

Gebelik ve tiroid hastalıkları

Dr. Nuri Çakır

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Ankara

Üreme çağındaki kadınlarda, tiroid bezi hastalıkları sık görülmektedir. Gebelik sırasında oluşan hormonal ve metabolik değişiklikler, tiroid bezine ilişkin testleri etkileyebilmektedir. Yine gebelik sırasında görülen hipermetabolik belirtiler, klinik olarak bazı tiroid bezi hastalıklarını taklit etmektedir. Gebelik, tiroid bezi hastalıklarının gidişini de etkileyebilmektedir. Tersine, tiroid bezi hastalıkları da gebeliğin gidişini, fetusu ve yenidoğan üzerinde etki göstermektedir. Gebelik sırasında, tiroid bezinde oluşan fizyolojik değişikliklerin bilinmesi, tiroid bezi hastalıklarının tanısı açısından önemlidir. Tüm bu nedenlerle, gebelik sırasındaki tiroid bezi hastalıklarının tanı ve tedavisi özellikli olmaktadır. Tiroid bezi hastalıklarının uygun tedavisi, hem gebeliğin başarılı sürdürülmesi, hemde fetus ve yenidoğan üzerine etkileri nedeni ile önem kazanmaktadır.

Gebelik ve tiroid

Gebelik sırasında ortaya çıkan dört önemli değişiklik, tiroid bez işlevlerini etkilemektedir. Bunlar ;

- 1) Tiroid bağlayan globulin (TBG) düzeyinin artması
- 2) Human koriyonik gonadotropin (hCG) artışı ile tiroid bezinin uyarılması
- 3) Plasenta kökenli enzimlerle, tiroid hormonlarının periferik metabolizmasının değişmesi
- 4) Böbrek klirensinin artması ve fetusun kullanımını nedeni ile plazma iyod düzeyinin azalmasıdır.

Anne-plasenta-fetus etkileşimi

Plasenta, anneden, fetusa tiroid hormonlarının geçişi için kısmi engel oluşturmaktadır. İyod serbestçe geçebilmekte, TSH geçememekte, TRH, antitiroid ilaçlar ve antitiroid antikolar plasentadan geçebilmektedir. İyod, tiroid hormonu yapımı için, çok önemli olduğundan, anneden uygun miktarda geçişi, fetusun normal miktarda tiroid hormonu yapabilmesi için gereklidir. Embriyo ile yapılan çalışmalarda, fetusta tiroid bezi işlevine başlamadan önce anneden fetusa yeterli miktarda T3 ve T4 geçtiği gösterilmiştir. T3, T4'e oranla daha kolay geçmektedir. Fetusun tiroid bezinin işlev görmediği, gebeliğin erken dönemlerinde, özellikle fetusun santral sisteminin gelişmesinde, annenin tiroid hormonları önemli rol oynamaktadır.

Gebelikte, iyod eksikliğinde, tiroid hormonlarının düzenlenmesi.

Dünyada birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de iyod eksikliği önemli sorun oluşturmaktadır. WHO, gebelerde en az günde 200 µgr iyod alınmasını önermektedir. Gebelik sırasında, böbrek klirensinin artması nedeni ile idrarla iyod kaybı ve gebeliğin özellikle ikinci yarısında fetoplental ünitenin iyod çekmesinden dolayı, iyod gereksinimi artmaktadır. Yeterli miktarda iyod alındığı durumlarda, bu fizyolojik değişikliklere kolayca adaptasyon sağlanmaktadır. İyodun yetersiz alındığı durumlarda, fizyolojik adaptasyon, patolojik tarafa kaymakta, tiroid bezi uyarılması sonucu guatr oluşmaktadır. Guatr oluşumu, iyod eksikliğinin derecesi ile ilişkilidir. Gebelik sırasında, iyod verilmesi guatr oluşumunu engellemektedir. Bir çalışmada günlük 200mgr iyod verilmesinin, yan etki oluşturmadan gestasyonel guatrı engellediği gösterilmiştir. Yine, iyod eksikliği olan bir yerde yapılan bir çalışmada; gebeler üç gruba ayrılmış, plasebo verilen grupta ortalama tiroid volumünde % 30 artış görülürken, 100 mgr iyod verilen grupta % 15 artış, 100mgr iyod + 100 mgr L-tiroksin verilen üçüncü grupta yalnızca % 8 artış görülmüştür. Gebelikte yeterli miktarda iyod alınması, guatr oluşumunu engellemektedir.

Gebelerde tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Tiroid hastalıklarının tanısında, serum TSH düzeyinin ölçülmesi en önemli testtir. Oldukça duyarlı yöntemlerle tesbit edilen TSH düzeyinin normal olması, olguda bilinen bir tiroid hastalığı öyküsü veya fizik muayenele tiroid hastalığı şüphesi yoksa, tiroid bezinin fonksiyonunun normal olduğunu göstermektedir. Serum TSH yüksekliğinin en sık görülen nedeni, Hashimoto tiroiditinin oluşturduğu tiroid bezinin az çalışması durumudur. Bu durumda ayrıca serum serbest T4 düzeyi ve tiroid bezine karşı gelişen antikor düzeyleri de istenmelidir. Normal gebeliğin gidişi sırasında da serum TSH düzeyi düşük olarak saptanabilmektedir. Bu durum 1. trimesterde daha sık görülmektedir. Serum TSH düzeyinin düşük olduğu durumlarda serum serbest T4 (sT4) düzeyi, bu da normal ise serum serbest T3 (sT3) düzeyi ölçülmelidir. Serum sT4 ve sT3 düzeyinin normal, TSH düzeyinin düşük olduğu durumlarda ek bir

incelemeye gerek yoktur. Serum serbest T3, T4 düzeylerinin yüksek olması, gestasyonel tirotoksikozis veya Graves hastalığını düşündürür. TSH düzeyi düşüklüğü, ayrıca Mol Hidatiform, otonom fonksiyon gösteren tiroid nodülü, tiroid hormonu kullanımında da olabilmektedir. TBG düzeyinden etkileneceği için, serum total tiroid hormon düzeyi ölçümünün tanıda yeri yoktur. Serum tiroglobulin düzeyi, tiroid bezinin tiroglobulin içeriğini yansıtmaktadır. Gebelikte serum tiroglobulin düzeyindeki artış, en belirgin 3. trimesterde görülmektedir. Gebelikte serum tiroglobulin düzeyindeki artış, ultrasonografi ile belirlenen tiroid hacmi artışı ile birlikte. Tiroidi uyarıcı immünglobulin (TSİ) ya da TSH reseptör antikörlerinin düzeyinin belirlenmesi gebelikte rutin uygulanmamaktadır. Bu antikör düzeylerinin yüksekliği, Graves hastalığı tanısı veya yenidoğan Graves'inin göstergesi açısından önemlidir. Gebelerde radyonüklitlerle yapılan görüntüleme yöntemleri sakıncaları nedeni ile uygulanmamaktadır.

Antitiroid antikörler ve gebelik

Tiroid bezinin çeşitli kısımlarına karşı gelişen, antitiroid antikör (Anti tiroid peroksidaz, TPO ve antitiroglobulin), sıklığı toplumda gebe olmayan kadınlarda %3 oranında iken, gebelerde bu oran % 5-15 arasında değişmektedir. Gebelik sırasındaki, antitiroid antikörlerin varlığının, düşük riskini artırdığı çalışmalarda gösterilmiştir. Bir çalışmada tekrarlayan düşüklerde, antitiroid antikör insidansı yüksek olarak bulunmuştur. Antikör pozitif olan olgularda düşük oranı % 13, 3-17 bulunurken, negatif olan olgularda bu oran % 3, 3-8, 4 olarak belirlenmiştir. Bazı olgularda bunun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, antitiroid antikörlerin, otoimmün kökenli düşüklerin göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Postpartum tiroiditlerde, Anti TPO varlığı ile ilişkilidir. Bu antikörleri bulunan olgularda postpartum tiroiditler ve gebelik sonrası depresyon sık görülmektedir.

Gebelik ve diffüz, nodüler guatr

Nodüler tiroid hastalıklarına toplumda sık rastlanılmaktadır. Tiroid kanserleri genellikle kendini nodül şeklinde gösterdiği için nodüllerin değerlendirilmesi, tanısı ve uygun tedavisi oldukça önemlidir. Çok sayıda doğum yapan kadınlarda, nodüler guatr hastalıklarının daha yaygın olduğu bilinmektedir. Gebe kadınların, yaklaşık % 10'unda nodül saptanmaktadır. Gebelikte tiroid kanseri insidansı 1000 de bir civarındadır. Gebelikte, klinik olarak saptanabilen nodüllerde malignite % 30-40 civarında bildirildiği için, bu nodüller mutlaka tanı açısından değerlendirilmelidir. Gebelikteki nodüllerde kanser olasılığının yüksek çıkmasının nedeni, gebelerde seçilerek tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılması ve biyopsi uygulanan nodüllerin çapının iki cm üzerinde olması olarak düşünülmektedir. Yine bu konuda yayınlanan son çalışmada bu oran

% 4, 4 olarak verilmektedir, bu da normal toplumda saptanan % 5 değeri ile uyumludur. Gebelikte, tiroid bezinde yapılacak ilk işlem tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisidir. Eğer kanser tanısı konmuşsa, olguya multidisipliner yaklaşılmalıdır. Sık görülen farklılaşmış tip (papiller, folliküler) tiroid kanserlerinde, ikinci trimesterde, cerrahi uygulanabilir. Birinci trimesterde uygulanan cerrahi düşük riskini, son trimesterde uygulanan cerrahi erken doğum riskini artırmaktadır. Gebeliğin tiroid kanserinin gidişi üzerinde olumsuz etkisi yoktur, nüksü ve metastazları artırmamaktadır. Bu nedenle, özellikle tanı 3. trimesterde konmuşsa cerrahi doğum sonrasına ertelenebilir. Radyoaktif iyod tedavisi, gebelikte uygulanmaz. Gebelik sonrası uygulamalarda, bebek radyoaktif iyod tedavisinden 120. günden sonraya kadar emzirilmelidir. Farklılaşmış tiroid kanserleri dışında tanı konulmuşsa, gebelik yaşına ve tümörün özelliklerine göre girişimde bulunulmalıdır. Gebelik sonlandırılabilir, erken doğum yaptırılıp, hemen tedaviye geçilebilir. Gebelik farklılaşmış tip tiroid kanserlerinin gidişini etkilemediği gibi, tersine daha önce tanı almış, cerrahi ve radyoaktif iyod tedavisi uygulanmış, kişiler gebe kalırsa bu uygulanan tedavilerde, gebeliğin gidişini etkilememektedir. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu benign ise olgular ilaçsız izlenebilir, ya da L-tiroksin tedavisi verilebilir. Gebeliğin yeni nodül oluşturduğu ve mevcut nodülleri büyüttüğü bilinmektedir. Nodüllerin sayısının ve büyüklüğünün artmasının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, en önemli nedenin iyod eksikliği olduğu düşünülmektedir. Yeni nodül oluşumunun, idrarla iyod atılımının fazla olduğu grupta yüksek olduğu gözlenmiştir. Gebelikte yetersiz iyod alımının en iyi göstergesi guatrdir. Guatr oluşumu, iyod eksikliğinin derecesi ile ilişkilidir. Gebelik sırasında, iyod verilmesi guatr oluşumunu engellemektedir. Bir çalışmada günlük 200 mgr iyod verilmesinin, yan etki oluşturmadan gestasyonel guatrı engellediği gösterilmiştir. İyod eksikliği olan bölgelerde, gebelik sırasında tiroid volümünde yaklaşık % 30 artış görülmektedir. İyod eksikliği bölgelerinden biri olan, Doğu Almanya'da gebelik sırasında guatr insidansı % 60 bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletlerinde, gebelerde klinik olarak saptanabilen guatr insidansı % 5-6'dır ve bu oran normal popülasyondan farklı değildir. Türkiye'nin büyük bir bölümünde iyod eksikliği bulunmasından dolayı Türkiye'de de, gebelik sırasında guatrın, sık görülebileceği söylenebilir. Gebelik sırasında guatr saptanan ve laboratuvar olarak ötiroid bulunan olgulara, 2 µgr/kg/gün dozunda L-tiroksin başlanabilir. Gebelik öncesi guatr nedeni ile L-tiroksin tedavisi alan olgularda, gebeliğin başlaması ile birlikte, tedavinin fetusa yan etkisi olabileceği düşüncesi ile, tedavi kesilmekte ya da kestirilmektedir, bu da mevcut guatrın daha da büyümesine neden olmaktadır. Böyle bir tedavinin fetus üzerinde herhangi bir yan etkisi yoktur, tedavi ge-

belik sırasında ve emzirme döneminde rahatlıkla kullanılabilir. Bu durum, özellikle büyük guatrı olan gebelerde çok önemlidir.

Gebelik ve hipertiroidizm

Gebelikte, hipertiroidizm görülme sıklığı % 0, 2'dir. Hipertiroidizmin en sık görülen nedeni Graves hastalığıdır (% 85-90). Diğer nedenleri ise toksik multinodüler guatr, toksik adenom, subakut tiroidittir. Çok nadir olarak ta hiperemesis gravidarum, mol hidatiform ve struma ovaridir. Hipertiroidizmin belirti ve bulguları, sinirlilik, titreme, taşikardi, terlemede artış, sıcak tahammülsüzlüğü, kilo kaybı, çarpıntı, uykusuzluk, dışkılama sayısında artış, guatrdır. Graves özüğü bulgular ise oftalmopati ve dermopatidir. Kilo alamama veya kilo kaybı ve taşikardi en önemli bulgulardır. Hipertiroidizmde görülen bazı belirti ve bulgulara, normal gebelikte de sık rastlandığı için tanı karışıklığına neden olur. Bu nedenle ayırıcı tanıda, tiroid fonksiyon testleri önemlidir. Bu arada gebeliğin, tiroid fonksiyon testleri üzerine etkileri de unutulmamalıdır. Hipertiroidizmin, özellikle uygun tedavi edilmemiş, olanlarında anne ve fetusta komplikasyonlar gelişebilmektedir. Anneye ait komplikasyonlar; düşük, plasenta abruptio, erken doğumdur. Kalp yetmezliği, tiroid fırtınası da görülebilir. Kötü kontrollü olgularda pre-eklampsi riski artmıştır.

Uygun tedavi edilmemiş hipertiroidizmde, fetus ve yenidoğanda da komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlardan sık görülenleri, prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan hipertiroidizmidir. 249 hipertiroidili gebe kadını içeren bir çalışmada fetus ölümü, ölü doğum insidansı %5, 6, fetus ve yeni doğan anormallikleri %5 olarak bulunmuştur. Bu nedenle sağlıklı bir gebelik ve iyi olarak sonuçlanması için, hipertiroidizm uygun olarak tedavisi ve takibi gerekmektedir. Graves hastalığında, TSH reseptör (TSHR) antikor yüzdesinde azalma ve uyarıcı antikorlardan, bloke edicilere antikorlara değişiklik nedeni ile gebelik sırasında, düzelme görülmektedir. Yenidoğanların %1-5'inde, TSI'lerin plasenta yolu ile geçişi nedeni ile hipertiroidizm görülebilmektedir. Yenidoğan Graves hastalığının insidansı, annenin tiroid fonksiyonları ile ilişkili değildir.

Tanı

Gebelikte, tiroid fonksiyonların en iyi göstergesi sensitif yöntemlerle serum TSH düzeyinin ölçülmesidir. Hipertiroidizmde TSH düzeyi düşük, serbest T 4 düzeyi artmıştır. TBG yüksekliğinden dolayı total T3 ve T4 yüksek çıkacağından, bu testlerin tanıda yeri yoktur. TSHR antikorlar düzeyinin belirlenmesi, tanı için gerekli değildir, rutin bakılması önerilmemektedir. Bu antikorların tesbiti, fetus ve yenidoğan tirotoksikozisi açısından uyarıcı olması nedeni ile değerlidir.

Gebelikte, hipertiroidizmin tedavisi

Gebelik öncesi

Gebelik sırasında, anne ve fetus sağlığı ve iyi bir gebelik gidişi için tiroid bezi işlevi önemlidir. Gebe kaldığı anda hipertiroidizmi bulunan annelerin tiroid testleri, düşük riskinden kaçınmak için sıkı kontrol edilmeli, gerekirse antitiroid ilaçla tedavi başlanmalıdır.

Gebelik sırasında hipertiroidizm tanısı alan olgular

Gebelik sırasında hipertiroidizm tanısı alan olgularda medikal tedavi tercih edilir. Diğer tedavi seçeneklerinden radyoaktif iyod tedavisi gebelikte kontrendikedir ve yine cerrahi tedavi öncesi antitiroid ilaçlarla medikal tedavi ile hazırlamak gerekir. İlaç tedavisinde de tiyamid grubu ilaçlar; propiltiyourasil (PTU) ve metimazol kullanılır. Bu iki ilaç tiroid hormonu sentezini engellemektedir.

Ayrıca PTU , periferde T4 → T3 dönüşümünü de engellemekte ve metimazola oranla etkisi daha kısa zamanda ortaya çıkmaktadır. PTU, plasentadan daha az geçiş gösterdiği ve metimazola bağlı, Aplazi cutis olgularını bildirdiği için, PTU gebe kadınlarda tercih edilmektedir. Ancak son yıllardaki yapılan çalışmalarda metimazolun plasental geçişinin PTU dan farklı olmadığı ve metimazola bağlanan aplazi cutis görülmediği bildirilmiştir. Gebe bir kadında orta veya ciddi bir hipertiroidizm saptandığı zaman sekiz saatte bir PTU 100 mg başlanmalı, olgu ötiroid oluncaya kadar bu dozda devam edilmeli, ötiroid olduktan sonra doz hızla azaltılmalıdır. Yüksek doz ilaç fetusta hipotiroidiye neden olabileceğinden, serum T4 düzeyini üst sınırdan tutan endüyük doz tedavide hedef olarak belirlenmelidir. Hafif olgularda düşük dozlarla da tedaviye başlanabilir. Tiroid testleri düzeldiğinde, doz giderek azaltılır, 50-100 mg, günlük doz yeterli olabilir, TSH normal olan bazı olgularda tedavi kesilip takipde edilebilir. Olgularda takip sırasında dört haftada bir tiroid fonksiyon testlerine bakılmalıdır. Yüksek doz antitiroid ilaç gerektiren olgularda 2. trimesterde cerrahi tedaviye yönelmek en iyi çözümdür. Antitiroid ilaçlarla birlikte tiroid hormonunun verilmesi, fetusta ve yenidoğan hipotiroidi önlemediği ve daha yüksek doz antitiroid tedaviye neden olduğu için pek önerilmemektedir. Tiroid hormonlarının , periferik simpatikomimetik belirtilerini engellemek için propanolol gibi beta-blokörler kısa süreli kullanılabilir. Fakat uzun süreli kullanımı, fetusta gelişme geriliğine, anoksik stresse yanıt bozukluğuna ve doğum sonrası bradikardi ve hipoglisemiye neden olabileceğinden sakıncalıdır.

Cerrahi tedavi

Yüksek doz antitiroid tedavi gerektiren, baskı belirtileri bulunan guatra sahip olgularda, 2. trimesterde cerrahi

uygulanabilir. Birinci trimesterde düşüğe, son trimesterde erken doğuma neden olabileceğinden, cerrahi tedavide en uygun zaman 2. trimesterdir.

Postpartum Graves hastalığı

Postpartum dönemde, hipertiroidizmde alevlenme olabilir, bu açıdan olgu iyi izlenmelidir. Gebeliğin son zamanlarında TSH reseptör antikörlerinde düşüş olan olgularda, postpartum dönemde belirgin rebound olmaktadır.

Laktasyon döneminde tedavi

Emzirme döneminde antitiroid ilaçlar güvenle kullanılabilir. Çalışmaların önemli bir bölümünde PTU süte daha az oranla geçtiği gösterilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda metimazolun da güvenle kullanılabilceği ileri sürülmüştür. PTU dozu 450 mg ve daha az olmalı, ilaç beslenmeden hemen sonra verilmeli ve ikinci emzirmeye kadar 3-4 saatlik bir süre geçmelidir.

Hiperemesis gravidarum ve tiroid

Hiperemesis gravidarum, biyokimyasal olarak hipertiroidizm bulguları ile birlikte; serum TSH düzeyi çok düşmüştür, ancak klinik hipertiroidizm belirtileri oldukça nadirdir. Genellikle kısa sürelidir, kendinden düzelir. Gebeliğin 6-8 haftasında ortaya çıkmakta ve gebeliğin 18-20. haftasında kendinden düzelmektedir. Çok ciddi belirtileri olan, volüm yerine koyulmasına rağmen inatçı taşikardisi, tiroid bezi büyümesi olan olgularda, geçici tedavi verilebilir, ancak olgu sıkı izlenmeli, tedavi kısa sürede kesilmelidir.

Gebelik ve hipotiroidizm

Hipotiroidizimli kadınlarda, anovulasyon en sık görülen anormalliklerden biridir. Bu nedenle tedavi edilmiş hipotiroidizimli olgularda gebe kalmanın seyrek görüldüğü düşünülür. Buna rağmen gebe kalan olgularda da abortus riski oldukça yüksektir. Gebe kadınlarda, sadece TSH yüksekliği ile giden subklinik hipotiroidili olgularda dahil olmak üzere, hipotiroidizm sıklığı % 2, 5 olarak bildirilmiştir. Belirgin hipotiroidizm olguları ise %0, 3'ü oluşturmaktadır. Hashimoto tiroiditi, iyod eksikliği, tiroidektomi, radyoaktif iyod tedavisi en sık görülen primer hipotiroidi nedenleridir. Hipotiroidizmin klasik belirti ve bulguları; halsizlik, yorgunluk, kabızlık, soğuk intoleransı, saçlarda dökülme, cilt kuruluğu, kas krampları. Karpal tünel sendromudur. Hastalık ilerledikçe kiloda artış, unutkanlık, düşünmede yavaşlama, ses değişikliği ortaya çıkar. İlerlemiş ağır olgularda, anovulasyon olabileceğinden, gebelik görülmeyebilir. Tiroid hormonlarının normal, TSH'nin yüksek olduğu, çoğunluğu asemptomatik subklinik hipotiroidi olgularına daha sık rastlanılır. Tedavi edilmiş hipotiroidizimli olgularda, gebelikte çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Bu komplikasyon-

lar; preeklampsi, abruptio plasenta, düşük doğum ağırlığı, düşük, ölü doğum ve perinatal mortalitedir. L-tiroksinle tedavi bu komplikasyonları azaltmaktadır. Annenin hipotiroidisinin, fetus nörolojik gelişimine etkisi henüz net olarak anlaşılmamasına rağmen son zamanlarda yapılan çalışmalar maternal hipotiroidinin, fetusun nöro-entelektüel gelişmesini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Özellikle iyod eksikliği olan durumlarda bu etkilenme daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Bir çalışmada, gebeliğin erken dönemlerinde tiroid hormonu düşük olan annelerinin çocuklarının IQ testleri 10. ayda ve yedinci yaşta değerlendirildiğinde daha düşük olarak bulunmuştur. Gebeliğin 12. haftasında düşük sT4 düzeyi olan anne çocuklarında psikomotor gelişme geriliği riski 5, 8 kat artmaktadır. Yine son yıllarda yapılan çalışmaların değerlendirilmesinde buna benzer bulgular elde edilmiştir. Gebeliği sırasında, olgu biyokimyasal olarak ötiroid olsa bile, antitiroid peroksidaz antikörlerin pozitif olması, çocukta IQ testini etkilemektedir.

Tanı

Hipotiroidizm tanısında serum TSH düzeyi ve özellikle annenin hipotiroksinemisinin belirlenmesinde sT4 düzeyinin bakılması çok önemlidir. TSH düzeyinin yüksek çıkması tanıyı doğrular. Hafif TSH yüksekliğinde mutlaka sT4 düzeyine bakılmalı, sT4 düzeyinin düşük olması, fetusta riski artırmaktadır. TSH düzeyinin 10 mIU/L ve üzerinde olan olgularda fetus ölüm riskinin arttığı belirtilmiştir. İlk haftalarda sT4 ve TSH düzeyinin rutin olarak ölçülmesini önerenler vardır. Antitiroid peroksidaz antikörler yüksekliği de önemli olduğundan bunlarında ölçülmesi de oldukça önemlidir.

Tedavi

Gebelikte hipotiroidizm mutlaka tedavi edilmelidir. L-tiroksin tedavisi ile hipotiroidinin anne ve bebekte oluşturduğu yan etkiler önlenmektedir. Tedavide hedef, TSH düzeyini normale getirmektir. Yeni tanı konmuş gebelerde başlangıç dozu 150 µgr/gün veya 2 µgr/kg, gerçek hasta ağırlığı başına-dır. L-tiroksin tedavisinin, TSH düzeyine etkisi, yarı ömrü uzunluğu nedeni ile dört hafta sonra çıkacağından, dört haftada bir TSH ölçülerek uygun doz ayarlanmalıdır. Gebelik öncesi hipotiroidi tanısı almış olgularda, özellikle tiroidektomi sonucu gelişmiş olanlarında, gebelik gidişi boyunca doz artırılması gereklidir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde olgularda, gebelik gidişi sırasında olguların % 58 'inde serum TSH düzeyinin yükseldiği, başlangıç dozu üzerine, genellikle % 28-48 oranında artış yapılması gerektiği gözlenmiştir. Son yayınlanan bir çalışma da hipotiroidili olguların hepsinde artış gerekmediği, özellikle tiroidektomili olgularda artış gerektiği, T4 emilimini bozan bazı ilaçların (demir, vitamin, Ca gibi) gebelikte sık kullanılmasının

doz artımına neden olduğu ileri sürülmüştür. Gebelik sırasında durumu stabil olan hipotiroidili olgularda TSH ölçümü ilk 6-8 haftada, daha sonraki ölçümler, 16-20. haftalar ve 28-32. haftalarda olmalıdır. Doğum sonrası ölçümlerle gereksinim azaldığı için doz azaltılır, genellikle doğum önceki doza inilir.

Kaynaklar

1. Gregory P. B. Maternal thyroid functions. Clin. Obs. and Gynecol, 1997;40:1:3-15
2. Glioner D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endoc. Rev, 1997;18:2:404-433
3. Mestman J. H. Thyroid disorders of pregnancy: Endoc. Metab. Clin. North Amer. , 1995; 24:1:41-71
4. Glioner D, de Nayer P, Bourdoux P, Lemone M, Robyn C, van SteirLegnem A et al. Regulation of maternal thyroid during pregnancy. J. Clin. Endoc. Metab, 1990;71:276-287
5. Glioner D. What happens to the normal thyroid during pregnancy ?. Thyroid, 1999;9:7:631-635
6. Antonangeli L, Maceherini D, Cavaliere R. Comparison of two different doses of iodide in the prevention of gestational goiter in marginal iodine deficiency. a longitudinal study. Eur. J. Endocrinol, 2002;147:29-34
7. Glioner D, de Nayer P, DeLange F. A randomized trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and neonatal effects. J. Clin. Endoc. Metab, 1995;80:258-269
8. Bussen S, Stek T. Thyroid autoantibodies in euthyroid nonpregnant women with recurrent spontaneous abortions. Human Reproduction, 1995;10:2938-2940
9. Muller A. F, Drexhage H. A, Berghout A. Postpartum thyroiditis and autoimmune thyroiditis in women of childbearing age: recent insights and consequences for antenatal and postnatal case Endoc. Rev, 2001;22:605-630
10. Kung A. W. C, Chau M. T, Lau T. T, Tam S. C. F, Low L. C. K. The effect of pregnancy on thyroid nodule formation. J. Clin. Endoc. Metab, 2002;87:1010-1014
11. ACOG practice bulletin. Thyroid disease in pregnancy. Int. J. Gynecol and Obst. 2002;79:171-180

Laktasyon döneminde tedavi

Tiroid hormonlara süte az miktarda geçmektedir. Emzirme döneminde , hipotiroidili annelerde tedavi kesilmemelidir. Doğum sonrası dönemde 6-8 hafta aralıklarla yapılan serum TSH düzeyi ölçümleri uygun doz ayarlanması için yeterlidir.

12. Çakır N. Gebelik ve tiroid bezi hastalıkları. In Gebelik ve Sistemik Hastalıklar . Ed by. YamaçK, Gürsoy R, Çakır N. MN Medical & Nobel , Ankara, 2002;pp:139-164
13. Tan GH, Gharin H, Golioner J. R, Heerden J. A, Bahr R. S. Management of thyroid nodules during pregnancy. Arch. Inter. Med, 1996;156:2317-2320
14. Viri L, Hyer S, Praff B, Horner C. Management of differentiated thyroid cancer diagnosed during pregnancy. Eur. J. Endocrinol, 1999;140:404-406
15. Moosa M, Mazzaferri E. Outcome of differentiated thyroid cancer diagnosed in pregnant women. J. Clin. Endoc. Metab, 1997;82:2862-2866
16. Koloğlu S. Ötiroid guatr. In Endokrinoloji: Temel ve Klinik. Ed. by Koloğlu S. Medical Network Ankara, 1996. pp:226-229
17. Gittoes N. J, Fanklyn J. A. Hyperthyroidism current treatment guidelines. Drugs, 1998;55:543-553
18. Ol Doberty M. J, Ec Elhotton PR, Thomas S. H. L. Treating thyrotoxicosis in pregnant or potentially pregnant women. British Med. J. 1999;318:5-6
19. Mandel S. J, Cooper D. S. The use of antithyroid drugs in pregnancy and lactation. J. Clin. Endoc. Metab. 2001;86:6:2354-2359
20. Smallrigge R. C, Ladenson P. W. Hypothyroidism in pregnancy: consequences neonatal health. J. Clin. Endoc. Metab. 2001;86:6:2349-2353
21. Pou J, Kuijpers J. L, van Bear A. L. Low maternal thyroid free thyroxine concentration during early pregnancy are associated with impaired psychomotor development in infancy. Clin. Endoc (Oxf) 1999;50:149-155
22. Chopra I. J, Baber K. Treatment of primary hypothyroidism during pregnancy: is there an increase in thyroxine dose requirement in pregnancy ?. Metabolism, 2003;52:122-128