

Gestione clinica della gravida con ipotiroidismo - le azioni*

A. Cassio (Bologna), L. Chiovato (Pavia), A. Cicognani (Bologna), R.M. Dorizzi (Forlì), P. Garofalo (Palermo), A.R. Genazzani (Pisa), D. Glinoe (Bruxelles), R. Negro (Lecce), E. Papini (Albano Laziale), F. Petraglia (Siena), A. Pinchera (Pisa), M. Tonacchera (Pisa), V. Toscano (Roma), H. Valensise (Roma), M. Zini (Reggio Emilia)

*Position Statement della Associazione Medici Endocrinologi e della International Society of Gynecological Endocrinology presentato al VII Congresso Nazionale AME- Bologna, 2-4 novembre 2007

Summary

Clinical management of hypothyroidism in pregnancy-the actions

Before pregnancy

Diagnosed hypothyroidism

- Counseling
- Increase administration of FT4 or start treatment (goal for TSH: < 2.5 mU/L and FT4 within reference limits)

No known hypothyroidism

- Counseling and estimation of risk
- Clinical and biochemical (TSH reflex) assessment and ultrasonography when goiter or nodules are present
- Start l-T4 treatment if hypothyroidism is detected

Pregnancy

- Measure FT4 e TSH and increase l-T4 dose
- Involve gynaecologist

I - II trimester

- Monitor TSH and FT4 bimonthly
- Fetal ultrasonography (each trimester)

- Thyroid ultrasonography when goiter or nodules are present

III trimester

- Measure TSH, FT4 and TRAb
- Involve paediatrician/neonatologist

Delivery

- Avoid antiseptics with iodine in newborn and mother
- Carry out neonatal screening indicating the mother's disease
- Measure TRAb if positive in mother

Post-partum

Mother:

- Decrease l-T4 within one month
- Measure FT3, FT4, TSH after 3-9 months

Newborn:

- Use milk supplemented with iodine
- If screening positive involve the pediatrician
- Start treatment if TSH increased
- In hypothyroidism carry out ultrasonography and measure thyroglobulin and TRAb

Prima della gravidanza programmata

In paziente con patologia tiroidea nota

- Counseling
- Adeguare la posologia della l-T4 nelle pazienti in trattamento o avviare la terapia sostitutiva nelle pazienti con ipotiroidismo subclinico non trattato (goal TSH: < 2.5 mUI/l, FT4 entro i limiti di riferimento)

In paziente senza patologia tiroidea nota

- Counseling e profilo di rischio

- Accertare la condizione morfologica e funzionale della tiroide: TSH, TPOAb, FT4** e (in caso di reperto di gozzo o nodulo tiroideo), ecografia
- In caso di diagnosi di ipotiroidismo, anche subclinico, avviare terapia sostitutiva con l-T4 (goal TSH < 2.5 mUI/l)

All'accertamento di gravidanza

- Misurare FT4 e TSH ed incrementare subito la posologia della l-T4:

**TSH riflesso quando disponibile

30% in caso di ipotiroidismo autoimmune
40% in caso di atireosi

- Integrazione iodica: 150-200 µg/die
- Contattare il ginecologo

Nel corso del I – II trimestre

- Monitorare TSH e FT4, di regola ogni due mesi, ma ogni 4 settimane in caso di instabilità dei livelli ormonali o modificazioni della posologia
- Eseguire ecografia morfo-biometrica fetale (ogni trimestre)
- Evitare l'assunzione della l-T4 insieme a ferro, calcio, soia, inibitori di pompa protonica
- Eseguire una ecografia tiroidea in presenza di gozzo o di patologia nodulare nota

Nel corso del III trimestre

- Determinare TSH, FT4 e TRAb
- Eseguire ecografia fetale e valutare le condizioni della placenta
- Contattare il pediatra/neonatólogo

L'assistenza al parto e nel periodo perinatale

- Valutazione neonatologica mirata
- Evitare l'uso di antisettici iodati nella gestante e nel neonato
- Eseguire il prelievo (spot) per lo screening neonatale in tempi normali (48 ore di vita compiute) segnalando sul cartoncino la patologia tiroidea materna
- Solo in casi selezionati, prelievo da cordone ombelico

cale o da sangue periferico per FT3, FT4, TSH fra il 3° ed il 6° giorno

- Valutare i TRAb in caso di pregressa positività materna

Nel periodo post-partum

Per la madre:

- Consentire l'allattamento al seno, continuando l'integrazione iodica
- Ridurre la posologia della tiroxina alla dose pre-gravidica, entro il primo mese
- Controllare FT3, FT4, TSH dopo 3 e 9 mesi dal parto; ogni 6 settimane in caso di instabilità dei livelli ormonali o di variazione posologica

Per il neonato:

- Impiegare latte con adeguato apporto iodico (fabbrico; 100 µg/die)
- In caso di richiamo per valori patologici al test di screening, il laboratorio di screening deve informare tempestivamente lo specialista pediatra/endocrinologo per la conferma diagnostica e l'eventuale follow-up
- In caso di conferma dei livelli patologici di TSH iniziare terapia sostitutiva con L-Tiroxina, rinviando la verifica della diagnosi nei casi di sospetto ipotiroidismo transitorio
- In tutti i casi di ipotiroidismo accertato eseguire ecografia tiroidea e misurare tireoglobulina plasmatica, e TRAb
- Valutazione psico-motoria in casi selezionati
- Curare in tutte le fasi una adeguata informazione al pediatra di famiglia

Abbreviazioni:

l-T4	=	l-Tiroxina
TSH	=	Tireotropina
FT4	=	Tiroxina libera
TPOAb	=	Anticorpi Anti-Tireoperossidasi
TRAb	=	Anticorpi Anti-recettore per il TSH
FT3	=	Triiodotironina libera