

Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego

Tyreologia

opis przypadku 13



partner kursu:

MERCK

(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)

Opis przypadku

24-letnia kobieta zgłosił się do Poradni Endokrynologicznej. Pacjentka zgłosiła się ze skierowaniem od ginekologa z powodu podejrzenia nadczynności tarczycy.

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

W badaniu wykonanym tydzień temu:

TSH: $<0,001 \mu\text{U/ml}$ [0,27 — 4,20]



Opis przypadku

Ciąża I, tydzień 8. Ciąża rozwijała się dotychczas prawidłowo. Pacjentka jest pod stałą kontrolą ginekologiczną. Przed ciążą bez zaburzeń miesiączkowania, nie zgłaszała problemów z zajściem w ciążę.

Pacjentka nie choruje na żadne choroby przewlekłe. Leków na stałe nie pobiera poza przyjmowaniem preparatów wielowitaminowych dla kobiet ciężarnych, które w swoim składzie zawierają 150 mcg jodu.

W rodzinie u matki RZS, u siostry niedoczynność tarczycy w przebiegu autoimmunologicznego zapalenia tarczycy.

Opis przypadku

W badaniu przedmiotowym HR ok. 110/min, tachykardia. Osłuchowo nad sercem tony serca czyste, prawidłowo akcentowane. Temp. Ciała 36,9 st. C.

Tarczycyca w badaniu palpacyjnym powiększona, niebolesna, bez wyczuwalnych zmian guzkowych.

RR 130/90 mmHg



Co należy zrobić dalej?

- a) Rozpoznamy nadczynność tarczycy i natychmiast włączamy leczenie tyreostatykiem.
- b) Należy rozpoznać niedoczynność tarczycy włączyć leczenie L-tyroksyną i zalecić dalsze badania diagnostyczne.
- c) Należy zalecić dalszą diagnostykę obrazową i biochemiczną.
- d) Pacjentka nie wymaga monitorowania oraz leczenia.

Prawidłowa odpowiedź: C

Komentarz:

Ocena zaburzeń czynności tarczycy w czasie ciąży różni się istotnie w porównaniu z oceną czynności tarczycy u kobiet nie-ciężarnych, w szczególności w I trymestrze ciąży.

Podejmując decyzje o leczeniu nadczynności tarczycy w czasie ciąży, **należy ustalić, czy jest ona spowodowana chorobą Gravesa-Basedowa, wolem guzkowym nadczynnym czy też jest to tyreotoksykoza ciężarnych.**

Jakie badania byłoby najlepiej wykonać?

- a) Wystarczą badania laboratoryjne – fT3 i fT4. USG tarczycy nie jest przydatne.
- b) Należy wykonać USG tarczycy oraz ocenić stężenia wolnych hormonów - fT3 i fT4.
- c) Należy ocenić stężenie fT3, fT4 oraz w razie możliwości także poziom przeciwciał tarczycowych (TRAb, aTPO, aTg). Przydatnym jest wykonanie USG tarczycy.
- d) Pacjentka nie wymaga żadnych badań poza oceną stężenia fT4.

Prawidłowa odpowiedź: C

Komentarz:

U pacjentek z pierwotną nadczynnością tarczycy TSH jest poniżej dolnej granicy referencyjnej lub nierzadko nieoznaczalne. Natomiast celem **oceny nasilenia** zaburzenia oraz różnicowania zaburzeń jawnych od subklinicznych konieczna jest **ocena stężenia wolnych hormonów**.

Komentarz:

- **TRAb odgrywają główną rolę w diagnostyce różnicowej nadczynności tarczycy.** Nawet wobec istnienia zmian ogniskowych w tarczycy podwyższone stężenie TRAb wskazuje na chorobę Gravesa-Basedowa.
- W trakcie leczenia ocena miana TRAb jest przydatna, ponieważ spadek jest korzystnym prognostycznie czynnikiem odpowiedzi na farmakoterapię i wiąże się z mniejszym prawdopodobieństwem nawrotu choroby.
 - **W chorobie Gravesa- Basedowa często podwyższone są także stężenia aTPO oraz aTg.**
- Na chorobę Graves-Basedowa może wskazywać również charakterystyczny obraz w USG tarczycy.

Badania laboratoryjne

- Wykonano u pacjentki dodatkowe oznaczenia:

FT3: 8,05 pmol/l [3,90 — 6,70]

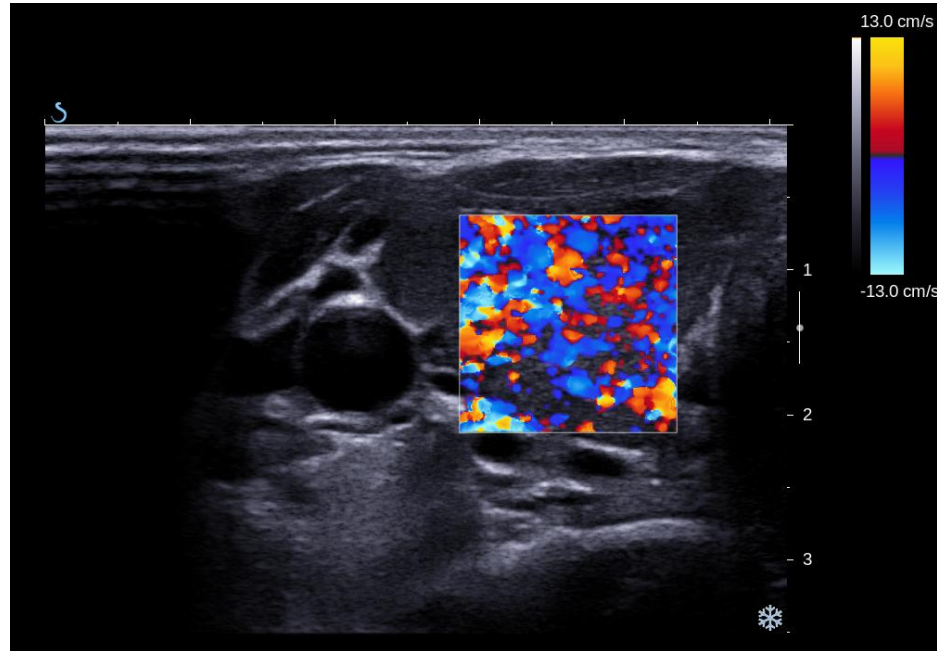
FT4: 46,78 pmol/l [11,5 — 21,0]

TRAb: 6,04 IU/l [< 2,00]

TPO: 52 IU/ml [< 34]

aTg: 56 IU/ml [10 — 115]

USG tarczycy



Widoczne powiększenie obu płatów. Echogenność obu płatów niejednorodna, obniżona. Widoczne liczne obszary hypoechogenne i pasma hyperechogenne.

Zwiększony przepływ naczyniowy w badaniu dopplerowskim.

Nie uwidoczniono zmian guzkowych.

Co dalej?

- a) Pacjentka powinna rozpocząć pobieranie tyreostatyku.
- b) Pacjentka powinna zgłosić się na kontrolę z aktualnym TSH, fT4 za ok. 4 tygodnie, natomiast leczenie nie jest potrzebne.
- c) Pacjentka powinna zgłosić się na kontrolę z aktualnym TSH, fT4 za ok. 2-3 miesiące, natomiast leczenie nie jest potrzebne.
- d) Wyniki są prawidłowe, dalsze monitorowanie oraz leczenie nie jest wymagane.

Prawidłowa odpowiedź: A

Komentarz:

W przypadku **objawowej jawnej nadczynności tarczycy w przebiegu choroby Graves-Basedowa** występującej w ciąży należy wdrożyć leczenie farmakologiczne.

Jak należy prowadzić leczenie?

- a) Należy rozpocząć leczenie tiamazolem, dążąc do uzyskania przede wszystkim normalizacji TSH.
- b) Należy rozpocząć leczenie propylotiouracylem, utrzymując stężenie fT4 na górnej granicy normy.
- c) Należy rozpocząć leczenie propylotiouracylem, dążąc do uzyskania przede wszystkim normalizacji TSH.
- d) Należy rozpocząć leczenie tiamazolem, utrzymując stężenie fT4 na górnej granicy normy.

Prawidłowa odpowiedź: B

Komentarz:

Jeśli konieczne jest leczenie farmakologiczne, to **w pierwszym trymestrze ciąży preferowany jest propylotiouracyl**, natomiast w drugim i trzecim tiamazol. Terapię należy prowadzić **możliwie najniższymi dawkami** leków, tak aby stężenia hormonów tarczycy pozostawały **w górnych wartościach referencyjnych dla kobiet ciężarnych** lub nieco powyżej, natomiast stężenie TSH nieco poniżej wartości referencyjnych.

Jak monitorować leczenie?

- a) Należy ocenić stan kliniczny oraz wykonać badanie TSH, fT4 po około 2-3 miesiącach.
- b) Należy ocenić stan kliniczny oraz wykonać badanie TSH, fT4 po około 2 tygodniach.
- c) Wystarczy ocenić poziom TSH za około 4 tygodnie.
- d) Wystarczy ocenić poziom TSH za około 2-3 miesiące.

Prawidłowa odpowiedź: B

Komentarz:

Stan pacjentki powinno się monitorować, **co 2 tygodnie** na początku leczenia, a **po uzyskaniu eutyreozy — co 2–4 tygodnie**.

Podsumowanie

- Częstość występowania nadczynności tarczycy w ciąży określa się na 0,1–0,4% (1% ciężarnych leczących się przed lub w czasie ciąży), z czego większość przypadków (85%) to pacjentki z chorobą Gravesa i Basedowa.
- Około 70% przypadków nadczynności tarczycy rozpoznanej w pierwszym trymestrze ciąży stanowi przejściowa tyreotoksykoza związana z tyreotropowymi właściwościami hCG

- Niespecyficzne objawy nadczynności tarczycy, takie jak tachykardia, nadmierna potliwość, wilgotna skóra, nerwowość, drzenie czy szmer skurczowy mogą występować w przebiegu fizjologicznej ciąży.
- Za nadczynnością tarczycy jako przyczyną dolegliwości może przemawiać proksymalna miopatia, tachykardia z czynnością komór powyżej 100/min, utrata masy ciała lub brak jej przyrostu pomimo braku wymiotów i dobrego apetytu.

- Celem leczenia nadczynności tarczycy w ciąży jest normalizacja stężenia wolnych hormonów tarczycy (utrzymywanie ich w górnej 1/3 przedziału normy) za pomocą możliwie jak najmniejszej dawki leku przeciwtarczycowego.
- Stan pacjentki powinno się monitorować co 2 tygodnie na początku leczenia, a po uzyskaniu eutyreozy — co 2–4 tygodnie.

- Przeciwwskazane jest jednoczesne stosowanie leku przeciwarczycowego oraz L-tyroksyny dla utrzymania prawidłowego stężenia hormonów tarczycowych u matki ze względu na duże ryzyko rozwoju niedoczynności tarczycy płodu (leki przeciwarczycowe znacznie łatwiej przechodzą przez łożysko niż preparaty L-tyroksyny).



- Należy unikać stosowania leków beta-adrenolitycznych w pierwszym trymestrze ciąży.
- Stosowanie propranololu pod koniec ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia u noworodka łagodnej hipoglikemii, bezdechu i bradykardii — objawy te zwykle ustępują w ciągu 48 godzin po porodzie.

- Początkowa dawka tyreostatyku zależy od stanu klinicznego i dla propyltiouracylu wynosi najczęściej 100–200 mg/d. w 3 dawkach podzielonych.
- Metimazol podaje się w dawce 10–20 mg/d. w 1–2 dawkach podzielonych.
- Obecnie postuluje się ograniczenie stosowania propyltiouracylu do I trymestru ciąży, a następnie w II i III trymestrze zamianę na metimazol.
- Uzasadnione wydaje się monitorowanie funkcji wątroby u pacjentek leczonych tyreostatykami.

Kontrola po 2 tygodniach

U pacjentki włączono leczenie preparatem propyltiouracylu w dawce 3x50 mg.

Po 2 tygodniach wykonano badania biochemiczne:

TSH: $<0,001 \mu\text{U/ml}$ [0,27 — 4,20]

FT4: 21,13 pmol/l [11,5 — 21,0]

