



Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία

Οι κίνδυνοι από τη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς στην εγκυμοσύνη 7 Απριλίου - Παγκόσμια Ημέρα Υγείας

Οι ορμόνες που εκκρίνει ο θυρεοειδής αδένας έχουν ζωτική σημασία για τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος του εμβρύου. Κατά τους πρώτους μήνες της κύησης, το έμβρυο βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη μητέρα για να τροφοδοτηθεί με αυτές.

Η επαρκής παροχή των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί να διαταραχθεί από ποικίλους παράγοντες, όπως α) η λειτουργικότητα του θυρεοειδούς πριν από την εγκυμοσύνη, β) ορισμένες φυσιολογικές μεταβολές κατά την κύηση που επηρεάζουν τη θυρεοειδική λειτουργία και γ) εξωγενείς παράγοντες όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση.

Οι διαταραχές της θυρεοειδικής λειτουργίας είναι η [δεύτερη συχνότερη ενδοκρινική παθολογία](#) των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να εκδηλωθούν πριν ή στη διάρκεια της κύησης. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας της μητέρας και του παιδιού.

Νεότερες μελέτες καταδεικνύουν την ατμοσφαιρική ρύπανση ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη θυρεοειδικής δυσλειτουργίας. Έχει βρεθεί ότι η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχών του θυρεοειδούς στην πορεία της κύησης.

Από τους ρύπους, πιο επιβαρυντικά για τη θυρεοειδική λειτουργία φαίνεται να είναι τα αιωρούμενα μικροσωματίδια, που αποτελούνται από εκατοντάδες διαφορετικά χημικά. Τα έως τώρα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ορμονική διαταραχή στη μητέρα μπορεί να είναι ένας από τους συμβάλλοντες παράγοντες για τις αρνητικές επιδράσεις της ρύπανσης στην εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Τις επισημάνσεις αυτές κάνουν ειδικοί από την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία - Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας στις 7 Απριλίου, που [εφέτος επικεντρώνεται](#) στις επιπτώσεις της ρύπανσης και της κλιματικής αλλαγής στην υγεία.

Όπως εξηγούν οι ειδικοί, τα προβλήματα της λειτουργίας του θυρεοειδούς στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μεγάλη συχνότητα, αλλά κάποιες φορές παραμένουν αδιάγνωστα. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον το 2-3% των εγκύων πάσχουν από θυρεοειδική δυσλειτουργία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων έχουν υποθυρεοειδισμό, με συνηθέστερη αιτία του τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Μικρό ποσοστό εγκύων έχουν υπερθυρεοειδισμό, ο οποίος συνήθως σχετίζεται με τη νόσο Graves.

Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρείται μια σειρά φυσιολογικών μεταβολών που επηρεάζουν τους δείκτες θυρεοειδικής λειτουργίας. Οι αλλαγές αυτές συνοψίζονται ως εξής: α) αύξηση των συγκεντρώσεων των οιστρογόνων, β) αύξηση των συγκεντρώσεων της χοριακής γοναδοτροπίνης (HCG), γ) ανάπτυξη του πλακούντα, δ) αύξηση του όγκου πλάσματος και ε) αύξηση της νεφρικής κάθαρσης.

Επιπρόσθετα, [κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης](#) το έμβρυο λαμβάνει τις απαιτούμενες ποσότητες θυρεοειδικών ορμονών από τη μητέρα, μέσω του πλακούντα. Κατά τη 12η εβδομάδα της κύησης, αρχίζει η ορμονική παραγωγή στο θυρεοειδή του εμβρύου, αλλά φθάνει σε επαρκή επίπεδα την 18η-20η εβδομάδα. Έτσι, για το πρώτο ήμισυ σχεδόν της κύησης το έμβρυο εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από τις ορμόνες της μητέρας για να αναπτυχθεί ομαλά.

Οι φυσιολογικές μεταβολές της εγκυμοσύνης σε συνδυασμό με την κάλυψη των αναγκών του εμβρύου, οδηγούν σε αύξηση κατά 50% της φυσιολογικής παραγωγής της θυροξίνης (ορμόνη T4) στην κύηση. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τη συχνή εμφάνιση διαταραχών της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος για πρώτη φορά στην κύηση ή την απορρύθμιση διαταραχών της θυρεοειδικής λειτουργίας που προϋπήρχαν της κύησης.

Οι δυσλειτουργίες αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται για να αποφευχθούν οι δυνητικοί κίνδυνοι από την έλλειψη ή την υπερπαραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών.

Χρήσιμη εξέταση για την εκτίμηση της θυρεοειδικής λειτουργίας στην εγκυμοσύνη είναι η μέτρηση της θυροτροπικού ορμόνης (TSH). Η TSH είναι μια ορμόνη που παράγεται από την υπόφυση και διεγείρει το θυρεοειδή αδένος να παράγει τις θυρεοειδικές ορμόνες.

Οι τιμές αναφοράς της TSH είναι διαφορετικές στην κύηση και αλλάζουν ανάλογα με το τρίμηνο και ανάλογα με τις κατευθυντήριες οδηγίες κάθε επιστημονικής εταιρείας. Οι επικρατέστερες έχουν ως εξής:

- 1^ο τρίμηνο TSH 0,1-2,5 mU/L, 2^ο τρίμηνο TSH 0,2-3 mU/L (Endocrine Society, American Thyroid Association, European Thyroid Association)
- 3^ο τρίμηνο TSH 0,3-3 mU/L (Endocrine Society, American Thyroid Association,)
- 3^ο τρίμηνο TSH 0,2-3,5 mU/L (European Thyroid Association).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει παγκοσμίως συμφωνία για καθολικό έλεγχο (screening) της θυρεοειδικής λειτουργίας των εγκύων. Στη χώρα μας όμως εΐθισται να γίνεται από τους μαιευτήρες-γυναικολόγους και αυτό είναι πολύ σημαντικό.

Ο υποθυρεοειδισμός

Ανάλογα με τα επίπεδα της TSH και το λοιπό ορμονικό προφίλ των εγκύων, μπορεί να τεθεί η διάγνωση για:

- Κλινικό υποθυρεοειδισμό (υψηλά επίπεδα TSH και χαμηλά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών). Αφορά σε 0,3-0,5% των κήσεων
- Υποκλινικό υποθυρεοειδισμό (TSH πάνω από 4 mU/L, αλλά φυσιολογικά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών). Αφορά στο 2-3% των κήσεων.

Επιπρόσθετα, ποσοστό έως και 15% των εγκύων εμφανίζουν επίπεδα TSH πάνω από 2,5 mU/L, που χρειάζονται διόρθωση.

Ο κλινικός υποθυρεοειδισμός που δεν αντιμετωπίζεται έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για αποβολή, προεκλαμψία, σακχαρώδη διαβήτη κύησης, αποκόλληση πλακούντα και πρόωρο τοκετό. Οι αντίστοιχοι κίνδυνοι από τον υποκλινικό υποθυρεοειδισμό είναι λιγότερο σαφείς και αφορούν κυρίως στη μετέπειτα ψυχοκοινωνική και γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού.

Έχει ενδιαφέρον ότι ο εμβρυϊκός θυρεοειδής παράγει θυρεοειδικές ορμόνες από το 2^ο τρίμηνο, ενώ υποδοχείς θυροξίνης ανιχνεύονται στον εγκέφαλο ήδη από το 1^ο τρίμηνο, που σημαίνει ότι είναι εξαιρετικής σημασίας η έγκαιρη υποκατάσταση σε περίπτωση ανεπάρκειας.

Οι διεθνείς οδηγίες υποστηρίζουν τη θεραπεία με λεβοθυροξίνη σε περίπτωση που τα επίπεδα της TSH είναι εκτός ορίων της κύησης. Αντίθετα, δεν υποστηρίζουν τη θεραπεία όταν τα θυρεοειδικά αυτοαντισώματα (anti-TPO, anti-TG) είναι μεν θετικά, αλλά τα επίπεδα της TSH βρίσκονται εντός ορίων.

Η δόση υποκατάστασης με λεβοθυροξίνη προσαρμόζεται από το θεράποντα ιατρό αναλόγως με το σωματικό βάρος και τυχόν ιστορικό υποθυρεοειδισμού πριν την κύηση. Η παρακολούθηση με μέτρηση της TSH πρέπει να γίνεται κάθε 4-6 εβδομάδες και ο στόχος είναι τα επίπεδα που προαναφέρθηκαν. Μετά τον τοκετό, πρέπει να γίνεται ελάττωση στην προ της κύησης δόση, στις γυναίκες που είχαν υποθυρεοειδισμό πριν από την εγκυμοσύνη. Απ' όσες

τον εκδήλωσαν κατά τη διάρκεια της κύησης, οι περισσότερες (ως και 75% αυτών) δε χρειάζονται τη συνέχιση της αγωγής.

Ο υπερθυρεοειδισμός

Ο υπερθυρεοειδισμός στην κύηση είναι πιο σπάνια κατάσταση. Ακριβώς λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που περιγράφηκαν ανωτέρω, γίνονται ανεκτά χαμηλότερα επίπεδα TSH και υψηλότερα επίπεδα των ορμονών T4 και T3, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Επικίνδυνη όμως μπορεί να αποδειχθεί η κατάσταση του αυτοάνοσου υπερθυρεοειδισμού (νόσος Graves) με θετικά διεγερτικά αυτοαντισώματα (TSI ή TRAb) κατά την κύηση και χρειάζεται υψηλή υποψία για την περίπτωση αυτή. Σε περίπτωση υποψίας, καλό είναι να μετρώνται και στην 24^η-28^η εβδομάδα κύησης.

Αν χρειαστεί συνέχιση θεραπείας προϋπάρχοντος υπερθυρεοειδισμού ή έναρξη θεραπείας νεοδιαγνωσθέντος υπερθυρεοειδισμού κατά την κύηση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί προπυλθειουρακίλη στο 1^ο τρίμηνο και μεθιμαζόλη στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο. Η μεθιμαζόλη είναι γενικά πιο αποτελεσματική και ασφαλής, πρέπει να αποφεύγεται όμως στο 1^ο τρίμηνο της κύησης, γιατί περνά τον πλακούντα και έχει συσχετιστεί με εμβρυοπάθεια, όπως ατρησία της χοάνης, απλασία δέρματος και δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου. Χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες θεραπευτικές δόσεις που εξασφαλίζουν έλεγχο των συμπτωμάτων και επίπεδα T3 και T4 στα ανώτερα φυσιολογικά όρια, ανεξαρτήτως του εάν η TSH έχει αποκατασταθεί ή όχι. Τέλος σε «δυσλειτουργία» του θυρεοειδούς οφείλεται και η συχνότατη υπερέμεση της κύησης που παρατηρείται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και για την οποία δυστυχώς δεν υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση.