

IPOTIROIDISMO SUBCLINICO IN GRAVIDANZA: EFFETTO DELLA LT4

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

La condizione di ipotiroidismo subclinico in gravidanza sembra essere associata a un peggioramento degli *outcome* materno-fetali. I risultati in merito sono stati contraddittori, alcune volte confermando, altre smentendo tale associazione. Un solo studio prospettico randomizzato ha dimostrato che le pazienti TPOAb (+) con TSH > 2.5 mIU/L dal primo trimestre di gravidanza presentavano un maggior tasso di complicanze materno-fetali rispetto ai controlli, e che la terapia sostitutiva con LT4 riduceva il rischio di complicanze (1).

Lo **studio retrospettivo** di Maraka et al (2) ha valutato gli **outcome materno-fetali in due gruppi** di pazienti con TSH > 2.5 mIU/L nel primo trimestre e > 3.0 mIU/L nel secondo trimestre, dei quali uno (n = 82) sottoposto a terapia sostitutiva, l'altro (n = 284) non trattato.

I risultati dello studio hanno evidenziato che le **pazienti non trattate** presentavano un **tasso di complicanze maggiore**: complessivamente le pazienti trattate hanno sviluppato 36 complicanze (44%), le pazienti non trattate 207 complicanze (73%); alcuni *outcome* specifici, quali basso peso alla nascita (< 2.500 g) e basso APGAR (≤ 7 a 5 min) erano significativamente maggiori nel gruppo delle pazienti non trattate.

Lo studio presenta ovviamente tutti i limiti di uno studio retrospettivo, per quanto scrupolosa possa essere la raccolta dei dati, effettuata peraltro presso la *Mayo Clinic*. Il rischio di *bias* nella selezione dei pazienti, la quasi totale assenza di determinazione di TPOAb, e il numero relativamente ridotto di pazienti fanno sì che i risultati di questo, come di altri studi, debbano essere considerati con cautela.

Per superare i limiti determinati da studi monocentrici, spesso retrospettivi e con numero insufficiente di pazienti, **è in corso di formazione un database** chiamato "*Consortium on Thyroid and Pregnancy*", che ha raccolto a tutt'oggi i dati di **circa 55.000 pazienti**. La valutazione di questi dati e i risultati di studi prospettici multicentrici che sono tuttora in corso, offriranno nel prossimo futuro delle risposte fondate in un campo tuttora minato da incertezze.

In **conclusione**, vale la pena **ricordare** che:

1. si consiglia di trattare con LT4 le pazienti TPOAb (+) con TSH > 2.5 mIU/L nel primo trimestre;
2. la terapia non è indicata in pazienti TPOAb (+) con TSH < 2.5 mIU/L nel primo trimestre;
3. la terapia non è strettamente necessaria nelle pazienti TPOAb (-) e TSH > 2.5 mIU/L nel primo trimestre (la supplementazione iodica in compresse può essere sufficiente a tenere sotto controllo il TSH);
4. la condizione di ipotiroidemia isolata non richiede trattamento, soprattutto nel II e III trimestre;
5. deve essere evitato l'*overtreatment*, inteso non solo come eccesso di dosaggio, ma anche come estensione ingiustificata delle pazienti da trattare (3).

Bibliografia

1. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, et al. Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* [2010, 95: 1699-707](#).
2. Maraka S, Singh Ospina NM, O'Keeffe DT, et al. Effects of levothyroxine therapy on pregnancy outcomes in women with subclinical hypothyroidism. *Thyroid* [2016, 26: 980-6](#).
3. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, et al. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *Eur Thyroid J* [2014, 3: 76-94](#).



Roberto Negro (dr.negro@libero.it)
Endocrinologia, Ospedale Fazzi, Lecce