



H. HARTZIEKENHUIS
MOL



Aanpak schildklierfunctie stoornissen anno 2017

dr. MC Blonk, internist-endocrinoloog, MD, PhD

Welkom bij het H. Hartziekenhuis Mol

PATIËNT ►

- Afspraak maken
- Opname in het ziekenhuis
- Tarieven
- Ombudsdienst
- Voorzieningen

BEZOEKER ►

- Bezoeken
- Wegbeschrijving
- Voorzieningen
- Goed om weten

ZORGVRELENER ►

- Brochures voor artsen
- Formulieren
- Nieuwsbrieven

ZORGAANBOD ►

- Medische diensten en specialismen
- Artsen
- Onze kwaliteit van zorg
- Informatiebrochures

ZOEKEN



EVENEMENTEN

17-11-2016

Internistisch en oncologisch daghospitaal - Jaarprogramma 2017

[Lees meer](#)

13-02-2017

Hart in Beweging en Koala-Care project: wandel-en fietsdag op zondag 26 maart

[Lees meer](#)

BEKIJK ALLE >

SPOEDGEVALLEN

De spoedgevallendienst heeft een afzonderlijke ingang. Patiënten die zeer dringende verzorging nodig hebben, krijgen hier steeds voorrang 24/7.



NIEUWS

14-02-2017 · **Nieuwe Website**

H.Hartziekenhuis Mol verbetert communicatie door nieuwe, gebruiksvriendelijke website

[Lees meer](#)

19-01-2017 · **Nieuwe Artsen**

Dr. Deressa / Dr. Temmerman / Dr. Tsiaousi



BROCHURES VOOR ARTSEN

FORMULIEREN

TRANSMURALE PADEN

NIEUWSBRIEVEN

SYMPOSIA

HUISARTSENOVERLEG

TOEPASSINGEN

MEDISCHE DIENSTHOOFDEN

U bent hier: HH Mol > Zorgverlener

Zorgverlener

Op deze pagina vindt u specifieke informatie voor zorgverleners. U kan aanmeldingen downloaden, nieuwsbrieven lezen, enz.

Bent u op zoek naar bepaalde informatie, maar deze is nog niet beschikbaar? Neem contact op met de [communicatieverantwoordelijke](#). Zij helpt u graag verder.



BROCHURES VOOR ARTSEN

FORMULIEREN

TRANSMURALE PADEN

NIEUWSBRIEVEN

SYMPOSIA

HUISARTSENOVERLEG

TOEPASSINGEN

MEDISCHE DIENSTHOOFDEN

U bent hier: HH Mol > Zorgverlener > Transmurale Paden

Transmurale Paden

Diabetes

- [Diabetes: transmuraal zorgpad - presentatie](#)
- [Diabetes: transmuraal zorgpad - brochure](#)

Schildklierfunctie afwijkingen en Structurele schildklierziekten

- [Transmuraal zorgpad Schildklierfunctie afwijkingen en Structurele schildklierziekten](#)

Zwangerschapsbegeleiding

- [Zwangerschapsbegeleiding: transmuraal zorgpad - brochure](#)



Schildklierfunctiestoornissen

- Hyperthyreoïdie
- Subklinische hyperthyreoïdie
- Hypothyreoïdie
- Subklinische hypothyreoïdie



Typen manifeste hyperthyreoïdie

- Graves
- Toxisch adenoom
- Hyperthyreote fase thyreoiditis

- Medicamenteus: Amiodarone, Lithium
- Contrast-geïnduceerd



Type Graves hyperthyreoïdie

- TSH receptor antistoffen of TSI
- Geen rol voor thyreoglobuline !!
- Schildklierscintigrafie
- Geen indicatie voor een echo hals



Type Graves hyperthyreoïdie

- Blockeren met Thiamazol (strumazole) 1x per dag 3 compr van 10 mg
- Cave agranulomatose en leverfunctiestoornissen
- Na bereiken euthyreoidie (3-5 weken) start levothyroxine
- 1 jaar block-replacement therapie

- Alternatief
- - jodium behandeling
- - chirurgie



Graves hyperthyreoïdie bij keuze 1 jaar block-replacement therapie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Diagnose door huisarts (A - KO – lab)
- Diagnostisch traject waaronder een schildklierscintigrafie en behandelplan door de endocrinoloog en nuclearist dat binnen enkele dagen rond is.
- De endocrinoloog start de blockade therapie met Strumazole
- Indien dan euthyreoïdie is bereikt wordt de blocktherapie aangevuld met replacementbehandeling met levothyroxine
- Zes tot 8 weken na start block-replacement therapie controle door de endocrinoloog.
- -Controle schildklierfunctie door de huisarts na 4 en na 8 maanden na startgebruik block-replacement therapie.
- -12 maanden na startgebruik block-replacement therapie controle schildklierfunctie door de endocrinoloog om het stopmoment van de block-replacement therapie te bepalen.
- -Twee, 6 en 10 maanden na stop de block-replacement therapie en daarna jaarlijks controle schildklierfunctie door de huisarts.



Graves hyperthyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Bij recidief hyperthyreoïdie na stoppen van de block-replacement therapie:
- Kortdurende terugverwijzing naar de endocrinoloog wordt aanbevolen.
- Na opnieuw bereiken van euthyreoïdie m.b.v. medicatie regelt de endocrinoloog een schildklierscintigrafie op het moment dat Jodiumtherapie gegeven kan gaan worden. De nuclearist kan op basis van deze schildklierscintigrafie de juiste Jodiumdosis bepalen.



Hyperthyreoïdie obv toxisch adenoom taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- De endocrinoloog start de blockade therapie met Strumazole
- Indien dan euthyreoïdie is bereikt wordt de blocktherapie aangevuld met replacementbehandeling met levothyroxine
- Na bereiken van euthyreoïdie m.b.v. medicatie regelt de endocrinoloog een schildklierscintigrafie op het moment dat Jodiumtherapie gegeven kan gaan worden. De nuclearist kan op basis van deze schildklierscintigrafie de juiste Jodiumdosis bepalen.
- -Vier maanden na de Jodiumbehandeling controleert de endocrinoloog de patiënt om het stopmoment van de block-replacement therapie te bepalen. Gekozen wordt voor 4 maanden omdat de Jodium zijn optimale werking pas na 3-4 maanden bereikt.



Hyperthyreoïdie o.b.v. toxisch adenoom taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Twee , 6 en 12 maanden na stop block-replacement therapie controleert de huisarts de schildklierfunctie en nadien jaarlijks.
- Bij recidief hyperthyreoïdie na stop de block-replacement therapie wordt kortdurende terugverwijzing naar de endocrinoloog aanbevolen omdat dan een tweede jodiumbehandeling geïndiceerd is.



Hyperthyreote fase van een thyreoiditis taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Behandeling van de inflammatie is symptomatisch met in eerste instantie NSAID's, **soms** eventueel gevolgd door steroïden.
- -Behandeling van thyreotoxicose in het kader van subacute granulomateuze thyreoïditis dient alleen te geschieden bij symptomen en wel met een bètablokker. Thionamiden (bijvoorbeeld Stumazole) hebben **geen** plaats in de behandeling van een thyreotoxicose in het kader van een thyreoïditis. De behandeling kan gevolgd worden door altemnerend huisarts – endocrinoloog in de eerste 3 maanden, nadien verdere opvolging door de huisarts.
- -De endocrinoloog houdt de huisarts schriftelijk op de hoogte van het behandelplan.



Subklinische hyperthyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Diagnostiek door de huisarts (anamnese, KO hals en lab: FT4; FT3, TSH en anti TPO en TSI)
- Een subklinische hyperthyreoïdie hoeft niet altijd behandeld te worden. Het is aan te bevelen om de endocrinoloog te laten beoordelen of op basis van de verrichte diagnostiek behandeling al dan niet nodig is. Indien behandeling nodig is dan formuleert de endocrinoloog een therapievoorstel.



Subklinische hyperthyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- -Leg de patiënt uit dat er geen duidelijke relatie is tussen de bevindingen en eventuele klachten en dat de waarden vaak spontaan normaliseren.
- -Controleer daarnaast, ongeacht de uitkomst van de diagnostiek, het TSH en FT4 één jaar lang elke 3 maanden.
- -Controleer na één jaar bij een persisterende subklinische hyperthyreoïdie jaarlijks
- -Instrueer de patiënt om bij klachten, specifiek bij oftalmopathie, op het spreekuur te komen.
- -Bij problemen of bij evolutie naar een manifeste hyperthyreoïdie is een kortdurende terugverwijzing naar de endocrinoloog aan te bevelen.



Manifeste hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Groep 1: patiënten jonger dan 60 jaar zonder cardiale comorbiditeit.
- Groep 2: patiënten jonger dan 60 jaar met cardiale comorbiditeit, actueel of in de voorgeschiedenis en patiënten ouder dan 60 jaar.
- Bij groep 1 kan de huisarts starten met een volledige substitutiedosis.
- Bij de groep 2 wordt de dosering altijd stapsgewijs verhoogd.



Manifeste hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- De behandeling in groep 1 is als volgt:
- Start met de volledige substitutiedosis van 1,6 µg levothyroxine per kg lichaamsgewicht. Controleer de patiënt na 6 weken met vooraf bepaling van het TSH en FT₄. Bespreek bijwerkingen, mogelijke cardiale klachten of eventuele vragen over de medicatie.
- Verhoog de dosis levothyroxine met 12,5 tot 25 µg met intervallen van 6 weken indien er nog klachten zijn en/of als het TSH nog verhoogd is. De mate van ophoging hangt af van de ernst van de klachten en het TSH en FT₄.



Manifeste hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- De behandeling in groep 2 is als volgt:
- Start met 12,5 tot 25 µg levothyroxine, de hoogte van startdosering hangt af van de leeftijd van de patiënt, de ernst van de cardiale comorbiditeit en de duur van de hypothyreoïdie. Verhoog de dosering na ten minste 2 weken steeds met 12,5 µg levothyroxine tot een dagdosering van 50 µg.
- Controleer vervolgens de patiënt 6 weken na de start van de behandeling en bespreek bijwerkingen, in het bijzonder mogelijke cardiale klachten of eventuele vragen over de medicatie.
- Controleer vervolgens na 6 weken met vooraf bepaling van het TSH en FT₄.
- Blijf de dosis levothyroxine vervolgens verhogen met 12,5 µg met intervallen van 6 weken tot de patiënt klachtenvrij is, dan wel zich zo optimaal mogelijk voelt en het TSH en FT₄ normaal is.



Manifeste hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Voor beide groepen geldt:
- Instrueer de patiënt om de tabletten eenmaal daags in te nemen, steeds op hetzelfde tijdstip en op een lege maag, bij voorkeur een half uur voor het ontbijt.
- Streef daarbij naar een normaal TSH en FT₄
- Controleer het TSH en FT₄ pas 6 weken na elke doseringsverandering, aangezien het TSH dan pas is gestabiliseerd.
- Vermijd een TSH- en/of FT₄-waarde die buiten de referentiewaarden valt, vanwege een verhoogd risico op complicaties zoals atriumfibrilleren.



Subklinische hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Diagnostiek door de huisarts.
- Een subklinische hypothyreoïdie verklaart zelden de mogelijke klachten van de patiënt. Indien er klachten bestaan, dient er naar een andere verklaring te worden gezocht; in veel gevallen normaliseert het TSH spontaan.
- De kans op normalisatie is omgekeerd evenredig met de hoogte van het TSH. Bij een TSH kleiner dan 6 mU/l is de kans op klinische hypothyreoïdie niet verhoogd ten opzichte van euthyreoïdie en is de kans groot dat deze spontaan normaliseert.
- Is het TSH tussen de 6 mU/l en 10 mU/l, dan is de kans om klinische hypothyreoïdie te krijgen licht verhoogd maar de kans op spontane normalisatie van het TSH is groter. Is het TSH hoger dan 10 mU/l, dan is het risico op een klinische hypothyreoïdie iets hoger dan de kans op normalisatie. Bij een TSH < 6 mU/l is er een expectatief beleid.



Subklinische hypothyreoïdie taakverdeling huisarts-endocrinoloog

- Behandeling met levothyroxine bij subklinische hypothyreoïdie wordt in het algemeen **niet** aanbevolen; er zijn geen aanwijzingen dat deze leidt tot verbetering van de klachten.
- Indien de huisarts toch een proefbehandeling met levothyroxine overweegt, alleen indien de patiënt dit wenst, jonger is dan 85 jaar, een **TSH hoger dan 6 mU/l** heeft en persisterende klachten of symptomen die niet anders verklaard kunnen worden, dan kan proefbehandeling met levothyroxine worden overwogen.
- De huisarts controleert elke 6 weken het TSH en vrije T₄ en de klachten. Als 6 maanden na het bereiken van een normale TSH geen verbetering van de klachten is opgetreden, **staakt de huisarts de behandeling.**



- I Subklinische hyperthyreoïdie
- II Manifeste hyperthyreoïdie
- III Subklinische hypothyreoïdie
- IV Manifeste hypothyreoïdie
- V Euthyreote schildkliemodus
- VI Euthyreoot struma
- VII Schildklierkanker
- VIII Postoperatieve traject na schildklieroperatie

I Subklinische hyperthyreoïdie

- Diagnostiek door de huisarts (anamnese, KO hals en lab: FT4; FT3, TSH en anti TPO en TSI)
- Een subklinische hyperthyreoïdie hoeft niet altijd behandeld te worden. Het is aan te bevelen om de endocrinoloog te laten beoordelen of op basis van de verrichte diagnostiek behandeling al dan niet nodig is. Indien behandeling nodig is dan formuleert de endocrinoloog een therapievoorstel.
- Leg de patiënt uit dat er geen duidelijke relatie is tussen de bevindingen en eventuele klachten en dat de waarden vaak spontaan normaliseren.
- Controleer daarnaast, ongeacht de uitkomst van de diagnostiek, het TSH en FT4 één jaar lang elke 3 maanden.
- Controleer na één jaar bij een persisterende subklinische hyperthyreoïdie jaarlijks
- Instrueer de patiënt om bij klachten, specifiek bij oftalmopathie, op het spreekuur te komen.
- Bij problemen of bij evolutie naar een manifeste hyperthyreoïdie is een kortdurende terugverwijzing naar de endocrinoloog aan te bevelen.