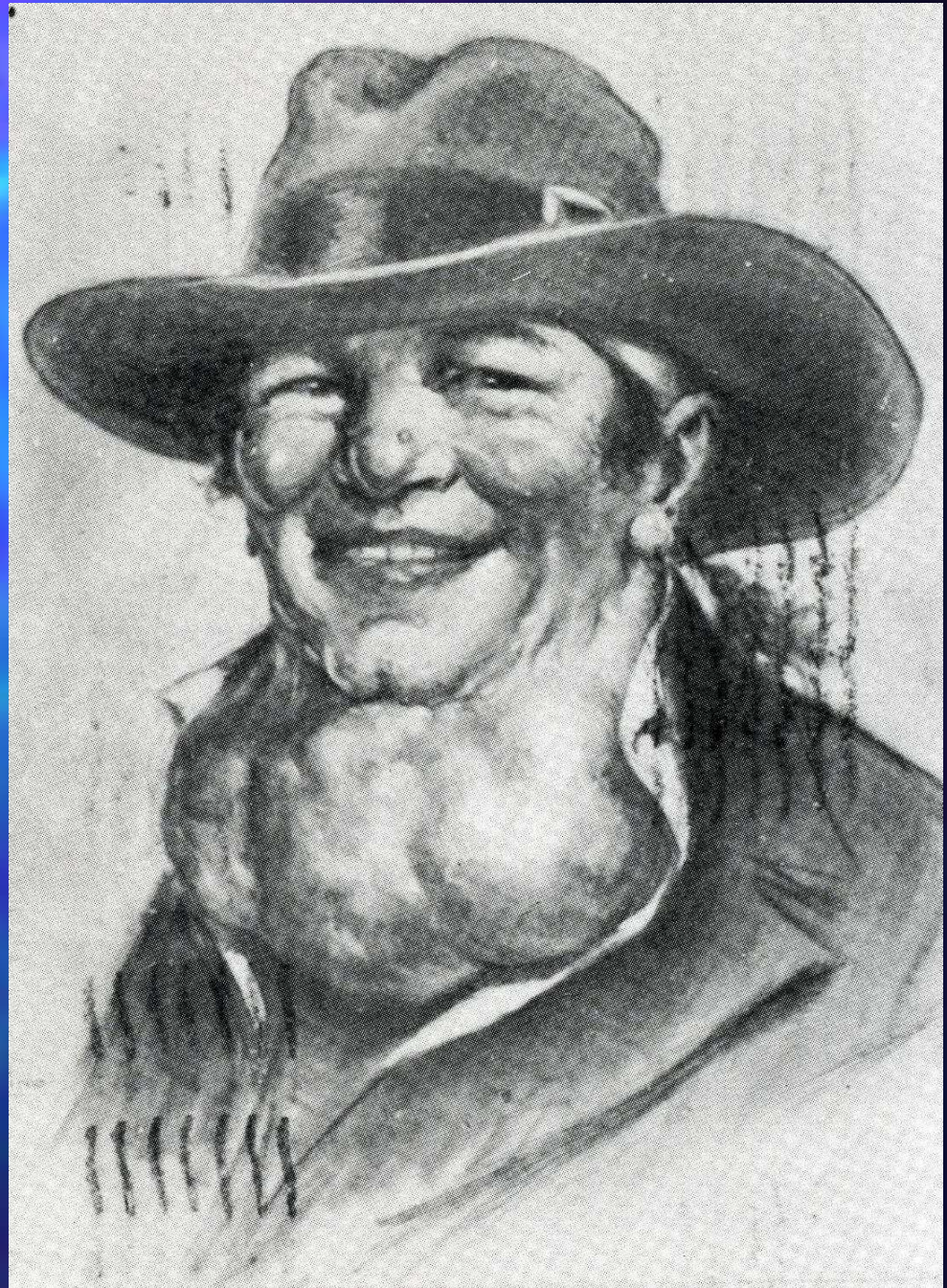


TIROIDE



Dr. M. D'Ulizia

TIROIDE E GRAVIDANZA

Approccio multidisciplinare

Linee guida nazionali di riferimento



1) L'ipertiroidismo in gravidanza può essere controllato con successo impiegando le Tionamidi (metimazolo o propiltiouracile) che rappresentano la terapia di prima scelta.

Il ricorso all'intervento chirurgico è limitato in casi eccezionali

2) Le complicanze materne e fetali dell'ipertiroidismo in gravidanza vengono abolite dal pronto ripristino del normale stato tiroideo con la terapia farmacologica.

La prognosi materna e fetale di queste gravidanze è ottima se l'ipertiroidismo viene adeguatamente controllato

3) L'ipertiroidismo in genere, e il morbo di Basedow in particolare, non devono essere considerati indicazioni all'aborto terapeutico

4) Non esistono reali vantaggi in termini di efficacia terapeutica o sicurezza fetale ad usare il propiltiouracile rispetto al metimazolo per la terapia dell'ipotiroidismo in gravidanza.

La scelta della tionamide dovrebbe essere lasciata all'esperienza del medico ed alla disponibilità locale

5) Indipendentemente dal farmaco utilizzato per la terapia dell'ipotiroidismo in gravidanza, la sua dose deve essere aggiustata con l'obiettivo di mantenere alti i livelli di FT4 nel siero della madre ai limiti alti della norma.

Questa raccomandazione rende necessario il frequente controllo dello stato tiroideo durante la terapia con tionamidi in gravidanza



6) Lo sviluppo somatico e intellettuale dei figli di madri trattate con tionamidi in gravidanza è assolutamente normale

7) La terapia con radioiodio per l'ipertiroidismo non è una controindicazione a successive gravidanze 12 mesi dopo l'espletamento della terapia.

Non è mai stata dimostrata una associazione tra terapia con iodio radioattivo per l'ipertiroidismo nella donna fertile e malformazioni congenite nella prole.



DOCUMENTO DI CONSENSO SIE-AIT

Gestione clinica del paziente con patologia nodulare tiroidea: Consenso Italiano

Estensori: Paolo Vitti, Teresa Rago, Rossella Elisei, Enrico Papini, Fabio Orlandi, Antonino Belfiore, Furio Pacini

Partecipanti al consenso: Aldo Pinchera, Enio Martino, Paolo Miccoli, Giancarlo Di Coscio, Fabio Monzani, Alfredo Pontecorvi, Concetto Regalbuto

Gruppo SIAPEC-IAP: Fulvio Basolo, Arrigo Bondi, Gianni Bussolati, Guido Fadda, Oscar Nappi, Francesco Nardi, Lucio Palombini, Mauro Papotti, Gianluigi Taddei, Anna Crescenzi

Tabella 2 - Utilità della ecografia tiroidea nella patologia nodulare tiroidea.

TABELLA 2

- Identifica i noduli con caratteri ecografici suggestivi di malignità
- Seleziona i noduli non palpabili o nel contesto di un gozzo da sottoporre a FNC
- Guida la FNC nella componente solida dei noduli misti
- In presenza di un nodulo clinicamente evidente rileva noduli non palpabili coesistenti, che possono richiedere valutazione mediante FNC
- Permette la diagnosi differenziale fra noduli e pseudonoduli nella tiroidite di Hashimoto
- Fornisce una misura precisa delle dimensioni del nodulo e della tiroide, utile nel monitoraggio clinico
- Permette di rilevare la presenza di noduli tiroidei non palpabili in pazienti ad alto rischio anamnestico di carcinoma della tiroide
- Evidenzia la presenza di linfadenopatie nelle stazioni del collo e ne definisce i caratteri

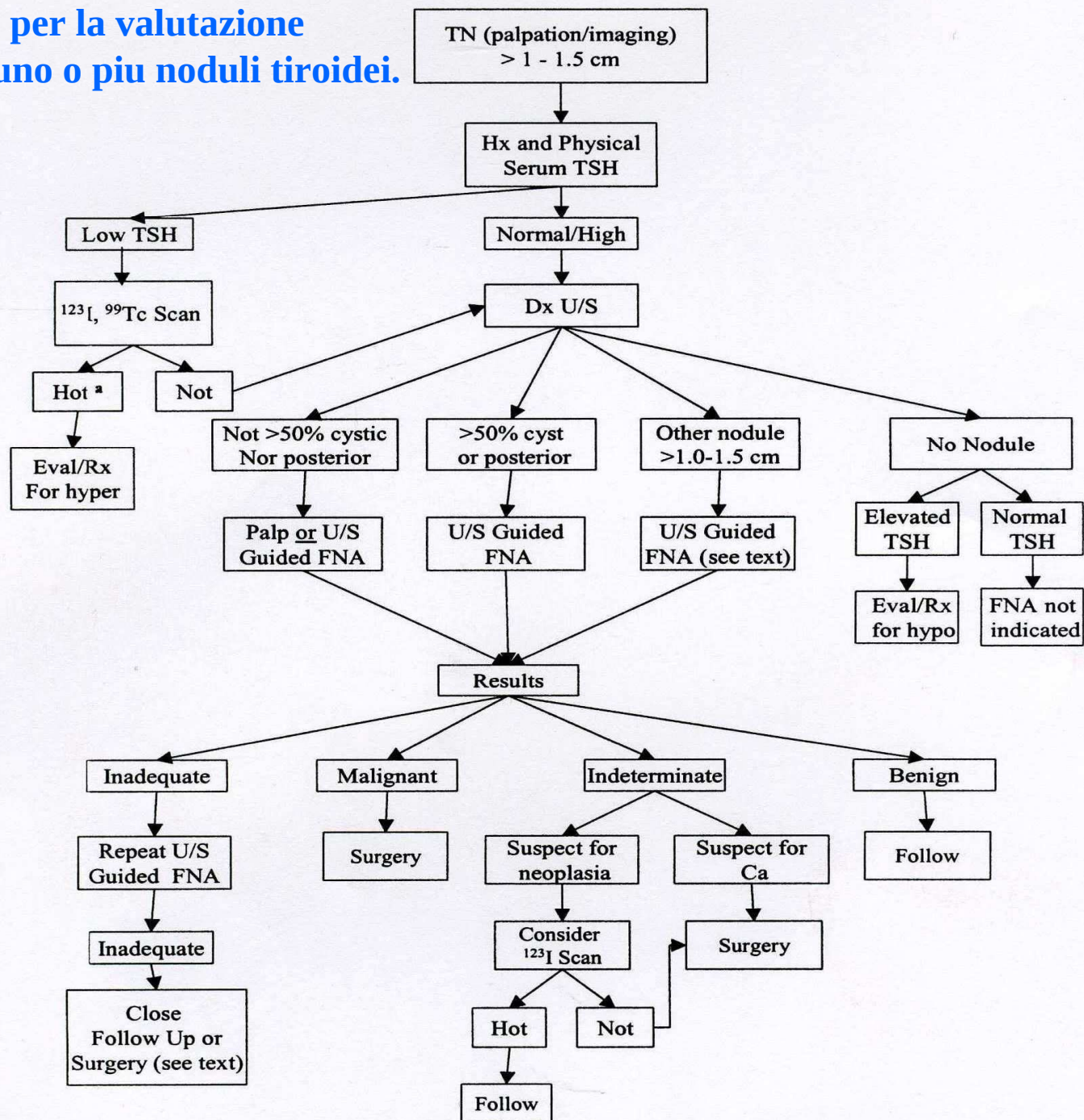
Tabella 3 – Aspetti ecografici associati al carcinoma tiroideo (41).

TABELLA 3				
Aspetto ecografico	SENS (%)	SPEC (%)	VPP (%)	VPN (%)
Microcalcificazioni	26,1-59,1	85,8-95	24,3-70,7	41,8-94,2
Ipoecogenicità	26,5-87,1	43,4-94,3	11,4-68,4	73,5-93,8
Margini irregolari, orletto assente	17,4-77,5	38,9-85	9,3-60	38,9-97,8
Aspetto solido	69-75	52,5-55,9	15,6-27	88-92,1
SEN= sensibilità; SPEC= specificità; VPP= valore predittivo positivo; VPN= valore predittivo negativo.				

Tabella 5 - Categorie diagnostiche della FNC (49).

TABELLA 5	
Tir 1	Non diagnostico
Tir 2	Negativo per cellule maligne: gozzo nodulare, nodulo iperplastico, tiroidite
Tir 3	Inconclusivo/indeterminato: iperplasia adenomatoide, adenoma, carcinoma follicolare, lesioni a cellule ossifile, variante follicolare del carcinoma papillare
Tir 4	Sospetto di malignità: numero di cellule scarso, atipie citologiche lievi per inclusione nella tir 5
Tir 5	Positivo per cellule maligne: carcinoma papillare, follicolare, midollare, anaplastico, linfoma, metastasi

Algoritmo per la valutazione Di pazienti con uno o più noduli tiroidei.



Grazie per l'attenzione

