

Bölüm 2

Gebelik ve Tiroit Hastalıkları

Elif YAZICI TEKELİ¹



- Gebelik sırasında en sık rastlanan sorunlar arasında tiroit bozuklukları yer alır.
- Tiroit hormonu fetal bilişsel ve motor fonksiyonların gelişimi için gereklidir. Fetal santral sinir sistemi (SSS) gelişimi 1. ve 2. trimesterde gerçekleşir.
- Gebelik sürecinde tiroit bezinin yapısı ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelir.
 - ✓ İlk 3 ayda trofoblastlarca üretilen human koryonik gonadotropin (hCG) ile tiroit stimulan hormonun (TSH) alfa subuniti aynı yapıdadır. Bu benzerlikten dolayı TSH reseptörlerine bağlanarak tiroit bezini stimüle eder. Böylelikle dolaşımdaki serbest tiroksin (ST4) seviyesi artarken TSH azalır.
 - ✓ Östrojen artışı sonucu tiroksin bağlayıcı tiroglobulin (TGB) düzeyleri artar ve 20. haftadan itibaren gebeliğin sonuna kadar plato çizer.
 - ✓ Tiroit hormonlarının plasental olarak yıkımı özellikle plasental hacmin maksimuma ulaştığı (dolayısıyla deiyonidaz enzim miktarının arttığı) son trimesterde artar.
 - ✓ Fetal tiroit dokusu özellikle 20. gebelik haftasına kadar tam olarak olgunlaşmadığından fetüsün ihtiyacı maternal olarak karşılanır. Buna bağlı olarak maternal hormon sentezi 1,5 kat artar. Fetal tiroit dokusu 8. haftadan itibaren iyot alımına, 12. haftadan itibaren hormon üretmeye, 36. haftadan itibaren ise maksimum çalışmaya başlar.
 - ✓ Tiroit hormon yapımının artmasına bağlı olarak TSH salgılanması baskılanır.
 - ✓ Gebelikte artan glomerüler filtrasyon hızına bağlı olarak renal iyot atılımı da artar.
 - ✓ Hem tiroit hormon üretiminin ve hem de renal iyot atılımının artmasına bağlı olarak günlük iyot ihtiyacı da artmaktadır. Özellikle 2. trimesterde gelişimi hızlanan SSS'ine ait yapılar iyot eksikliğinden fazlaca etkilenir.
 - ✓ Tiroit peroksidaz antikoru (antiTPO) veya tiroglobulin antikoru (antiTG) gibi tiroit parametreleri gebelerin bir kısmında pozitifdir. Bu antikor pozitifliği fetal gelişimi olumsuz etkilerken postpartum dönem için de tiroit hastalıklarının habercisi olabilir.

¹ Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Postpartum Tiroidit

- Postpartum tiroidit (PPT), antiperoksidaz antikorları ile güçlü ilişkili olan ve postpartum ilk yılda ortaya çıkan subakut yıkıcı otoimmün bir durumdur.
- Hipertiroidi, hipotiroidi olarak veya çoğunlukla tamamen biyokimyasal anormallik olarak ortaya çıkabilir.
- Erken gebelikte yüksek antikor titresi olan kadınlar en sık etkilenir.
- Klinik olarak belirgin vakalarda, üç fazdan herhangi biri veya tümü meydana gelebilir;
 - ✓ postpartum 1-3 ayda hipertiroidi
 - ✓ postpartum 3-8 ayda hipotiroidi
 - ✓ 1. yılda ötiroidi
- İlk aşamada beta blokerler ile tedavi gerekebilir, ancak sT4 sentezi yükselmediğinden antitiroit ajanlara gerek yoktur.
- Hipotiroidi aşamasında tedavide tiroksine ihtiyaç duyma olasılığı daha yüksektir, ancak semptomlar belirsiz ve diğer doğum sonrası problemlerden ayırt edilmesi zor olabilir. En az 6-12 ay tiroksin replasmanı önerilir.
- PPT'li olguların bir kısmında kalıcı hipotiroidi olasılığı ve sonraki gebeliklerde PPT gelişme riski yüksektir.

KAYNAKLAR

- * Koyuncu K, Turgay B, Söylemez F. Iodine deficiency in pregnant women at first trimester in Ankara. J Turk Ger Gynecol Assoc 2019;20:37-40. [CrossRef]
- * Stagnaro-Green A, Sullivan S, Pearce EN. Iodine supplementation during pregnancy and lactation. JAMA 2012;308:2463-4.
- * Yamamoto T, Amino N, Tanizawa O, et al. Longitudinal study of serum thyroid hormones, chorionic gonadotrophin and thyrotrophin during and after normal pregnancy. Clin Endocrinol (Oxf).1979;10:459-468.
- * Negro R, Formoso G, Mangieri T, et al. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91:2587-2591.
- * Vaidya B, Anthony S, Bilous M, et al. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: universal screening or targeted high-risk case finding? J Clin Endocrinol Metab. 2007;92:203-207.
- * Moleti M, Lo Presti VP, Mattina F, et al. Gestational thyroid function abnormalities in conditions of mild iodine deficiency: early screening versus continuous monitoring of maternal thyroid status. Eur J Endocrinol 2009;160:611-617.
- * Glinoe D. Thyroid regulation and dysfunction in the pregnant patient. Thyroid 2004;14(3):234-45.
- * Anselmo J, Cao D, Karrison T, Weiss RE, Refetoff S. Fetal loss associated with excess thyroid hormone exposure. JAMA 2004;292(6):691-5.
- * Girling JC. Thyroid disorders in pregnancy. Curr Obstet Gynecol 2006;16(1):539-47 http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20200929134733-2020tbl_kilavuzf527c34496.pdf
- * De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:2543-65
- * Stagnaro-Green A. Overt hyperthyroidism and hypothyroidism during pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2011;54(3):478-487.
- * Reuss ML, Paneth N, Pinto-Martin JA, Lorenz JM, Susser MB. The relation of transient hypothyroxinemia in preterm infants to neurological development at two years of age. N Engl J Med 1996;334(13):821-7.
- * Casey BM, Leveno KJ. Thyroid disease in pregnancy. Obstet Gynecol. 2006 Nov;108(5):1283-92
- * Luton D, Le Gac I, Vuillard E, Castanet M, Guibourdenche J, Noel M, et al. Management of Graves' disease during pregnancy: the key role of fetal thyroid gland monitoring. J Clin Endocrinol Metab 2005;90:6093-8.
- * Karlsson FA, Axelsson O, Melhus H. Severe embryopathy and exposure to methimazole in early pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:947-9.
- * Singer PA, Cooper DS, Levy EG, Ladenson PW, Braverman LE, Daniels G, et al. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. Standards of Care Committee, American Thyroid Association. JAMA 1995;273: 808-12.
- * Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham FG. Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 2006;107:337-41.