

W. J. H. M. VAN DEN BOSCH

Thyreoiditis in het kraambed

Algemene malaiseklachten van vrouwen, enige weken na de bevalling, kunnen verschillende oorzaken hebben. Door de veranderingen die zijn opgetreden op het psychosociale vlak, wordt vaak eerst gedacht aan een psychische oorzaak. Daarnaast bestaat echter de mogelijkheid dat de veranderingen die tijdens en na de bevalling zijn opgetreden in de immunorespons, hebben geleid tot endocriene stoornissen.

Moe, misselijk en gespannen

Patiënte was 26 jaar toen zij haar eerste kind kreeg. Haar medische voorgeschiedenis was onbelast en voor zover bekend kwamen ook in haar familie geen bijzondere aandoeningen voor. De totale gewichtstoename was 13 kg bij een aanvangsgewicht van 68 kg en een lengte van 1.76 m. De laatste maand had zij een zoutarm dieet gevolgd. De bloeddruk bleef constant op ongeveer 110/70 mm Hg en er werd nooit eiwit in de urine aangetoond. Exact op de uitgekende termijn beviel zij thuis van een gezonde zoon van 3400 gram. Ontsluiting en uitdrijving waren vlot. Het kraambed was ongestoord. Twee maanden na de partus werd op verzoek van patiënte een IUD geplaatst, zonder problemen. Psychisch had patiënte nooit problemen gehad.

Vier maanden na de partus kwam patiënte op het spreekuur omdat zij zich de laatste weken toenemend moe, misselijk en gespannen voelde. Zij had het gevoel te zijn afgevallen. De ontlasting was frequenter dan daarvoor, maar niet dun. De menstruatie was normaal op gang gekomen na het stoppen van de borstvoeding 6 weken daarvoor.

Algemeen lichamelijk onderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht. Het gewicht van patiënte, dat bij de nacontrole, zes weken na de bevalling, nog 71 kg was, bedroeg nu 68 kg. De bloeddruk was onveranderd 110/70 mm Hg en de pols was 96/minuut regulair. Bij speculumonderzoek was het IUD, gezien de lengte van de afgeknipte

draadjes, in situ. Bij vaginaal toucher werden geen afwijkingen gevonden.

Bij oriënterend bloedonderzoek was de BSE 4 mm in het eerste uur, de leverfuncties waren ongestoord en in de urine werden geen afwijkingen gevonden, ook niet in het sediment. Gezien de misselijkheid van patiënte werd een zwangerschapstest gedaan, die negatief was.

In afwachting van de uitslagen van het onderzoek werd zij symptomatisch behandeld met domperidon, echter zonder effect.

Tijdens de verschillende consulten werd ook aandacht geschonken aan het psychisch functioneren. Deze gesprekken gaven geen enkel aanknopingspunt voor een psychogene oorzaak van de klachten. Afsproken werd om, alvorens toch dieper op deze materie in te gaan, eerst een internist te raadplegen. Met een brief over de beweegredenen werd patiënte verwezen.

Diagnose en behandeling

Bij het bloedonderzoek, dat door de internist standaard werd aangevraagd, kwam onverwacht de oplossing. De T4 was met 440 namol/l sterk verhoogd. De diagnose hyperthyreoïdie werd gesteld en patiënte werd behandeld met thiamazol 3 dd 1 tablet van 10 mg.

Twee weken later voelde patiënte zich al veel beter. Het gewicht was weer toegenomen en de T4 was gedaald tot 173 namol/l. Bij palpatie van de schildklier is door de internist nooit zwelling of drukpijnlijkheid gevonden; ook was de halsomvang na de behandeling niet afgenomen.

Patiënte is snel euthyreoot geworden. De dosering van de thiamazol moest wegens te sterke daling van de T4 verlaagd worden. Acht maanden na het begin van de behandeling werd de medicatie gestaakt. De T4-waarden bleven bij controle binnen de norm.

Voorspoedige zwangerschap

Een jaar na het stoppen bleef de menstruatie uit. Tijdens deze tweede zwan-

gerschap werden de schildklierfuncties frequent gecontroleerd. Het was zodoende mogelijk de fysiologische stijging tijdens de zwangerschap te vervolgen. De hoogste waarde (186 na mol/l) werd bereikt in de 27e week, waarna er een daling optrad.

De bevalling was a terme. Toen de vliezen braken zonder weeënactiviteit, bleek het vruchtwater meconiumhoudend, zodat de thuis geplande bevalling toch in het ziekenhuis plaatsvond, onder leiding van de gynaecoloog.

Gelukkig was de toestand van het kind tijdens en na de geboorte uitstekend blijkens een Apgarscore van 9 na één en van 10 na vijf minuten. Het kraambed werd thuis doorgebracht en gaf geen enkel probleem. Bij de nacontrole bleek het T4 normaal: 129 namol/l. Er werd opnieuw een IUD geplaatst.

Recidief

Bij het doornemen van enige vaktijdschriften viel de aandacht op een *editorial* in de *Lancet* over het voorkomen van de post-partum thyreoiditis.¹ Het verhaal van patiënte kwam sterk overeen met dit ziektebeeld.

Omdat uit het artikel bleek dat de recidiefkans na volgende bevallingen groot is, werd bij de nacontrole van het IUD bij patiënte geïnformeerd naar het bestaan van klachten die op zo'n recidief zouden wijzen. Patiënte vertelde dat zij nu, bijna vijf maanden na de partus, weer moe was. Zij had dit zelf geweten aan de drukte rond de uitbreiding van het gezin en aan de borstvoeding die zij nog steeds gaf. Bij onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, behalve een pols van 112/minuut. De BSE was opnieuw normaal met 7 mm. De T4 was verhoogd tot 231 na mol/l.

Vervolgens werd contact opgenomen met het centraal laboratorium van de bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis. Na overleg werden auto-immunantistoffen bepaald tegen schildklierweefsel. De antistoffen tegen colloid waren zwak positief en die tegen het cytoplasma dubieus. Er werden geen antistoffen gevonden tegen pariëtale cellen, glad spierweefsel of mitochondrien.

Gezien het klinische beeld en de zwak

W.J.H.M. van den Bosch, huisarts, Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent.

positieve bepaling van schildklierantistoffen was het waarschijnlijk dat hier sprake was van een thyreoïditis op basis van de immunologische veranderingen post partum – in de recente literatuur daarom 'post-partum thyreoïditis' genoemd. Gezien de schildklierfunctiestoornis na de vorige zwangerschap ging het waarschijnlijk om een recidief.

Omdat bij deze vorm van thyreoïditis een spontaan herstel te verwachten zou zijn, werd patiënte aanvankelijk alleen symptomatisch behandeld met een bètablokker. Zij kreeg metoprolol tweemaal daags 50 mg, later 100 mg. De klachten verminderden hierop niet, waarna patiënte op eigen verzoek opnieuw thiazol kreeg (3 dd 10 mg). Een week na het starten van deze behandeling was de T4 gedaald tot 120 mg en waren de klachten zo goed als verdwenen. De thiazol werd op geleide van de laboratoriumbepalingen verminderd en gestopt.

In de toekomst vormt deze aandoening van patiënte een risicofactor voor het optreden van een auto-immuun hypothyreoïdie.

Thyreoïditis

In leerboeken worden drie vormen van thyreoïditis beschreven; de subacute thyreoïditis van Quervain, die van Hashimoto en die van Riedel. De eerste vorm gaat gepaard met granulomateuze ontstekingsverschijnselen. Er is een pijnlijke vergroting van de schildklier met slikklachten en meestal een verhoogde bezinking. Bij de thyreoïditis van Hashimoto ontbreken de drukpijn en de slikklachten, maar is de zwelling meer uitgesproken. Er is sprake van een chronische lymfocyttaire thyreoïditis. De meest zeldzame vorm is beschreven door Riedel als een chronische fibreuze thyreoïditis. De schildklier is dan vaak steenhard en kan klachten geven van dysfagie en heesheid.

Alle vormen kunnen beginnen met een verhoging van de schildklieractiviteit maar dit is niet obligaat. De vormen van Hashimoto en Riedel kunnen eindigen in een hypofunctie van de schildklier. De eerste vorm is, uitzonderingen daargelaten, te beschouwen als een self-limiting disease.

Thyreoïditis komt in de huisartspraktijk maar sporadisch voor. In de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nij-

meegs Universitair Huisartsen Instituut werd in de afgelopen 17 jaar in vier praktijken met 12.000 patiënten de code 'overige aandoeningen van de schildklier', waaronder met name thyreoïditis valt, gegeven bij twaalf vrouwen en twee mannen². Er werden alleen gevallen gevonden op middelbare leeftijd.

Deze gegevens zijn vergelijkbaar met die uit andere literatuur. De subacute thyreoïditis van Quervain zou daarbij het meest voorkomen. Deze aandoening gaat gepaard met algemene malaise, koorts, een drukpijnlijke, zachte en licht vergrote schildklier. De schildklierfuncties zijn meestal matig verhoogd.

Thyreoïditis in het kraambed

Tijdens de zwangerschap treedt er een fysiologische stijging op van de schildklierhormonen; deze stijging treedt op in de eerste helft van de zwangerschap. In de tweede helft stabiliseert de produktie zich om na de bevalling snel naar normale waarden te dalen. Bij vrouwen die al voor de zwangerschap een vorm van hyperthyreoïdie hadden, ziet men de klinische verschijnselen vaak spontaan tijdens de zwangerschap verbeteren. Na de bevalling treedt vaak een verergering op, die te beschouwen is als een *rebound*-fenomeen.

Deze verschijnselen treden op als resultaat van de veranderende immunorespons tijdens de zwangerschap, een verandering die tot doel heeft de foetus als 'heterotransplantaat' te kunnen behouden. Deze veranderingen zouden ook de oorzaak kunnen zijn van het ontstaan van de thyreoïditis, doordat zij een al bestaande subklinische thyreoïditis zou kunnen luxeren. Deze mechanismen zijn nog onopgehelderd.

Uit onderzoek is gebleken dat een verhoging van de schildklierfunctie 4 tot 6 maanden na de bevalling geen uitzondering is. Schattingen variëren van 6 tot 11 procent.³ Niet al deze gevallen leiden tot klinische verschijnselen van hyperthyreoïdie.

In tegenstelling tot de thyreoïditis van Quervain staan lokale pijn, koorts en verhoogde bezinking niet op de voorgrond. De klachten zijn vager, variërend van een algemeen onwelbevinden tot het volledige beeld van de thyrotoxicose met exophthalmus. Bij biopsieonderzoek is er ook geen granulomateuze ontsteking met reuscellen zoals bij

de Quervain, maar een beeld met veel lymfocyten.

De diagnose wordt gesteld door na het vinden van een verhoogde T4-waarde in de periode van 3 tot 6 maanden na de partus schildklierweefsel-antistoffen te bepalen.⁵ Een stijging van de titer maakt het bestaan van een thyreoïditis in het kraambed dan zeer waarschijnlijk.

De behandeling kan symptomatisch blijven. Thyreostatica zijn in het algemeen niet nodig maar kunnen de verschijnselen van de hyperfunctie in een sneller tempo verminderen. Als klachtbestrijders kunnen bètablokkers zoals propranolol gegeven worden. De schildklierfuncties dienen met regelmaat bepaald te worden totdat patiënte euthyreoot is geworden. Op dit moment is het nog onbekend hoe vaak later een hypothyreoïdie kan worden verwacht.

Beschouwing

Klachten van algemene malaise en klachten die kunnen wijzen op een hyperfunctie van de schildklier – trillerigheid, snelle pols, frequente ontlasting, gewichtsverlies en een warmtegevoel – in de periode van 3 tot 6 maanden na de partus moeten voor de huisarts aanleiding zijn om te denken aan een thyreoïditis. Bepaling van de schildklierfuncties is dan de eerste stap. Bij een verhoging maakt een stijging van de antilichaamtiter de diagnose thyreoïditis in het kraambed waarschijnlijk. De patiënt hoeft dan niet gelabeld te worden als een hyperthyreoïdiepatiënt, omdat de aandoening self-limiting is. Symptomatische behandeling kan in het algemeen volstaan.

¹ Anonymous. Postpartum thyreoiditis. *Lancet* 1987; i: 962

² Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

³ Amino N, Mori H, Iwantani Y, et al. High prevalence of transient post-partum thyrotoxicosis and hypothyroidism. *New Eng J Med* 1982; 306: 849-52.

⁴ Nicolai TF, Turney SL, Roberts RC. Postpartum lymphocytic thyroiditis. *Arch Inter Med* 1987; 147: 221-4.

⁵ De Melker RA. Het onderzoek naar schildklierfuncties in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 188-93.