

Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego

Tyreologia

opis przypadku 6



partner kursu:

MERCK

(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)

Opis przypadku

23-letnia kobieta zgłosił się do Poradni Endokrynologicznej. Pacjentka zgłosiła się ze skierowaniem od ginekologa z powodu podejrzenia zaburzeń czynności tarczycy.

Obecnie pacjentka jest w **8 tygodniu ciąży**.

W badaniu wykonanym tydzień temu:

TSH: 5,06 $\mu\text{U/ml}$ [0,27 — 4,20]



Opis przypadku

Ciąża I, tydzień 8. Ciąża rozwija się prawidłowo.
Przed ciążą miesiączkowała regularnie co ok. 28 dni.

W wywiadzie u pacjentki bez chorób przewlekłych.
Leków na stałe nie pobiera poza przyjmowaniem preparatów wielowitaminowych dla kobiet ciężarnych, które w swoim składzie zawierają 150 mcg jodu.

W rodzinie choroba tarczycy u matki.

Opis przypadku

W badaniu przedmiotowym HR ok. 90/min,
osłuchowo nad sercem tony serca czyste,
prawidłowo akcentowane. Temp. Ciała 36,6 st. C.

Tarczyca palpacyjnie niepowiększona, niebolesna,
bez wyczuwalnych zmian guzkowych.

RR 130/90 mmHg

- Co należy zrobić dalej?
 - A. Nie włączać leczenia ze względu na dobry stan ogólny pacjentki oraz zalecić kontrolę za 2-3 miesiące
 - B. Włączyć leczenie L-tyroksyną i zalecić dalsze badania diagnostyczne
 - C. Włączyć leczenie L-tyroksyną po zakończeniu diagnostyki zaburzeń czynności tarczycy
 - D. Pacjentka nie wymaga monitorowania

Prawidłowa odpowiedź: B

Komentarz:

Prawidłowe wyrównanie zaburzeń czynności u kobiety ciężarnej ma ogromny wpływ na prawidłowy rozwój ciąży, szczególnie w I trymestrze. Przy podejrzeniu niedoczynności tarczycy należy jak najszybciej włączyć leczenie preparatem L-tyroksyny w dawce adekwatnej do istniejących zaburzeń.

Dalsze postępowanie

- Pacjentce włączono leczenie preparatem L-tyroksyny w dawce 50 mcg oraz zalecono wykonanie dalszej diagnostyki w postaci USG tarczycy, aTPO oraz aTg.

Co dalej?

- A. Pacjentka powinna zgłosić się na kontrolę z wykonanymi badaniami oraz aktualnym TSH za ok. 2-3 miesiące
- B. Pacjentka powinna zgłosić się na kontrolę z wykonanymi badaniami oraz aktualnym TSH za ok. 4-6 tygodni
- C. Pacjentka zgłosi się a aktualnym TSH raz w II oraz III trymestrze ciąży
- D. Dalsze monitorowanie nie jest wymagane.

- **Prawidłowa odpowiedź: B**

Komentarz:

Ocenę wyrównania hormonalnego w czasie ciąży powinno się przeprowadzać przynajmniej raz na 4-6 tygodni oraz przynajmniej raz po zakończeniu 26 tygodnia ciąży. Powinno się wykonać przynajmniej badanie TSH.

Kontrola po 4 tygodniach

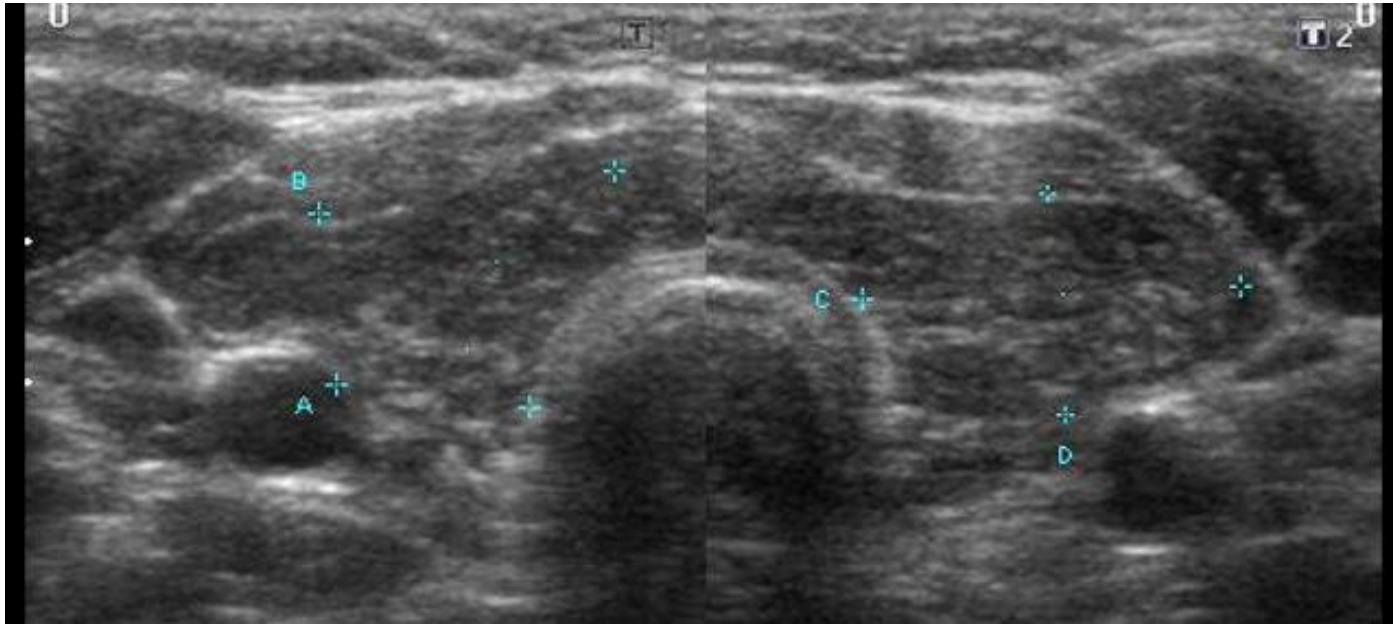
Wykonano badania biochemiczne:

TSH: 2,06 μ U/ml [0,27 — 4,20]

TPO: 340 IU/ml [$<$ 34]

aTg: 120 IU/ml [10 — 115]

W badaniu USG tarczycy:



Echogeniczność obu płatów niejednorodna, obniżona. Widoczne liczne obszary hypoechogeniczne i pasma hyperechogeniczne. Zmniejszony przepływ naczyniowy w badaniu dopplerowskim. Nie uwidoczniono zmian ogniskowych.

Rozpoznanie

Podwyższone miano przeciwciał aTPO oraz aTg, może świadczyć o autoimmunologicznym podłożu obserwowanych zmian, co potwierdza również obraz widoczny w USG tarczycy. Należy jednak pamiętać, że badanie przeciwciał p-tarczycowych może być w czasie ciąży fałszywie ujemne.

Komentarz: Badanie przeciwciał p-tarczycowych pomaga potwierdzić autoimmunologiczne tło niedoczynności tarczycy.

Niedoczynność tarczycy

- Częstość występowania u kobiet ciężarnych

- Pełnoobjawowa – 0,2-0,5%

- Subkliniczna – 2-5%

} przed lub w trakcie ciąży

- Najczęstsze przyczyny:

- Przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (ch. Hashimoto)

- Niedobór jodu

} przed ciążą

Objawy: osłabienie, senność, apatia, bradykardia, obrzęki tkanki podskórnej, suchość skóry, uczucie chłodu, skłonność do zaparć.



Niedoczynność tarczycy

- Nieleczenie lub nieprawidłowe leczenie niedoczynności tarczycy **zmniejsza prawdopodobieństwo zapłodnienia**, ale go nie wyklucza.
- **Powikłania** u kobiety ciężarnej:
 - ↑ ryzyka krwotoku poporodowego
 - ↑ częstość cięć cesarskich
 - ↑ ryzyka nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą, również subklinicznej niedoczynności
 - ↑ ryzyka przedwczesnego oddzielania łożyska

Włączenie L-tyroksyny to ryzyko normalizuje

Niedoczynność tarczycy

- ↑ ryzyka **PORONIENIA**
 - ryzyko proporcjonalne do wartości TSH również w zakresie wartości referencyjnych
 - ryzyko 31% u kobiet z niedoczynnością vs 4% u kobiet z niedoczynnością, ale prawidłowo leczonych
 - ↑ ryzyka u kobiet w eutyreozie, u których wykryto podwyższone miana przeciwciał przeciw tarczycowym



Niedoczynność tarczycy

- ↑ ryzyka **porodu przedwczesnego**, niskiej masy urodzeniowej i stanu zagrożenia płodu w okresie okołoporodowym
- ↑ ryzyka **obumarcia płodu lub śmierci okołoporodowej** w niedoczynności tarczycy



Normy TSH

- Ze względu na specyfikę homeostazy hormonalnej kobiet ciężarnych istnieje konieczność wyznaczenia wartości referencyjnych TSH, FT3 i FT4 w danej populacji dla poszczególnych trymestrów ciąży.
- Obecnie jako górny zakres normy dla TSH należy uznać wartości **nie wyższe niż 2,5 mIU/l** w trakcie trwania ciąży.
- Dotyczy to także okresu prekoncepcyjnego.

Dalsze postępowanie

- Czynność tarczycy naszej pacjentki powinno się monitorować co 4-6 tygodni a następnie przynajmniej raz po 26 tygodniu ciąży.
Zapotrzebowanie na hormony tarczycy w trakcie ciąży zwiększa się średnio o około 12,5 mcg L-tyroksyny na miesiąc.
- Po porodzie dawka powinna być w krótkim czasie obniżona do stosowanej przed ciążą, odstawiona jeżeli pacjentka pobierała do 50 mcg, lub zredukowana o połowę w przypadku dawek większych.
- Konieczna jest ocena czynności hormonalnej tarczycy po 6 tygodniach od porodu.