

---

Snežana Marić-Krejović<sup>1</sup>; Milena Aćimović<sup>2</sup>

## **HIPOTIREOZA I TRUDNOĆA**

### *Prikaz slučaja*

**UVOD:** Hipotireoza je stanje prouzrokovano smanjenom funkcijom štitaste žlezde koje predstavlja često oboljenje kod žena i ima poseban značaj u trudnoći. Manifestna hipotireoza se javlja kod 0,9% trudnica, a ispitivanja su pokazala da je kod 2,5% trudnica nivo tireostimulirajućeg hormona (TSH) iznad 6 mU/L.

Najčešći etiološki faktori hipotireoze u razvijenom delu sveta su autoimuna oboljenja:

- 1 - Hašimotova bolest
- 2 - Primarna autoimuna hipotireoza.

Razlog hipotireoze u mnogim nerazvijenim delovima sveta je smanjeni unos joda. Trudnoća je eutiroidno stanje. Karakterišu je kompleksne promene u funkciji štitaste žlezde. U različitim periodima trudnoće dolazi do promene vrednosti pojedinih tireoidnih hormona. U prvoj polovini trudnoće počinje porast vrednosti globulina koji vezuje tiroksin tyroxine-binding globulin (TBG) i nastavlja se do kraja trudnoće. U prvom trimestru dolazi do porasta koncentracije humanog horiogonadotropina koji uzrokuje prolazan pad vrednosti TSH između 8 i 12 nedelje trudnoće i kod 20% trudnica ovaj pad je izražen. U drugoj polovini trudnoće dolaze do izražaja promene u perifernom metabolizmu hormona štitaste žlezde.

Prolazak tireoidnih hormona kroz placentu dugo nije bio dokazan. Kako su novije studije pokazale T4 se nalazi u celomskoj tečnosti već od 6 nedelje gestacije, a njegove vrednosti kod fetusa sa agenezijom štitaste žlezde su oko 30% od normalnih vrednosti u cirkulaciji što je od posebnog značaja kod ovih fetusa. Nuklearni T3 receptori se mogu identifikovati u ćelijama mozga fetusa od 10 nedelja gestacije, potpunu funkciju fetalna tireoidea dostiže u 16 nedelji gestacije. Za ranu i kasnu fazu razvoja mozga fetusa od posebnog su značaja kako vrednosti T4 majke i negov dotok fetusu sa jedne strane, tako i hormoni štitaste žlezde fetusa sa druge strane. U prvoj fazi

---

<sup>1</sup> – Dom zdravlja Arilje, <sup>2</sup> – ZC Užice ginekološko akušersko odeljenje.

razvoja mozga fetusa sa maksimalnim rastom i razvojem moždanih struktura, neuralnom multiplikacijom i organizacijom koja se dešava u drugom trimestru tireoidni hormoni su prvenstveno maternalnog porekla. Druga maksimalna faza rasta fetalnog mozga se dešava u trećem trimestru i traje 2 do 3 godine nakon rođenja a hormoni štitaste žlezde tada potiču od strane ploda odnosno neonatusa. Niske koncentracije maternalnog tiroksina u drugom trimestru rezultuju ireverzibilnim neurološkim deficitom kod novorođenčadi, dok su oštećenja manja i delimično reverzibilna kada se nedostatak pojavi kasnije.

Žene sa hipotireozom imaju veću mogućnost za pojavu komplikacija u trudnoći. Češće se javljaju spontani pobačaji, polihidramnion, hipertenzija i dijabetes, kao i pojava intrauterinog zastoja ploda.

Simptomi smanjene funkcije štitaste žlezde mogu dugo ostati nezapaženi i maskirani hipermetaboličkim stanjem graviditeta. Zato je od posebnog značaja trudnice sa oboljenjem štitaste žlezde otkriti što ranije i što ranije započeti odgovarajuću terapiju. Dijagnoza se postavlja nalazom povišenih vrednosti TSH u serumu, sniženih vrednosti fT4 i fT3 kao i nalazom antitireoidnih antitela.

**CILJ RADA:** Prikaz uspešno iznešene trudnoće kod pacijentkinje obolele od hipotireoze.

**MATERIJAL I METODE:** Za prikaz slučaja korišćena je medicinska dokumentacija iz službe za zdravstvenu zaštitu žena DZ Arilje.

**PRIKAZ PACIJENTA:** Pacijentkinja J.D. starosti 36. godina, u braku 6. godina. Anamnestički se dobija podatak da je reč o nulipari koja se unazad dve godine leči od hipotireoze i uzima tablete Letrox od 125mg. U anamnezi pobačaja navodi da je imala dva spontana pobačaja koja su nastupili pre dijagnostikovanja hipotireoze, u prvom trimestru graviditeta. Na pregled dolazi zbog izostanka menstruacije. Ultrasonografskim pregledom se verifikuje vitalna trudnoća koja odgovara za 8. nedelja gestacije. Pacijentkinji se uz terapiju Letroxa ordinira i vitaminska terapija. U 9. nedelji gestacije urađene laboratorijske analize i vrednosti TSH, T4 i T3 nalaze se u fiziološkim granicama kao i OGTT (test opterećenja glukozom). Doza Letroxa od 125mg ostaje nepromenjena. Trudnoća nastavlja da se kontroliše po protokolu vođenja visokorizičnih trudnoća. U 15. nedelji gestacije vrednost TSH raste i iznosi 7,8 mU/L. Ostali laboratorijski nalazi su u fiziološkim granicama. Vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska ne prelaze vrednosti 110/80 mmHg. Ultrasonografski nalaz ploda pokazuje eutrofičan rast. Konsultuje se endokrinolog koji dozu Letroxa povećava na 150mg. U 17. nedelji gestacije urađena je rana amniocenteza (RAC) zbog godina života (46,xx). U 21. nedelji gestacije urađen 4D ultrazvuk sa nalazom BPD 55mm, HC 196mm, AC 172mm, FL 36mm, HC/AC 1,14, FL/AC 21, posteljica normalno usađena na prednjem zidu, adekvatna količina plodove vode. Morfologija i dinamika rasta ploda potpuno uredni. U 22. nedelji gestacije vrednost TSH raste na

8,9 mU/L i u ponovnoj konsultaciji endokrinologa vrednost Letroxa se povećava na 175 mg. Ponovljene laboratorijske analize i OGTT su u fiziološkim granicama kao i vrednost merenog krvnog pritiska. U 28. nedelji gestacije ponovo urađen TSH koji se nalazi u fiziološkim granicama tako da ostaje nepromenjena doza leka. Ultrasonografski nadzor fetusa se radi jednom mesečno, a kardiotokografski nalaz (CTG) jednom nedeljno počev od 32. nedelje gestacije uz kontrolu vrednosti TSH od 4 do 6 nedelja. U 38. nedelji gestacije trudnoća je završena elektivnim carskim rezom pri čemu je porođeno živo žensko dete TT 3400/51 AP 9. Postpartalni tok protekao uredno.

**ZAKLJUČAK:** Imajući u vidu sve ovo značajno je prepoznati ovo oboljenje kako u kliničkoj tako i u subkliničkoj formi i ukoliko je moguće tretirati prekonceptualno a svakako što ranije u trudnoći. Neki se autori zalažu za rutinsko ispitivanje TSH pre ili u ranoj trudnoći. Obavezno treba odrediti TSH kod trudnica sa strumom, pozitivnim tiroidnim antitelima, dijagnostikovanim autoimunim oboljenjima, kao i kod onih koji u porodičnoj anamnezi imaju oboljenja štitaste žlezde.

### *Literatura*

1. Dinulović, D.: *Obstetricija*, 607–609, Službeni list SRJ, 1996; Šulović i sar.: *Patologija trudnoće*, Medicinska knjiga, 1989;
2. Čutura N.: *Tretman visokorizičnih trudnoća nastalih nakon dva ili više spontanih pobačaja*, Akta Medica Semendrica, 1996;
3. Munne S., Fischer J., Warner A. i sur.: *Preimplantation genetic diagnosis significantly reduces pregnancy loss in infertile couples: a multicenter study*. *Fertil Steril* 2006;
4. Ivanišević M., *Habitualni pobačaji*. U: Kurjak A. i sur. *Ginekologija i perinatologija*. Varaždinske Toplice: Tonimir, 2003;
5. Plečaš D., Stanimirović B., Stanković A., Vasiljević M., Šulović V.: *Ginekologija i akušerstvo*, Medicinski fakultet u Beogradu, 2005.