Anexa 3. Informaţie pentru pacient

Acest ghid includei informaţii despre asistenţa medicală şi tratamentul persoanelor cu hipotiroidie în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova, şi este destinat pacienţilor cu hipotiroidie, familiilor acestora, părinţilor şi persoanelor de îngrijire, celor care doresc să cunoască mai multe informaţii despre această afecţiune.

Ghidul vă va ajuta să înţelegeţi mai bine opţiunile de îngrijire şi de tratament al hipotiroidiei, în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea în detalii a maladiei, analizele şi tratamentul necesar. Despre acestea vă vor informa medicul de familie şi/sau asistenta medicală. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoştinţelor necesare în administrarea unui tratament. Sunt prezentate, şi surse suplimentare de informaţii.

Ce este glanda tiroidă?

Glanda tiroidă este o glandă endocrină, în formă de fluture, localizată la baza gîtului, anterior laringelui. Ea produce liotironina (T_3) şi tiroxina (T_4), care reglează energia organismului (aceasta uneori se numeşte metabolism), controlează temperatura corpului, influenţează ritmul cardiac şi calcitonina, un hormon care reglează cantitatea de calciu în organism.
Funcţia tiroidei este controlată de alta glandă endocrină – hipofiza – localizată în creier. Hipofiza produce hormonul de stimulare a tiroidei (TSH), care stimulează tiroida să producă T_3 şi T_4. Secreţia de TSH depinde de nivelul de T_4 şi de T_3 din sînge.

Ce este hipotiroidia?

Hipotiroidia este starea în care glanda tiroidă este „inactivă”. Persoanele cu hipotiroidie au o concentraţie mică a hormonilor tiroidieni în sînge. Deoarece celulele sunt lipsite de hormoni, toate procesele din organism se vor desfăşura lent (de exemplu, mişcările şi vorbirea vor fi lente, apare constipaţia, pielea este uscată).
Cea mai des întîlnită este boala tiroidiană. Apare mai frecvent la femei, în special, la persoanele vîrstnice. Hipotiroidia poate afecta mai mulţi membri ai unei familii, fiind necesară examinarea periodică a acestora. Se înregistrează şi la copii, dar mai rar.

Cum veţi recunoaşte hipotiroidia?

Veţi suspecta hipotiroidia, dacă sunt prezente semnele următoare:

- ✓ oboseală, astenie dimineaţa la trezire, necesitate crescută de somn, somnolenţă ziua;
- ✓ senzaţie de frig (chiar la temperaturi înalte);
- ✓ piele uscată;
- ✓ piele palidă, galbenă sau cu tentă portocalie (cauzată de creşterea pigmentului caroten);
- ✓ păr uscat, fragil, aspru, căderea părului;
- ✓ pierderea poftei de mîncare;
- ✓ creştere moderată în greutate şi dificultate de slăbire (hipotiroidia nu cauzează obezitate);
- ✓ scăderea memoriei, gîndire lentă;
- ✓ sforăit;
- ✓ crampe musculare şi dureri ale articulaţiilor;
- ✓ parestezii ale mîinilor şi ale picioarelor (senzaţie de furnicături);
- ✓ constipaţie;
- ✓ edemaţierea (umflarea) feţei, în special în zona ochilor, a mîinilor, gleznelor, picioarelor (din cauza reţinerii lichidului);
- ✓ ciclu menstrual neregulat;
- ✓ senzaţie de iritabilitate;
- ✓ depresie sau stare de nepăsare;

- ✓ voce răguşită;
- ✓ apariţia guşii (cauzată de mărirea glandei tiroide);
- ✓ puls rar;
- ✓ creşterea colesterolului în sînge;

În hipotiroidie sunt afectate toate organele şi sistemele, manifestările putînd fi de la uşoare pînă la grave. Dar nici unul dintre semne nu este caracteristic bolii. Astfel, hipotiroidia poate lua masca altor boli, întîrziind diagnosticarea la timp.
Deoarece simptomele sunt foarte variabile, doar determinarea TSH-lui va stabili diagnosticul.

Care sunt cauzele hipotiroidiei?

Tiroidita autoimună este cea mai frecventă cauză a hipotiroidiei. Este o boală în care sistemul imun atacă accidental glanda tiroidă, afectînd capacitatea ei de a produce hormoni. Tiroidita autoimună apare mai des la femei decît la bărbaţi. La femei mai des debutează în timpul sarcinii, după naştere, în perioada menopauzei. De reţinut: nu întotdeauna prezenţa anticorpilor antitiroidieni se asociază cu hipotiroidia.

Intervenţii chirurgicale pe tiroidă cu înlăturarea în totalitate sau a unui lob tiroidian. Persoanele cu noduli tiroidieni, cancer tiroidian, boală Graves uneori necesită tratament chirurgical. Dacă este înlăturată toată glanda tiroidă se instalează hipotiroidia. Dacă se înlătură doar o parte, ţesutul tiroidian rămas poate:

- funcţiona cu menţinerea nivelului normal de hormoni tiroidieni necesari pentru viaţă;
- să nu mai producă niciodată suficienţi hormoni;
- iniţial produce o cantitate suficientă de hormoni, dar mai tîrziu este necesară administrarea hormonilor.

*Radioterapia***.** Persoanele cu boala Graves, guşă nodulară sau cu cancer tiroidian fac tratament cu iod radioactiv. De asemenea, persoanele cu limfom, cancer al regiunii gîtului sunt tratate prin radioterapie; La aceştea ţesutul tiroidian fiind distrus.

Hipotiroidia congenitală **(**hipotiroidia la nou-născuţi). Un număr foarte mic de copii se naşte fără tiroidă sau doar cu o parte a tiroidei sau cu o localizare anormală (tiroida ectopică). La unii copii celulele tiroidiene nu funcţionează. Aceşti noi-născuţi pot avea hipotiroidie.

Medicamentele ca Amiodarona, săruri de Litiu, Interferonul-α pot afecta glanda tiroidă (în special, la persoanele cu predispunere genetică la boli autoimune).

Deficitul sau excesul de iod. Pentru producţia hormonilor glanda tiroidă necesită iod, care provine din alimente, sare iodată. Deficitul de iod poate fi o cauză de hipotiroidie. Dar şi consumul de iod în exces (suplimente cu iod, expectorante, Amiodaronă) poate determina hipotiroidia.

Afecţiuni ale hipofizei. Hipofiza controlează funcţia tiroidei. Dacă hipofiza este afectată de tumori, radioterapie, intervenţii chirurgicale nu va mai stimula glanda tiroidă. Tiroida nu va produce hormoni.

Care sunt persoanele cu risc crescut în dezvoltarea hipotiroidiei?

Hipotiroidia poate afecta orice vîrstă, rasă; apare la ambele sexe. Deoarece cea mai frecventă cauză a hipotiroidiei sunt bolile autoimune, factorii de risc pentru hipotiroidie sunt:

- ✓ istoricul familial de boli autoimune (diabet zaharat de tipul 1, vitiligo, insuficienţă corticosuprarenaliană, anemie pernicioasă, artrită reumatoidă);
- ✓ vîrstnicii;
- ✓ femeile;
- ✓ prezenţa altor boli autoimune;
- ✓ sindromul Down sau sindromul Turner;
- ✓ afecţiunile depresive;

De asemenea se va ţine cont şi de:

- ✓ femei în perioada sarcinii;
- ✓ femei în perioada *post partum*;
- ✓ femei în perioada menopauzei;
- ✓ persoane cu colesterol crescut;
- ✓ persoane cu boli tiroidiene în antecedente;
- ✓ persoane cu intervenţii chirurgicale sau cu radioterapie în regiunea gîtului.

Poate fi prevenită apariţia hipotiroidiei?

În zonele cu deficit de iod, preparatele de iod administrate suplimentar pot preveni hipotiroidia. Metoda ideală de prevenire şi, mai ales, evitarea evoluţiei severe este diagnosticul precoce prin dozarea TSH-lui la: nou-născuţi, femei însărcinate şi persoane din grupurile cu risc crescut.

Cum se stabileşte diagnosticul de hipotiroidie?

La stabilirea diagnosticului de hipotiroidie se va ţine cont de:

- simptome, anamneza personală şi heredocolaterală, factori de risc;
- examenul fizic;
- determinarea TSH-lui şi a fT_4 plasmatic.

- *Tablou clinic*. Manifestările clinice din hipotiroidie nu sunt specifice acesteia, fiind prezente şi în alte boli. Purtînd masca altor boli, persoana afectată se va adresa la ginecolog (din cauza tulburărilor menstruale), la psihiatru (depresie), la dermatolog (modificări ale pielii). Diagnosticul se va stabili tardiv şi, din cauza debutului, lent.

- *Istoric medical personal și heredocolateral.* Veţi informa medicul despre:
  - ✓ manifestările (problemele de sănătate) nou apărute;
  - ✓ intervenţiile chirurgicale pe tiroidă (dacă aţi suportat);
  - ✓ radioterapie în regiunea gîtului (dacă aţi suportat);
  - ✓ administrarea medicamentelor care pot cauza hipotiroidie: Amiodaronă, săruri de Litiu, Interferon-α;
  - ✓ membri ai familiei care suferă de boli tiroidiene, boli autoimune ca diabetul zaharat, insuficienţă corticosuprarenaliană ş.a.

- *Examenul fizic*. Medicul vă va examina acordînd atenţie palpării glandei tiroide, modificărilor pielii, prezenţei edemelor, modificărilor pulsului, tensiunii arteriale, încetinirii reflexelor.

- *Analizele de sînge*

TSH-ul este cel mai important şi mai sensibil test în diagnosticul hipotiroidiei. Determinarea TSH-lui se realizează printr-o simplă analiză a sîngelui şi apreciază cantitatea de T_4 produsă de glanda tiroidă. TSH-ul crescut este un semnal pentru glanda tiroidă de a produce o cantitate mai mare de T_4, deoarece în sînge acesta este insuficient.

Ce este TSH-ul?

Glanda tiroidă trebuie să cunoască ce cantitate de hormoni trebuie să producă. Această informaţie o recepţionează de la hipofiză. Acest sistem funcţionează prin „conexiune inversă”: celule hipofizare speciale menţin nivelul normal al T_4. Celulele hipofizare controlează tiroida printr-un hormon – TSH (hormon tireostimulator). Dacă nivelul T_4 este scăzut, hipofiza va produce mai mult TSH pentru a stimula tiroida. Cu cît mai mic va fi T_4, cu atît mai înalt va fi TSH-ul.
În majoritatea laboratoarelor valoarea normală a TSH-lui este de 0,4–4,0 mU/l. Dacă TSH-ul este peste 4,0 mU/l sau mai mare atît la prima analiză, cît şi repetat, probabil aveţi hipotiroidie. Majoritatea persoanelor cu o tiroidă normală au TSH-ul între 0,4 şi 2,5 mU/l. Dacă aveţi TSH-ul peste 2,5 mU/l, medicul trebuie să dozeze anticorpii anti-TPO. Dacă anti-TPO vor fi pozitivi, sistemul imun poate afecta glanda tiroidă cu risc de dezvoltare a hipotiroidiei. Trebuie să repetaţi TSH-ul cel puţin o dată pe an. Nu este necesar să repetaţi şi anti-TPO.
Reţineţi: dacă T_4 scade, TSH-ul va creşte. Dacă T_4 creşte, TSH-ul va scade.
Există o singură excepţie. Dacă hipofiza nu funcţionează, nu mai este capabilă să producă TSH. Tiroida, în această situaţie poate fi normală, dar dacă nu recepţionează stimulii de la hipofiză, nu mai produce T_4. Această afecţiune se numeşte hipotiroidie secundară şi, din fericire, este rară.

T_4. Cea mai mare cantitate a T_4 din sînge este ataşat de proteine transportoare. T_4 „legat” este inactiv (nu acţionează la nivel celular). Doar 1-2% din T_4 plasmatic este liber (fT_4 – „nelegat” de proteine) şi poate acţiona la nivel celular. fT_4 este cel mai simplu test de determinare a cantităţii de T_4 liber în sînge.

Cum se tratează hipotiroidia?

Hipotiroidia nu se vindecă. Dar prin tratament zilnic, permanent hipotiroidia poate fi controlată la majoritatea pacienţilor. Tratamentul se realizează prin substituţia (înlocuirea) hormonilor pe care tiroida proprie nu-i mai produce. Astfel, dacă tiroida nu funcţionează, înlocuirea T_4 va restabili funcţia normală a organismului. Comprimatele de Tiroxină sintetică (numită Levotiroxină) conţin hormonul T_4, identic cu cel produs de glanda tiroidă.

Pacienţii cu hipotiroidie, exceptînd pe cei cu hipotiroidie severă (mixedem), nu necesită spitalizare.

Majoritatea pacienţilor pot fi trataţi şi monitorizaţi de către medicul de familie. Dar unii pacienţi necesită supravegherea endocrinologului:
- ✓ hipotiroidie congenitală sau altă cauză rară de hipotiroidie;
- ✓ sindrom poliglandular autoimun (hipotiroidie autoimună asociat cu alte boli autoimune – diabet zaharat de tipul 1, boala Addison, insuficienţă ovariană);
- ✓ alte boli ca epilepsia, afecţiunile cardiace, care pot influenţa tratamentul hipotiroidiei;
- ✓ dificultăţi în selectarea dozelor de Levotiroxină;

Dacă vi s-a stabilit diagnosticul de hipotiroidie, medicul trebuie să iniţieze tratamentul cu hormoni tiroidieni şi se va baza pe:
- greutatea corporală (cu cît greutatea este mai mare, cu atît doza de Levotiroxină creşte);
- vîrstă – la vîrstnici doza de iniţiere va fi mică, cu o majorare treptată;
- cauza hipotiroidiei. Tratamentul de substituţie va fi administrat în cazul hipotiroidiei după intervenţii chirurgicale şi tiroidită autoimună. Dacă tiroida a fost înlăturată, veţi necesita doze mari de Levotiroxină. Dacă etiologia este de natură autoimună, probabil tiroida mai produce

hormoni proprii, dozele necesare fiind mici. Dacă aveţi noduli tiroidieni, trebuie administrate doze foarte mari, pentru a menţine TSH-ul în jurul valorii 0 (tratament supresiv), pentru a preveni recidivele;

- boli asociate: dacă cunoaşteţi faptul că sunteţi afectat de boala celiacă sau de boala Crohn, dozele trebuie să fie mari (deoarece absorbţia intestinală este scăzută). Dacă aveţi o boală cardiacă, veţi iniţia tratamentul cu doze mici cu majorare treptată;
- alte medicamente administrate: contraceptive, Sertralină, Carbamazepină, Fenobarbital, preparate de fier, de calciu, hipolipemiante – sunt necesare doze mai mari de Levotiroxină. Dacă luaţi Testosteron sau Acid nicotinic, aveţi nevoie de doze mici.

Doza iniţială, probabil mai tîrziu, se va schimba – nu din cauza agravării bolii, ci pentru că doza iniţială stabilită de medicul dumneavoastră a fost mică pentru a nu vă provoca o hipertiroidie (cu irascibilitate, palpitaţii, tremor). Medicul va creşte doza treptat, cu precauţie.

Levotiroxina este un hormon cu o acţiune lentă. Efectul tratamentului îl veţi observa la cîteva săptămîni de la iniţierea terapiei. După aproximativ 6–10 săptămîni veţi doza TSH-ul. Dacă persistă simptomele şi TSH-ul se menţine înalt, sub supravegherea medicului veţi majora doza. Doza poate fi schimbată din nou la 6 săptămîni, dar numai după dozarea TSH-lui.

Este nevoie de un timp îndelungat pentru a stabili doza necesară. Fiecare pacient răspunde diferit la substituţia cu Levotiroxină. Este posibil să fie necesară o doză mai mare versus doza altui pacient care are aceeaşi valoare a TSH ca şi dvs. Doza stabilită va trebui administrată mulţi ani.

Reguli generale utile privind tratamentul cu preparate tiroidiene:

- Doza de Levotiroxină este individuală. Parametrul de orientare în stabilirea dozelor este TSH-ul plasmatic. Pentru a şti dacă doza administrată este suficientă, este necesară dozarea regulată a TSH. Mici modificări ale dozei pot determina manifestări severe.
- Majorarea dozelor de Levotiroxină se va realiza sub controlul TSH-lui.
- Hormonii tiroidieni se vor administra zilnic (fără întrerupere), dimineaţa, cu 30–40 de minute înainte de dejun (alimentele întîrzie absorbţia), într-o singură priză (chiar dacă doza este mare), la aceeaşi oră. Tiroxina nu este un antibiotic pe care îl administraţi cîteva zile. Tiroxina înlocuieşte hormonii care vă lipsesc. Pentru a controla hipotiroidia trebuie să administraţi permanent comprimatele. În caz contrar vor reapare simptomele.
- Dacă administraţi şi alte medicamente, informaţi medicul (de exemplu calciul nu se va administra concomitent, ci seara, deoarece scade absorbţia Levotiroxinei). Între administrarea Levotiroxinei şi a altor medicamente ca preparate de fier, calciu, antiacide ce conţin calciu sau aluminiu, sucralfat este necesar un interval de 4 ore.
- Pentru copii, puteţi mărunţi comprimatul sau o puteţi amesteca cu puţină apă sau lapte şi imediat se va administra. (Nu amestecaţi comprimatele cu laptele în biberon; nu se vor dizolva sau se vor sedimenta). Verificaţi, dacă copilul a luat comprimatul.
- Administraţi permanent preparatul (Levotiroxină) de la acelaşi producător. Toate preparatele comerciale conţin aceeaşi substanţă activă (T_4 – Tiroxină), dar totuşi există mici diferenţe, care influenţează absorbţia în organism. Dacă se va trece de la un preparat comercial la altul, chiar menţinînd aceeaşi doză, trebuie să verificaţi TSH-ul la 6 şi la 12 săptămîni. În general, se recomandă să administraţi acelaşi preparat (de la un singur producător).
- Dacă nu aţi administrat un comprimat, nu măriţi doza în ziua următoare – administraţi comprimatele în regim obişnuit. Levotiroxina rămîne în sînge timp îndelungat, astfel omiterea unui comprimat nu va influenţa negativ sănătatea. Dacă însă nu aţi administrat comprimatele mai mult timp (de exemplu, o săptămînă), nu compensaţi prin administrarea unei doze mari într-o singură priză, ci luaţi doza obişnuită zilnică. Totuşi evitaţi astfel de situaţii.

- Nu întrerupeţi tratamentul înainte de a discuta cu medicul. Verificaţi periodic TSH-ul, chiar dacă vă simţiţi bine.
- Informaţi medicul despre semnele nou apărute sau despre medicamentele administrate concomitent.

Reacţii adverse posibile. Preparatele hormonale tiroidiene sunt lipsite de efecte adverse. Dar manifestări adverse pot apare dacă dozele sunt insuficiente sau se supradozează.
Dozele mici agravează sau menţin hipotiroidia. Supradozarea (dozele excesive) determină tireotoxicoză medicamentoasă. Semne de supradozare sunt: palpitaţii, scădere în greutate, tremor, oboseală, insomnie, irascibilitate, intoleranţa temperaturilor înalte. Dacă pe parcursul tratamentului apar simptome noi, adresaţi-vă medicului pentru a exclude o eventuală boală asociată. Dozaţi TSH-ul – dacă este sub limita normală, micşoraţi doza de Levotiroxină.
Persoanele care administrează doze foarte mari de Levotiroxină au un risc crescut de dezvoltare a osteoporozei. Este necesar de administrat suplimentar preparate de calciu şi de efectuat osteodensitometria dacă apar simptome de afectare osoasă.

Tratamentul naturist. Hipotiroidia în majoritatea cazurilor este permanentă. Administrarea preparatelor de iod, seleniu şi de alte suplimente nutritive sau fitoterapice sunt ineficiente. Dacă tiroida nu funcţionează, nici iodul, nici orice altă substanţă nu va înlocui hormonii necesari. Iar dozele mari de iod pot chiar agrava hipotiroidia. Evitaţi administrarea acestor remedii, care nu numai că sunt inutile, dar vă pot şi înrăutăţi starea. Nu uitaţi că hormonii tiroidieni sunt cei de care aveţi nevoie.

Monitorizare în timp

- *Repetaţi analizele de sînge.* Trebuie să dozaţi TSH-ul la 6–10 săptămîni după modificarea dozei de Levotiroxină. Uneori sunt necesare analize mai frecvente, în special în perioada sarcinii sau cînd administraţi medicamente care interferează cu preparatele tiroidiene. Scopul tratamentului este obţinerea şi menţinerea nivelului normal al TSH la valori de 0,5–2,0 mU/l.
- Copiii trebuie să administreze tratamentul zilnic şi să monitorizeze strict nivelul TSH-lui, pentru a preveni retardul mental şi afectarea creşterii (cretinismul).
- *Variaţii normale ale TSH-lui.* Nu vă îngrijoraţi dacă valoarea TSH-lui la o dozare a fost de 0,8, iar la alta – de 1,1. Diferenţa este explicată prin faptul că, în mod normal, nivelul TSH-lui noaptea creşte şi ziua scade, iar analizele sunt colectate la ore diferite.
- Dacă administraţi Levotiroxină, trebuie să dozaţi TSH-ul o dată pe an. Dar sunt situaţii în care trebuie să repetaţi analiza mai des:
  - ✓ Reapar simptomele sau se agravează. Dacă TSH-ul este înalt, hipotiroidia este responsabilă de agravare. Dacă însă TSH-ul este normal, probabil se asociază altă boală.
  - ✓ Doriţi să modificaţi doza sau preparatul sau să administraţi medicamentul în timpul meselor.
  - ✓ Aţi pierdut sau aţi adăugat mult în greutate. Veţi verifica TSH-ul dacă greutatea s-a modificat cu 4,5 kg.
  - ✓ Cînd iniţiaţi sau întrerupeţi administrarea medicamentelor care interferează cu absorbţia Levotiroxinei sau modificaţi doza acestor preparate. De exemplu dacă veţi administra contraceptive orale, veţi creşte doza Levotiroxinei.
  - ✓ Cînd administraţi comprimatele neregulat (nu zilnic). Informaţi medicul despre perioada exactă de timp în care aţi omis comprimatele. Dacă veţi afirma că nu aţi întrerupt tratamentul, iar TSH-ul va fi mare, medicul va interpreta greşit analiza şi va mări doza de Levotiroxină.

- ✓ Cînd doriţi să întrerupeţi tratamentul. Doar medicul poate lua decizia întreruperii tratamentului. Însă dacă la încercarea de a scădea doza, TSH-ul va creşte, nu veţi putea abandona tratamentul (riscaţi să reapară simptomele).

Informaţii generale

- Deoarece bolile tiroidiene pot apărea la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii, se recomandă dozarea TSH-lui. Dacă este normal, TSH-ul se va repeta în cazul în care apar simptome sau la fiecare 5 ani.
- Anunţaţi medicul despre boala dvs. şi despre medicamentele administrate. Dacă veţi consulta un alt endocrinolog, prezentaţi şi rezultatele analizelor anterioare şi informaţi-l despre medicaţia administrată.
- La majoritatea persoanelor hipotiroidia este permanentă. Foarte rar glanda tiroidă revine la funcţia normală. Unii pacienţi cu tiroidită virală, tiroidită autoimună pot avea doar o hipotiroidie tranzitorie (pentru o scurtă perioadă de timp).
- Hipotiroidia este o boală relativ severă şi doza de Levotiroxină se va modifica în timp. Nu abandonaţi tratamentul!
- Dacă veţi administra zilnic comprimatele şi veţi consulta periodic medicul versus dozarea TSH-lui şi ajustarea dozelor, boala nu va progresa şi veţi menţine în limite normale funcţia organismului.

Hipotiroidia şi sarcina

Modificări fiziologice ale glandei tiroide în timpul sarcinii

Reţineţi: Funcţia normală a tiroidei în timpul sarcinii este demonstrată de valorile normale ale TSH, fT_4, fT_3. Nivelul total al T_3 şi al T_4 nu este informativ.

	Trimestrul 1	Trimestrul 2	Trimestrul 3
TSH	În normă sau scăzut	În normă	În normă
fT_4	În normă	În normă	În normă
fT_3	În normă	În normă	În normă
T_4	Crescut	Crescut	Crescut
T_3	Crescut	Crescut	Crescut

- Pe parcursul sarcinii glanda tiroidă se poate mări în dimensiuni, ceea ce se numeşte guşă. Guşa asociată sarcinii de cele mai multe ori este determinată de deficitul de iod. Ecografia glandei tiroide poate evidenţia această modificare. Prezenţa guşii impune testarea hormonilor.

Cum influenţează tiroida maternă dezvoltarea fătului?

În primele 10–12 săptămîni de sarcină la făt nu funcţionează glanda tiroidă, necesarul de hormoni fiind asigurat de mamă. La sfîrşitul primului trimestru tiroida fătului începe să producă hormoni proprii. Totuşi ramîne dependent de mamă, necesitînd cantităţi suficiente de iod pentru sinteza hormonilor tiroidieni. Consultaţi medicul şi decideţi necesitatea administrării suplimentare de preparate de iod.

Care sunt cauzele hipotiroidiei în sarcină?

Cea mai frecventă cauză de hipotiroidie este tiroidita autoimună. Uneori poate fi cauza unei supradozări a medicaţiei antitiroidiene la femeile cu tireotoxicoză.

Ce complicaţii pot apărea?

- **La mamă cu hipotiroidie severă**, netratată:
  - ✓ Anemie (scăderea numărului de eritrocite).
  - ✓ Miopatie (dureri musculare, slăbiciune musculară).
  - ✓ Afectare a inimii.
  - ✓ Preeclampsie.
  - ✓ Patologii ale placentei.
  - ✓ Greutate mică a fătului.
  - ✓ Hemoragii (sîngerări) *post partum*.

Unele femei cu hipotiroidie uşoară nu au simptome.

- **La făt**. Hormonii tiroidieni sunt absolut necesari pentru dezvoltarea copilului dvs. Copilul născut cu hipotiroidie congenitală (funcţia scăzută a glandei tiroide la naştere) poate avea deficite grave de dezvoltare neurologică, psihică şi fizică. Toate acestea pot fi prevenite prin recunoaşterea şi diagnosticarea la timp a bolii la mamă şi prin instituirea precoce a tratamentului.

Reţineţi:

Cereţi testarea TSH copilului dvs.

În cadrul pregătirii pentru o viitoare sarcină, obligatoriu testaţi şi funcţia tiroidiană pentru a exclude o afecţiune care ar pune în pericol dezvoltarea fătului.

Dacă faceţi parte din categoria persoanelor cu risc, şi anume: tratament anterior cu antitiroidiene, un istoric familial de boli tiroidiene, prezenţa guşii, nu uitaţi să dozaţi TSH-ul.

Dacă s-a stabilit diagnosticul de hipotiroidie, administraţi Levotiroxina pentru a menţine nivelul normal al fT_4 şi al TSH şi pentru a asigura o dezvoltare normală a copilului.

Poate planifica o sarcină femeia cu hipotiroidie?

Majoritatea femeilor cu hipotiroidie, care administrează tratament de substituţie adecvat, pot planifica sarcina cu condiţia compensării bolii (nivel normal al TSH) şi supravegherea medicului.

Dacă aveţi hipotiroidie şi nivelul TSH este normal, puteţi planifica sarcina. Pe parcurs sunteţi obligată să monitorizaţi funcţia tiroidiană cu dozarea TSH şi a fT_4 în fiecare trimestru de sarcină. Dacă este prezentă şi guşa, veţi efectua ecografia glandei tiroide.

Dar atît timp cît boala nu este compensată, folosiţi anticoncepţionale pînă la stabilizarea stării şi apoi evaluaţi posibilitatea unei sarcini. Discutaţi cu medicul despre metodele de contracepţie, alegînd-o pe cea mai eficientă. Nu uitaţi: uneori pe fundal de contraceptive orale este necesară majorarea dozei de Levotiroxină.

Femeia cu hipotiroidie şi TSH înalt poate avea o sarcină doar dacă va atinge starea de eutiroidie pe fundal de tratament cu Levotiroxină.

Tratamentul hipotiroidiei în sarcină

Tratamentul constă în administrarea permanentă de Levotiroxină. Pe parcursul sarcinii însă creşte necesitatea în hormoni tiroidieni, prin urmare veţi creşte doza sub supravegherea medicului. Frecvent este necesară o majorare a dozei cu 25-50% din cea iniţială.

Ideal doza optimă de Levotiroxină trebuie stabilită înainte de sarcină.

Administraţi preparatele de fier sau vitaminele ce conţin fier la un interval de 2–3 ore după preparatele tiroidiene.

TSH-ul şi fT_4 vor fi dozaţi la fiecare 6–8 săptămîni, cu modificarea dozelor la necesitate.

După naştere veţi reveni la doza de Levotiroxină obişnuită, cu un control al TSH peste 2–3 luni.

Alăptarea este posibilă chiar dacă luaţi hormoni tiroidieni.

În timpul sarcinii sunteţi obligată să consultaţi endocrinologul lunar, să efectuaţi analiza hormonilor tiroidieni lunar, pentru a monitoriza permanent starea funcţională a tiroidei. Înrăutăţirea stării sau apariţia a noi semne necunoscute impune o consultaţie suplimentară imediată la medic.

Deci e necesar:

- Să mergeţi la medic pentru o consultaţie preconcepţională (pînă la sarcină).
- Cereţi să vă fie testată glanda tiroidă (valorile TSH seric, T_4, T_3, şi markerii anti-TG, anti-TPO).
- Dacă sunteţi deja insărcinată, mergeţi la medic pe cît e posibil mai devreme.
- Raportaţi medicului toate simptomele noi apărute sau problemele, cu care vă confruntaţi aceşti „indici” sunt ca un ajutor preţios în stabilirea diagnosticului.
- Aflaţi dacă cineva din membrii familiei dvs. suferă sau au suferit de dereglări tiroidiene şi informaţi medicul despre acest fapt.
- Chiar dacă rezultatele testării nu indică schimbări patologice, fiţi precaută şi administraţi necesarul de iod şi de vitamine, pînă la sarcină şi pe parcursul ei.
- Daca va fost diagnosticată o hipotiroidie, începeţi tratamentul indicat imediat (chiar dacă sunteţi însarcinată, preparatele indicate, de obicei, nu creează un pericol pentru viitorul copil).
- Mergeţi la medic atît de frecvent cît vi se cere (monitorizarea riguroasă asigură succesul tratamentului).
- Este util să testaţi funcţia tiroidei pe parcursul primului an după naştere (pentru excluderea aşa-numitei tireoidite *postpartum*).
- Cereţi ca copilul dvs. să fie testat la TSH seric pe parcursul lunii a doua de viaţă (6-8 săptămîni de la naştere).