

GEBE HASTADA TİROİD DİSFONKSİYONUNA YAKLAŞIM

17. BÖLÜM

Hülya COŞKUN¹

GİRİŞ

Reproduktif çağıdaki kadınlarda, tiroid hastalıkları sık görülen endokrinolojik bozukluklardır. Tiroid hormonları gebeliğin oluşumu, devamı ve fetal gelişim için gereklidir⁽¹⁾. Gebelikteki fizyolojik adaptasyon mekanizmalarına bağlı olarak tiroid bezinde ve hormon düzeylerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte ortaya çıkan tiroid hastalıklarının doğru teşhisi; normal gebeliğe eşlik eden bu tiroid fizyolojisindeki değişikliklerin bilinmesi ile mümkündür⁽²⁾.

Gebelik sırasında görülen hipermetabolik belirtiler, klinik olarak tiroid bezi hastalıklarını taklit edebilir. Gebelik, tiroid bezi hastalıklarının gidişatını etkileyebileceği gibi tiroid bezi hastalıkları da gebeliği, fetüsü ve yenidoğanı etkileyebilmektedir⁽³⁾.

Fetüste, gebeliğin 11. haftası itibarıyla, hipofiz-portal sistem gelişimi ile TSH ve TRH üretimi başlar. Tiroid hormonu sekresyonu ise gebeliğin 18-20. haftalarında⁽⁴⁾. Bu nedenle fetüsün santal sinir sistemi gelişimi, gebeliğin özellikle ilk 10-12 haftasına kadar annenin tiroid hormon düzeylerine mutlak bağımlıdır⁽⁵⁾.

Tüm bu nedenlerden dolayı, gebelik sırasında tiroid bezi hastalıklarının tanısı, tedavisi ve takibi-

nin uygun şekilde yapılması hem gebeliğin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi, hem de fetüs ve yenidoğan üzerine etkilerinin değerlendirilebilmesi için önemlidir⁽³⁾.

Bu bölümde gebe hastalardaki tiroid disfonksiyonlarına yaklaşım bir vaka eşliğinde güncel literatür bilgileri ışığında ele alınacaktır.

VAKA

28 yaşında kadın hasta, KM

Şikayeti: Çarpıntı, bulantı, kusma

Hikayesi: 9 haftalık gebe, ilk gebeliği olan hastanın şiddetli bulantı ve günde 5-6 kez yediklerini çıkarır vasıfta kusmaları mevcut. Hastanın istirahatte hafif düzeyde olup hareketle artan çarpıntı şikayeti mevcut. Son bir ayda 3 kg kilo kaybı var. Bu şikayetleri ile başvurduğu kadın doğum bölümü tarafından yatırılan hastanın bakılan tetkiklerinde tiroid hormon bozukluğu saptanması üzerine endokrinoloji konsültasyonu istendi.

Özgeçmiş: Özellik yok

Soygeçmiş: Annede guatr

Alışkanlıklar: Sigara ve alkol kullanımı yok

Kullandığı ilaçlar: Folik asit 1x1

¹ Dr. Öğretim Üyesi KTÜ Tıp Fakültesi, hulyacoskun82@hotmail.com

Tiroid kanserinde tümörün histolojisine ve klinik bulgulara göre cerrahi tedavinin ne zaman yapılacağına karar verilebilir. Gebelikte en sık rastlanan histolojik tip tiroid papiller kanseridir ve uzun dönem prognozu çok iyidir (27). İyi diferansiye tiroid kanserleri yavaş büyüdüğü ve cerrahi tedavinin geciktirilmesinin hastalığa bağlı sağ kalımı değiştirmemesi nedeniyle; gebelikte TİİAB ile tiroid nodülüne diferansiye tiroid kanseri tanısı konmuş ve hastalık sadece tiroid bezi içerisinde sınırlı ise her trimesterde sonografik takip yapılarak cerrahi gebelik sonrasına ertelenebilir (7,10). Takipte nodül boyutunda %50 hacim artışı veya en az iki çapta >%20 artış olursa gebelik sırasında cerrahi önerilebilir. Tiroid bezi dışına yayılım ve/veya boyun bölgesinde metastatik lenf nodu varlığında, gebelik sırasında en uygun zaman olan ikinci trimesterde cerrahi yapılmalıdır (7). Üçüncü trimesterde tanı konan gebelerde erken doğum riski nedeni ile cerrahi doğum sonrasına ertelenebilir. Radyoaktif iyot tedavisi gebelikte kontrendikedir. Gebelik sonrası uygulamalarda, hastanın durumuna göre hemen ya da 6 aylık emzirme periyodu tamamlandıktan sonra RAİ verilebilir. RAİ tedavisinin 120. gününden sonra bebek emzirilebilir (2,3). Medüller tiroid karsinomu tanısı konulan gebelerde özellikle tümör çapı > 1 cm ve lenf nodu metastazı varsa en kısa zamanda uygun şartlar sağlanarak cerrahi tedavi yapılmalıdır (6).

Tiroid kanserinde, cerrahinin gebelik sonrasına bırakıldığı durumlarda ya da gebelikte cerrahi uygulanmış hastalarda tiroid hormon süpresyon tedavisi önerilir. Bu amaçla; TSH değeri 0,1-0,5 mU/L arasında olacak şekilde LT4 tedavisi başlanmalıdır (6).

Gebelik öncesi tiroid kanseri tanısı almış ve ablasyon tedavisi uygulanmış hastalarda, RAİ tedavisinden en az 6 ay sonra LT4 ile ötiroidi sağlandıktan sonra gebeliğe izin verilir. Gebelik sırasında gebe olmayanlardaki gibi rutin tiroglobulin ve boyun ultrasonu takibi önerilir (2).

SONUÇ

Tiroid hastalıkları reproduktif çağıdaki kadınlarda sık görüldüğü için gebelik sürecinde bu hastalıklarla karşılaşma ihtimalimiz artmaktadır. Bu nedenle, gebe kalmayı planlayan tüm kadınlarda ve tüm gebelerde tarama amacıyla TSH ölçümü yapılmalıdır. Gebeliğin oluşumu, devamı ve fetal gelişimi için tiroid hormonları gerekli olduğundan gebelikte tiroid bezinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler iyi bilinmeli ve tiroid hastalıklarının ayırıcı tanısı doğru yapılmalıdır.

Vakamızda gebeliğin erken haftalarında şiddetli bulantı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri olması, hipertiroidi semptom ve bulgularının gebelik kliniği ile benzer olması nedeniyle öncelikle hiperemesis gravidaruma bağlı geçici gestasyonel tirotoksikoz düşünülmüştür. Fakat tiroid otoantikörleri ve TSH-R Ab'nun pozitif olması nedeniyle Graves hastalığı tanısı konmuştur. Bu iki tanı; tiroid hastalığının tedavisi, gebenin ve fetüsün takibi açısından farklılıklar gösterdiğinden ayırımının yapılması çok önemlidir. Bu nedenle; gebelik sırasında tiroid bezi hastalıklarının tanısı, tedavisi ve takibinin uygun şekilde yapılması gebeliğin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi, fetüs ve yenidoğan üzerine olan etkilerinin takip edilebilmesi için endokrinolog ve kadın doğum uzmanları tarafından multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kaba, M. Gebelik ve Tiroid Hormonları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2013;14(3): 160-166.
2. Erdoğan, M, Yılmaz, C, Kabalak, T. (2019). Gebelik ve Tiroid. Şevki Çetinkalp, Ahmet Gökhan Özgen (Ed.), *Tiroid Hastalıkları Kitabı* içinde (s. 635-666). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi
3. Çakır, N. (2006). Gebelik ve Tiroid Hastalıkları. Metin Özata, Arif Yöner (Ed.), *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet* içinde (s. 191-208). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık
4. Gardner, G, Shoback, D. (2019). *Greenspan Temel ve Klinik Endokrinoloji*. (Neslihan Başçıl Tütcüncü, Çev.Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
5. Aktaş, A, Pekkolay, Z. Gebelikte Tiroid Hastalıkları ve Tedavisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2016; 7 (1): 119-123. Doi: 10.5799/jcei.328705.
6. Ersoy, C.Ö. (2019). Gebelikte Endokrin Hastalıklar. Şazi İmamoğlu, Canan Özyardımcı Ersoy (Ed.), *Geçmişten Geleceğe Endokrinoloji* içinde (s. 539-549). Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
7. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. *Tiroid*

- Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019* (4. baskı); 80-87. Ankara: Türkiye Klinikleri
8. Demir, N. Gebelikte Tiroid Hastalıklarının Tanı ve Yönetim Kılavuzu. *Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği* 2017
 9. Liberman, CS, Pino, SC, Fang, SL, et al. Circulating iodide concentrations during and after pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*, 1998; Oct;83(10):3545-3549. Doi:10.1210/jcem.83.10.5163.
 10. De Groot, L, Abolovich, M, Alexander, E.K, et al. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012, 97(8):2543-2565.
 11. Braverman, L.E, Cooper, D.S. (2013). *Werner & Ingbar's The Thyroid a Fundamental and Clinical Text (Tenth edit)*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolter Kluwer business
 12. Saranac, L, Zivanovic, S, Bjelakovic, B, et al. Why is the thyroid so prone to autoimmune disease? *Horm Res Paediatr*, 2011;75(3):157-165. Doi: 10.1159/000324442.
 13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Thyroid disease in pregnancy. Practice Bulletin No. 148. *Obstet Gynecol*, 2015; 125(4): 996 -1005.
 14. Alexander, EK, Pearce, EN, Brent, GA, et al. Guidelines of the American thyroid association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 2017;27(3):315-389. Doi: 10.1089/thy.2016.0457.
 15. Özön, A, Tekin, N, Şıklar, Z, et al. Gebelikte tiroid hastalıklarının neonatal etkileri ve TSH yüksekliği olan bebeğe yaklaşım: Türk Neonatoloji ve Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Dernekleri uzlaşma raporu. *Türk Pediatri Ars*, 2018; 53(1):209-S223 Doi: 10.5152.
 16. Cignini, P, Cafà, EV, Giorlandino, C, et al. Thyroid physiology and common disease in pregnancy: review of literature. *J Prenat Med*, 2012;6:64-71.
 17. Spyridoula, M, Naykky, M.S.O, Derek, T, O'Keefe, et al. Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid*, 2016; 26(4): 580-590. Doi: 10.1089/thy.2015.0418.
 18. Kiran, Z, Sheikh, A, Malik, S, et al. Maternal characteristics and outcomes affected by hypothyroidism during pregnancy (maternal hypothyroidism on pregnancy outcomes, MHPO-1) *BMC Pregnancy Childbirth*, 2019;19(1):476. Doi: 10.1186/s12884-019-2596-9.
 19. Tazegül, A, Şimşek B. Gebelikte Tiroid Hastalıkları. *Selçuk Tıp Derg*, 2010;26(2):63-67.
 20. Abalovich, M, Amino, N, Barbour, LA, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*, 2007;92 (8):1-47. Doi:10.1210/jc.2007-0141.
 21. Alexander, EK, Margusee, E, Lawrence, J, et al. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Eng J Med.*,2004;351(3):241-249. Doi:10.1056/NEJMoa040079.
 22. Akbaba, G, Akbaba, E, Berker, D, et al. Fetal-Maternal Outcomes of Isolated Hypothyroxinemia in Pregnancy. *Türk Jem*, 2014; 18: 106-110. Doi: 10.4274/tjem.2520.
 23. Fitzpatrick, DL, Russell, MA. Diagnosis and management of thyroid disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am.*, 2010; 37:173-193. Doi: 10.1016/j.ogc.2010.02.007.
 24. Mestman, JH. Hyperthyroidism in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.*, 2004;18(2):267-88. Doi: 10.1016/j.beem.2004.03.005.
 25. Kurtoglu, S, Özdemir, A. Fetal neonatal hyperthyroidism: diagnostic and therapeutic approachment. *Türk Pediatri Ars*, 2017;52(1):1-9. Doi: 10.5152/TurkPediatri-Ars.2017.2513.
 26. Luton, D, Le Gac, I, Vuillard, E, et al. Management of Graves' disease during pregnancy: The key role of fetal thyroid gland monitoring. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005;90:6093-6098. Doi: 10.1210/jc.2004-2555.
 27. Casey, BM, Leveno K.J. Thyroid Disease in Pregnancy. *Obstet Gynecol.*, 2006;108(5):1283-1292. Doi: 10.1097/01.AOG.0000244103.91597.c5.
 28. Franklyn, JA. The management of hyperthyroidism. *N Engl J Med*, 1994;330:1731-1738. Doi: 10.1056/NEJM199406163302407.
 29. Vanderpump, MPJ, Ahlquist, JAO, Franklyn, JA, et al. Consensus statement for good practice and audit measures in the management of hypothyroidism and hyperthyroidism. *BMJ* 1996; 313(7056): 539-544. Doi: 10.1136/bmj.313.7056.539.
 30. Cooper, DS. Antithyroid drugs: to breast-feed or not to breast-feed. *Am J Obstet Gynecol*,1987;157(2):234-235. Doi: 10.1016/s0002-9378(87)80140-0.
 31. American Thyroid Association. Clinical Thyroidology For The Public *J Endocrinol Invest.*, 2017 ;40(7):727-732.
 32. Vannucchi, G, Covelli, D, Vigo, B, et al. Thyroid volume and serum calcitonin changes during pregnancy. *Journal of Endocrinological Investigation*, 2017;40(7):727-732. Doi: 10.1007/s40618-017-0622-1.
 33. Kung, A.W.C, Chau, M.T, Lao, T.T, et al. The Effect of Pregnancy on Thyroid Nodule Formation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2002;87(3):1010-1014. Doi: 10.1210/jcem.87.3.8285.
 34. Doherty, CM, Shindo, ML, Rice, DH, et al. Management of thyroid nodules during pregnancy. *Laryngoscope*, 1995;105:251-255. Doi:10.1288/00005537-199503000-00006.
 35. Imran, SA, Rajaraman, M. Management of Differentiated Thyroid Cancer in Pregnancy. *Journal of Thyroid Research*, 2011;549609. Doi:10.4061/2011/549609.