HIPOTY SUBCLINICA IN SARCINA

hypoty subclinic in sarcina

TSH crescut pt laborator si trim de sarcina, T4, T3, FT4 normal

complica pana la 2,5% sarcini ( pana la 13% in nordul spaniei), depinde de normograma de TSH pt populatia respectiva

hipotiroxinemie = TSH normal, T4 scazut

TSH - valori de referinta generale, ideal sunt valori pt etnie/ zona

trim 1: 0,1 -2,5

trim 2 : 0,2 -3

trim 3: 0,3- 3,5 mUI/L

In sarcina

- creste clearence urinar al iodului

- creste TBG

- activita crescuta a revers deiodinazei placentare

FT4 - nu mereu e accurate, eventual TT4 (valori normale din afara sarcinii \*1,5)

in sarcina in trim 1 fT4 >0,8 ng/dl ( = percentila 2,5)

hypoty subclinic - dozez ATPO,ATGL

! pot fi negativi in trim 2 si 3 de sarcina, fac eco

efecte adverse hypoty subclinic :

diabet gestational

greutate mica la nastere

avort spontan ( se dubleaza riscul pentru fiecare dublare a TSH)

preeclampsie si HTA de sarcina

nastere prematura

complicatii probabile

placental abrutio

mortalitate cresctuta prinatal

necesitate de terapie intensiva

Complicatiile materne ale hipotyroxinemiei izolate

nastere prematura si foarte prematura

diabet gestational ( mai ales dc apare in trim 2)

Fat macrozom in unele studii sau retard de crestere IU si greutate mica la nastere

consecinte fetale ale hypoty subclinic netratat

- pierde 7 puncte de IQ ( nu a fost confirmat de alt studiu efectuat doar pe hipoty subclinica)

- tulburari de dezvoltare neurologica, vizuala

- tulburari de comportament

HIPOTIROIDISM SUBCLINIC LA NONGRAVIDE

TSH +, T4, T3 - N,

5-10% pop, mai frecvent la f., si cu varsta; 8%f., 3%b.

val mjn TSH dupa masa, max noaptea si seara

impartit in 2 categorii:

☆ TSH 4-10 --> 90% cz

☆ TSH>10

progresie spre hipoty clinic, influentata si de nivelul initial de TSH

- 4,6% pe an dc Ac +

- 2,6% pe an cu Ac - (!20% tiroidita autoimune sunt Ac-)

CAUZE:

☆ tiroidita autoimuna

☆ germline mutations with loss of TSH receptor function

☆ dupa boli severe nonTy

☆ tiroidita subacuta/ painless

☆ lithiu, amiodarona

☆ fiziologic la >80 ani

☆ obezitate

☆ depresie

☆ tulburari de ritm nictemeral- lucru in ture de noapte, depresie ( au varful de secretie mai tarziu)

☆ dupa exercitii fizice intense

☆ forme inactive de TSH

ALGORITM DE EVALUARE

TSH +, fT4 N --> retestez dupa 2-3 luni impreuna cu Ac anti ty.

simptome relatata:

- piele uscata

- fatigabilitate

- tulburari de memorie

- constipatie

- dureri musculare

- edeme palpebrale

- senzatie de frig

singura care apare in toate studiile si care se amelioraza cu trt cu LT4 este fatigabilitatea

aparenta imbunatatire a memoriei de lucru si a capacitatii de concentrare la pc < 65ani

obezitatea determina crestere de TSH, care scade la scaderea in greutate.

DZ1- 10% au tiroidita autoimuna, incidenta creste la 50% in cadrul sindr poliglandular autoimun tip 2(ICSR +DZ1). ! deficitul de cortizol poate determina crestere de TSH si evaluez la 4 sapt dupa ce substitui suprarenala.

hipoty determina cresterea rezistentei la insulina, probabil si cea subclinica

modificari ale profiluli lipidic mai mici decat in hipoty clinic, dar se amelioreaza cu trt cu LT4, probabil nu se va normaliza.

aparent se asociaza cu modificari de functie VS si cu un risc mai mare de insuficienta cardiaca dar nu e clar, crestere risc de BCI la TSH>7, mai ales la pc tineri<65 ani

TRATAMENT --> LT4

interfera cu absorbtia LT4:

- lapte, soia, papaya, cafea

- antiacide ( blocanti de pompa de protoni, blocanti de receptori H2, sucralfat, saruri de Ca)

-raloxifen

- colestiraminele

- gastrita atrofica

- boala celiaca

- dupa operatie bariatrica - in unele cazuri

se administreaza cu suc de fructe sau acid ascorbic

tratez hipoty subclinica

la pc <65ani simptomatici

la pc <65 ani cu TSH >10

dupa hemitiroidectomie

GPN

La varstnicii > 80 ani, cu TSH <10 monitorizez, daca trt un TSH <5 e acceptabil.

! nu exista dovezi de eficienta la obezitate pt scadere in greutate

! amioreaza profilul lipidic dar rar il normalizeaza

administrez doze progresiv crescande, similar cu hipoty clinica, mai ales la cardiaci.

doze uzuale 75-100 mcg sunt necesare

administrez cu o ora inainte de masa de dimineata sau la 2 ore dupa masa de seara

daca dupa 3--4 luni de trt cu TSH normal nu apar imbunatatiri, pot opri trt

MONITORIZARE

daca nu tratez la cei cu Ac - si fara gusa si se normalizeaza spontan, nu mai necesita monitorizare.

daca are Ac+ /gusa/ nu se normalizeaza monitorizez la 6 luni pt 2 ani apoi anual. progresie spre hipoty 6-10% cazuri, normalizare in pana la 35% din cazuri.

daca tratez, monitorizez la 2 luni apoi cel putin o data pe an pt a mentine TSH-ul in jumatatea inf a normalului. la varstnici TSH pana in 5