

Bölüm 8

GEBELİKTE TİROİD FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE HİPOTİROİDİZME YAKLAŞIM

Selma Özlem ÇELİKDELEN¹

GİRİŞ

Hipotiroidizm, tiroid hormon sentez veya salgılanmasındaki bozulma sonucu hücresele doku düzeyinde tiroid hormonlarının etkisinin azalması ve metabolik olaylarda yavaşlama ile seyreden bir hastalıktır. Hipotiroidi primer, sekonder ve tersiyer olabilir. Primer hipotiroidi tiroid bezindeki bozukluktan, sekonder hipotiroidi hipofizer kaynaklı tiroid stimulan hormon (TSH) yetersizliğine bağlı, tersiyer hipotiroidi de hipotalamik TRH yetersizliğine bağlı görülmektedir. Hipotiroidilerin %99'u primer hipotiroididir. İyot eksikliği hipotiroidinin dünyada görülen en sık sebebidir, iyot eksikliğinin bulunmadığı bölgelerde de en sık sebep otoimmün kronik tiroidittir (Hashimoto tiroiditi). Otoimmün tiroid hastalığında serumda bazı otoantikorlar bulunur. Anti-TPO (tiroid peroksidaz) ve anti-Tg (tiroglobülin) Hashimoto tiroiditinde %95-100 oranında pozitifdir. Otoimmün tiroid hastalığı tanısı amacıyla en sık kullanılan antikor antiTPO'dur (1).

Hipotiroidinin çok spesifik klinik bulguları olmadığından tanı daha çok biyokimyasal hormon ölçümlerine dayalıdır. Serum TSH düzeyi yüksek ve serbest T4 (sT4) düşük iken aşikar hipotiroidi, serum TSH düzeyi yüksek ve sT4 normal sınırlarda iken subklinik hipotiroidi söz konusudur (1).

GEBELİKTE TİROİD HORMONLARINDA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Normal gebelik seyrinde tiroid hormon sentez ve salınımında fizyolojik değişiklikler olur. Gebeliğin ilk trimesterinde human koryonik gonadotropin (hCG) tirotropik etki gösterir. Bu durum ilk trimesterde serum TSH, sT4 ve T3 düzeylerinde düşüşe sebep olur. Gebeliğin 4-8'inci haftalarından itibaren

¹ Uzm. Dr. Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, AD, drozlemkoc@hotmail.com, ORCID iD: 0009-0000-8546-0070

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik döneminde anne ve fetusun sağlığı, gelişebilecek obstetrik komplikasyonların azaltılması, fetusun nöropsikiyatrik gelişimi açısından tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekli ise iyot desteği verilmesi, hipotiroidizmin erken tespit ve tedavisi önemlidir. Ülkemizde 2023 yılında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından hazırlanan güncel kılavuz ışığında gebelik döneminde hipotiroidi takip ve tedavisi aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- 1- Gebelik tanısı doğrulanan bir hastanın ilk başvurusunda tiroid fonksiyon testleri gözden geçirilmelidir.
- 2- Aşikar hipotiroidi tespit edilen gebelere ivedilikle uygun dozda LT4 tedavisi başlanmalıdır.
- 3- Otoimmün tiroid hastalığı olan ötiroid gebeler, gebelik sürecinde aşikar veya subklinik hipotiroidi gelişimi açısından takip edilmelidir.
- 4- Gebelik öncesi dönemde LT4 tedavisi almakta olan kadınların gebelik planı olması durumunda TSH<2.5 mU/L hedeflenerek tedavi verilmesi önerilmektedir.
- 5- Gebelik öncesi dönemde LT4 tedavisi almakta olan ve gebelik tespit edilen kadınlarda aldığı LT4 dozunda yaklaşık %25 oranında artış yapılmalıdır.
- 6- İlk 24 haftalık dönemde takipler dört haftada bir yapılmalı, doz düzenlemesi trimestere özel belirlenen TSH hedeflerine göre yapılmalı, ihtiyaçtan fazla LT4 verilmemesine de dikkat edilmelidir.
- 7- Gebelik ve laktasyon döneminde günlük iyot ihtiyacı 250 µg/gündür ve ülkemizdeki iyot alım yeterliliği değerlendirildiğinde gebelere 150-200 µg/gün iyot desteği verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2023.
2. Soldin OP, Tractenberg RE, Hollowell JG, Jonklaas J, Janicic N, Soldin SJ. Trimester-specific changes in maternal thyroid hormone, thyrotropin, and thyroglobulin concentrations during gestation: trends and associations across trimesters in iodine sufficiency. *Thyroid* 2004;14:1084-90.
3. Negro R. Significance and management of low TSH in pregnancy. In Lazarus J, Pirags V & Butz S (eds.). *The thyroid and reproduction*. New York: Georg Thieme Verlag, 2009: 84-95.
4. Alpers DH, Taylor BE, Bier DM, Klein S. *Minerals. Manual of Nutritional Therapeutics*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015. p.656.

5. Baysal A. [Water and minerals]. Beslenme. 18. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2018. p.138-9.)
6. Pearce EN. Effects of iodine deficiency in pregnancy. J Trace Elem Med Biol. 2012;26(2-3):131-3.)
7. WHO. Iodine status worldwide, WHO Global Database on Iodine Deficiency. 1st ed. Malta: WHO Press; 2004. p.6.
8. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. Washington: National Academy Press; 2001. p.258-84.
9. Koyuncu K, Turgay B, Söylemez F. Iodine deficiency in pregnant women at first trimester in Ankara. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2018; 20(1):37-40)
10. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease).
11. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 23 rd Ed. McGraw-Hill Companies;2010.
12. 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.
13. Azizi F, Delshad H. Thyroid Derangements in Pregnancy. IJEM. 2014;15:491-508.
14. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman W, Lazarberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters R, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. Thyroid 2017;27:315-89.
15. Maternal subclinical hypothyroidism, thyroid autoimmunity, and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. Liu H, Shan Z, Li C, Mao J, Xie X, Wang W, Fan C, Wang H, Zhang H, Han C, Wang X, Liu X, Fan Y, Bao S, Teng W. Thyroid. 2014;24(11):1642.
16. Bein M, Yu OHY, Grandi SM, Frati FYE, Kandil I, Filion KB. Levothyroxine and the risk of adverse pregnancy outcomes in women with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. BMC Endocr Disord. 2021;21(1):34. Epub 2021 Feb 27.
17. Maraka S, Ospina NM, O’Keeffe DT, Espinosa De Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, Coddington CC 3rd, Stan MN, Murad MH, Montori VM. Subclinical hypothyroidism in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Thyroid 2016;26:580-90.
18. Ramezani Tehrani F, Nazarpour S, Behboudi-Gandevani S. Isolated maternal hypothyroxinemia and adverse pregnancy outcomes: A systematic review. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021 Sep;50(7):102057. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.102057.
19. Lemieux P, Yamamoto JM, Nerenberg KA, Metcalfe A, Chin A, Khurana R, Donovan LE. Thyroid Laboratory Testing and Management in Women on Thyroid Replacement Before Pregnancy and Associated Pregnancy Outcomes Thyroid. 2021;31(5):841