

Un caso di fragilità ossea in corso di gravidanza

SI Briganti, A Palermo

Unità di Endocrinologia e Diabetologia, Dipartimento di Medicina, Università Campus Bio-Medico di Roma

Introduzione: L'iperparatiroidismo primitivo è la terza patologia endocrinologica per frequenza nella popolazione generale, con una prevalenza stimata attorno allo 0.1-0.4%. I dati relativi alla prevalenza di questa patologia nelle donne in gravidanza sono scarsi e non esistono, al momento, linee guida specifiche per il trattamento. Tra le complicanze dell'iperparatiroidismo primitivo in gravidanza è inclusa l'osteoporosi, cui la paziente può andare incontro sia durante la gravidanza sia durante l'allattamento. Le modificazioni ossee indotte dai livelli aumentati di paratormone (PTH) e dalle alterazioni dell'asse calcio-fosforo-vitamina D-calcitonina-peptide correlato al PTH (PTH-rP) sono alla base dell'aumento della fragilità ossea e del rischio di fratture a carico di siti scheletrici come il radio distale, il femore e la colonna vertebrale.

Descrizione del caso: Chiara, 22 anni, giunge a visita presso gli ambulatori di Endocrinologia del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma per follow-up ecografico di una lesione cistica del collo. In sede di ecografia oltre alla già nota lesione cistica, che appare volumetricamente stabile, viene descritta al polo inferiore del lobo destro, in sede extratiroidea, una formazione nodulare marcatamente ipoecogena di 30 mm, riferibile in prima ipotesi a paratiroide iperplastica. Nel sospetto di una condizione di iperparatiroidismo primitivo, si richiede approfondimento diagnostico con esami ematochimici e si programma una rivalutazione a breve. Chiara torna a visita a distanza di sette settimane e porta in visione esami di laboratorio che confermano la diagnosi (calcio 11.8 mg/dl, PTH 183 pg/ml, 25-OH vitamina D 35 ng/ml, creatinina 0.62, albumina nella norma, creatininuria e calciuria nelle 24 ore nella norma), tuttavia ci informa di essere alla XIII settimana di gravidanza. Si illustrano alla paziente le possibili complicanze materne e fetali legate all'iperparatiroidismo primitivo in corso di gravidanza, con particolare attenzione all'alta probabilità di crisi ipocalcemiche neonatali, e si commentano i rischi/benefici di un eventuale trattamento medico o chirurgico. Considerati i livelli sierici di calcio, la giovane età della paziente, le dimensioni della paratiroide e l'epoca gestazionale si pone indicazione ad intervento di paratiroidectomia da effettuare nel corso del II trimestre di gravidanza, che tuttavia Chiara rifiuta per timore di esporre il feto a possibili danni secondari all'anestesia generale. Si concorda con la paziente stretto follow-up della calcemia fino al parto. La gravidanza procede in assenza di complicanze fetali, ginecologiche e ostetriche e i livelli sierici di calcio si mantengono inferiori a 11.5 mg/dl, pertanto si programma taglio cesareo a XXXVIII settimane. Si illustrano alla paziente le potenziali complicanze ossee cui potrebbe andare incontro in corso di allattamento che, in considerazione della patologia di base, viene sconsigliato. Chiara rifiuta, affermando di volere allattare per almeno sei mesi, dunque si programma follow-up a distanza di 8 settimane dal parto. Il bambino di Chiara, Alessandro, pesa 3.250 Kg alla nascita e viene sottoposto, su indicazione del pediatra curante, a prelievi seriati della calcemia per identificare precocemente una eventuale crisi ipocalcemiche. A distanza di 10 ore dal parto Alessandro inizia a manifestare tremori e tetania, con riscontro di calcemia di 6.8 mg/dl. Viene applicato immediatamente il protocollo di riferimento per la correzione dell'ipocalcemia neonatale che si risolve nell'arco delle 24 ore successive. Chiara torna a visita anticipatamente, a distanza di 3 settimane dal parto, per algia acuta e ingravescente a livello del rachide insorta al termine della gravidanza. Porta in visione un esame densitometrico della colonna lombare e del femore ed un esame radiografico del rachide richiesti dal proprio medico curante. Tali esami mostrano valori massa ossea ridotti (Z score colonna e femore rispettivamente -2.6 e -2.8) e crollo vertebrale di D8. Si spiega alla paziente che le modificazioni della struttura ossea indotte dalla gravidanza e dall'allattamento hanno accelerato e aggravato l'indebolimento della massa ossea secondario all'iperparatiroidismo primitivo da cui è affetta, portandola a sviluppare la complicanza osteoporotica. Si ribadisce la necessità di interrompere l'allattamento e di sottoporsi ad intervento chirurgico di paratiroidectomia, che la paziente accetta. In sede di intervento di paratiroidectomia viene effettuato il dosaggio del PTH intraoperatorio, con normalizzazione dei livelli sierici di PTH. A distanza di 20 giorni giunge la conferma istologica di lesione adenomatosa paratiroidea a cellule principali. Attualmente la paziente è in follow-up laboratoristico e strumentale.

Conclusioni: patologie endocrinologiche di per sé benigne o relativamente gestibili se diagnosticate e inquadrare in tempi brevi possono diventare estremamente complesse nella gestione clinica nel momento in cui la paziente si trovi in stato di gravidanza. È assolutamente fondamentale considerare rischi e benefici dei trattamenti possibili sia per la mamma che per il feto, tenendo comunque sempre in considerazione le preferenze della paziente.