

## Bölüm 9

### POSTPARTUM TROİDİT

Berna Şermin KILIÇ<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Postpartum tiroidit, doğum veya düşük sonrası bir yıl içinde görülen bir otoimmün mekanizma tarafından indüklenen destrüktif tiroidittir (1).

Genellikle üç yoldan biriyle ortaya çıkar :

- Tek başına geçici hipertiroidizm
- Yalnızca geçici hipotiroidizm
- Geçici hipertiroidizm, ardından hipotiroidizm ve ardından iyileşme

#### SIKLIĞI VE DOĞAL SEYRİ

Postpartum tiroiditin bildirilen prevalansı %1,1 ile 17 arasında değişmektedir, ortalama %7,2'dir (2-5). Tip 1 diabetes mellituslu kadınlarda yüzde 25'e varan daha yüksek oranlar bildirilmiştir (2,3) ve en yüksek oranlar daha önce doğum sonu tiroidit öyküsü olan (toplam prevalans yüzde 42) ve gebelik sırasında normal tiroid fonksiyonuna sahip pozitif antitiroid peroksidaz antikorları olan kadınlarda (antikor negatif kadınların yüzde 0 ile 5'inde, antikor pozitiflerde yüzde 40 ile 60) görülmektedir (2). Troid hormonu üretebilen bazı tiroid dokuları varlığında ve hipotiroidizm için zaten tiroid hormonu replasmanı almakta olan kadınlarda (örneğin guatr ,Hashimoto tiroiditi) postpartum tiroid disfonksiyonu ortaya çıkabilir (6).

Kadınların çoğu doğum sonrası bir yıl içinde iyileşir ve ötiroid olur. Ancak hipotiroidi dönemine giren hastaların %20'sinde kalıcı hipotiroidi veya guatr gelişir (7-11). Buna ek olarak, geri dönüşümlü hipotiroidizmi olan kadınlarda ileride kalıcı hipotiroidizm geliştirme riski vardır.(4,12,13). Bir kadının kalıcı hipotiroidizm geliştirme olasılığını değerlendiren çalışmalar geniş bir insidans bildirmektedir (yüzde 4 ile 54), ancak en iyi tahmin 3 ile 12 yıl içinde yaklaşık yüzde 20 ile 40'tır (4). Örnek olarak, sekiz yıl boyunca takip edilen 45 hasta üzerinde yapılan

1 Op. Dr, SBÜ İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,berna\_doctor@hotmail.com.

**Tiroid hormon tedavisinin süresi:** Tiroid hormonu tedavisinin süresi, başladıktan sonra belirsizdir. Postpartum tiroid disfonksiyonu genellikle geçici olduğundan, birçok uzman, kadın hamile değilse, gebe kalmadığı veya emzirmediği sürece 6 ila 12 ay sonra T4'ü kesmeyi tercih etmektedir (4). En iyi yaklaşımı doğrulayan prospektif, kontrollü veri olmadığından, tiroid hormon tedavisini bırakma kararı, bireysel hasta özelliklerine ve tercihlerine dayandırılmalıdır.

Kadınların yüzde 30'u kadarı ilk hipotiroid fazından iyileşemez ve T4 süttten kesme sırasında yükselen TSH seviyesi, uzun süreli T4 gerektiren kalıcı hipotiroidizmin göstergesidir. Bazı raporlarda, antitiroid peroksidaz antikorlarının yüksek titreleri ve ilk hipotiroid fazının şiddeti, kalıcı hipotiroidizmin gelişimini öngörmüştür (7,13,14,38). Bu nedenle, başlangıç TSH değerleri çok yüksek olan kadınlarda (> 50 veya 100 mU / L), alternatif bir yaklaşım tiroid hormonunu süresiz olarak sürdürmektir.

**Uzun süreli takip:** Postpartum tiroiditi olan her kadına, sonraki gebeliklerinden sonra tekrarlama olasılığı olduğu ve daha sonra hipotiroidizm veya guatr gelişimi için önemli risk altında olduğu söylenmeli ve semptomların olası gelişimi konusunda eğitilmelidir. Postpartum tiroiditten tamamen iyileşmiş kadınlar için, özellikle ilk teşhisten sonraki 5 ila 10 yıl içinde, yıllık olarak serum TSH düzeyleri ölçülmelidir (3).

## **KAYNAKÇA**

1. Marqusee E, Hill JA, Mandel SJ. Thyroiditis after pregnancy loss. J Clin Endocrinol Metab 1997; 82:2455.
2. Nicholson WK, Robinson KA, Smallridge RC, et al. Prevalence of postpartum thyroid dysfunction: a quantitative review. Thyroid 2006; 16:573.
3. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012; 97:2543.
4. Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab 2012; 97:334.
5. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid 2017; 27:315.
6. Caixàs A, Albareda M, García-Patterson A, et al. Postpartum thyroiditis in women with hypothyroidism antedating pregnancy? J Clin Endocrinol Metab 1999; 84:4000.
7. Azizi F. The occurrence of permanent thyroid failure in patients with subclinical postpartum thyroiditis. Eur J Endocrinol 2005; 153:367.
8. Tachi J, Amino N, Tamaki H, et al. Long term follow-up and HLA association in patients with postpartum hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 1988; 66:480.
9. Othman S, Phillips DI, Parkes AB, et al. A long-term follow-up of postpartum thyroiditis. Clin Endocrinol (Oxf) 1990; 32:559.
10. Nikolai TF, Turney SL, Roberts RC. Postpartum lymphocytic thyroiditis. Prevalence, clinical course, and long-term follow-up. Arch Intern Med 1987; 147:221.

11. Stagnaro-Green A, Schwartz A, Gismondi R, et al. High rate of persistent hypothyroidism in a large-scale prospective study of postpartum thyroiditis in southern Italy. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96:652.
12. Lazarus JH, Ammari F, Oretti R, et al. Clinical aspects of recurrent postpartum thyroiditis. *Br J Gen Pract* 1997; 47:305.
13. Stuckey BG, Kent GN, Ward LC, et al. Postpartum thyroid dysfunction and the long-term risk of hypothyroidism: results from a 12-year follow-up study of women with and without postpartum thyroid dysfunction. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2010; 73:389.
14. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, et al. Postpartum thyroiditis: long-term follow-up. *Thyroid* 2005; 15:1177.
15. Kologlu M, Fung H, Darke C, et al. Postpartum thyroid dysfunction and HLA status. *Eur J Clin Invest* 1990; 20:56.
16. Stagnaro-Green A, Roman SH, Cobin RH, et al. A prospective study of lymphocyte-initiated immunosuppression in normal pregnancy: evidence of a T-cell etiology for postpartum thyroid dysfunction. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 74:645.
17. Lazarus JH, Hall R, Othman S, et al. The clinical spectrum of postpartum thyroid disease. *QJM* 1996; 89:429.
18. Harris B, Othman S, Davies JA, et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ* 1992; 305:152.
19. Lazarus JH, Othman S. Thyroid disease in relation to pregnancy. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1991; 34:91.
20. Kent GN, Stuckey BG, Allen JR, et al. Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 51:429.
21. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, et al. Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders? *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001; 55:809.
22. Miyake A, Tahara M, Koike K, Tanizawa O. Decrease in neonatal suckled milk volume in diabetic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 33:49.
23. Gerstein HC. How common is postpartum thyroiditis? A methodologic overview of the literature. *Arch Intern Med* 1990; 150:1397.
24. Mizukami Y, Michigishi T, Nonomura A, et al. Postpartum thyroiditis. A clinical, histologic, and immunopathologic study of 15 cases. *Am J Clin Pathol* 1993; 100:200.
25. Ide A, Amino N, Kang S, et al. Differentiation of postpartum Graves' thyrotoxicosis from postpartum destructive thyrotoxicosis using antithyrotropin receptor antibodies and thyroid blood flow. *Thyroid* 2014; 24:1027.
26. Izumi Y, Hidaka Y, Tada H, et al. Simple and practical parameters for differentiation between destruction-induced thyrotoxicosis and Graves' thyrotoxicosis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2002; 57:51.
27. Patel MC, Guneratne N, Haq N, et al. Peripartum hypopituitarism and lymphocytic hypophysitis. *QJM* 1995; 88:571.
28. Landek-Salgado MA, Gutenberg A, Lupi I, et al. Pregnancy, postpartum autoimmune thyroiditis, and autoimmune hypophysitis: intimate relationships. *Autoimmun Rev* 2010; 9:153.
29. Unlühizarci K, Bayram F, Colak R, et al. Distinct radiological and clinical appearance of lymphocytic hypophysitis. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:1861.
30. Amino N, Tada H, Hidaka Y, et al. Therapeutic controversy: Screening for postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:1813.
31. Premawardhana LD, Parkes AB, John R, et al. Thyroid peroxidase antibodies in early pregnancy: utility for prediction of postpartum thyroid dysfunction and implications for screening. *Thyroid* 2004; 14:610.
32. Stagnaro-Green A., 2004. Postpartum thyroiditis. *Best Pract. Res. Cl. En.* 18, 303-316.
33. Kämpe O, Jansson R, Karlsson FA. Effects of L-thyroxine and iodide on the development of autoimmune postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 70:1014.

## *Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları*

34. Nøhr SB, Jørgensen A, Pedersen KM, Laurberg P. Postpartum thyroid dysfunction in pregnant thyroid peroxidase antibody-positive women living in an area with mild to moderate iodine deficiency: is iodine supplementation safe? *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:3191.
35. Mazokopakis EE, Papadakis JA, Papadomanolaki MG, et al. Effects of 12 months treatment with L-selenomethionine on serum anti-TPO Levels in Patients with Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid* 2007; 17:609.
36. Negro R, Greco G, Mangieri T, et al. The influence of selenium supplementation on postpartum thyroid status in pregnant women with thyroid peroxidase autoantibodies. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:1263.
37. Beardmore KS, Morris JM, Gallery ED. Excretion of antihypertensive medication into human breast milk: a systematic review. *Hypertens Pregnancy* 2002; 21:85.
38. Premawardhana LD, Parkes AB, Ammari F, et al. Postpartum thyroiditis and long-term thyroid status: prognostic influence of thyroid peroxidase antibodies and ultrasound echogenicity. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:71.