

ČESKÁ ENDOKRINOLOGICKÁ SPOLEČNOST

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J.E. PURKYNĚ

Předseda: Prof. MUDr. Josef Marek, DrSc., III. interní klinika, U nemocnice 1, 128 08 Praha 2
Tel.: 224962995, fax: 224919780, e-mail: jmarek@lf1.cuni.cz

Vážení kolegové,

Rádi bychom se s vámi podělili o zkušenosti – vlastní i literární – s vyhledáváním **autoimunitních onemocnění štítné žlázy (AITD) v těhotenství** a požádali Vás o spolupráci.

Nejde o okrajový problém, AITD jsou v těhotenství častá. Nejčastější je chronická autoimunitní (Hashimotova) thyroditida, což je pomalu progredující zánět, který lze v počáteční fázi nejlépe odhalit podle přítomnosti pozitivních protilátek proti thyreoperoxidáze (TPO-Ab) a který postupně omezuje sekreci žlázy a po vyčerpání funkční rezervy vede k hypothyreóze. Podle rozsáhlé americké studie je prevalence pozitivních TPO-Ab **mezi ženami v reprodukčním věku asi 10-12%**, laboratorní známky omezené sekrece žlázy (zvýšený TSH, tedy subklinickou hypothyreózu) má asi 2-3% těhotných a klinická hypothyreóza postihuje asi 0.5% (1). Navíc se ukazuje, že vzhledem ke zvýšené potřebě hormonů štítné žlázy v těhotenství a dalším hormonálním změnám, je normální rozmezí TSH zejm. v prvním trimestru nutno nastavit níže, s horní mezí kolem 3.5 mIU/l (podle metody) a s optimem <2.5 mIU/l (2,3). Podle našich zkušeností z Česka je mezi těhotnými v prvním trimestru asi 5-10% žen s TSH >3.5 mIU/l a asi 15-25% s TSH >2.5 mIU/l; prevalence pozitivních TPO-Ab je asi 8-12% (3,4).

Již pozitivita TPO-Ab přináší těhotným zvýšená rizika: **asi 2-4x častější jsou spontánní potraty a předčasné porody (5-7)** a asi v 30-50% dojde k rozvoji poporodní thyroditidy (8,9). Ta může být klinicky nenápadná, ale jejím hlavním nebezpečím je progresse do trvalé hypothyreózy, která nepoznána může nepříznivě ovlivnit kvalitu života matky a její případné další těhotenství. Hypothyreóza matky (i subklinická) má vedle těchto rizik také **nežádoucí důsledky pro psychomotorický vývoj dítěte** (10,11). Některá tato rizika lze včasným zásahem omezit či odstranit. Např. podávání L-thyroxinu ženám s pozitivními TPO-Ab (ještě s normální funkcí žlázy, tedy s normálním TSH) odstranilo zvýšené riziko potratů a předčasných porodů (6) a je zřejmé, že včasná identifikace žen s rizikem poporodní thyroditidy (podle positivity TPO-Ab) povede k jejich pečlivějšímu sledování po porodu a

včasnému řešení porušené funkce. Metodicky obtížnější je průkaz možného ovlivnění inteligence potomstva, takže tam na závěry intervenčních studií teprve čekáme.

V endokrinologické i v gynekologické komunitě je shoda, že včasný záchyt AITD v těhotenství, tedy v prvním trimestru gravidity, optimálně do jejího devátého týdne, je pro matku i plod žádoucí (12-14). Diskuse se vedou kolem intenzity vyhledávání. Ukazuje se, že vyšetřujeme-li pouze těhotné se zvýšeným rizikem (např. s pozitivní osobní či rodinnou anamnézou, se strumou apod.), nutně nám unikne asi třetina až polovina žen s přesvědčivou thyreopatií, které si zasluhují včasnou léčbu (4,15).

Ženy jsou nyní v masmediích na možnost nepoznaného postižení štítné žlázy v graviditě upozorňovány a lze očekávat, že se na Vás budou s žádostí o vyšetření štítné žlázy v prvním trimestru gravidity obracet. S pojišťovnami jednáme o možnosti alespoň částečné úhrady tohoto vyšetření a výsledky našich jednání Vám ještě sdělíme. Domníváme se však, že pokud není zatím možné v gynekologické ambulanci vyšetření zajistit z platby pojišťoven, mohou si ženy vyšetření zaplatit, pokud o ně mají zájem. Ženy s abnormálními výsledky budou na základě vaší dohody s laboratoří přednostně vyšetřeny a endokrinologické ordinace mají od nás výzvu tyto nemocné neprodleně přijímat k další péči. V případě zvýšených hodnot TSH a při přítomnosti protilátek bude zahájena léčba L-thyroxinem za další laboratorní kontroly, s cílem TSH <2.5 mIU/l, a nemocné budou u endokrinologa dále sledovány. Významná bude též endokrinologická kontrola přibližně 2-3 měsíce po porodu kvůli případné nutnosti úpravy léčby po hormonálních a imunologických změnách po porodu a kvůli včasnému zachycení poporodní thyroditidy.

V Praze, dne 27.ledna 2011

Za výbor české endokrinologické společnosti

Doc. MUDr Zdena Límanová, CSc
členka výboru ČES ČLS JEP,
pověřená organizací screeningu thyreopatií v graviditě



Prof. MUDr Josef Marek, DrSc
předseda ČES ČLS JEP

Reference:

1. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, Braverman LE. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): NHANES III. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 489-499.
2. Mandel SJ, Spencer CA, Hollowell JG. Are detection and treatment of thyroid insufficiency in pregnancy feasible? Thyroid 2005; 15: 44-53.

3. Springer D, Zima T, Limanova Z. Reference intervals in evaluation of maternal thyroid function during the first trimester of pregnancy. *Eur J Endocrinol* 2009; 160: 791-797.
4. Horacek J, Spitalnikova S, Dlabalova B, Malirova E, Vizda J, Sviliias I, Cepkova J, McGrath C, Maly J. Universal screening detects two-times more thyroid disorders in early pregnancy than targeted high-risk case finding. *Eur J Endocrinol* 2010; 163: 645-650.
5. Stagnaro-Green A, Glinoe D. Thyroid autoimmunity and the risk of miscarriage. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004; 18: 167-181.
6. Negro R, Formoso G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effect on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 2587-2591.
7. Poppe K, Velkeniers B, Glinoe D. Thyroid disease and female reproduction. *Clin Endocrinol* 2007; 66: 309-321.
8. Muller AF, Drexhage HA, Berghout A. Postpartum thyroiditis and autoimmune thyroiditis in women of childbearing age: recent insights and consequences for antenatal and postnatal care. *Endocrine Rev* 2001; 22: 605-630.
9. Roti E, Uberti E. Post-partum thyroiditis - a clinical update. *Eur J Endocrinol* 2002; 146: 275-279.
10. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Knight GJ, Gagnon J, O'Heir CE, Mitchell ML, Hermos RJ, Waisbren SE, Faix JD, Klein RZ. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *New Engl J Med* 1999; 341: 549-555.
11. Pop VJ, Brouwers EP, Vader HL, Vulsma T, van Baar AL, de Vijlder JJ. Maternal hypothyroxinaemia during early pregnancy and subsequent child development: a 3-year follow-up study. *Clin Endocrinol* 2003; 59: 282-288.
12. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinoe D, Mandel SJ, Stagnaro-Green A. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: S1-S47.
13. Gaertner R. Thyroid diseases in pregnancy. *Current Opinion Obst Gynecol* 2009; 21: 501-507.
14. Alexander EK. Here's to you, baby! A step forward in support of universal screening of thyroid function during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 1575-1577.
15. Vaidya B, Anthony S, Bilous M, Shields B, Drury J, Hutchison S, Bilous R. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: universal screening or targeted high-risk case finding? *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 203-207.