

REVIUL LITERATURII

© ECATERINA GORCEAG, ANGELA MARIAN-PAVLENCO, ZINAIDA ALEXA

ECATERINA GORCEAG, ANGELA MARIAN-PAVLENCO, ZINAIDA ALEXA

REVIUL UNOR RECOMANDĂRI ALE ASOCIAȚIEI AMERICANE PE GLANDA TIROIDĂ-2017 PENTRU DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT AL PATOLOGIEI TIROIDIENE ÎN TIMPUL SARCINII ȘI ÎN PERIOADA POST-PARTUM

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Patologia glandei tiroide în timpul sarcinii este o problemă clinică comună cu o importanță majoră pentru populația fertilă. Sarcina are un impact semnificativ asupra funcției glandei tiroide. Dimensiunile glandei tiroide în timpul sarcinii se măresc cu 10% în regiuni cu alimentația suficientă cu iod, și de la 20% până la 40% în țările unde este stabilită carența de iod. Producția de hormoni tiroidieni, tiroxină (T4) și triiodotironină (T3) crește cu aproape 50% în combinație cu o creștere separată de 50% a necesității zilnice de iod. Aceste schimbări fiziologice au loc la femeile sănătoase, dar disfuncția apare la gravide din cauza proceselor patologice la nivelul glandei tiroide. În anul 2017 a fost publicat ghidul ATA- ultima versiune revizuită, care a inclus 97 de recomandări pentru medici ginecologi și medici endocrinologi privind diagnosticul și managementul patologiei tiroidiene în timpul sarcinii și după naștere. Acest ghid reprezintă un instrument important și comod pentru determinarea grupurilor de risc, stabilirea diagnosticului la timp și managementul corect a disfuncției tiroidiene în timpul sarcinii și în perioada post-partum. Din 11 categorii de recomandări în acest articol s-au descris toate, cu excepția categoriilor 6 și 7-tireotxicoza, gușa nodulară și cancerul tiroidian în timpul sarcinii.

Categoriile de recomandări:

1. Aprecierea funcției glandei tiroide în timpul sarcinii.
2. Statutul nutrițional cu iod în timpul sarcinii.
3. Anticorpii către glanda tiroidă și complicațiile sarcinii.
4. Influența patologiei tiroidiene asupra fertilității și tehnicilor de reproducere asistată.
5. Hipotiroidismul și sarcina.
8. Recomandările ce țin de făt și nou-născut.
9. Patologia tiroidiană și lactația.
10. Tireoidită post-partum.
11. Screening pentru patologia tiroidiană înainte și în timpul sarcinii.

I. Aprecierea funcției glandei tiroide în timpul sarcinii.

Recomandare 1. În măsura posibilității, se recomandă ca valorile de referință pentru TSH în diferite trimestre de sarcină să fie determinate pentru populații locale. Valorile de referință trebuie să fie determinate doar la gravide fără anamneza de patologie tiroidiană, fără deficit de iod și cu statutul negativ de anticorpi.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 2. Determinarea concentrației T4 liber prin metode indirecte imunometrice în timpul sarcinii sunt influențate de unii factori care pot denatura rezultatele. Totodată rezultatele variază în dependență de diferite test-sisteme. Aprecierea concentrației T4 în timpul sarcinii necesită aplicarea intervalelor specifice trimestriale și specifice metodologic.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 3. Pentru aprecierea funcției glandei tiroide, mai ales în a 2-a jumătate a sarcinii, se recomandă determinarea concentrației T4 total, luând în considerație valorile de referință. Aprecierea mai corectă a T4 liber poate fi determinată cu ajutorul calculului indicelui de T4 liber.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

II. Statutul nutrițional cu iod în timpul sarcinii

Recomandare 4. Mediana concentrației iodului în urină poate fi folosită pentru aprecierea statutului nutrițional cu iod în populația locală, dar aprecierea iodului în urină în 24 de ore la indivizi aparte nu poate fi folosită ca metodă de apreciere iodnutriției în populație.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 5. Toate gravidele trebuie să consume zilnic aproximativ 250 mcg de Iod. Pentru atingerea acestei doze, trebuie de elaborat strategiile locale în dependență de regiunea geografică.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 6. În majoritatea regiunilor, inclusiv și SUA femeilor care își planifică sarcina sau deja sunt gravide se recomandă administrarea suplimentară de 150 mcg de iodură de potasiu. Se recomandă administrarea acestuia cu 3 luni înainte de sarcină.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 7. În țările cu nivelul economic scăzut, unde sarea iodată nu este accesibilă, iod-profilaxia la gravide și la femei în perioada reproductivă poate fi efectuată prin administrarea de 400 mg de ulei iodat ca o măsură de urgență. Această măsură nu poate fi folosită ca una de lungă durată, mai ales în regiuni, unde pot fi aplicate alte metode de profilaxie.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 8. Nu este nevoie de a efectua iod-profilaxia la gravide care primesc tratament pentru hipertiroidism sau la gravide care administrează terapia hormonală de substituție cu levotiroxina (L-T4) în legătură cu hipotiroidism.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 9. Administrarea excesivă de iod în timpul sarcinii trebuie evitată, cu excepția pregătirii pentru tratament chirurgical în caz de boala Basedow. Trebuie întotdeauna să apreciem riscuri și beneficii când indicăm gravidelor complexurile cu doze excesive de iod.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 10. Trebuie evitată doza zilnică mai mult de 500 mcg obținută în total din alimentație și suplimente alimentare din cauza unui risc crescut de dezvoltare a patologiei tiroideene la făt.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

III. Anticorpii către glanda tiroidă și complicațiile sarcinii

Recomandare 11. La femei cu funcția glandei tiroide în limitele normei, dar cu statut autoimun pozitiv (anti TPO, anti TG) se recomandă determinarea TSH la momentul confirmării sarcinii, și în continuare la fiecare 4 săptămâni în prima jumătate a sarcinii.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 12. Nu se recomandă administrarea selenului gravidelor cu titrul înalt de anticorpi.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 13. Nu se recomandă terapia intravenoasă cu imunoglobuline femeilor cu eutiroidism și avort spontan în anamneză.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 14. Nu există date științifice ce confirmă scăderea riscului de avort spontan în caz de administrarea L-tiroxinei pentru gravide cu anticorpi pozitivi. Dar

această indicație poate fi folosită la femeile cu avort habitual în anamneză, luând în considerație un efect potențial pozitiv cu un risc minim. În acest caz L-T4 se indică în doza inițială de 25-50 mcg.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 15. Nu există date științifice pentru prevenirea nașterii premature în caz de administrarea L-tiroxinei gravidelor cu anticorpi pozitivi.

Recomandarea absentă, dovezi insuficiente.

IV. Influența patologiei tiroidiene asupra fertilității și tehnicilor de reproducere asistată

Recomandare 16. Determinarea concentrației TSH se recomandă la toate femeile cu infertilitate.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 17. Femeilor cu infertilitate și cu semne de hipotiroidism clinic se recomandă tratament cu L-T4.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 18. Există dovezi insuficiente pentru faptul că terapia cu L-T4 crește fertilitatea la femei cu hipotiroidism subclinic cu statut autoimun negativ care planifică sarcina natural (dar nu prin metoda FIV). Totodată, terapia cu L-T4 poate fi recomandată cu scopul prevenirii agravării hipotiroidismului în caz de survenirea sarcinii.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 19. Există dovezi insuficiente pentru faptul că terapia cu L-T4 crește fertilitatea la femeile negravide cu eutiroidism și statutul autoimun pozitiv care planifică sarcina natural (dar nu prin metoda FIV). Terapia cu L-T4 în cazul dat nu poate fi recomandată.

Recomandarea absentă, dovezi insuficiente.

Recomandare 20. Femeilor cu hipotiroidism subclinic care își planifică sarcina prin metoda FIV sau ICSI, se recomandă terapia hormonală de substituție cu L-T4. Scopul terapiei este obținerea limitei de sus al TSH - 2,5 mUI/l.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 21. Există dovezi insuficiente că terapia cu L-T4 la femeile eutiroidice cu statut autoimun pozitiv îmbunătățește rezultatele perinatale. Totodată terapia cu L-T4 la femei eutiroidice și statutul autoimun pozitiv poate fi indicată, pentru că poate duce la un beneficiu potențial având un risc minim. În acest caz L-T4 se indică în doza inițială de 25-50 mcg.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 22. Nu se indică terapia cu glucocorticoizi femeilor eutiroidice și statutul autoimun pozitiv care se pregătesc pentru tehnologii de reproducere asistată.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 23. Aprecierea funcției glandei tiroide

trebuie să aibă loc înainte sau cu 1-2 săptămâni după hiperstimularea ovariană controlată, pentru că aprecierea rezultatelor hormonale în timpul stimulării poate fi complicată pentru interpretare.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 24. La gravide la care sarcina a survenit ca rezultat al hiperstimulării ovariene, determinarea concentrației TSH și administrarea L-T4 se face în baza la recomandări, stipulate în capitolul V. La femeile negravidă cu o creștere ușoară a TSH după hiperstimulare ovariană se recomandă aprecierea repetată a acestuia peste 2-4 săptămâni, pentru că acest indice poate să se normalizeze spontan.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

V. Hipotiroidismul și sarcina

Recomandare 25. Hipotiroidismul în timpul sarcinii este definit ca creșterea TSH mai sus de cifrele de referință specifice sarcinii.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 26. Valorile de referință ale TSH specifice sarcinii se determină în felul următor.

- Dacă este posibil, valorile de referință trimestriale specifice trebuie determinate pentru gravide într-o populație anumită în dependență de zona geografică. Aceste valori se determină la gravidele fără patologia glandei tiroide, cu statut autoimun negativ și fără carența nutrițională de iod.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

- Dacă acest lucru este imposibil, atunci valorile de referință pentru TSH vor fi preluate la o populație asemănătoare cu folosirea tot acelor metode de apreciere a concentrației TSH.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

- Dacă nu este posibilă determinarea TSH la populația locală sau asemănătoare, atunci valoarea de TSH ~ 4,0 mIU/l poate fi folosită. În majoritatea cazurilor limita de sus pentru TSH la gravide se calculează ca scăderea 0,5mIU/l din valoarea limitei de sus.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 27. Hipotiroidismul clinic în timpul sarcinii necesită terapie hormonală de substituție.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 28. Gravidele cu TSH mai mare de 2,5 mIU/l necesită aprecierea statutului autoimun.

Recomandare 29. Tactica în caz de hipotiroidism subclinic:

A. Terapia cu L-T4 se recomandă:

-în caz de statut autoimun pozitiv și TSH mai mare decât valorile de referință (vezi Recomandare 1).

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

-AntiTPO negativ, dar TSH \geq 10,0 mIU/l.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate scăzută.

B. Terapia cu L-T4 poate fi recomandată:

- în caz de statut autoimun pozitiv și TSH mai mare decât valorile de 2,5 mIU/l, dar mai mic decât limita superioară stabilită pentru gravide.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

-în caz de statut autoimun negativ, dar cu valorile TSH mai sus de limita superioară stabilită pentru gravide, dar mai joasă de 10 mIU/l.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

C. Terapia cu L-T4 nu se recomandă:

În caz de statut autoimun negativ cu un TSH în limitele normei (mai jos de limita superioară stabilită pentru gravide, sau mai jos de 4,0 mIU/l în caz dacă aceste valori nu sunt determinate).

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 30. Hipotiroxinemia izolată nu necesită tratament hormonal de substituție în timpul sarcinii.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 31. Terapia hormonală de substituție în timpul sarcinii presupune administrarea perorală a L-T4. Alte medicamente, cum ar fi triiodtironina sau extracte ale glandei tiroide nu se recomandă.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 32. Cum și în grupul general de pacienți cu hipotiroidism, scopul terapiei hormonale de substituție în timpul sarcinii este obținerea unui TSH la limita inferioară a valorilor de referință. Dacă acesta lipsește, scopul principal este obținerea unei concentrații TSH < 2,5 mIU/l.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 33. La gravide cu hipotiroidismul manifest și cel subclinic (care administrează sau nu terapia hormonală de substituție), dar și la femei care sunt în grup de risc pentru a dezvolta hipotiroidismul subclinic (pacientele eutiroide cu statut autoimun pozitiv, post-hemitiroidectomie, sau care au administrat tratament cu iod radioactiv), se recomandă determinarea concentrației TSH aproximativ la fiecare 4 săptămâni până la mijlocul sarcinii și cel puțin o dată la 30 de săptămâni.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 34. Femeile de vârstă reproductivă care administrează terapia hormonală de substituție în legătură cu hipotiroidism, trebuie preîntâmpinate, că în caz de survenirea sarcinii, necesitatea în L-T4 poate să crească. Această categorie de femei trebuie să se adreseze la medic din momentul survenirii sarcinii sau suspecției la aceasta.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 35. Femeile cu hipotiroidism care administrează terapia hormonală de substituție și

planifică o sarcină, valorile TSH trebuie determinate preconcepțional. Doza de L-T4 trebuie corectată în așa mod, ca nivelul de TSH să atingă valorile <2,5 mIU/l.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 36. Femeile cu hipotiroidism care administrează terapia cu L-T4 în caz de constatarea sarcinii (de exemplu, testul la sarcină pozitiv), trebuie să-și mărească de sinestătător doza de L-T4 cu 20-30% și să anunțe medicul despre această situație. Această majorare corespunde administrării suplimentare a încă două pastile de doză zilnică de L-T4 pe săptămână.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 37. Doza de L-T4 după naștere trebuie micșorată până la doza administrată preconcepțional. Se recomandă determinarea concentrației TSH peste 6 săptămâni după naștere.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 38. Unele femei care au început administrarea terapiei cu L-T4 în timpul sarcinii, nu vor necesita prelungirea terapiei după naștere. Asta este posibil atunci când doza de L-T4 în timpul sarcinii nu a fost mai mare decât 50 mcg pe zi. În caz de anularea terapiei, nivelul de TSH trebuie determinat peste 6 săptămâni după naștere.
Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 39. Gravidele cu hipotiroidismul compensat vor necesita doar monitorizarea funcției tiroidiene (nu vor avea nevoie de investigații suplimentare: ecografie, teste antenatale, analiza sângelui ombilical), doar dacă aplicarea altor metode de investigații va fi necesară în legătura cu alte indicații. Fac excepție femeile care au suportat tiroidectomie sau terapia cu ¹³¹I și care au nevoie de determinarea titrului de anticorpi către receptorul TSH.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

VIII. Recomandările ce țin de făt și nou-născut

Recomandare 71. Date despre patologia tiroidiană la gravida în anamneza, administrarea tireostaticelor (tiamazol, propiltiouracil), disfuncția tiroidiană sau titrul înalt de anticorpi către rTSH în timpul sarcinii trebuie raportate medicului neonatolog sau pediatru.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 72. În caz de forma gravă, progresivă sau complicată din punctul de vedere diagnostic al patologiei tiroidiene la gravidă sau la făt se recomandă consultația neonatologului sau a endocrinologului-pediatru în timpul sarcinii. În celelalte cazuri consultul va necesita copilul nou-născut.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 73. Toți copiii nou-născuți trebuie să fie supuși unui screening la hipotiroidism prin determinarea

valorilor TSH în pată uscată de sânge, de obicei la a 2-5-a zi după naștere.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

IX. Patologia tiroidiană și lactație

Recomandare 74. Având în vedere că hipotiroidismul poate avea un impact negativ asupra lactației se recomandă determinarea TSH pentru aprecierea funcției tiroidiene la femei cu cauza neclară de lipsă sau scăderea lactației.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 75. Se recomandă administrarea terapiei hormonale de substituție la femei care alăptează sau planifică alăptarea, având în vedere impactul negativ al hipotiroidismului clinic și subclinic asupra alăptării.
Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 76. Influența tireotoxicozei materne asupra alăptării nu este clară. Respectiv, actualmente nu este elaborată recomandarea în privința tratamentului tireotoxicozei la femeile care alăptează.

Recomandarea absentă, dovezi insuficiente.

Recomandare 77. Este interzisă administrarea ¹³¹I în timpul alăptării. În caz de necesitatea efectuării scintigrafiei cu ¹³¹I, alăptarea trebuie să fie anulată, dar poate fi reîncepută peste 3-4 zile după investigație.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 78. Luarea deciziei în privința terapiei tireotoxicozei la femeile care alăptează se bazează pe tot aceleași principii ca și pentru femei care nu alăptează, excepție fiind situația cu ameliorarea lactației.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 79. În caz dacă femeia care alăptează are nevoie de tratament cu tireostatică, poate fi indicată terapia cu tiamazol (doza maximă 20 mg/zi), sau cu propiltiouracil (doza maximă 450 mg/zi). Având în vedere că ambele medicamente pătrund în laptele matern, este necesar să fie indicată doza minim-efectivă.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 80. Copiii alăptați de femei care administrează tireostatică, trebuie să fie supuși unei monitorizări de creștere și de dezvoltare adecvată în cadrul unui control pediatric de rutină.
Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 81. Toate femeile care alăptează necesită 250 mcg de iod pe zi.
Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 82. Femeile care alăptează necesită administrarea suplimentară a 150 mcg de iod în fiecare zi. Este optimă administrarea iodurii de potasiu (este o parte componentă a complexurilor de polivitamine), pentru că kelpul și medicamente pe baza de alge marine

conțin o cantitate nedeterminată de iod.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 83. În caz de carența gravă de iod, în regiuni unde lipsește iodarea sării, femeilor care alăptează li se recomandă administrarea unică a 400 de mg de ulei iodat deodată după naștere.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 84. În timpul sarcinii și în perioada de alăptare trebuie evitată administrarea iodului în doza mai mare de 500-1100 mcg pe zi, pentru că administrarea dozei excesive de iod poate să se complice cu hipotiroidismul nou-născutului.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

X. Tireoidită postpartum

Recomandare 85. La toate pacientele cu depresie, inclusiv cu depresia post-partum, este necesară aprecierea funcției glandei tiroide.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 86. În timpul fazei tireotoxice a tireoiditei post-partum, în caz de prezența semnelor clinice, se recomandă administrarea β -adrenoblocanților. Medicamente de elecție în timpul alăptării sunt propranolol și metoprolol în doze minim-efective, care permit să cupeze semnele clinice. De obicei acest tratament este necesar pentru câteva săptămâni.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 87. Nu se recomandă administrarea tireostaticelor în perioada tireotoxică a tireoiditei post-partum.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 88. Se recomandă aprecierea nivelului de TSH la fiecare 4-8 săptămâni după finisarea fazei tireotoxice a tireoiditei post-partum cu scopul diagnosticării la timp a fazei de hipotiroidie.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 89. L-tiroxina se recomandă în faza de hipotiroidie a tireoiditei post-partum. Dacă nu a fost indicată terapia, atunci se recomandă testarea TSH la fiecare 4-6 săptămâni până la normalizarea funcției glandei tiroide. L-tiroxină se indică în caz, dacă femeia planifică o nouă sarcină sau dacă la momentul actual alăptează.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 90. Terapia cu L-tiroxină indicată în faza de hipotiroidie a tireoiditei post-partum trebuie să continue timp de 12 luni. Tratamentul nu se anulează dacă femeia planifică sarcina sau este însărcinată.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate scăzută.

Recomandare 91. Se recomandă aprecierea anuală a valorilor TSH la femeile cu tireoidită post-partum

în anamneză cu scopul diagnosticării precoce a hipotiroidismului constant.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 92. Nu se recomandă și nu a fost demonstrată eficiența administrării L-tiroxinei și preparatelor cu iod femeilor-purtătoare de anticorpi către glanda tiroidă.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

XI. Screening pentru patologia tiroidiană înainte și în timpul sarcinii

Recomandare 93. Nu există dovezi suficiente pro sau contra screeningului mondial pentru TSH la termeni precoci de gestație.

Recomandarea absentă, dovezi insuficiente.

Recomandare 94. Nu există dovezi suficiente pro sau contra screeningului mondial pentru TSH pentru femei care planifică sarcina. Excepție fac doar purtătoare de anticorpi către glanda tiroidă și cele care planifică o metodă de reproducere asistată.

Recomandarea absentă, dovezi insuficiente.

Recomandare 95. Nu se recomandă screeningul mondial pentru determinarea T4 liber la gravide.

Recomandarea slabă, dovezi de calitate moderată.

Recomandare 96. Se recomandă colectarea anamnezei la fiecare gravidă în cadrul primei vizite în privința patologiei tiroidiene și administrării L-tiroxinei sau terapiei cu tireostatice.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate înaltă.

Recomandare 97. Determinarea concentrației TSH se recomandă la toate gravidele care au factori de risc:

1. Disfuncția tiroidiană în anamneză sau semne de hipotiroidism (tireotxicoză);
2. Prezența anticorpilor către glanda tiroidă sau gușă nodulară;
3. Iradierea regiunii capului și gâtului în anamneza; intervenții chirurgicale la nivelul glandei tiroide;
4. Vârsta mai mare de 30 de ani;
5. Diabet zaharat de tip I sau altă patologie autoimună;
6. Avort spontan, naștere prematură, infertilitate în anamneză;
7. Sarcina multiplă în anamneză;
8. Anamneza familială de maladii autoimune ale glandei tiroide sau disfuncția tiroidiană în anamneza familială.
9. Obezitate morbidă ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$);
10. Administrarea amiodaronei sau de litiu, sau administrarea recentă a substanțelor de contrast ce conțin Iod;
11. Regiunile geografice cu deficit moderat și sever de Iod.

Recomandarea puternică, dovezi de calitate moderată.

Toate recomandările ghidului ATA-2017 pe diagnostic și managementul patologiei tiroidiene în timpul sarcinii și în perioada post-partum sunt bazate pe dovezi. Aceste paradigme optime oferă medicilor-endocrinologi și ginecologi posibilitatea în luarea unei decizii corecte ce ține de managementul acestei patologii. Pentru elaborarea unei strategii autohtone în Republica Moldova, este necesar să aplicăm aceste recomandări în practica medicală cu scopul elaborării unui ghid individual și specific pentru țara noastră.

BIBLIOGRAFIE:

1. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-389. doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>

2. Фадеев Валентин Викторович, д.м.н., профессор, член-корр. РАН [Valentin V. Fadeyev, MD, PhD, Professor]; адрес: 119991, Москва, ул. Трубетцкая, д. 8, стр. 2 [address: 8-2 Trubetskaya str., Moscow 119991, Russia]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3026-6315>; eLibrary SPIN: 6825-8417; email: walfad@mail.ru.