

HIPOTIROIDISMUL PRIMAR SI TIROIDITA CRONICA AUTOIMUNA(HASHIMOTO) IN SARCINA



Dr. Gherghel Dana

Medic specialist endocrinolog

Centrul medical Psihomedica

Hipotiroidismul este o dereglare hormonală prin care glanda tiroidă nu produce suficienți hormoni.

Tiroidita cronică autoimună sau tiroidita Hashimoto este o afecțiune prin care sistemul imunitar ataca glanda tiroidă, producând o distrugere a acesteia și determinând o insuficiență a producției de hormoni tiroidieni, respectiv un hipotiroidism.

Abordarea acestor două afecțiuni în sarcină are anumite particularități pe care pacientele ar trebui să le cunoască.

În sarcină, cea mai frecventă cauză de hipotiroidism este tiroidita cronică autoimună (Tiroidita Hashimoto), dar alte cauze mai pot fi și tratamentul anterior cu iod radioactiv sau absența chirurgicală a glandei. De asemenea, în zonele cu deficit de iod pot să apară hipotiroidismul și gusa.

Din punct de vedere al simptomelor, manifestările hipotiroidismului în sarcină sunt: oboseala, intoleranța la frig, constipație, creștere în greutate, cu particularitatea că, de multe ori, acestea sunt atribuite sarcinii și din această cauză, lăuate neinvestigate. Marea majoritate a pacienților sunt, însă, asimptomatice.

Diagnosticul hipotiroidismului primar se face prin măsurarea valorii TSH (care în sarcină se încadrează într-un interval de referință particular) și FT4. Dacă în mod normal, la pacientele care nu sunt însărcinate și nu doresc o sarcină, TSH poate ajunge până la valoarea 4 μ UI/mL, fără a necesita un tratament, la pacientele însărcinate, care doresc o sarcină sau care se pregătesc pentru un tratament în vederea obținerii unei sarcini (de tip inseminare, fertilizare in vitro), este dorit ca valoarea TSH să fie sub 2,5 μ UI/mL.

În funcție de valoarea TSH, dar și a lui FT4, hipotiroidismul poate fi de două tipuri:

- clinic manifest cu valori ale TSH crescute, dar și FT4 scăzut
- subclinic cu valori ale TSH crescute, dar cu FT4 normal

Hipotiroidismul clinic manifest complică o sarcină, de cele mai multe ori, încă din primul trimestru, acesta asociindu-se cu o rată crescută de pierderi de sarcină. Pentru sarcinile care trec de primul trimestru, hipotiroidismul este asociat cu complicații de tipul: preclampsie, HTA gestatională, dezlipire de placenta, naștere prematură, greutate mică la naștere, hemoragie

postpartum sau modificari neuropsihice si cognitive la copii. Din fericire, este rar intalnit , mai ales pentru ca pune probleme de fertilitate, pacientele avand ,mai degraba, cicluri anovulatorii.

Hipotiroidismul subclinic este mult mai frecvent intalnit . Riscurile de complicatii sunt mai putin severe decat in hipotiroidismul clinic manifest, dar studiile au aratat un risc mai mare de preeclampsie, nastere prematura , dezlipire de placenta sau pierdere de sarcina comparativ cu pacientele care nu au aceasta afectiune.

In plus, rata pierderilor pare sa fie mai mare la pacientele care se pregatesc pentru FIV , daca TSH $>2,5 \mu\text{UI/mL}$.

Diagnosticul tiroiditei cronice autoimune se face prin determinarea anticorpilor anti-tireoperoxidaza (ATPO) si a anticorpilor anti-tiroglobulina(Ac anti Tg) care au valori mult crescute peste limita admisa de laborator.

Intr-o sarcina, recoltarea anticorpilor ATPO si Ac antiTg este, de asemenea, importanta pentru ca prezenta acestor anticorpi creste riscul complicatiilor . Prezenta valorilor mari ale anticorpilor ATPO si anticorpilor antiTg in sange a fost asociata cu un risc crescut (de 2-3 ori mai mare) de pierdere de sarcina sau nastere prematura .

Deoarece atat hipotiroidismul manifest cat si cel subclinic sunt asociate cu riscuri crescute de complicatii in timpul sarcinii se recomanda screeningul femeilor insarcinate incepand cu primul trimestru de sarcina. Principalele candidate pt acest tip de screening sunt:

- femeile care locuiesc in zone cu deficit moderat sau sever de iod
- cele cu simptome de hipotiroidism
- rude de sange cu afectiuni tiroidiene
- ATPO cu valori crescute
- gusa
- varsta >30 ani
- Dz tip 1
- istoric de radioterapie in regiunile capului sau gatului
- pierderi de sarcina anterioare sau nastere prematura
- obezitate cu IMC >40
- interventie chirurgicala pe tiroida
- utilizarea unor medicamente cum ar fi Amiodarona sau Litiu

In cazul in care TSH $>2,5\mu\text{UI/mL}$, se vor masura FT4 pentru a stabili tipul de hipotiroidism si ATPO, Ac anti Tg pentru a stabili cauza hipotiroidismului, tiroidita cronica autoimuna fiind cea mai frecventa cauza de dereglare a tiroidei.

Tratamentul

Scopul tratamentului este de a mentine valorile TSH la nivelul acceptat in sarcina , respectiv sub $2,5\mu\text{UI/mL}$.

Ghidurile actuale recomanda urmatoarea abordare:

- daca TSH $>2,5 \mu\text{UI/mL}$ si valorile ATPO/Ac antiTg crescute se recomanda inceperea tratamentului de substitutie cu Levothyroxina
- daca TSH $>2,5 \mu\text{UI/mL}$, dar cu valorile ATPO/Ac antiTg normale, atunci initirea tratamentului va tine cont de riscurile hipotiroidismului in sarcina , de simptomele si statusul pacientei

Levothyroxina , preparatul de substitutie hormonala, se administreaza dimineata, cu 30 minute inaintea micului dejun. Scopul tratamentului este mentinerea unei valori a TSH sub $2,5 \mu\text{UI/mL}$, iar monitorizarea acestuia se va face la 4- 6 saptamani.

Dupa sarcina, de cele mai multe ori, continuarea tratamentului nu este necesara, mai ales daca doza

utilizata pe timpul sarcinii a fost mica.

Pentru pacientele cu hipotiroidism diagnosticat inainte de sarcina, criteriile de tratament raman aceleasi (TSH $<2,5 \mu\text{UI/mL}$). Este necesara o masurare a TSH de indata ce sarcina este confirmata ecografic, iar apoi la fiecare 4 saptamani, tinand cont de faptul ca, pe perioada acesteia, poate fi necesara o crestere a dozei cu pana la 50% fata de cea initiala. Dupa nastere se revine la doza utilizata anterior sarcinii, cu monitorizarea TSH la 6 saptamani dupa nastere si apoi la 6 luni, pentru a confirma ca tiroida este corect substituata.

In cazul in care pacienta este cunoscuta cu tiroidita cronica autoimuna sau la screeningul de sarcina TSH $<2,5 \mu\text{UI/mL}$, dar valorile ATPO si Ac antiTg sunt crescute, se recomanda masurarea TSH la 4-6 saptamani pentru a evalua functia tiroidiana.

Concluzii:

- simptomele hipotiroidismului din sarcina sunt greu diferentiabile manifestarilor generale sau pot trece neobservate, de aceea un screening adecvat este necesar
- in functie de severitate poate afecta sarcina, dar si dezvoltarea cognitiva a copilului
- diagnosticul se pune pe recoltarea TSH, FT4; in cazul unor valori ale TSH $>2,5 \mu\text{UI/mL}$, se recomanda dozarea ATPO si Ac antiTg
- in cazul in care TSH $> 2,5 \mu\text{UI/mL}$ tratamentul de substitutie este recomandabil pt a evita aparitia complicatiilor
- la pacientele cu TSH normal, si valori ale ATPO, Ac antiTg crescute se recomanda masurarea TSH la fiecare 4-6 saptamani pe parcursul sarcinii.

In Centrul medical Psihomedica va oferim consultatii si investigatii paraclinice pentru diagnosticul si tratamentul Hipotiroidismului primar si Tiroiditei cronice autoimune