

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

8-11 gennaio 2020 - Roma



Ipotiroidismo subclinico in gravidanza

**Scuola Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Fisiopatologia Medica
Endocrinologia e Scienza dell’Alimentazione
Università Sapienza Roma**

Specializzanda: Dott.ssa Giulia Nigro

Tutor: Dott.ssa Carlotta Pozza



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

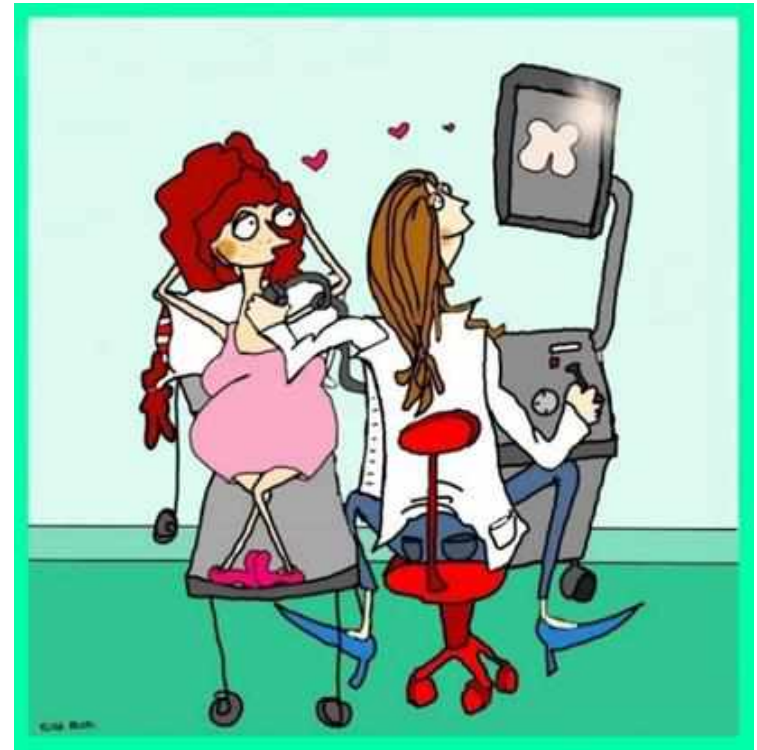
CASO CLINICO

PAZIENTE Stefania 30 anni

Amenorrea gravidica EG 10 °

Anamnesi familiare: positiva per tireopatia nodulare (zia materna) e Tiroidite di Hashimoto (madre, sorella)
peso 58 Kg, altezza 1.64 cm


Anamnesi patologica: nodulo tiroideo in follow up ecografico in eutiroidismo.



TSH	FT4	ABTG	ABTPO
0.27-4.2 μ UI/mL	0.93-1.7 ng/dL	0-115 UI/mL	0-34 UI/mL
5.01	1.2	15	110



E' raccomandato uno screening universale per patologie tiroidee in gravidanza?

1. Sì, è raccomandata una valutazione del TSH in tutte le donne gravide (appena noto lo stato di gravidanza)
 2. No, è raccomandata una valutazione del TSH nelle donne gravide ad alto rischio
 3. Nessuna donna in gravidanza deve essere sottoposta a screening
- 

Risposta: 1 e 2

- Età >30 anni
- Grave obesità (BMI ≥ 40 kg/m²)
- Storia personale di ipo/ipertiroidismo o sintomi/segni attuali di alterata funzione tiroidea
- Positività nota per anticorpi anti-tiroidei in presenza di un gozzo
- Diabete Mellito tipo 1 o 2
- Malattie autoimmuni
- Storia di aborto spontaneo o infertilità
- Pluriparità (3 o più gravidanze)
- Storia di gravidanza con ipertiroidismo o di tiroidectomia
- Uso di amiodarone
- Somministrazione di metformina
- Residenza in area di nota prevalenza di ipertiroidismo moderato/grave
- Familiarità per malattie tiroidee autoimmuni o di patologie funzionali tiroidee

Pratica clinica:
è ragionevole testare tutte le donne entro la 9° settimana di gravidanza o alla prima visita ginecologica

• Valutazione di TSH in tutte le donne in gravidanza (appena noto lo stato di gravidanza o entro la 9° settimana E.G.)

• Somministrazione di TSH nelle donne gravide a basso rischio per concentrazioni di TSH entro la nona settimana di gravidanza al momento della loro prima visita

TIROIDITE AUTOIMMUNE IN IPOTIROIDISMO SUBCLINICO

Iniziamo terapia sostitutiva

Eutirox 50 mcg 1 cp/die

E integrazione con selenio 1

cp/die



CONTROLLO TSH E FT4 DOPO 40 GIORNI

TSH	FT4
0.27-4.2 μ UI/mL	0.93-1.7 ng/dL
2.05	1.6



Quando è raccomandata la terapia sostitutiva con LT4 in gravidanza?

1. E' raccomandata in tutte le donne in gravidanza con TSH $< 4 \mu\text{UI/mL}$ e con TPOab positivi.
2. E' raccomandata se TPOab sono positivi e il TSH è $> 4 \mu\text{UI/mL}$.
3. La terapia sostitutiva con LT4 non è mai raccomandata né consigliata con un valore di TSH $< 4 \mu\text{UI/mL}$.

Risposta:2

La determinazione del TSH, se 2.5-10 mIU/L, associata ad una misurazione riflessa degli Anticorpi anti-Perossidasi Tiroidee (TPOAb) positivi. Combinati di questi due test, il comportamento suggerito è:

TPOAb + :

- TSH 2.5-4.0 mIU/L
- **TSH >4.0 mIU/L**

TPOAb - :

- TSH 2.5-4.0 mIU/L
- TSH >4.0 mIU/L

Indipendentemente dal valore di TSH <2.5 mIU/L, il trattamento con L-T4 deve essere iniziato il prima possibile se il livello di TSH situato nella metà inferiore della gamma di riferimento.

Se la diagnosi di ipotiroidismo avviene in occasione della gravidanza, è necessario normalizzare i valori di TSH il più rapidamente possibile, iniziando direttamente con dosaggio sostitutivo pieno:
se TSH = 5.0-10.0 mIU/L, iniziare con 25-50 µg/die;
se TSH = 10.0-20.0 mIU/L, iniziare con 50-75 µg/die;
se TSH > 20.0 mIU/L, iniziare con 75-100 µg/die.

Linee guida Endocrine Society JCEM 2012

Se escluso con un valore di TSH <2.5 mIU/L, il trattamento con L-T4 deve essere iniziato il prima possibile se il livello di TSH situato nella metà inferiore della gamma di riferimento.

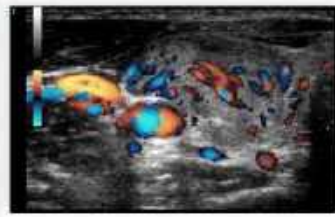
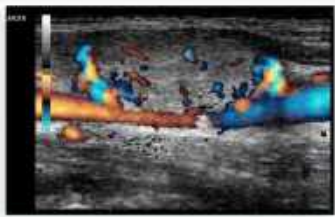
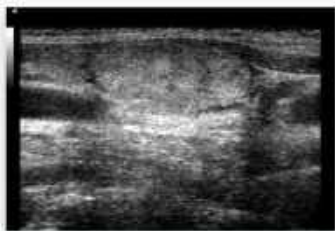


ECOCOLORDOPPLER TIROIDEO

Tiroide in sede, volumetria nei limiti, ecostruttura disomogenea con la presenza al 3° medio-superiore del lobo destro di nodulo solido, isoecogeno, con alone ipoecogeno circostante, margini regolari.

Vascularizzazione peri- e intranodulare di 1.4x1.0 cm.


Non significative linfadenopatie latero-cervicali.



Già **TIR 2** a un precedente FNA, **stabile** rispetto ad ecografia dell' anno precedente portata in visione dalla paziente.



E' consigliata l'esecuzione dell'agoaspirato tiroideo nella nostra paziente?

1. No, è controindicato durante tutta la durata della gravidanza
 2. No, è raccomandato solo su noduli di nuova insorgenza che abbiano caratteristiche di sospetto
 3. E' raccomandato su noduli clinicamente rilevanti in concomitanza di TSH soppresso
- 

Risposta:2

- Agoaspirato con ago sottile: strumento diagnostico sicuro in gravidanza e può essere eseguito in qualsiasi trimestre.
- Raccomandato su noduli di neo diagnosi ad alto rischio

TABLE 9. ATA SONOGRAPHIC PATTERNS AND ESTIMATED RISK OF MALIGNANCY FOR THYROID NODULES (ADAPTED FROM ATA 2015 GUIDELINES WITH PERMISSION)

<i>Sonographic pattern</i>	<i>Ultrasound features</i>	<i>Estimated risk of malignancy</i>	<i>FNA size cutoff (largest dimension)</i>
High suspicion	Solid hypoechoic nodule or solid hypoechoic component of a partially cystic nodule with one or more of the following features: irregular margins (infiltrative, microlobulated), microcalcifications, taller than wide shape, rim calcifications with small extrusive soft tissue component, evidence of extrathyroidal extension	>70%–90%	Recommend at >1 cm
Intermediate suspicion	Hypoechoic solid nodule with smooth margins without microcalcifications, extrathyroidal extension, or taller than wide shape	10%–20%	Recommend at >1 cm
Low suspicion	Isoechoic or hyperechoic solid nodule, or partially cystic nodule with eccentric solid areas, without microcalcification, irregular margin or extrathyroidal extension, or taller than wide shape.	5%–10%	Recommend at >1.5 cm
Very low suspicion	Spongiform or partially cystic nodules without any of the sonographic features described in low, intermediate or high suspicion patterns	<3%	Consider at >2 cm; observation without FNA is also a reasonable option
Benign	Purely cystic nodules (no solid component)	< 1%	No biopsy

Ultrasound-guided fine-needle aspiration (FNA) is recommended for lateral neck cervical lymph nodes that are sonographically suspicious for thyroid cancer.

- La paziente viene trattata con terapia sostitutiva per il resto della gravidanza.



- Monitoraggio di TSH, FT4.
L'adeguatezza della terapia sostitutiva è indispensabile per l'outcome materno-fetale.




- Viene effettuato un follow up ecografico del nodulo che non evidenzia modificazioni sostanziali nelle settimane successive.





Con che frequenza rivedremo la paziente per controlli della funzione tiroidea?

1. Ogni 4-6 settimane fino a metà gravidanza e successivamente intorno alla 26°-32° settimana.
 2. Un controllo a trimestre
 3. Direttamente dopo il parto
- 

Risposta: 1

- Durante la gravidanza: ogni 4 settimane fino a metà gravidanza e successivamente intorno alla 26°-32° settimana.
- Post partum: controllare la funzione tiroidea ed eventualmente ridurre la terapia con LT4 alle dosi pre-gravidanza dopo 6 settimane dal parto.
- In donne che hanno iniziato terapia con LT4 durante la gravidanza per tiroidite autoimmune in assenza di aumento di TSH, la terapia può essere interrotta dopo il parto con rivalutazione del TSH dopo 6 settimane.

