

dr n. med. Tadeusz Oleszczuk, dr n. med. Ryszard Wagner, dr n. med. Beata Kowalewska

Niedoczynność pozapalna tarczycy w ciąży

Tarczyca to największy gruczoł wydzielania wewnętrznego, gdzie oddziaływania tyroksyny są widoczne w każdej komórce organizmu. Dla ginekologa-położnika ważny jest jej wpływ na jajniki, macicę i piersi. Powiązanie wzajemnego wpływu osi podwzgórze – przysadka – jajnik z wydzielaniem prolaktyny i pracy tarczycy jest podobne do sieci, gdzie przesunięcie w obrębie jednego jej miejsca powoduje odległe zmiany w innym miejscu. Efekt nieprawidłowości może więc dotyczyć odległych narządów i objawów pozornie związanych z innymi anomaliami. Jednak zupełnie inne są konsekwencje zaburzenia pracy tarczycy, kiedy kobieta jest w ciąży.

Badania oceniające pracę tarczycy [tyreotropina (TSH), tyroksyna (FT4)] pozwalają przeciwdziałać ewentualnym nieodwracalnym konsekwencjom w tarczycy noworodka, jeśli ciężarna ma zaburzenia pracy tarczycy. Istnieją jednak stany, kiedy podstawowe badania zawierają się w granicach normy, ale dopiero oznaczenie przeciwciał anty-TPO (przeciw tyreoperoksydazie) i anty-TG (przeciwko tyreoglobulinie) wskazuje na obecność aktywnego stanu zapalnego [1, 2].

W badaniu ultrasonograficznym (USG) tarczycy radiolog często opisuje wtedy zwiększoną aktywność naczyń krwionośnych w ogniskach o niejednorodnej echogeniczności. Wykonanie biopsji podejrzanych zmian pozwala wykluczyć nowotwór, a często potwierdza obecność makrofagów i nacieków limfatycznych świadczących o toczącym się procesie zapalnym.

Zwiększoną czujność położnika powinny wzbudzić wcześniejsze porody po terminie czy występowanie patologii w postaci zagrożenia porodem przedwczesnym z nadmiernymi skurczami macicy lub wymioty trwające przez wiele tygodni. Również wzrost ciśnienia krwi w ciąży może być związany z nieprawidłową pracą tarczycy. Zwykle też może się okazać, że w rodzinie już występuje choroba tarczycy i matka lub siostry ciężarnej są leczone z tego powodu.

Metaanaliza 11 badań wykazała znacząco wyższe ryzyko porodu przedwczesnego u kobiet z podwyższonym mianem przeciwciał anti-TPO [3], często związane z przedwczesnym odklejeniem łożyska. Immunizacja ciężarnej może mieć również wpływ na tarczycę płodu. Niedoczynność tarczycy rozpoznawana na podstawie podwyższonego poziomu TSH (stwierdzana u ok. 5% ciężarnych) może być związana z zapaleniem typu Hashimoto, gdzie taka liczba noworodków była narażona na autoprzeciwciała w życiu płodowym [4, 5]. Może to powodować występowanie u takich dzieci niedoczynności tarczycy w dalszym życiu.

Nie zawsze jednak można stwierdzić zaburzoną pracę tarczycy poprzez samo badanie poziomu TSH, FT4 czy FT3. Często poziomy te pozostają w granicach normy, ale w badaniu USG tarczyca wykazuje szereg zmian o typie guzków, zmian naczyniowych lub zapalnych. Uzupełnienie diagnostyki o zbadanie poziomu przeciwciał anti-TPO oraz anti-TG pozwala uzyskać pełniejszy obraz stanu zagrożenia dla ciężarnej i rozwijającego się płodu oraz następstwa dla noworodka czy powikłania okołoporodowe.

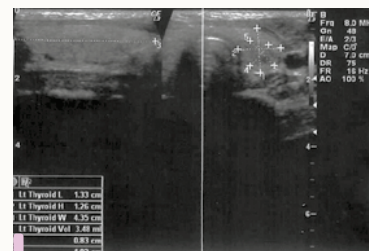
Opis przypadku

Ciężarna, lat 27, ciąża pierwsza, w 24. tygodniu ciąży skarżyła się na częste zaparcia, trwające do pięciu dni. Bóle podbrzusza, nudności, uczucie parcia, wzdęcia, bolesne skurcze macicy.

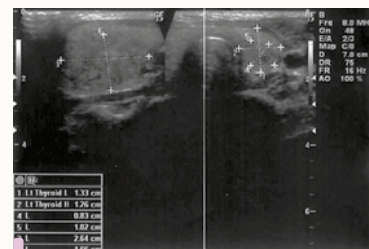
W badaniu część pochwowa szyjki macicy zachowana, od kości krzyżowej, ujście zamknięte. Zlecono badania oraz odpowiednią dietę bogatą w warzywa i owoce oraz pilnowanie nawodnienia, aby uzyskać codzienne, regularne wypróżnienia. W badaniu tarczycy uzyskano obraz dużego guza płata prawego, jednak część badań krwi nie wykazywała odchyłań od normy.

Opis USG tarczycy u ciężarnej

- Data urodzenia: 8 kwietnia 1988
- Rodzaj badania: USG tarczycy i szyi
- Tarczyca asymetrycznej wielkości płatów z powiększonym, prawym, wymiarach PP 22 × 21 × 37 mm, V = 8,07 ml, PL zaś 13 × 12 × 43 mm, V = 3,48 ml. Sumaryczna objętość tarczycy wynosi około V = 12 ml. Mięsz prawego płata tarczycy prawie w całości wypełniony przez litą masę guzową, wielkości 26 × 17 mm, w płacie lewym tworzący się guzek o wymiarach 10 × 8 mm. Okoliczne węzły chłonne szyjne niepowiększone.



Ryc. 1. Obraz USG tarczycy 1



Ryc. 2. Obraz USG tarczycy 2

Tab. 1. Wyniki badania krwi

Tyreotropina (TSH)	3,60 µIU/mL	0,270–4,200
FT3	2,29 pg/ml	2,00–4,40
FT4	1,03 ng/dl	0,93–1,71
P/c antytyreoglobulinowe (ATG) (O18)	12,4 IU/ml	0,0–115,0

Z opisu USG tarczycy u ciężarnej: „tarczyca asymetrycznej wielkości płatów z powiększonym, prawym, wymiarach PP 22 × 21 × 37 mm, V = 8,07 ml, PL zaś 13 × 12 × 43 mm, V = 3,48 ml. Sumaryczna objętość tarczycy wynosi około V = 12 ml. Mięszk prawego płata tarczycy prawie w całości wypełniony przez litą masę guzową, wielkości 26 × 17 mm, w płacie lewym tworzący się guzek o wymiarach 10 × 8 mm. Okoliczne węzły chłonne szyjne niepowiększone. Wskazana BACC”.

Ciężarna źle współpracowała z lekarzem. Z relacji rodziny wynikało, że ma problemy z koncentracją, obniżony nastrój, wydaje się „nieobecna”. Nie wykonała zleconych badań (brak poziomu przeciwciał anti-TPO). Z wykonanej biopsji obecnie nie wynikało zagrożenie chorobą nowotworową.

We własnym doświadczeniu autorów najwyższy wynik poziomu przeciwciał anti-TPO w surowicy wynosił ponad trzy tysiące. Może to przekładać się na pracę i organogenezę tarczycy płodu. Po porodzie tarczyca noworodka ponosi ewentualne konsekwencje zaburzeń tarczycy u matki w trakcie trwania ciąży. Ma też znaczenie w zwiększonej liczbie powikłań okołoporodowych [6–8].

Jednym z wielu objawów niedoczynności czy zapalenia tarczycy są uporczywe zaparcia. Wystarczy zapytać ciężarną, czy codziennie oddaje stolec. Jeśli stwierdzi się, że wypróżnienia są co 5–7 dni, można wcześniej zalecić odpowiednią dietę uzupełnioną probiotykami i prebiotykami, aby uniknąć nadmiernej czynności skurczowej macicy i leczenia farmakologicznego – tokolizy. Ryzyko wystąpienia nadmiernego napięcia i czynności skurczowej macicy jest wyższe, jeśli wypróżnienia są raz w tygodniu. Z własnego doświadczenia zaobserwowano, że nawet jeśli ciężarna otrzymywała tokolizę dożylną w szpitalu w związku z nadmierną czynnością skurczową macicy i zagrożeniu porodem przedwczesnym w 24.–28. tygodniu ciąży, możliwe było zaprzestanie intensywnej tokolizy, od czasu kiedy ciężarna zadbała o codziennie wypróżnienie. Poród odbył się o czasie.

Na co zwrócić uwagę

Często też stwierdzano występowanie zaburzenia pracy tarczycy u ciężarnych, które rodzą przed terminem lub dwa tygodnie po terminie. Możliwe jest więc wcześniejsze monitorowanie poziomu hormonów i przeciwciał anti-TPO i anti-TG, aby uniknąć ryzyka okołoporodowego [9, 10]. Szczególnie, jeśli przebieg wcześniejszych ciąż sugeruje występowanie patologii ciąży, gdzie przyczyną mogłoby być zapalenie czy niedoczynność tarczycy [11]. Ważną wskazówką może być fakt występowania w rodzinie ciężarnej choroby tarczycy. Stwierdzono wysoką częstotliwość zaburzeń pracy tarczycy u ciężarnych, gdy ich matki czy siostry są już leczone

REKLAMA

ActiFolin®

Unikalne, złożone źródło folianów

Kwas foliowy + Actifolin®



Zamień zwykły kwas foliowy na ActiFolin®

Badania naukowe przeprowadzone z udziałem Polek wykazały, że co druga kobieta może mieć problem z przyswajaniem kwasu foliowego*. Grozi to poważnymi konsekwencjami, takimi jak wady cewy nerwowej, niedokrwistość czy zwiększone ryzyko poronienia.

ActiFolin® to przełomowy preparat opracowany na podstawie badań naukowych i przy wsparciu najlepszych specjalistów. Zawiera złożone źródło folianów: kwas foliowy oraz Actifolin® – najlepiej przyswajalną, aktywną formę folianu.



NOWOŚĆ

ActiFolin® – najlepsza ochrona przed niedoborem folianów dla wszystkich kobiet planujących ciążę i w ciąży.

* Mrozikiewicz A. i wsp. Archives of Perinatal Medicine 19(1), 12-18, 2013.

www.actifolin.pl

Informacja dla personelu medycznego ActiFolin® 06.2015

z powodu choroby tarczycy. Może to mieć związek z efektem wpływu podwyższonych poziomów przeciwciał w ciąży i wpływu na powstawanie tarczycy płodu żeńskiego [11–14]. W ten sposób zaburzenie może być „przekazywane” na kolejne pokolenia.

Można też obserwować szereg licznych, trudnych do leczenia objawów pojawiających się już po porodzie w postaci uporczywych zaparć, obniżonego nastroju czy stanów depresyjnych spowodowanych niedoczynnością pozapalną tarczycy [15–18]. Zwykle takie stany są tłumaczone przemęczeniem w związku z nową sytuacją życiową, jednak warto zwrócić wtedy uwagę na pracę tarczycy, aby wykluczyć lub potwierdzić podejrzenie zaburzenia pracy tarczycy w badaniu USG i poziomu hormonów [19].

W występowaniu w rodzinie zaburzeń pracy tarczycy znaczenie mają też warunki środowiskowe, jako że sposób odżywiania się matki jest najczęściej naśladowany przez córki. Nie bez znaczenia pozostaje też dodatkowy czynnik niekorzystny, jakim może być palenie papierosów przez rodziców i wpływ na zaburzenia pracy tarczycy u rozwijającego się dziecka. Stwierdzono obniżony poziom fT4 w ciąży u kobiet palących papierosy, co może wywoływać zmiany w budowie tarczycy [20, 21].

Piśmiennictwo

- Balucan F.S., Morshed S.A., Davies T.F. Thyroid Autoantibodies in Pregnancy: Their Role, Regulation and Clinical Relevance. *J Thyroid Res.* 2013; 2013: 182 472.
- Balucan F.D., Davies T.F. The immunology of autoimmune thyroid disease in pregnancy. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies.* 2012; 27 (1): 18–26.
- He X., Wang P., Wang Z., He X., Xu D., Wang B. Thyroid antibodies and risk of preterm delivery: a meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Endocrinology.* 2012; 167: 455–464.
- Haddow J.E., Palomaki G.E., Allan W.C. et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *The New England Journal of Medicine.* 1999; 341 (8): 549–555.
- Pop V.J., de Vries E., van Baar A.L. et al. Maternal thyroid peroxidase antibodies during pregnancy: a marker of impaired child development? *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1995; 80 (12): 3561–3566.
- Bianco A.C., Anderson G., Forrest D. American Thyroid Association Guide to Investigating Thyroid Hormone Economy and Action in Rodent and Cell Models: Report of the American Thyroid Association Task Force on Approaches and Strategies to Investigate Thyroid Hormone Economy and Action. *Thyroid.* 2014; 24 (1): 88–168.
- Balucan F.S., Morshed S.A., Davies T. Thyroid Autoantibodies in Pregnancy: Their Role, Regulation and Clinical Relevance, *J Thyroid Res.* 2013; 2013: 182 472.
- Lazarus J., Brown R.S., Daumerie C. et al. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. *Eur Thyroid J.* 2014; 3 (2): 76–94.
- Behrooz H.G., Tohidi M., Mehrabi Y., Behrooz E.G. et al. Subclinical hypothyroidism in pregnancy: intellectual development of offspring. *Thyroid.* 2011; 21 (10): 1143–7.
- Reid S.M., Middleton P., Cossich M.C., Crowther C.A. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 7 (7): CD007752.
- Breathnach F.M., Donnelly J., Cooley S.M. et al. Subclinical hypothyroidism as a risk factor for placental abruption: evidence from a low-risk primigravid population. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013; 53 (6): 553–60.
- Moreno-Reyes R., Glinoe D., Van Oyen H., Vandevijvere S. High prevalence of thyroid disorders in pregnant women in a mildly iodine-deficient country: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013; 98: 3694–3701.
- Stagnaro-Green A., Abalovich M., Alexander E. et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease during Pregnancy and Postpartum.* *Thyroid.* 2011; 21: 1081–1125.
- Vaidya B., Hubalewska-Dydejczyk A., Laurberg P. et al. Treatment and screening of hypothyroidism in pregnancy: results of a European survey. *Eur J Endocrinol.* 2012; 166: 49–54.
- De Groot L., Abalovich 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: 2543–2565.
- Krassas G.E., Poppe K., Glinoe D. Thyroid function and human reproductive health. *Endocr Rev.* 2010; 31: 702–755.
- Allan W.C., Haddow J.E., Palomaki G.E. et al. Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: implications for population screening. *J Med Screen.* 2000; 7: 127–130.
- Galofre J.C., Davies T.F. Autoimmune Thyroid Disease in Pregnancy: A Review *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18 (11): 1847–1856.
- Lazarus J., Rosalind A., Brown S., Daumerie C. et al. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children, *Eur Thyroid J.* 2014; 3 (2): 76–94.
- Männistö T., Hartikainen A.L., Väärasmäki M. et al. Smoking and Early Pregnancy Thyroid Hormone and Anti-Thyroid Antibody Levels in Euthyroid Mothers of the Northern Finland Birth Cohort 1986, *Thyroid.* 2012; 22 (9): 944–950.
- Soldin O.P., Goughenour B.E., Gilbert S.Z. et al. Thyroid hormone levels associated with active and passive cigarette smoking. *Thyroid.* 2009; 19 (8): 817–23.

dr n. med. Tadeusz Oleszczuk

dr n. med. Ryszard Wagner

dr n. med. Beata Kowalewska

Institut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży