



# Tireotossicosi in gravidanza e nel post-partum

Gilda Dalmazio<sup>1</sup> · Maria Grazia Castagna<sup>1</sup>

Accettato: 20 gennaio 2022 / Pubblicato online: 26 maggio 2022  
© The Author(s) 2022, corrected publication 2022

## Descrizione del caso clinico

Una donna di 32 anni, alla 11<sup>a</sup> + 5 settimana di gravidanza, giungeva alla nostra attenzione per recente riscontro, agli esami ematochimici, di valori di TSH soppressi. Riferiva nell'ultimo mese iperemesi e calo ponderale di 3 kg e, in anamnesi, una storia di ipertiroidismo da Morbo di Basedow insorto all'età di 29 anni, trattato con metimazolo per 18 mesi e in remissione da un anno. Assumeva solo un integratore multivitaminico. All'esame fisico non si rilevavano alterazioni (in particolare, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca erano nella norma). Si richiedevano quindi, a completamento, esami ormonali (Tabella 1) e un'ecografia tiroidea, che evidenziava una ghiandola lievemente aumentata di volume (20 ml), con ecostruttura disomogenea e lievemente ipoecogena, normalmente vascolarizzata e priva di noduli.

## Tireotossicosi in gravidanza

Nelle tireotossicosi del primo trimestre di gravidanza rientrano in diagnosi differenziale la tireotossicosi gestazionale transitoria e l'ipertiroidismo da Morbo di Basedow.

La prima (1–11% delle gravidanze) è causata dallo stimolo sulla funzione tiroidea della gonadotropina corionica (hCG) e si osserva, pertanto, in concomitanza del picco di secrezione fisiologica dell'hCG (7<sup>a</sup>–11<sup>a</sup> settimana), in particolare nelle donne con iperemesi o gestazioni multiple. La clinica è spesso assente o comunque sfumata e il quadro va incontro a risoluzione spontanea all'inizio del secondo trimestre, con la riduzione dei livelli di hCG [1].

Proposto da Emanuela Arvat.

✉ M.G. Castagna  
mariagrazia.castagna@unisi.it

<sup>1</sup> U.O.C. Endocrinologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Siena, Siena, Italia

**Tabella 1** Risultato delle analisi biochimiche alla 11<sup>a</sup> + 5 settimana di gravidanza. TSH, thyroid-stimulating hormone; FT3, free triiodothyronine; FT4, free thyroxine; TRAb, thyrotropin receptor antibodies

	Valore	Range di riferimento
<b>TSH</b>	0,09 mcU/ml	(0,27–4,2)
<b>FT3</b>	3,8 pg/ml	(2,57–4,43)
<b>FT4</b>	18,3 pg/ml	(7,1–18,5)
<b>TRAb</b>	< 1 UI/L	(< 1)

Nelle pazienti con Morbo di Basedow, la tireotossicosi gestazionale transitoria sembra verificarsi con maggior frequenza rispetto alla popolazione generale (26% delle gravidanze) [2], probabilmente per un'aumentata sensibilità della tiroide basedowiana allo stimolo dell'hCG.

L'ipertiroidismo da Morbo di Basedow, pur meno frequente in gravidanza rispetto ad altri periodi dell'età fertile della donna (0,2 vs 0,4–1%), si osserva principalmente nel primo trimestre, in ragione della tolleranza immunitaria che si instaura a partire dal secondo trimestre [1]. La clinica è solitamente manifesta e si accompagna alla positività degli anticorpi anti-recettore del TSH (TRAb). La recidiva di malattia, pur possibile nel primo trimestre, si realizza più spesso nel *post-partum* [3]. Nella nostra paziente veniva fatta diagnosi di tireotossicosi gestazionale transitoria, confermata dalla progressiva normalizzazione dei livelli di TSH.

## Evoluzione del quadro nella paziente

A distanza di quattro mesi dal parto, la paziente si ripresentava alla nostra osservazione per sintomatologia caratterizzata da palpitazioni, tremori e intolleranza al caldo, e calo ponderale di circa 3 kg nell'ultimo mese. All'esame obiettivo si riscontrava tachicardia e lieve ipertensione arteriosa sistolica. Venivano richiesti esami ematochimici (Tabella 2) e all'ecografia tiroidea si osservava un incremento volumetrico della ghiandola (29 ml) e un netto aumento della vascolarizzazione al color Doppler.

**Tabella 2** Risultati delle analisi biochimiche nel *post-partum*. *TSH*, thyroid-stimulating hormone; *FT3*, free triiodothyronine; *FT4*, free thyroxine; *AbTg*, Anti-thyroglobulin antibodies; *AbTPO*, anti-thyroid peroxidase antibodies; *TRAb*, thyrotropin receptor antibodies

	Valore	Range di riferimento
<b>TSH</b>	< 0,004 mcU/ml	(0,4–4)
<b>FT3</b>	17,6 pg/ml	(2,5–4,5)
<b>FT4</b>	39 pg/ml	(5,8–16,4)
<b>AbTg</b>	< 20 UI/ml	(< 45)
<b>AbTPO</b>	289 UI/ml	(< 35)
<b>TRAb</b>	10,2 UI/L	(< 1)

## Tireopatie autoimmuni nel post partum

Nei mesi successivi al parto, in donne con tireopatie autoimmuni, una fase di tireotossicosi transitoria da tiroidite *post-partum* può interessare più del 40% delle pazienti [2]. La tireotossicosi da tiroidite *post-partum* insorge più frequentemente a distanza di 1–6 mesi dal parto, è spesso asintomatica o paucisintomatica ed è autolimitante, per cui non necessita in genere di terapia. Nelle donne con Morbo di Basedow in remissione dopo un ciclo di terapia tireostatica, il tasso di recidiva di ipertiroidismo incrementa, dopo la gravidanza, dal 56 all'84% [3]. L'ipertiroidismo si riscontra solitamente a partire dai tre mesi dal parto, causa sintomatologia più o meno marcata e persiste in assenza di adeguato trattamento.

## Espressione clinica nella paziente

Nel caso della nostra paziente, l'elevato rapporto FT3/FT4, l'incremento della vascolarizzazione al color Doppler e la positività dei TRAb orientavano per una recidiva di Morbo di Basedow [4]. Veniva impostato trattamento con metimazolo 20 mg/die, suddivisi in quattro somministrazioni da assumere subito dopo l'allattamento, per ridurne al minimo l'assorbimento da parte del lattante.

La paziente manifestava quindi il desiderio di un'ulteriore gravidanza entro l'anno. Si raccomandava di posticiparla fino all'ottenimento di una funzione tiroidea controllata in regime terapeutico stabile, per le possibili complicanze connesse all'ipertiroidismo in gestazione [5]. Inoltre, in considerazione della storia di malattia e dell'aumentato rischio di recidiva dopo il parto, veniva proposta terapia definitiva, da attuarsi mediante tiroidectomia, essendo controindicato in allattamento il radioiodio [3, 6]. In caso di rifiuto dell'opzione chirurgica, la paziente avrebbe potuto proseguire la terapia tireostatica con *switch* al propiltiouracile, per la minor severità dell'embriopatia rispetto a quella da metimazolo [7].

**Funding Note** Open access funding provided by Università degli Studi di Siena within the CRUI-CARE Agreement.

## Dichiarazioni etiche

**Conflitto di interesse** Le autrici Gilda Dalmazio e Maria Grazia Castagna dichiarano di non avere conflitti di interesse.

**Consenso informato** Le autrici dichiarano di avere ottenuto il consenso informato all'utilizzo dei dati personali della paziente.

**Studi sugli animali** Gli autori di questo articolo non hanno eseguito studi sugli animali.

**Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

## Bibliografia

- Pearce EN (2019) Management of thyrotoxicosis: preconception, pregnancy, and the postpartum period. *Endocr Pract* 25(1):62–68
- Tagami T, Hagiwara H, Kimura T et al (2007) The incidence of gestational hyperthyroidism and postpartum thyroiditis in treated patients with Graves' disease. *Thyroid* 17(8):767–772
- Rotondi M, Cappelli C, Pirali B et al (2008) The effect of pregnancy on subsequent relapse from Graves' disease after a successful course of antithyroid drug therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 93(10):3985–3988
- Cooper DS, Laurberg P (2013) Hyperthyroidism in pregnancy. *Lancet Diabetes Endocrinol* 1(3):238–249
- Ross DS, Burch HB, Cooper DS et al (2016) 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid* 26(10):1343–1421
- Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedüs L et al (2018) 2018 European Thyroid Association guideline for the management of Graves' hyperthyroidism. *Eur Thyroid J* 7(4):167–186
- Laurberg P, Linding Andersen S, Trimarchi F (2016) Farmaci anti tiroidei in gravidanza: controversie sul rischio di malformazioni congenite. *Endocrinologo* 17:78–81

**Nota della casa editrice** Springer Nature rimane neutrale in riguardo alle rivendicazioni giurisdizionali nelle mappe pubblicate e nelle affiliazioni istituzionali.