelen

(Subklinische) hyperthyreoïdie

- **Hyperthyreoïdie:** verwijs internist(-endocrinoloog); behandeling in 2e lijn
- Subklinisch: onderzoek atriumfibrilleren; na 3 mnd TSH, ft4 én TSH-R-antistoffen
- Niet verwezen: TSH/ft4 1e jaar elke 3 mnd, daarna jaarlijks
- Verwijs bij: AF/osteoporose, positieve TSH-R-antistoffen of TSH < 0,1 mU/L

Struma / nodus in de hals

- Solitaire nodus of multinodulair struma mét dominante nodus → internist (maligniteit?)
- Mechanische (globus) of cosmetische klachten → chirurg
- Echografie bij palpabele afwijking zonder functiestoornis of bij verdachte anamnese
- < 5% van noduli in de 1e lijn is maligne

Zwangerschap & postpartum

- Bekende hypo + zwanger: verhoogd levothyroxine direct met ± 25–30%
- Controleer TSH elke 4 wk (1e helft), daarna elke 6 wk; ná bevalling terug naar oude dosis
- Hypo ontstaan tijdens zwangerschap of Graves(-verleden): overleg internist + gynaecoloog
- < 1 jaar postpartum hypo/hyper → meestal postpartumthyreoïditis

Verwijzen naar 2e lijn

- **Elke hyperthyreoïdie** → internist(-endocrinoloog)
- Vermoeden centrale oorzaak (laag/normaal TSH mét laag ft4)
- Ernstige cardiale problemen (hartfalen NYHA III–IV, angina bij geringe inspanning)
- Ernstige klachten ondanks > 6 mnd goed ingesteld (TSH normaal)

Spoedverwijzing

- **Vermoeden thyreotoxische crisis** koorts > 39°, tachycardie > 140/min, braken, verwardheid, hartfalen
 - **Hyperthyreoïdie voor het eerst vastgesteld tijdens zwangerschap**
- Denk ook aan hypothyreotische crisis: verlaagd bewustzijn, hypothermie, bradycardie*