

Williams
15th
Edition
2025

Textbook of
آبستنی و تیروئید
Endocrinology
Shlomo Melmed, MBChB, MACP

From Chapter 10. Hyperthyroid Disorders

05

ترجمه:

دکتر محمدحسن هدایتی آمامی

دکتر البرز هدایتی آمامی

متخصص داخلی - غدد

تیرماه ۱۴۰۳

پرکاری تیروئید مراقبت از بیمار آبستن

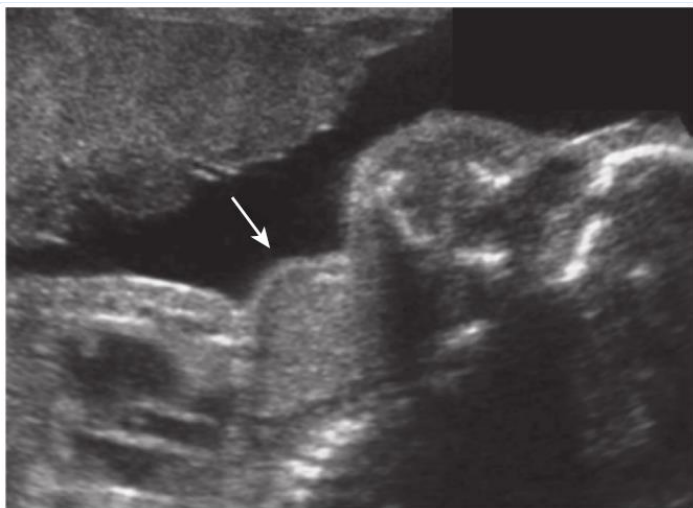
هدف درمان در زن آبستن مبتلاء به بیماری گریوز آن است که فرزندی بی‌عیب و نقص تحویل بدهیم. در نیمه دوم آبستنی، هم مادر مبتلا به بیماری گریوزی که تحت درمان نیست، هم جنین وی ممکن است تیروتوکسیک شوند، زیرا TSHrAb از جفت می‌گذرد و غده تیروئید جنین را تحریک می‌کند. داروهای ضد تیروئیدی که به مادر می‌دهید نیز از جفت عبور می‌کنند، بنابراین هیپر تیروئیدی هر دو نفر، هم مادر، هم جنین را درمان می‌کنند. منتهی تاثیر این داروی ضد تیروئید

بر جنین ممکن است بیشتر از مادر باشد، به عبارت دیگر در درمان پرکاری جنین ممکن است زیاده‌روی شود. بر همین اساس هدف درمان عبارتست از نگاه‌داشتن مادر در حالت هیپرتیروئیدی تحت بالینی، متناظر با همان وضعیت فیزیولوژی آبستنی طبیعی در سه ماه اول.^{۳۰۱، ۳۰۷، ۳۱۶}

با چنین کاری، کار تیروئید جنین هرچه کمتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد و سطح هورمون تیروئید نوزاد هم در بیشترین موارد، طبیعی می‌ماند.^{۳۱۷} سطح T4 آزاد سرم مادر را باید در حد فوقانی طبیعی یا اندکی بالاتر از آن نگاه‌داشت و نباید سعی کرد که غلظت TSH سرم را بالا بیاورید و به حدود طبیعی برسانید.

در واقع اگر در دوران درمان، سطح TSH طبیعی باشد یا سرکوب نشده باشد، از مواردی است که جایز است دوز دارو را کم کنید.^{۳۱۸} وضعیت بالینی بیمار از نشانه‌های پراهمیتی است برای شروع درمان یا افزودن بر دوز دارو. تکیکاردی متوسط از پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن نسبت به افزایش متابولیسم در دوران آبستنی است، و ضربان قلب ۹۰ الی ۱۰۰ در دقیقه را هم مادر خوب تحمل می‌کند، بی‌آن که در زمان زایمان، شواهدی از عدم جبران میوکارد بروز بدهد. باید در مد نظر داشت که بیماری گریوز به‌طور طبیعی در سه ماهه آخر

آبستنی فروکش می کند و تا زمان فرارسیدن زایمان باید بارها تلاش کنید، یا دوز دارو را کم، یا اصلا مصرف آن را قطع کنید، تا از گواتر ناشی از TSH در جنین/نوزاد که موجب آسفیکسی خواهد شد، اجتناب شود، و پلی هیدرآمیوس و کم کاری تیروئید جنین بروز نکند (شکل ۱۰-۱۷)^{۳۱۹}. سطح TSH و سطح T4 آزاد / توتال را باید هر ماه یکبار یا چندبار اندازه گرفت تا از زیاده روی ناقابل در درمان پرهیز شود و هدف نباید به سطح طبیعی رساندن آن ها باشد.



شکل ۱۰-۱۷- نمای ساژیتال جنین در هفته ۲۳/۹ آبستنی که گواتری بزرگ (پیکان) را نشان می دهد و مانع خم شدن سر به جلو شده است

Mayor-Lynn KA, Rohrs JH III, Cruz AC, et al. Antenatal diagnosis and treatment of a dysmorphogenetic fetal goiter. *J Ultrasound Med.* 2009;28:67-71.)

در درمان پرکاری تیروئید در زنان آبستن، کلاً برنامه مهار-جانشینی جایگاهی ندارد، زیرا تیونامیدها به راحتی از جفت می‌گذرند و لووتیروکسین تجویزی به مادر، از جفت عبور نمی‌کند، لذا جنین ممکن است دچار کم‌کاری تیروئید و گواتر شود. البته یک استثناء فوق‌العاده نادر وجود دارد: زنان آبستنی هستند که قبلاً غده تیروئیدشان نابود شده است، ولی همچنان TSHRabها را تولید می‌کنند، و سطح بالائی از آن را در خون خود دارند و رسیدن همین آنتی‌بادی‌ها به جنین، باعث پرکاری تیروئید فقط در جنین می‌شود.

تدابیر درمان تمام زنان آبستن که دچار درجات قابل ملاحظه بیماری گریوز هستند باید با همکاری نزدیک با متخصص مامائی/زنان انجام بگیرد؛ این متخصص مامائی/زنان باید در استفاده از تکنیک‌های مدرنی صاحب تجربه باشد که در داخل رحم بر اختلال کار تیروئید جنین نظارت می‌کند. در شرایط عادی با این تکنیک‌ها باید بتوانند بر ضربان قلب جنین نظارت کنند، با سونوگرافی میزان رشد جنین را بررسی کنند، و متوجه گواتر بشوند.

علت گواتر در جنین دو چیز است: عبور TSHRabهای تحریک کننده مادر از جفت (که خیلی نادر است)، و داروهای ضد تیروئیدی که برای درمان پرکاری تیروئید به مادر داده

میشود و از جفت می گذرند. گاهی برای بررسی کار تیروئید جنین، نمونه برداری از خون بندناف اقدامی است مناسب.

چندبار می باید جنین را مونیاتور کرد؟ برمبنای شدت هیپرتیروئیدی فعلی، که نشانه قدرت TRAb موجود است و همچنین از روی افزایش سطح TRAb خون مادر در زنی که قبلا به خاطر بیماری گریوز تحت درمان بوده است. از روی نتایج این دو بررسی، دفعات مونیاتورینگ جنین را تعیین می کنند. اخیرا در یک مرور سیستماتیک دریافتند که اگر سطح TRAb، $3/7$ برابر مرز فوقانی طبیعی باشد، می تواند با تیروتوکسیکوز جنینی همراه باشد.^{۳۲۰} این یافته مطابق دستورالعمل انجمن تیروئید آمریکا (ATA) است که توصیه می کند هرگاه در هر زمان از دوران آبستنی، سطح TSHRab خون مادر از سه برابر مرز فوقانی طبیعی بالاتر بود، جنین را مونیاتور بکنید.^{۲۶۹}

یدور و بتا بلوکرها

معلوم است که در دوران آبستنی درمان با ید رادیوآکتیو ممنوع است، لیکن پس از استفاده از دوزهای تشخیصی ید^{۱۳۳}، هیچ آسیبی مشاهده نشده است.

خود یدور هم به عنوان دارو، نباید بیش از ۲-۳ هفته به زن آبستن داده شود، زیرا به راحتی از جفت می گذرد،

ممکن است جنین را دچار گواتر کند و باعث انسداد راه هوایی نوزاد شود. تجویز مقدارزیادی یدور در اواخر آبستنی به زنان ممنوع است، ولی در اوایل آبستنی در مواقع اورژانس می توان از آن استفاده کرد.

در مورد تجویز بتابلوکرها، پروپرانولول یا ترکیبات دیگر، به زنان آبستن مبتلاء به پرکاری تیروئید، اختلاف نظر وجود دارد. عده‌ای می گویند می تواند باعث تاخیر رشد جنین، تاخیر رشد و نمو ریه، و هیپوگلیسمی یا خمودگی نوزاد شود. لیکن مطالعات بزرگ حکایت از آن دارد که می توان آن را به مدتی کوتاه و با دوزهای کم به زنان آبستن داد، بی آنکه مسبب خطری باشد. ^{۳۲۱-۳۲۳}

جراحی

عمل جراحی تیروئید در سه ماهه اول و سوم، اقدام شایسته‌ای نیست، زیرا در سه ماهه اول، باعث سقط، و در سه ماهه آخر، باعث زایمان زودرس می شود. عمل جراحی در سه ماهه دوم، قرین موفقیت است، ولی باید آن دستور کلی را رعایت کرد که در دوران آبستنی حتی الامکان از انجام هرگونه جراحی بزرگ، مخصوصا تیروئیدکتومی توتال برای بیماری گریوز، خودداری کنید. با این حال اگر دوز داروی ضد تیروئیدی که ناگزیر به زن آبستن می دهید خیلی زیاد باشد یا

وضعیت مادر به گونه‌ای است که تجویز داروی ضد تیروئید امکان ندارد، چاره‌ای جزء اقدام به تیروئیدکتومی نیست.

برای آماده‌کردن بیماری که گواتر بزرگ و پرعروق دارد می‌توان به مدت ۷ الی ۱۰ روز یدور داد. به نکته مهمی باید توجه کنید. عمل جراحی تیروئید، پرکاری تیروئید مادر را معالجه می‌کند، لیکن بلافاصله TRAb ناپدید نمی‌شود. بنابراین تیروئید جنین ممکن است همچنان تحت تحریک بماند و قطع داروهای ضد تیروئیدی که مادر می‌خورده است، ممکن است مخصوصا اگر سطح TSHRab مادر زیاد باشد، موجب هیپرتیروئیدی جنین شود.^{۳۲۴}

عواقب زیاده‌روی در درمان

کم‌کاری تیروئید مادر بر رشد و نمو مغز جنین تاثیر دارد و متعاقب آن ضریب هوشی کودکانی که از مادر دچار هیپوتیروئیدی به دنیا می‌آیند، کاهش می‌یابد.

نیازی به تکرار نیست که زیاده‌روی در درمان با داروهای ضد تیروئید در زنان آبستن هم، همین عواقب را دارد. مدارک قابل ملاحظه‌ای در دست است که در گذشته در درمان بسیاری از زنان مبتلاء به بیماری گریوز، از منظر توجه به جنین، زیاده‌روی می‌شده است. دلیل آن اینست که سطح TSH

سرم نوزادان در آزمون‌های بیماریابی دوره نوزادی، به‌طور موقت بالا بوده است.^{۳۲۵} این هم دلیل دیگری است که باید قبول کنیم به جای آن که مادران مبتلا به بیماری گریوز را کمی هیپوتیروئید بکنیم، آنان را کمی هیپرتیروئید نگه داریم.