

BÖLÜM 6

GEBELİK VE HİPOTİROİDİ

Betül ÇAVUŞOĞLU TÜRKER¹

GİRİŞ

Gebelikte tiroid patolojilerinin tesbiti, anne ve bebek sağlığı açısından çok önemlidir (1). Gebelikte hipotiroidi varlığında preeklampsi, plasenta rüptürü, düşük oranında artış, postpartum hemoraji, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar görülebilir (2). Ayrıca gebede yüksek TSH seviyesinin bulunması bebekte nörokognitif bozukluk gelişme riskini arttırır (3). Bu nedenle gebelikte hipotiroidi tanısının erken konulması, hastanın yakın takibi ve zamanında tedavi edilmesi gerekmektedir.

GEBELİKTE TİROİD FONKSİYONLARINDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Tiroid fonksiyonlarındaki değişiklikler;

1. Gebeliğin 6-8. Haftasından itibaren östrojen seviyesinin artışı ile tiroid bağlayıcı globulin (TBG) seviyesi yükselmeye ve ardından 20. Haftadan itibaren plato çizmeye başlar.
2. İnsan korionik gonadotropin (β -hCG) ile TSH arasında moleküler benzerlik mevcuttur, bu nedenle gebeliğin başından itibaren artan β -hCG, hipotalamo hipofizer aksı etkileyerek tiroid hormon salgılanmasında artışa ve TSH seviyesinde baskılanmaya yol açar (4).
3. Gebelikte meydana gelen renal yoldan iyot atılımında artış, β -hCG uyarısı sebebiyle artan tiroid hormon sentezi ve iyodun plasentadan fetusa geçmesi nedeniyle iyot ihtiyacı artar.

¹ Uzm. Dr., SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, cavusoglubetul@hotmail.com

TARAMA

Türkiye'nin iyot eksikliği bölgesi olması ve gebelikte tiroid fonksiyon bozukluğunun olması fetal ve maternal komplikasyonlara yol açması sebebiyle ülkemizde gebelik planlayan ve gebe kalan tüm kadınlara rutin TSH ölçümü yapılması önerilmektedir (5). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin 2020 yılında yayınlanan Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre TSH değeri; 1. Trimester için 0,1-2,5 mU/L, 2.trimester için 0,2-3 mU/L ve 3. Trimester için 0,3-3 mU/L referans değerleri aralığında olmalıdır.

Gebelik ve Hipotiroidi

Gebelik esnasında hipotiroidi %0,3-0,5, subklinik hipotiroidi ise %2-3 sıklığında görülmektedir (6-7). Hipotiroidinin en sık nedeni iyot eksikliğidir. Çalışmalar iyot eksikliği olan bölgelerde konjenital hipotiroidinin (kretenizm) daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (8). İyodun yeterli olduğu bölgelerde ise gebede hipotiroidinin en sık nedeni otoimmün tiroidittir. Gebelikte hipotiroidinin diğer nedenleri subtotal veya total tiroidektomi, hipertiroidi tedavisinde kullanılan radyoaktif iyot tedavisi, baş ve boyuna uygulanan radyoterapi ve hipotiroidinin yetersiz replasman tedavisidir.

Gebenin hekime ilk başvurusunda ya da gebelik planlandığı anda tiroid disfonksiyonu açısından taraması yapılmalıdır. Yapılan taramada TSH yüksekliği saptandığı takdirde sT4 seviyesi bakılmalıdır. Artmış TSH (>2,5 mU/L) ile beraber azalmış T4 aşikar hipotiroidi varlığını gösterir. Serum TSH seviyesi 10 mU/L üzerinde ise T4 değeri görülmeden aşikar hipotiroidi kabul edilir. TSH 2,5-10 mU/L arasında ise ve normal sT4 değeri varsa subklinik hipotiroidi olarak değerlendirilir. TSH düzeyi normal, T4 seviyesi düşük olduğu durumda gebelikte izole hipotiroidinemi düşünülür. İyot eksikliği izole hipotiroidineminin en önemli nedenidir. Gebeliğin ilk 20 haftasında hipotiroidinemi olması bebekte zeka geriliği, fetal distres, kas iskelet malformasyonları ve hiperaktiviteye sebep olabilir (9). İzole hipotiroidinemi durumuyla karşılaşıldığında levotiroksin tedavisinin etkili olmadığı, iyot desteği (100-150 µg/gün) yapılması gerektiği önerilmektedir.

GEBELİKTE HİPOTİROİDİ TEDAVİSİ

Aşık hipotiroidi tespit edildiği takdirde hemen tedavi başlanmalıdır. Yapılan randomize plasebo kontrollü çalışmalarda subklinik hipotiroidide anti-TPO pozitif ise levotiroksin tedavisinin maternal riskleri azalttığı gösterilmiştir (5). Bu nedenle eğer antikor pozitifliği var ise subklinik hipotiroidide levotiroksin tedavisi önerilmektedir. Ayrıca antikor pozitif ötiroid hastalarda gebelik esnasında hipotiroidi gelişme riski daha yüksektir ve anti TPO pozitif olan kadınlar gebelik sonrası daha sık postpartum tiroidit geçirir. Postpartum tiroidit geçiren kadınların yaklaşık üçte birinde ise kalıcı hipotiroidi gözlenir (10). Bu nedenle antiTPO pozitif hastalar postpartum tiroidit açısından gebelik sonrası 3. Ayda tetkik edilmelidir. Antikor negatif subklinik hipotiroidi varlığında fetal ve maternal komplikasyon riskinin arttığı ve değişmediğine dair çalışmalar vardır. Bu sebeple antikor negatif subklinik hipotiroidi hastalarında tedavi gereksinimi hala tartışmalıdır.

Gebelikte artmış tiroid hormon ihtiyacı mevcuttur, bu nedenle eğer hasta gebelik öncesinde levotiroksin tedavisi alıyorsa dozu mutlaka yaklaşık %30 arttırılmalıdır. Gebelik esnasında tedavi başlanacak ise 1-2 mg/kg/gün dozunda başlanır (11). İlaç dozu 25-50 mg/gün şeklinde arttırılır ve TSH değeri 0,5-2,5 mIU/ml arasında tutulur. TSH yarılanma ömrü göz önünde bulundurulduğunda doz değişimi sonrası kontrolü 4-6 hafta sonra yapılmalıdır.

Gebeliğin ilk 24 haftasında takip sıklığı 4 haftada bir olmalıdır. İlaç dozunun değişmediği takdirde doğuma kadar 1 kez daha hasta görülmelidir. Doğumdan sonra ise ilaç dozu azaltılmalı ve 6. Haftada TSH kontrolü yapılmalıdır.

SONUÇ

Ülkemizde, tiroid disfonksiyonu açısından gebelik planlayan ve gebe kalan tüm kadınlara rutin TSH ölçümü yapılması önerilmektedir. Subklinik hipotiroidi veya aşık hipotiroidi saptandığı anda TSH değeri trimester uyumlu hedef aralığına gelecek şekilde levotiroksin tedavisi düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Williams GR. Neurodevelopmental and neurophysiological actions of thyroid hormone. *J Neuroendocrinol* 2008;20:784-794
2. Bostancı MS, Taşkesen F. Thyroid dysfunction during pregnancy and evaluation of its results. *J Clinical and experimental investigations. J Clin Exp Invest* 2011;2;196-201
3. Cleary-Goldman J, Malone FD, Lambert-Messerlian G, Sullivan L, Canick J, Porter TF, Luthy D, Gross S, Bianchi DW, D'Alton ME. 2008. Maternal thyroid hypofunction and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 112:85-92
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
5. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2020. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
6. Delshad H, Azizi F. Thyroid and pregnancy. *J Med Council Iran*. 2008;26:392-408. 9.
7. Negro R, Mestman JH. Thyroid disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2001;25:927-943.
8. Pharoah PO, Buttfi eld IH, Hetzel BS. Neurological damage to the fetus resulting from severe iodine deficiency during pregnancy. *Lancet* 1971; 1: 308-1
9. Berbel P, Mestre JL, Santamaria A, et al. Delayed neurobehavioral development in children born to pregnant women with mild hypothyroxinemia during the first month of gestation: the importance of early iodine supplementation. *Thyroid* 2009; 19: 511-19.
10. Stagnaro-Green A, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Negro R. High rate of persistent hypothyroidism in a large-scale prospective study of postpartum thyroiditis in southern Italy. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 652-57
11. Casey BM, Leveno KJ.: Thyroid Disease in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;108(5):1283-1292.