

Nosečnost povzroči pomembne spremembe v delovanju ščitnice. Poveča se izločanje joda prek ledvic, zviša se raven beljakovin, ki vežejo tiroksin (zlasti TBG), poveča se sinteza ščitničnih hormonov in stimulacija ščitnice s hCG (humani horionski gonadotropin). Potreba po jodu se poveča za skoraj 50 odstotkov. Normalne vrednosti TSH so med nosečnostjo nižje za 0,4 (spodnja meja) in 0,5 (zgornja meja) U/l.

Med nosečnostjo odkriti nodusi in rak ščitnice so poseben izziv za klinika in nosečnico. Prevalenca ščitničnih nodusov pri nosečnicah je po podatkih iz literature med 3 in 21 odstotki in s številom predhodnih nosečnosti ter starostjo nosečnice raste.

Podatkov o prevalenci raka ščitnice pri nosečnicah je v literaturi malo. Po podatkih populacijske študije iz Kalifornije, ki je med letoma 1991 in 1999 zajela vse nosečnice in vse bolnike z rakom ščitnice, je prevalenca 14,4 na 100 tisoč nosečnosti.

Diagnostika nodusa ščitnice je pri nosečnicah nekoliko specifična v primerjavi z diagnostiko nodusa ščitnice v splošni populaciji. Pomembna sta natančna družinska anamneza zaradi odkrivanja morebitnih dednih vrst raka ščitnice (multiple endokrine neoplazije tipa 2, familiarnega papilarnega raka ščitnice, sindroma PTEN, Cowdenovega, FAP, Carneyjevega in Wernerjevega sindroma)

in podatek o obsevanju vratu v preteklosti, ki povzroči večjo incidence benignih in malignih nodusov ščitnice.

Ultrazvok (UZ) je najpomembnejša preiskava za odkrivanje ščitničnih nodusov in raka ščitnice. Pri nosečnici upoštevamo enake ultrazvočne kriterije kot pri splošni populaciji, na podlagi katerih lahko sklepamo o naravi sprememb v ščitnici. Pri ultrazvočnem suspektnem izgledu nodusa preiskavo nagradimo z ultrazvočno vodeno tankoigelnno biopsijo za postavitev citološke diagnoze. Tankoigelnna biopsija med nosečnostjo je varna in jo lahko opravimo v vseh treh trimesečjih. Ker zdravljenje raka ščitnice v večini primerov odložimo na čas po porodu, lahko tudi s tankoigelnno biopsijo na željo nosečnice počakamo in je ne opravimo med nosečnostjo. Kadar je prisoten citološko dokazan rak, poleg ultrazvoka ščitnice opravimo tudi ultrazvok vratnih bezgavk.

Pri vseh nosečnicah z nodusom v ščitnici moramo določiti raven serumskega TSH in pri interpretaciji upoštevati znižane normalne vrednosti TSH med nosečnostjo. Pri nosečnici, ki ima pozitivno družinsko anamnezo za MEN2 ali pa je že znana nosilka mutacije RET-protoonkogen, določimo tudi serumsko raven kalcitonina in CEA. Stimulacijski pentagastrinski test je med nosečnostjo kontraindiciran. Plodova ščitnica začne kopičiti jod med 12. do 13. tednom gestacije. Scintigrafije ščitnice s ¹²³I ali tehnejem med nosečnostjo ne opravljamo, saj bi bil plod sicer izpostavljen sevanju zaradi prehoda izotopa čez placentu in zaradi sevanja iz materinih organov (zlasti mehurja).

Prognoza raka ščitnice, diagnosticiranega med nosečnostjo ali v prvem letu po njej, se ne razlikuje od raka ščitnice pri nenoseči populaciji. Še pomembnje je, da čas operativnega zdravljenja (med nosečnostjo ali odloženo po porodu) ne spremeni preživetja.

Operacija je najpomembnejši in osnovni način zdravljenja diferenciranega raka ščitnice. Ker odložitev operacije na čas po porodu ne spremeni prognoze bolezni, je zelo pomembno razumeti možne zaplete operativnega zdravljenja med samo nosečnostjo, preden se morebitna operacija predlaga nosečnici z rakom ščitnice. Z operacijo v prvem trimesečju nosečnosti lahko povzročimo spremenjeno organogenezo in spontani splav, v tretjem trimesečju pa prezgodnji porod. Kadar se iz različnih razlogov odločimo za operacijo med nosečnostjo, jo opravimo v drugem trimesečju. Pri tem je zelo pomembno, da jo opravi izkušen kirurg, ki ima nizek odstotek specifičnih zapletov operacije ščitnice (poškodba povratnega živca in hipoparatiroidizem), ki so med samo nosečnostjo še veliko manj zaželeni.

Pri citološko diagnosticiranem papilarnem raku ščitnice v prvem trimesečju nosečnosti je potrebno ultrazvočno spremljanje. Samo če pride v 24. do 26. tednu gestacije do pomembne rasti tumorja ali do pojava citološko verificiranih zasevkov v vratnih bezgavkah, lahko razmišljamo o operaciji že med nosečnostjo. Če ostane bolezen med drugim trimesečjem stabilna ali če je diagnosticirana v tretjem trimesečju, pa operacijo vedno odložimo na čas po porodu. Pri nosečnicah z na novo diagnosticiranim medularnim ali slabo

diferenciranim rakom (izjemno redko med nosečnostjo) pa lahko odložitev operacije neugodno vpliva na prognozo bolezni, zato v teh primerih priporočamo operativno zdravljenje že med nosečnostjo.

Poseben problem so nosečnice, ki so bile zaradi raka ščitnice zdravljene že pred nosečnostjo in so v času zanositve na hormonskem zavornem zdravljenju (TSH pod 0,1). Ker latentna hipertireoza ne povzroča zapletov pri mami in plodu, lahko med nosečnostjo varno vzdržujemo raven hormonske zavore kot pred samo nosečnostjo. Za vzdrževanje potrebne stopnje zavore je treba med nosečnostjo zvišati dnevno dozo l-tiroksina, zato te bolnice skrbno spremljamo z merjenjem ravni TSH in ščitničnih hormonov.

Zdravljenje z radiojodom med nosečnostjo ni indicirano in ga vedno odložimo na čas po porodu. Ker sevanje lahko vpliva na gonadno funkcijo, tudi odsvetujemo nosečnost vsaj 6 mesecev po radiojodni ablaciji.

O zdravljenju s tirozin kinaznimi inhibitorji (sorafenib, lenvatinib in cabozantinib) med nosečnostjo ni skoraj nobenih podatkov. Vsa tri zdravila so bila v živalskih poskusih teratogena. Po navodilih proizvajalcev je zato treba na to opozoriti nosečnice, pri levatinibu celo eksplicitno priporočajo kontracepcijo med uporabo zdravila.

Nosečnost ne poveča tveganja za ponovitev bolezni pri ženskah, ki so bile v preteklosti zdravljene zaradi raka ščitnice in nimajo ob zanositvi niti biokemičnega niti strukturnega ostanka oziroma ponovitve bolezni. Te ženske zato med nosečnostjo ne potrebujejo

nobenih dodatnih preiskav. Drugače pa je pri tistih, ki imajo ob zanositvi biokemične ali strukturne znake ostanka oziroma ponovitve bolezni. Pri teh nosečnost lahko pomeni stimulus za progres bolezni in je zato med nosečnostjo treba dodatno spremljanje (laboratorijske preiskave za določitev Tg in UZ).

Pri ženskah, ki imajo že pred nosečnostjo znano diagnozo raka ščitnice in niso bile zdravljene, ampak so samo na aktivnem spremljanju, je med nosečnostjo potrebna ultrazvočna kontrola vsake tri mesece.

Literatura

1. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar;27(3): 315–389.