

מחלות בלוטת התריס בהריון

נשים רבות חוות בעיה בתפקוד בלוטת התריס במהלך הריון, לעיתים מדובר בממצא חסר משמעות, אך לעיתים מדובר בממצא הדורש התערבות רפואית.

בואו נעשה קצת סדר:

1. נשים שסובלות מתת פעילות בלוטת התריס טרם ההריון ומטופלות או לא מטופלות תרופתית (אלטרוקסין, יוטירוקס או סינטרואיד):

בתחילת ההריון, ממש בעת קבלת בדיקת הריון חיובית, ישנה עליה ברמת ה TSH בנשים שכבר מטופלות תרופתית, או בנשים שהיו להם ערכים גבוליים לפני ההריון.

הדבר דורש התערבות מיידית – העלאת מינון התרופה או התחלתה בנשים שטרם טופלו, במטרה להגיע במהירות לערך TSH מתחת ל $2.5 \mu\text{I}$

הסיבה היא, שערכים מעל 2.5 נקשרו לסיבוכים וירידה במנת המשכל של העובר. כאשר מעלים מיד את המינון במהירות לא סביר שייגרם נזק כלשהו לעובר.

הטיפול התרופתי בטוח לשימוש בהריון בכל שלביו ובהנקה.

נשים שמטופלות בתרופה לתת פעילות, נדרשות להוריד לאחר הלידה את מינון התרופה למינון שטרם ההריון.

2. יתר פעילות בלוטת התריס בהריון צעיר:

כאשר בבדיקות הדם שנלקחות בשליש הראשון להריון, מתקבלת תמונה של יתר פעילות בלוטת התריס – עליה ברמת ההורמונים t_3 t_4 וירידה ברמת ה TSH

הדבר נפוץ בעיקר בהריונות מרובי עוברים ובנשים שמקייאות הרבה, אך ייתכן בכל הריון צעיר.

במרבית המקרים מדובר בממצא חסר משמעות קלינית, שנעלם מעצמו לקראת התחלת שלישי הריון.

במיעוט המקרים, מדובר בסימן הראשון ליתר פעילות בלוטת תריס (למשל על רקע מחלת גרייבס) ואז, יש צורך בטיפול תרופתי במהלך ההריון ולאחריו.

הטיפול התרופתי הוא בתרופות propyl או mercaptizol במינון יחסית נמוך, שלא גורם נזק לעובר.

לעיתים, לאחר הלידה ותום תקופת ההנקה, הרופא ימליץ לך על טיפול בIOD רדיואקטיבי.

3. יתר פעילות בלוטת התריס שקיימת לפני הריון:

מדובר בעיקר בנשים עם מחלת גרייבס Graves שמתכננות הריון. חשוב להגיע מאוזנות להריון, שכן יתר פעילות בלוטת התריס בשליש הראשון, עלולה לגרום להפלות מוקדמות.

4. גידולים בבלוטת התריס

מדובר בממצא מאד שכיח. מרבית הגידולים מתגלים במישוש או בבדיקת אולטרסאונד והם שפירים..

גידול שפיר דורש מעקב בלבד

גידול ממאיר דורש כריתה של בלוטת התריס וטיפול משלים ביוד רדיואקטיבי, ולרוב, עקב קצב הגדילה האיטי שלהם ושכיחות נמוכה של שליחת גרורות, ניתן להמתין עם הניתוח לאחר הלידה.

טיפול ביוד רדיואקטיבי אסור בהריון ובתקופת ההנקה.

בדיקת אולטרסאונד היא בדיקה בטוחה לחלוטין בתקופת ההריון ואינה כרוכה בקרינה.

5. דלקת בלוטת התריס לאחר לידה postpartum thyroiditis

ממצא שכיח שמופיע 1-4 חודשים לאחר הלידה. מתבטא ביתר פעילות בלוטת התריס שלעיתים קרובות אינה גורמת לתסמינים אלא מתגלה במקרה, בהמשך (מספר שבועות) מתפתחת תת פעילות בלוטת התריס, ולאחריה החלמה מלאה.

במיעוט המקרים, אין החלמה מלאה והאישה נשארת עם תת פעילות בלוטת תריס ברמה זו או אחרת.

התופעה אינה דורשת טיפול תרופתי, לא גורמת נזק לאם או לעובר (מותר להמשיך להניק) וחולפת כאמור מעצמה.

ניתן לאבחן אותה במיפוי בלוטת התריס שניתן לבצע גם אצל נשים מניקות (בהפסקת הנקה ל 24-48 שעות), אך לא חובה לבצע את המיפוי על מנת להגיע לאבחנה.

נשים המטופלות בתרופה לתת פעילות, ולוקות בדלקת של בלוטת התריס, נדרשות בד"כ להפסיק את התרופה לכמה שבועות, עד שהמצב מתייבב.

6. טיפולי פוריות:

יש נשים, שבמהלך טיפולי פוריות, יש אצלן עלייה ברמת ה TSH, כתוצאה מהטיפול ההורמונלי.

בנשים אלו, מומלץ טיפול תרופתי כדי להביא את ה TSH לערך המומלץ לפני הריון – לא יותר מ $2.5 \mu\text{I}$

גם נשים אצלן ישנם ערכי TSH מעט מוגברים טרם ההריון (מעל 2.5) מומלץ שייטלו טיפול תרופתי לקראת הריון, כדי להתחיל אותו בערכים נמוכים יותר של TSH

לגבי נשים עם TSH תקין, אך בנוכחות רמה גבוהה של נוגדנים כנגד בלוטת התריס TPO Ab's שאולי מעלה את הסיכון להפלות מוקדמות, ן דעות הרופאים חלוקות לגבי הצורך במתן טיפול תרופתי. –