

## **Bölüm 4**

# **GEBELİKTE HİPOTROİDİZİM; KLİNİK BULGULAR, TANI VE TEDAVİ**

**Gülşan KARABAY<sup>1</sup>**

### **GİRİŞ**

Tiroid hastalıkları gebelik sırasında kadınları etkileyebilen yaygın bir durumdur. Gebe kadınların %10 luk bir kısmında tiroid fonksiyon bozukluğu yaşanacağı tahmin edilmektedir. Tiroid hastalığına otoimmün bozukluklar, iyot eksikliği ve bazı ilaçlar gibi çeşitli faktörler neden olabilir. (1)

Hamilelikte en sık görülen tiroid hastalığı tiroid bezinin az çalışmasıyla karakterize hipotiroidizmdir. Otoimmün bir hastalık olan Hashimoto tiroiditi gebelikte izlenen en sık hipotroidi nedenidir. Gebelik sırasındaki tiroid hastalıklarının maternal ve fetal etkileri olabilir.(2) Hipotiroidizm abortus, ölü doğum ve preeklampsi riskini artırabilir. Fetal gelişimi etkileyerek düşük doğum ağırlığı ve bilişsel fonksiyon bozukluğu yapabilir. Gebelik sırasında tiroid hastalığının erken teşhisi ve tedavisi bu gibi komplikasyonların önüne geçmek adına son derece önemlidir. Hipotroidi tanısı, tiroid hormon düzeylerinin ölçümü ile konulabilmektedir. Tedavisi, tiroid hormon replasmanıdır .(3)

### **KLİNİK BELİRTİLER**

Gebelikte gözlenen hipotroidi bulguları gebe olmayan hipotroidi hastaları ile benzerdir. Yorgunluk, soğuk intoleransı, kabızlık ve kilo alımı olabileceği gibi asemptomatik hastalar da olabilir.(4)

### **LABORATUVAR BULGULARI**

Gebelik fizyolojisi, tiroid fonksiyonlarında bazı değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler arasında tiroksin (T4) bağlayıcı globulinde (TBG) bir artış yer alır; bu da toplam T4 ve triiyodotironin (T3) konsantrasyonlarının gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek düzeyde olmasına neden olur. Gebeliğin

<sup>1</sup> Op. Dr. Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği drgulsankarabay@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2567-2850

## LEVOTİROKSİN BAŞLANGIÇ DOZU

- TSH >4 mU/L +düşük serbest T4 – Tam replasman dozuna yakın (her biri için günde yaklaşık 1,6 mcg/kg)
- TSH >4 mU/L, normal serbest T4 ile – Ara doz (günde yaklaşık 1 mcg/kg)
- TSH 2,6 ila 4 mU/L – Ötiroid kadınları TPO antikorlarıyla tedavi etmeye karar verildiyse, düşük doz (tipik olarak günde 50 mcg)

T4 aç karnına, ideal olarak kahvaltıdan bir saat önce alınmalıdır. T4 tedavisine başladıktan sonra dört hafta aralıklarla TSH ölçümü yapılmalıdır. Amaç TSH'yi trimestere özgü referans aralığının alt yarısında tutmaktır. Eğer bu mümkün değilse, TSH'nin <2,5 mU/L olması hedeflenmelidir. Hedef aralığın üzerinde olması durumunda tedavi dozu arttırılabilir.

Doğumdan sonra T4 dozu gebelik öncesi seviyelere düşürülmelidir, ancak azalmanın uygun olduğunu doğrulamak için serum TSH dört - altı hafta sonra ölçülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Bhutada AS, Kodankandath TV. Clinical Manifestations of Severe Untreated Hypothyroidism. *Cureus*. 2022 Jul;14(7):e26595.
2. Helfand M, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for subclinical thyroid dysfunction in nonpregnant adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004 Jan 20;140(2):128–41.
3. Patil N, Rehman A, Jialal I. Hypothyroidism. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519536/>
4. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *Lancet Lond Engl*. 2017 Sep 23;390(10101):1550–62.
5. Korevaar TIM, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. *Nat Rev Endocrinol*. 2017 Oct;13(10):610–22.
6. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc*. 2017 Mar;27(3):315–89.
7. Chen Y, Luo ZC, Zhang T, Fan P, Ma R, Zhang J, et al. Maternal Thyroid Dysfunction and Neuropsychological Development in Children. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023 Jan 17;108(2):339–50.
8. Luo J, Yuan J. Effects of Levothyroxine Therapy on Pregnancy and Neonatal Outcomes in Subclinical Hypothyroidism. *Int J Gen Med*. 2022;15:6811–20.
9. Modesto T, Tiemeier H, Peeters RP, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Maternal Mild Thyroid Hormone Insufficiency in Early Pregnancy and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children. *JAMA Pediatr*. 2015 Sep;169(9):838–45.

10. Lepoutre T, Debiève F, Gruson D, Daumerie C. Reduction of miscarriages through universal screening and treatment of thyroid autoimmune diseases. *Gynecol Obstet Invest.* 2012;74(4):265–73.
11. 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 Aug;97(8):2543–65.
12. Cleary-Goldman J, Malone FD, Lambert-Messerlian G, Sullivan L, Canick J, Porter TF, et al. Maternal thyroid hypofunction and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2008 Jul;112(1):85–92.