

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Gutan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

TIREOTOXICOZA

Protocol clinic instituțional

(ediția II)

PCI – 15

Edineț 2025

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

ORDIN

Nr. 85.

" 10 " 11 2025

*"Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.565 din 27.06.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Tireotxicoza”, ediția II
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 565 din 27.06.2025 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național "Tireotxicoza", ediția II*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

ORDON :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *"Tireotxicoza", ediția II*.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *"Tireotxicoza", ediția II*. în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *"Tireotxicoza", ediția II*.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *"Tireotxicoza", ediția II*. în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț

Lilia



Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

27 iunie 2025

Nr. 565

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, anexă.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Tireotxicoza”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, va asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.288 din 18.07.2008 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tireotxicoza”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ	7
A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic:.....	7
A.2. Codul bolii (CIM 10):	8
A.3. Utilizatorii:	8
A.4. Obiectivele protocolului:	8
A.5. Elaborat: 2008	9
A.6. Revizuit: 2025	9
A.7. Următoarea revizuire: 2030	9
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor:Definițiile folosite în document	9
A.9. Informația epidemiologică	10
B. PARTEA GENERALĂ. NIVELURI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	11
Nivel de asistență medicală primară (medic de familie)	11
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ.....	13
C.1.1 Algoritmul de diagnostic etiologic al tireotoxicozei	13
C.1.2. Algoritmul de tratament al tireotoxicozelor.....	14
C.1.3. Algoritmul de tratament al BGB	15
C.1.4. Algoritmul de management al tireotoxicozei subclinice	16
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	17
C.2.1. Clasificarea clinică	17
C.2.2. Profilaxia (primară, secundară, terțiară)	17
C.2.2.1. Screeningul selectiv	17
C.2.3. Conduita pacientului cu tireotoxicoză.....	17
C.2.3.1. Anamneza.....	18
C.2.3.2. Examenul fizic (datele obiective)	18
Tabelul 1. <i>Manifestările clinice obiective ale sindromului tireotoxic</i>	18
C.2.3.3. Investigații paraclinice	20
C.2.3.5. Tratamentul	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	28
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN	30
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	31
ANEXE	33
Anexa 1. Gradele de evidență științifică.....	33
Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Tireotoxicoză – Nivelul AMP	34
Anexa 3 INFORMAȚIE PENTRU PACIENT.....	35

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AGS	Analiza generală de sânge
AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMU	Asistență medicală urgentă
Anti-rTSH (TRAb)	Anticorpi antireceptor pentru TSH
Anti TG	Anticorpi antitireoglobulină
Anti TPO	Anticorpi antiperoxidază tiroidiană
AT	Adenom tireotoxic
ATS	Antitirodine de sinteză
BGB	Boala Graves-Basedow (gușa difuză toxică)
CG	Cameră de Gardă
freeT3	Fracția liberă (<i>free</i>) de T3
freeT4	Fracția liberă (<i>free</i>) de T4
GCS	Glucocorticoizi
GMNT	Gușă multinodulară toxică
HDL	Lipoproteine cu densitate mare
LDL	Lipoproteine cu densitate mică
OE	Orbitopatie (oftalmopatie) endocrină
PCR	Proteina C reactivă
PTU	Propylthiouracilum*
RA	Reacții adverse
RAI	Iod radioactiv
RIT	Radioiodterapie
T3	Triiodtironină
T4	Tiroxina sau tetraiodtironina
TA	Tiroidita autoimună (Hashimoto)
TS	Tireotoxicoză subclinică
TSH	Hormonul tireotrop (hormon tireostimulator) (<i>Thyroid-stimulated hormone</i>)
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor
UPU	Unitate de primire Urgențe

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Dozarea TSH-ului este testul de screening inițial deoarece are cea mai mare sensibilitate și specificitate în evaluarea tireotxicozei. Totuși, atunci când se suspectă tireotxicoza, evaluarea inițială va include atât TSH-ul seric, cât și freeT4.
- În toate cazurile de tireotxicoză este importantă stabilirea etiologiei acesteia (caseta 1). (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*)
- Tratatamentul cu beta-blocante este indicat la toți pacienții diagnosticați cu tireotxicoză ce prezintă semne clinice, în special la vârstnici și la pacienții cu FCC peste 90/min sau cu boli cardiovasculare concomitente. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*)
- ATS vor fi utilizate în tireotxicozele prin hiperfuncție tiroidiană, cu un nivel înalt de captare la scintigrafie. Nu se vor utiliza în tireotxicozele prin distrucție tiroidiană și de natură exogenă.
- ATS se indică pentru a atinge eutiroidia până la tratamentul chirurgical sau prin iod radioactiv. La unii pacienți, ATS pot fi utilizate pe termen îndelungat, drept tratament de bază, provocând uneori remisia stabilă a bolii.
- Înainte de a iniția tratamentul cu ATS se va determina analiza generală a sângelui (inclusiv formula leucocitară și numărul absolut de neutrofile), transaminazele, bilirubina pentru a exclude leucopenia și a asigura corecția în siguranță a tireotxicozei (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).
- Doza de inițiere a ATS depinde de severitatea tireotxicozei.
- Nivelul seric al freeT4 împreună cu, sau fără freeT3 se vor repeta peste 2 – 6 săptămâni de la inițierea terapiei cu ATS (în dependență de severitatea tireotxicozei și dozele de ATS). Doza de ATS se va ajusta corespunzător.
- Dacă se alege tratamentul chirurgical drept metodă de tratament, preoperator se va atinge eutiroidia cu ATS, împreună cu sau fără beta-blocante. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Determinarea Anti-r TSH (TRAb) este un instrument sensibil și specific atât pentru diagnosticul rapid și precis al BGB, cât și pentru diagnosticul diferențial al BGB (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Pacienții cu BGB primar diagnosticată trebuie tratați cu ATS. Terapia RAI sau tiroidectomia poate fi luată în considerare la pacienții care preferă această abordare. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Thiamazolum trebuie administrat la orice pacient cu BGB care alege terapia cu ATS, cu excepția primelor 16 săptămâni de sarcină. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Dacă s-a selectat terapia cu ATS, durata tratamentului cu Thiamazolum este de 12 – 18 luni. ATS se anulează dacă nivelul TSH și anti-rTSH (TRAb) sunt normale (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Înainte de anularea ATS pentru BGB se recomandă determinarea anti-rTSH (TRAb) pentru a aprecia probabilitatea remisiei (nivelul normal indică șanse mai mari de remisie) sau a riscului de recidivă. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Pacienții cu anti-rTSH (TRAb) persistent ridicat după 12-18 luni de tratament cu ATS, pot continua terapia cu Thiamazolum încă 12 luni, repetând anti-rTSH (TRAb)

peste 12 luni, sau pot opta pentru altă metodă de tratament (RIT sau tratament chirurgical). (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).

- Dacă după finalizarea tratamentului cu ATS reapare tireotxicoza, se indică tratament chirurgical sau cu iod radioactiv. Tratamentul de lungă durată cu ATS în doze mici (mai mult de 12 – 18 luni), se va menține la pacienții care preferă această metodă de tratament. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Dacă se alege tratamentul chirurgical drept metodă de tratament al BGB, intervenția de elecție este tiroidectomia totală (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Doza de Levothyroxinum administrată după tiroidectomie pentru BGB, se va calcula în funcție de greutatea pacientului (1,6 mkg/ kg corp) cu control ulterior al TSH peste 6 – 8 săptămâni postoperator. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).
- Dacă se alege RIT drept metodă de tratament al BGB, până la RIT se va atinge eutiroidia cu ATS.
- Sarcina și perioada de lactație sunt contraindicații absolute pentru tratamentul cu RAI. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Un test de sarcină trebuie efectuat cu 48 de ore înainte de tratamentul cu RAI la toate femeile de vârstă reproductivă (cu potențial fertil). Medicul curant ar trebui să obțină acest test și să verifice rezultatul negativ înainte de administrarea I¹³¹. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).
- Concepția trebuie amânată cel puțin cu 6 luni după RIT, atât la bărbați, cât și la femei (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- La pacienții cu OE, tireotxicoza trebuie controlată prompt cu ATS, iar eutiroidia trebuie menținută stabil (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Dacă la pacientul cu BGB se depistează noduli în glanda tiroidă, evaluarea și managementul se va realiza în conformitate cu recomandările existente privind diagnosticul și tratamentul nodulilor la persoanele eutiroide (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Thiamazolum este preparatul ATS de elecție la copii și trebuie indicat copiilor care necesită tratament cu ATS (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Tratamentul cu PTU trebuie evitat la copii și adolescenți (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Tratamentul pe termen lung cu Thiamazolum trebuie să fie metoda de tratament principală la copiii cu BGB (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Printre metodele radicale de tratament, tiroidectomia este prioritară în copilărie, dar la copiii postpubertali (peste 16 ani) RIT poate fi luată în considerare (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Pacienții cu AT manifest și GMNT manifestă trebuie tratați chirurgical sau cu iod radioactiv. Ocazional, tratamentul de durată cu ATS în doze mici poate fi luat în considerare (*clasă de recomandare II, nivel de evidență B*).
- Dacă se alege tratamentul chirurgical al AT și GMNT, la pacienții cu tireotxicoză manifestă preoperator se va obține eutiroidia cu ATS împreună cu sau fără beta-adrenoblocante (caseta 20). În aceste cazuri, nu se vor administra preparate de iod preoperator. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).
- Dozarea TSH trebuie utilizată pentru a evalua severitatea tireotxicozei subclinice și pentru a distinge tireotxicoza subclinică de gradul 1 (TSH seric: 0,1-0,39 mIU/l) de

tireotxicoza subclinică de gradul 2 (TSH seric $<0,1$ mIU/l) (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).

- Tratamentul este recomandat la pacienții cu TS de gradul 2 pentru a evita riscurile asociate (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Atunci când nivelul de TSH în primul trimestru de sarcină este sub limita inferioară a intervalului de referință, este necesar de evaluat anamnesticul, examenul fizic și de determinat nivelul seric de freeT4. Măsurarea TRAb poate fi utilă în stabilirea etiologiei tireotxicozei. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- Scintigrafia tiroidei nu trebuie efectuată în timpul sarcinii (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- În primele 16 săptămâni de sarcină se recomandă tratamentul cu PTU. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).
- În timpul sarcinii trebuie administrate cele mai mici doze eficiente de Thiamazolum și PTU, iar scopul tratamentului este menținerea nivelului freeT4 matern la limita de sus sau chiar ușor peste limita superioară de referință. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Un regim combinat de Levothyroxinum și ATS nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția situației rare de hipertiroidism fetal izolat. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).

PREFATĂ Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-15 "Tireotxicoza", ediția II**, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru" de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Lilia Negrea – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cristina Cara – Farmacist diriginte;

Angela Lupu – Șef secție;

Olga Șcerbatiuc – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: **Noiembrie** (Aprobat prin Ordinul directorului 85 din 10.11.2025)
în baza:

- PCN-15 "Tireotxicoza", ediția II, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.565 din 27.06.2025 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național "Tireotxicoza", ediția II.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

Cerințe pentru formularea diagnosticului.

- Afecțiunea (boala) de bază (Boala Graves-Basedow sau Gușă difuză toxică/Adenom tireotoxic/Tiroidită autoimună(caseta 1))
- Severitatea tireotxicozei:
 - Ușoară/ medie/ gravă (caseta 2)
 - Subclinică/ manifestă/ complicată (caseta 4)
- Pacientul administrează sau nu tratament cu ATS (doar pentru bolile ce necesită tratament cu ATS).
- Complicațiile tireotxicozei (Cardiomiopatie sau cardiopatie tireotoxică/ Fibrilație atrială tahisistolică permanentă (paroxistică)/ Diabet zaharat secundar/ Osteoporoză) (tabelul 8)
- Afecțiuni asociate (Oftalmopatie endocrină activă/ neactivă – indicarea CAS severitatea ușoară/ medie/ severă pentru fiecare ochi. Mixedem pretibial.)

Exemple de diagnostice clinice:

- Boala Graves-Basedow (sau Gușă difuză toxică). Tireotoxicoză gravă, complicată, fără tratament cu ATS. Cardiomiopatie tireotoxică. Fibrilație atrială tahisistolică permanentă. Hipertensiune arterială secundară, endocrină. ICC II NYHA. Orbitopatie endocrină: activă CAS OD 5/7 OS 4/7, severitate medie.
- Boala Graves-Basedow (gușă difuză toxică). Tireotoxicoză medie, manifestă, tratată cu ATS.
- Adenom tireotoxic. Tireotoxicoză ușoară, subclinică, fără tratament cu ATS.
- Tiroidită subacută. Tireotoxicoză medie, manifestă.
- Boala Graves-Basedow (sau Gușă difuză toxică). Tireotoxicoză compensată, tratată cu ATS (sau Eutiroidie pe tratament cu ATS).

Notă: Diagnosticul este sindromal, în formulare fiind parte componentă a nosologiei tiroidiene respective. Severitatea tireotoxicozei se va stabili/modifica la fiecare vizită la medicul endocrinolog (conform casetei 2 și 4). Din momentul atingerii eutiroidiei, diagnosticul nu va include severitatea tireotoxicozei, severitatea va fi înlocuită cu termenul „compensată” sau termenul de „tireotoxicoză” va fi înlocuit cu termenul de „eutiroidie”. La fiecare vizită se va concretiza dacă pacientul administrează sau nu tratament specific cu ATS.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

E05 TireotoxicozăE05.0 Tireotoxicoză cu gușă difuză

E05.1 Tireotoxicoză cu gușă toxică uninodulară

E05.2 Tireotoxicoză cu gușă toxică multinodulară

E05.3 Tireotoxicoză cu țesut tiroidian ectopic

E05.4 Tireotoxicoză artificială

E05.5 Criza tireotoxică sau coma

E05.8 Alte forme de tireotoxicoză

E05.9 Tireotoxicoză neprecizată

***H06.2 Exoftalmia tireotoxică**

***I43.8 Cardiopatia tireotoxică**

E06.2 Tiroidita cronică cu tireotoxicoză tranzitorie

E06.3 Tiroidita autoimună. Hashitoxicoza (tranzitorie).

P72.1 Tireotoxicoza neonatală

O90.5 Tiroidita postpartum

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor medicale de AMP (medici de familie, asistent/ă medical/ă de familie);

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A spori stabilirea precoce a diagnosticului de tireotoxicoză.
2. A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu tireotoxicoză.
3. A facilita identificarea cauzei tireotoxicozei.
4. A optimiza managementul terapeutic a pacienților cu tireotoxicoză.
5. A reduce numărul pacienților care dezvoltă complicații asociate tireotoxicozei.

6. A reduce numărul de pacienți care necesită spitalizare și în special spitalizări repetate.
7. A furniza informații profesioniștilor din domeniul sănătății, medicilor, pacienților și aparținătorilor referitor la diagnosticul, tratamentul și profilaxia tireotoxicozei.

A.5. Elaborat: 2008

A.6. Revizuit: 2025

A.7. Următoarea revizuire: 2030

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor: Definițiile folosite în document

Boala Graves-Basedow (Gușă difuză toxică): afecțiune autoimună organospecifică a glandei tiroide, ce apare la persoane cu predispoziție genetică, cauzată de prezența anticorpilor tireostimulanți, anti-rTSH (TRAb), clinic manifestată prin sindrom tireotoxic și gușă, cu posibilă asociere de OE, mixedem pretibial, acropatie.

Criză tireotoxică: formă extremă de tireotxicoză, ce pune în pericol viața pacientului.

Eutiroidie: funcție normală a glandei tiroide (nivel plasmatic al hormonilor tiroidieni și al TSH în limitele normei).

Gușă toxică uninodulară (adenom tireotoxic) este determinată de hiperproducția autonomă de hormoni tiroidieni de către un singur nodul.

Gușă toxică multinodulară este determinată de hiperproducția autonomă de hormoni tiroidieni de către doi sau mai mulți noduli.

Gușă: mărirea în dimensiuni a glandei tiroide.

Hipertiroidie: sporirea funcției glandei tiroide (creșterea sintezei și secreției hormonilor tiroidieni).

Hipotiroidie: sindrom clinic determinat de deficitul de hormoni tiroidieni.

Oftalmopatie endocrină sau orbitopatia tiroidiană: afecțiune autoimună de sine stătătoare, reprezintă o alterare complexă a țesuturilor orbitei, însoțită de inflamație, edem și de proliferarea țesutului celuloadipos a orbitei și a mușchilor oculomotori.

Recomandabil: nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz în mod individual.

Sindromul Refetoff: hipersecreție de TSH datorată lipsei de receptivitate pentru T3 și T4 la nivel hipofizar, feedback-ul negativ fiind imposibil. Tiroida este stimulată în exces, determinând gușa și tireotxicoza.

T3 – tireotxicoză: sindrom tireotoxic caracterizat prin prezența TSH scăzut sau nedetectabil, nivelul freeT4 normal și freeT3 majorat.

Tireotxicoza iatrogenă și factitia: intoxicație exogenă a organismului cu hormoni tiroidieni datorită administrării (sau autoadministrării) de doze mari de hormoni tiroidieni sau de metaboliți ai acestora.

Tireotxicoză manifestă: sindrom tireotoxic caracterizat prin prezența semnelor clinice de tireotxicoză și de TSH scăzut sau suprimat, nivel majorat de hormoni tiroidieni (totali și/sau liberi).

Tireotxicoză subclinică: sindrom tireotoxic caracterizat prin prezența TSH scăzut, nivelul freeT4 și freeT3 fiind în limite normale.

Tireotoxicoză: sindrom clinic datorat unui exces de hormoni tiroidieni de orice geneză (determinat fie de creșterea funcției tiroidiene, fie de distrucția parenchimului tiroidian ori de aportul exogen de hormoni tiroidieni) și acțiunii excesului de hormoni tiroidieni asupra organelor și țesuturilor. Termenul tireotoxicoză se pare preferabil celui de hipertiroidie, pentru că nu orice exces de hormoni tiroidieni înseamnă obligatoriu o hiperfuncție a glandei tiroide.

Tireotropinom: tumoare adenohipofizară secretantă de TSH.

A.9. Informația epidemiologică

Prevalența tireotoxicozei în SUA este de aproximativ 1,2% din populație (0,5% manifestă și 0,7% subclinică).

Cauzele cele mai frecvente ale tireotoxicozei endogene sunt BGB, AT și GMNT.

BGB este cauza principală a tireotoxicozei manifeste în regiunile cu un aport suficient de iod, incidență anuală fiind de 20-30 cazuri la 100000 populație. Prevalența BGB constituie 1-1,5% din populație. BGB apare mai frecvent la femei, aproximativ 3% dintre femei și 0,5% dintre bărbați suferă de BGB pe parcursul vieții. Picul morbidității prin BGB se înregistrează la vârsta de 30-60 ani. Aproximativ 30% dintre pacienții cu BGB au anamneza familială agravată pentru BGB sau TA.

Prevalența GMNT și AT crește odată cu vârsta. La vârstnici, GMNT și AT se întâlnesc mai des comparativ cu BGB, în special în regiunile geografice cu deficit de iod.

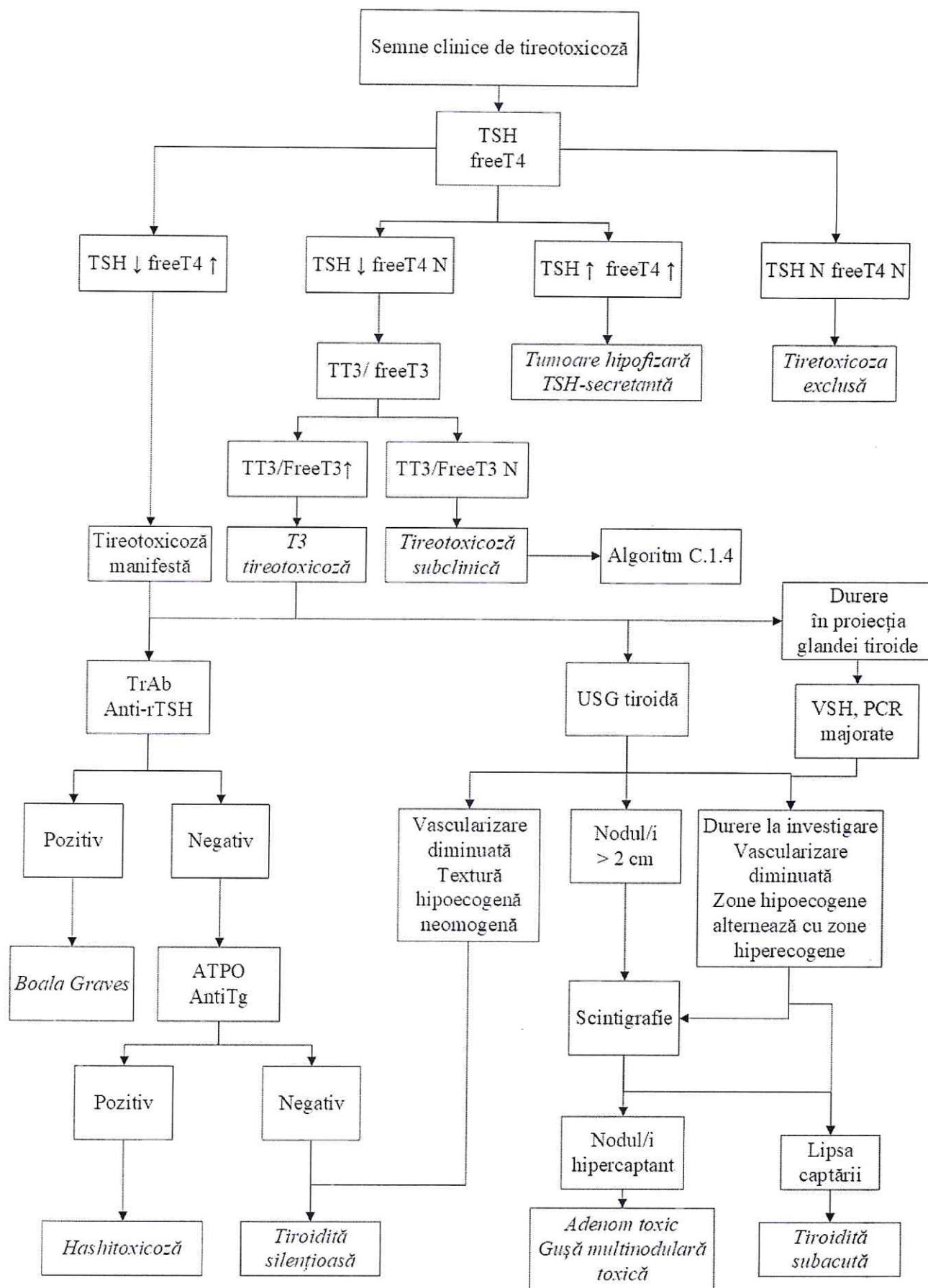
B. PARTEA GENERALĂ. NIVELURI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Nivel de asistență medicală primară (medic de familie)		
Descriere	Motive	Pași
1. Screeningul selectiv C.2.2.2	Depistarea timpurie a tireotoxicozei permite intervenții curative precoce, asigură o calitate bună a vieții și evitarea complicațiilor.	Standard/Obligativ: - Dozarea TSH este testul de screening inițial (casetă 2) - În caz de suspiciune clinică (prezența manifestărilor clinice sugestive (<i>tabelul 1</i>) – testare orientată clinic prin dozarea TSH și freeT4 (<i>algoritmul C.1.1</i>).
2. Diagnosticul C.2.3		
2.1 Examenul clinic al pacientului C.2.3.1 C.2.3.2	Depistarea timpurie a tireotoxicozei permite intervenții curative precoce, pentru asigurarea unei calități bune a vieții și evitarea complicațiilor.	Standard/Obligativ: Evidențierea semnelor clinice la persoanele suspecte de tireotoxicoză: acuzele, anamneza, examenul clinic (<i>casetele 3, 4, 5 tabelul 1, 2</i>)
2.2 Examenul paraclinic al pacientului C.2.3.3		Standard/Obligativ: - dozarea TSH și freeT4 - investigații paraclinice (<i>tabelul 3</i>)
2.3. Diagnosticul diferențial C.1.1	Alegerea metodei de tratament a tireotoxicozei este dependentă de etiologia acesteia	Standard/Obligativ: Este realizat de către medicul endocrinolog.
3. Tratamentul C.2.3.8		
3.1 Nemedicamentos C.2.3.8.1.	Asigurarea stării de eutiroidie, permite ameliorarea calității vieții pacientului și previne apariția complicațiilor.	Standard/Obligativ: Este indicat în toate formele clinice de tireotoxicoză, indiferent de cauză. (<i>casetă 7</i>)
3.2 Medicamentos simptomatice C.2.3.8.2.		Standard/Obligativ: Este indicat în toate formele clinice de tireotoxicoză, indiferent de cauză. (<i>casetele 5, 6, 8, 9, tabelul 4</i>)

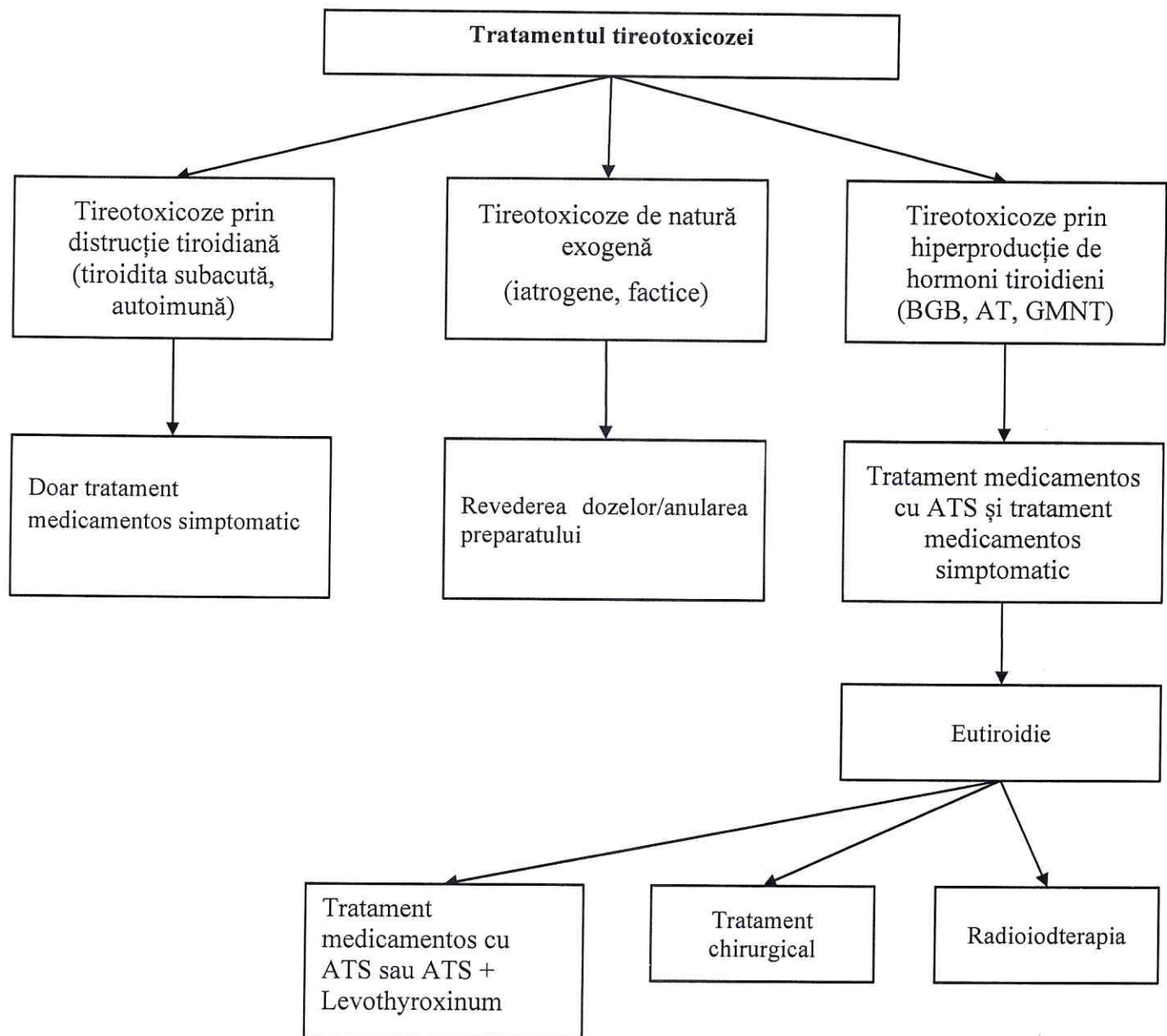
3.3 Tratamentul medicamentos cu ATS		Standard/Obligativ: Este indicat de către medicul endocrinolog
4. Monitorizarea și supravegherea C.2.3.10.	Menținerea stării de eutiroidie previne apariția complicațiilor și asigură o calitate bună a vieții.	Standard/Obligativ: ● în colaborare cu medicul endocrinologul ● dozări periodice ale TSH și freeT4

C.1. ALGORITMI DE CONDUITA

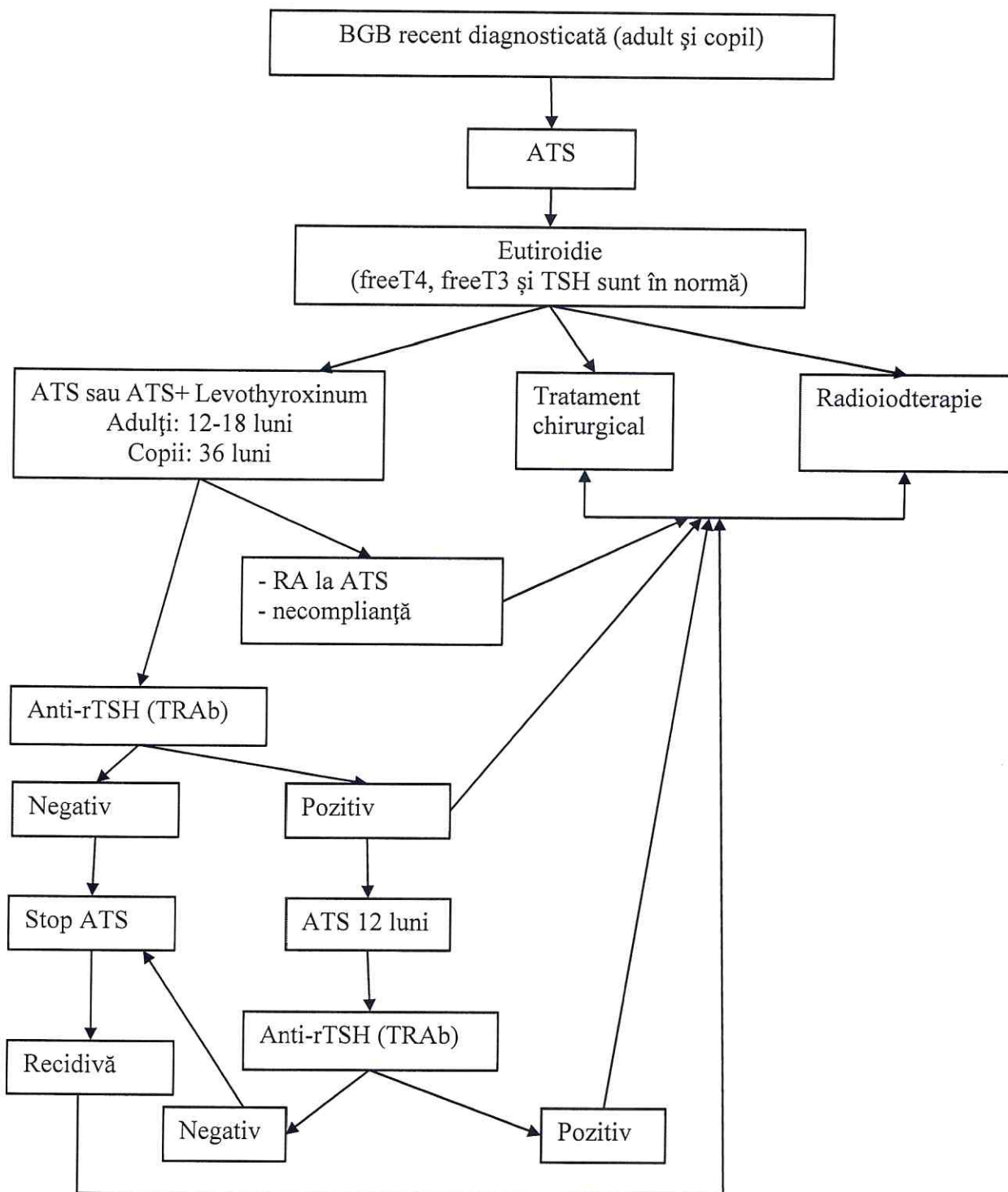
C.1.1 Algoritm de diagnostic etiologic al tireotoxicozei



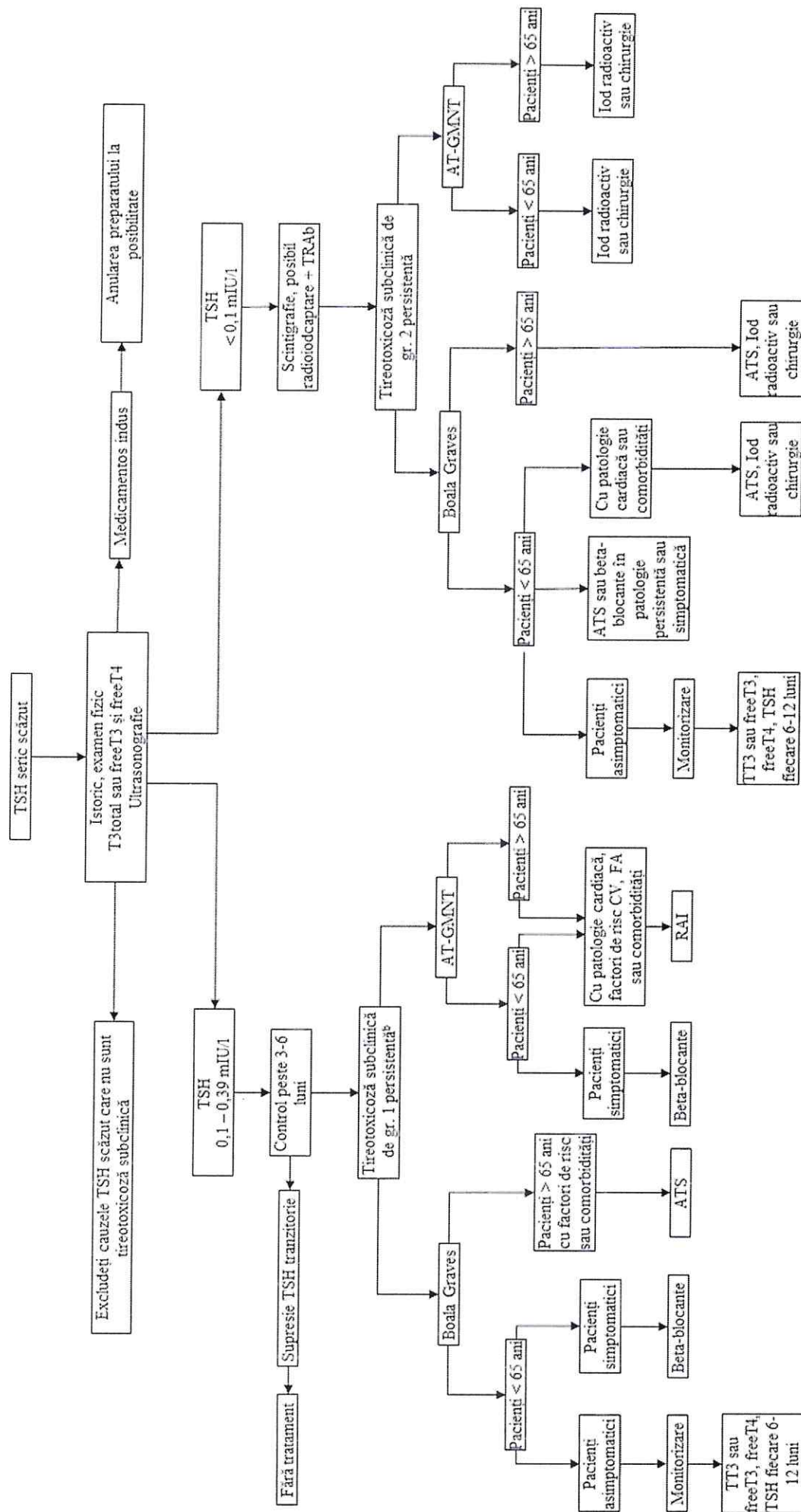
C.1.2. Algoritmul de tratament al tireotoxicozelor



C.1.3. Algoritmul de tratament al BGB [5, modificat]



C.1.4. Algoritm de management al tireotoxicozei subclinice [3]



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică

Caseta 1. Clasificarea tireotxicozei în funcție de severitatea manifestărilor clinice și a modificărilor hormonale.

- Tireotxicoza subclinică – tablou clinic șters cu TSH scăzut/ suprimat și freeT3, freeT4 în limite normale.
- Tireotxicoza manifestă – tablou clinic manifest și modificări hormonale caracteristice – TSH scăzut, asociat cu creșterea freeT4 și/sau freeT3.
- Tireotxicoza complicată – sunt prezente complicații severe: fibrilație atrială, insuficiență cardiacă, complicații tromboembolice, insuficiență corticosuprarenală, hepatită toxică, psihoză, cașexie ș.a.
- Tireotxicoza compensată sau eutiroidie – lipsesc manifestările clinice, TSH, freeT4 și freeT3 sunt în limitele normelor de referință.

C.2.2. Profilaxia (primară, secundară, terțiară)

C.2.2.1. Screeningul selectiv

Caseta 2. Screeningul selectiv

Screeningul inițial se adresează categoriei populaționale care întrunește următoarele condiții:

- anamneza personală pentru boli tiroidiene (care nu urmează tratament specific); screeningul se va realiza anual sau mai rar (se va decide individual).
- administrare de medicamente care pot afecta funcția tiroidei: antiaritmice (Amiodaronum), antitumorale (CTLA-4 inhibitori, PD-1 inhibitori, Citokine imunostimulatorii nespecifice: interleukina 2 și alfa interferon), anticorpi monoclonali (Alemtuzumab); screeningul se va realiza individual, în dependență de medicamentul utilizat.
- fibrilația atrială.

Dozarea TSH-ului este testul de screening inițial deoarece are cea mai mare sensibilitate și specificitate în evaluarea tireotxicozei. Totuși, atunci când se suspectă tireotxicoza, evaluarea inițială va include atât TSH-ul seric, cât și freeT4

C.2.3. Conduita pacientului cu tireotxicoză

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu tireotxicoză .

- Anamneza detaliată (C.2.3.1)
- Examenul clinic (greutatea corpului, TA, puls, tegumentele, prezența/absența edemelor, semnele oculare, mixedemul pretibial, evaluare neuro-musculară și cardiovasculară) (*tabelul 1*) cu aprecierea gradului de manifestare a tireotxicozei
- Inspecția și palparea glandei tiroide: determinarea gradului de mărire, prezența nodulilor (*tabelul 2*)
- Examen oftalmologic
- Identificarea complicațiilor tireotxicozei (C.2.5)
- Identificarea bolilor asociate
- Formularea diagnosticului prezumtiv (*A1*)

- Elaborarea planului de investigații paraclinice (*tabelul 2*)
- Formularea diagnosticului nosologic (identificarea cauzei tireotoxicozei) (*A1*)
- Stabilirea tacticii de tratament în funcție de etiologia tireotoxicozei (*caseta 5*).
- Educație, monitorizare și evaluare pe termen lung.

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 4. Datele care trebuie obținute în cursul anamnezei cuprind.

- acuzele: irascibilitate, nervozitate, neliniște, anxietate, tremor, insomnie, fatigabilitate, oboseală, astenie musculară, transpirații abundente, scădere ponderală cu apetit crescut, hipermotilitate intestinală, diaree, disfuncții ovariene (oligomenoree până la amenoree), diminuarea potenței, intoleranță la căldură.
- simptomele sugestive pentru complicațiile tireotoxicozei/orbitopatie endocrină.
- evoluția bolii (tipul de debut, evoluția ulterioară a semnelor și simptomelor).
- rezultatul investigațiilor anterioare.
- tratamentul urmat și efectul acestuia, precum și aderența la tratament.
- factorii de risc pentru apariția hipertiroidismului.
- antecedentele heredocolaterale.
- istoricul complet de viață și muncă, tabagism.

C.2.3.2. Examenul fizic (datele obiective)

Tabelul 1. Manifestările clinice obiective ale sindromului tireotoxic

Manifestări generale	Subfebrilitate, pierdere ponderală, mimică expresivă
Examenul regiunii anterioare a gâtului	Rezultatul va fi diferit și va corespunde formei clinice de tireotoxicoză (tabelul 2).
Manifestări cutanate și ale fanerelor	Tegumente calde, umede, fine, catifelate, unghii friabile, onicoliză, păr moale și fin, uneori căderea părului, uneori edeme la membrele inferioare, uneori vitiligo.
Manifestări neuropsihice	Irascibilitate, neliniște, tremor generalizat sau al extremităților (tremor al mâinilor întinse), reflexe osteotendinoase accentuate, tahilalie, ideatie rapidă, scris neglijent.
Manifestări cardiovasculare	Tahicardie, extrasistolie, sufluri cardiace, hipertensiune arterială sistolică, majorarea presiunii pulsatile, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă.
Manifestări digestive	Hipermotilitate intestinală, diaree, hepatomegalie moderată, uneori icter.
Manifestări musculare	Semnul taburetului pozitiv (forța musculară e scăzută, pacientul neputând să se ridice de pe scaun fără a se ajuta cu mâinile), miopatia grupurilor proximale de mușchi din extremități (miopatia tireotoxică); rareori, în formele grave – paralizii tireotoxice tranzitorii

Manifestări oculare	Fanta palpebrală lărgită. Suprafața ochiului umedă, lucioasă. <u>Semne oculare:</u> • Moebius: asinergism de convergență a globilor oculari. • Stellwag: clipire rară. • Graefe: asinergism oculopalpebral la privire în jos. • Koher: asinergism oculopalpebral la privire în sus. • Joffroy: asinergism oculofrontal. • Stellwag-Dalrymple: lărgirea fantelor palpebrale cu apariția unei porțiuni de scleră între iris și pleoape. • Rosenbach: tremor mărunț al pleoapelor, mai evident când ochii sunt închiși. • Semnul Jendrassik: limitarea mișcărilor de rotație a globilor oculari. • Jellinek: hiperpigmentarea zonei periorbitale.
Tulburări endocrine	• În caz de insuficiență corticosuprarenaliană relativă: melanodermie, hipotensiune arterială • Ginecomastie

Notă: „Sindromul tireotoxic” este tabloul clinic comun tuturor formelor clinice de tireotoxicoză. Un pacient cu tireotoxicoză poate prezenta toate sau doar unele din aceste simptome în funcție de severitatea și durata bolii. Simptomele tireotoxicozei ușoare și subclinice sunt similare celei manifeste, dar de magnitudine diferită. Există doar corelații moderate între gradul de majorare al hormonilor tiroidieni și semnele și simptomele clinice. S-a constatat însă, că severitatea simptomelor corelează invers cu vârsta: vârsta este un determinant al prevalenței și severității simptomelor.

Caseta 5. Palparea glandei tiroide poate aprecia:

- Gradul de mărire
- Consistența.
- Simetria.
- Prezența formațiunilor.
- Prezența durerii.
- Mobilitatea.
- Concreșterea cu țesuturile adiacente.
- Prezența ganglionilor limfatici regionali.
- Poziția.

Tabelul 2. Rezultatul palpării glandei tiroide în diferite forme clinice de tireotoxicoză:

BGB	Glanda tiroidă difuz mărită, omogenă, dur-elastică, indoloră, mobilă, suprafața netedă, vasculară (tril la palpare, suflu sistolic la auscultație).
Tiroidita subacută	Glandă tiroidă mărită în volum, dură, dureroasă, mobilă.
Tiroidita autoimună	Glandă tiroidă normală în dimensiuni sau hipertrofiată, heterogenă, suprafața neregulată, dură, indoloră, mobilă.

Adenom tireotoxic	Nodul unic, mobil, indolor, neted, bine delimitat, cu hipo/atrofia restului parenchimului tiroidian.
GMNT	Multipli noduli de dimensiuni variabile, în ambii lobi tiroidieni, mobili, netezi, indolori.
Tireotoxicoza factice	Lipsa modificărilor

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Tabelul 3. Investigații paraclinice

Investigațiile		Semnele sugestive pentru tireotoxicoză	Nivel de acordare a asistenței medicale		
			AMP	Nivel consultativ	Nivel staționar
Analiza generală a sîngelui + VSH		Microcitoză, policitemie, scăderea conținutului de hemoglobină, neutropenie, creșterea eozinofilelor și a limfocitelor, reducerea trombocitelor	O	O	O
Analiza biochimică a sîngelui	Glicemia	Hiperglicemie	O	O	O
	Colesterolul	Scăzut	R	R	O
	Trigliceridele	Scăzut	R	R	O
	HDL	Scăzut	R	R	O
	LDL	Scăzut	R	R	O
	Proteina serică totală	Normal sau scăzut	R	R	O
	ALT, AST	Normal sau crescut	R	O	O
	Bilirubina	Normal sau crescut	R	O	O
	Creatinina	Normal sau scăzut	R	O	O
	Ionograma (K, Na, Ca ionic)	Hipercalcemie	R	R	O
Examenul hormonilor serici	freeT3	Crescut	R	R	O
	freeT4	Crescut	O	O	O
	TSH	Scăzut (sau crescut doar în caz de tireotropinom)	O	O	O
Markerii proceselor	AntiTPO	Crescut sau normal	R	O	O
	AntiTG	Crescut sau normal	R	R	R

autoimune tiroidiene	Anti-rTSH (TRAb)	Crescut sau normal	R	O	O
Ecografia glandei tiroide cu volumetrie și dopplerografie		*	O	O	O
ECG		**	O	O	O
Ecocardiografia		**	-	R	O
Examenul ecografic al organelor interne		**	R	R	R
Scintigrafia glandei tiroide		*	-	R	R
RMN zona hipotalamohipofizară		*	-	R	R
Consultație cardiolog, neurolog, oftalmolog, chirurg, ginecolog.		* **	R	R	R

Notă:

* Rezultatele pot fi diferite în funcție de forma clinică a tireotoxicozei (*caseta 1*).

** Rezultatele pot fi diferite în funcție de severitatea tireotoxicozei, durata bolii, prezența complicațiilor.

*** Doar în caz de suspecție a tiroiditei subacute/acute.

O – obligatoriu. Dacă o investigație a fost efectuată la un nivel de acordare a asistenței medicale, atunci la următorul nivel se va decide individual obligativitatea sau necesitatea repetării acesteia (de ex. dacă la un pacient spitalizat ecografia glandei tiroide a fost efectuată recent la nivelul consultativ sau AMP, atunci la etapa nivel staționar se va decide individual necesitatea repetării acestei investigații). Este valabil în special pentru: AntiTPO, AntiTG, Anti-rTSH (TRAb), ecografia glandei tiroide, ecocardiografia.

R – recomandabil. Dacă la nivelul AMP de acordare a asistenței medicale a fost confirmată tireotoxicoza prin nivel scăzut de TSH, majorat de freeT4 și sau freeT3 și pacientul necesită consultația medicului endocrinolog, atunci se permite determinarea AntiTPO, AntiTG, Anti-rTSH (TRAb) la nivelul AMP de acordare a asistenței medicale până la realizarea consultației medicului endocrinolog.

Dozarea hormonilor serici:

- Când este suspectată tireotoxicoza se vor doza TSH, freeT4 pentru o evaluare inițială.
- Atât determinarea TT3, cât și TT4 sunt afectate de proteina de legare.
- TSH normal exclude diagnosticul de tireotoxicoză. Excepție: adenom hipofizar secretant de TSH, rezistența la hormoni tiroidieni, modificări eronate ale TSH prin interferență cu anticorpii.
- Aprecierea nivelului hormonilor serici pe parcursul tratamentului cu ATS și cu Levothyroxinum nu necesită întreruperea tratamentului (doar în ziua colectării sângelui pentru aprecierea nivelului de hormoni tiroidieni liberi se vor administra preparatele tiroidiene după colectarea sângelui pentru analiză).
- Dozele mari de Biotină (numită vitamina B7 sau H) pot cauza scăderea falsă a TSH și creșterea falsă a T4. La pacienții care administrează suplimente cu Biotină în doze mari, la care se constată creșterea T4 și suprimarea TSH, se va suspenda preparatul și se va repeta analiza peste 2 zile.

Ecografia glandei tiroide.

Permite măsurarea volumului tiroidian, studiul raportului tiroidei cu structurile anatomice cervicale, identificarea prezenței nodulilor tiroidieni, apreciază ecogenitatea (în tireotoxicoză autoimună ecogenitatea este scăzută), etc. Volumul normal variază în funcție de sex și de vârstă (normal la femei nu depășește 18 ml, iar la bărbați 25 ml).

Examinarea Doppler color distinge hiperactivitatea tiroidiană (creșterea fluxului vascular) de tiroidita distructivă. Poate fi utilizată pentru diferențierea subtipurilor tireotoxicozei induse de Amiodaronum și pentru diferențierea BGB și tiroiditele distructive. Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler se recomandă drept procedură imagistică de suport în diagnosticul BGB (*clasă de recomandare I, nivel de evidență A*).

Analiza generală a sângelui.

În tiroidita subacută VSH este de regulă > 50 mm/h.

ECG:

Tahicardie, fibrilație atrială, extrasistolie, supresia segmentului ST. La 1/3 din pacienți - semne de hipertrofie a VS, care dispar după rezolvarea tireotoxicozei.

C.2.3.5. Tratamentul

Există următoarele metode de tratament a tireotoxicozei:

1. Tratament nemedicamentos
2. Tratament medicamentos simptomatic
3. Tratament medicamentos tireostatic cu ATS
4. Tratament chirurgical
5. Radioiodterapie (RIT)

Caseta 6. Alegerea metodei de tratament a tireotoxicozei

Alegerea metodei de tratament a tireotoxicozei este dependentă de etiologia acesteia (algoritm C.1.2):

- Tratamentul nemedicamentos este indicat în toate cazurile de tireotoxicoză, indiferent de cauză.
- Pentru tratamentul tireotoxicozelor prin hiperproducție de hormoni tiroidieni se va utiliza: tratament medicamentos simptomatic, medicamentos tireostatic cu ATS, tratament chirurgical și RIT.
- Pentru tratamentul tireotoxicozelor prin distrucție tiroidiană se va utiliza doar tratamentul medicamentos simptomatic

Alegerea tipului de tratament al tireotoxicozei prin hiperproducție de hormoni tiroidieni:

- Tratamentul tireotoxicozei primar depistate se începe cu ATS.
- Tratamentul cu ATS va continua până la atingerea eutiroidiei.
- După atingerea eutiroidiei, alegerea metodei terapeutice eficiente și sigure (ATS, RIT sau tratament chirurgical) se va realiza de comun acord cu pacientul, după informarea pacientului privitor la avantajele și posibilele dezavantaje, reacțiile adverse, beneficiile, costurile, durata de timp până la însănătoșire, disponibilitatea și accesibilitatea fiecărei din cele trei metode. Decizia finală se va baza pe judecata clinică, dar va include și preferința pacientului. Se va ține cont de complianța pacientului (în cazul alegerii terapiei îndelungate cu ATS).
- În cazul alegerii terapiei cu ATS pacientul trebuie informat despre durata tratamentului.

C.2.3.5.1. Tratamentul nemedicamentos al tireotoxicozelor

Tratamentul nemedicamentos este indicat în toate formele clinice de tireotoxicoză, indiferent de cauză.

Caseta 7. Tratamentul nemedicamentos include:

- Repaus fizic și psihic cu stoparea oricărei activități, pentru o durată de la 15 zile până la 1 lună și mai mult, la necesitate, în funcție de severitatea tireotoxicozei. Până la obținerea eutiroidiei se va limita efortul fizic, consumul produselor/preparatelor ce conțin iod. Regimul la pat se va respecta în tireotoxicozele grave și în prezența complicațiilor.
- Regimul alimentar va fi divers, variat, bogat în vitamine și minerale, ușor asimilabil, cu valoare energetică sporită pentru a preveni pierderea ponderală și pentru asigurarea unui metabolism energetic suficient. Consumul de lichide va fi orientat spre prevenirea și/sau corectarea deshidratării. Excluderea excitanților din alimentație (ceai, cafea, cacao).
- Abandonarea fumatului. Băuturile alcoolice și fumatul sunt categoric interzise (fumatul favorizează apariția/progresia oftalmopatiei).
- Evitarea căldurii excesive, expunerii la soare, a curelor heliomarine, a curelor de altitudine (peste 100 m).

C.2.3.852. Tratamentul medicamentos simptomatic.

Este indicat în toate formele clinice de tireotoxicoză, indiferent de etiologie, în scop de limitare a efectelor periferice ale hormonilor tiroidieni.

Caseta 8. *Tratamentul simptomatic medicamentos.*

- Beta-adrenoblocante (*caseta 9*).
- Sedative: efect calmant, normalizează somnul, înlătură starea de neliniște.
- Tranchilizante: înlătură anxietatea, stările de frică, neliniște, posedă efect general calmant.
- În caz de persistență a hipertensiunii arteriale nereceptive la beta-adrenoblocante, pot fi folosite alte antihipertensive (conform protocolului respectiv).
- Tratamentul cu anticoagulante trebuie luat în considerare la toți pacienții cu fibrilație atrială (conform protocolului respectiv).
- În caz de apariție a diabetului zaharat vor fi indicate preparate antihiperglicemiante (conform protocolului respectiv).
- În caz de apariție a insuficienței corticosuprarenale va fi indicat tratament cu glucocorticosteroizi (conform protocolului respectiv).

Caseta 9. Tratamentul cu beta-adrenoblocante.

Tratamentul cu beta-blocante este indicat la toți pacienții diagnosticați cu tireotxicoză ce prezintă semne clinice, în special la vârstnici și la pacienții cu FCC peste 90/min sau cu boli cardiovasculare concomitente. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*)

La pacienții cu patologii pulmonare sau boli vasospastice periferice, fenomenul Raynaud, la care este esențial controlul FCC se va alege un medicament beta 1 selectiv, care va fi administrat cu precauție sub control strict al patologiei pulmonare.

Dozarea este individuală. De obicei pentru controlul simptomelor sunt suficiente doze mici – medii. Rar sunt necesare doze foarte mari pentru controlul FCC. Propranololum se poate iniția cu 20-40 mg fiecare 6 ore, dar, la necesitate, doza inițială poate fi și de 100–120 și chiar 360 mg pe zi, în 3–4 prize. Dozele mari de propranololum (40 mg de 4 ori pe zi) blochează conversia periferică T4 în T3. Peste 10–14 zile de la ameliorarea tahicardiei (FCC sub 85 pe minut) doza se scade treptat până la anulare.

Precauții: întreruperea bruscă a tratamentului cu beta-adrenoblocante poate determina fenomenul de *rebound*, cu agravarea simptomelor adrenergice. Este necesară scăderea treptată a dozelor, în 3–5 zile. Este necesară monitorizarea pulsului și a TA.

Tratamentul cu Blocante de Calciu

Verapamilum și Diltiazemum* se vor indica pentru controlul FCC la pacienții ce nu tolerează sau nu sunt candidați pentru beta-blocante.

Tabelul 4. beta adrenoblocantele în tratamentul tireotxicozei

Preparatul ^a	Doza	Frecvența administrării	Considerații
Propranololum	10-40 mg	3-4 ori pe zi	Beta-adrenoblocant neselectiv Experiență îndelungată În doze mari poate bloca conversia T4 în T3 Este preparatul de elecție
Atenololum*	25-100 mg	1-2 ori pe zi	Beta 1-adrenoblocant Complianță înaltă De evitat în sarcină
Metoprololum ^b	25-50 mg	2-3 ori pe zi	Beta 1-adrenoblocant
Nadololum*	40-160 mg	1 data pe zi	Beta-adrenoblocant neselectiv În doze mari poate bloca conversia T4 în T3 1 priză pe zi Cea mai mică experiență
Esmololum*	50-100 mkg/kg/min	i/v perfuzie	Pentru secțiile de terapie intensivă, în tireotxicozele grave sau criză tireotoxică

Notă: b-Metoprololum este disponibil și în formă retard (pentru administrare o dată pe zi).

a-fiecare dintre aceste medicamente sunt aprobate pentru tratamentul bolilor cardio-vasculare, nu și pentru tratamentul tireotxicozei.

C.2.3.5.3. Tratamentul medicamentos tireostatic cu ATS.

Tratamentul medicamentos tireostatic cu ATS include 2 grupe de medicamente:

1. Derivați de imidazol (Thiamazolum)
2. Derivați de tiouree (Propylthiouracilum).

Caseta 10. Antitiroidiene de sinteză

ATS vor fi utilizate în tireotxicozele prin hiperfuncție tiroidiană, cu un nivel înalt de captare la scintigrafie. Nu se vor utiliza în tireotxicozele prin distrucție tiroidiană și de natură exogenă.

Scopul tratamentului cu ATS este de a face pacientul eutiroid cât mai repede, dar în siguranță.

ATS se indică pentru a atinge eutiroidia până la tratamentul chirurgical sau prin iod radioactiv. La unii pacienți, ATS pot fi utilizate pe termen îndelungat, drept tratament de bază, provocând uneori remisia stabilă a bolii.

Tratamentul cu ATS poate avea beneficii imunosupresive.

Thiamazolum se va indica la toți pacienții care preferă tratamentul cu ATS, cu excepția primului trimestru de sarcină (când prioritate are PTU). (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*)

Pacientul va fi informat (de preferat în scris) despre posibilele reacții adverse ale ATS și despre necesitatea anunțării imediate a medicului în cazul apariției eritemului pruriginos, icterului, scaunelor acolice, urinii întunecate, artralgiilor, durerilor

abdominale, grețurilor, oboselii, febrei, faringitei, cistitei. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*)

Înainte de inițierea terapiei cu ATS și la fiecare vizită ulterioară pacientul va fi alertat despre necesitatea întreruperii imediate a medicației și despre informarea imediată a medicului dacă apar simptome suspecte pentru agranulocitoză sau afectare hepatică (*clasă de recomandare I, nivel de evidență B*).

Înainte de a iniția tratamentul cu ATS se va determina analiza generală de sânge (inclusiv formula leucocitară și numărul absolut de neutrofile), transaminazele, bilirubina pentru a exclude leucopenia/neutropenia și a asigura corecția în siguranță a tireotoxicozei (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*)

Înainte de a iniția tratamentul cu ATS se va determina analiza generală de sânge (inclusiv formula leucocitară și numărul absolut de neutrofile), transaminazele, bilirubina pentru a exclude leucopenia/neutropenia și a asigura corecția în siguranță a tireotoxicozei (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*)

Thiamazolum este eficient într-o singură priză administrată pe zi.

Doza inițială de Thiamazolum este 10 – 30 mg pe zi se va administra până la atingerea eutiroidiei, apoi, în cazul tratamentului de durată, se va micșora treptat până la doza de menținere (5 – 10 mg pe zi).

Doza de ATS de inițiere depinde de severitatea tireotoxicozei (doza mică în forme severe nu va restabili eutiroidia, iar doza prea mare în forme ușoare va provoca hipotiroidie). RA sunt mai frecvente când se utilizează doze mari. Este importantă indicarea acelei doze care va permite normalizarea funcției tiroidiene rezonabil de rapid, dar cu RA minime.

Doza inițială de Thiamazolum va fi în funcție de nivelul freeT4:

Valoarea freeT4	Doza zilnică de Thiamazolum
Mai mare de 1,0 – 1,5 ori decât limita superioară de referință	5 – 10 mg
Mai mare de 1,5 – 2,0 ori decât limita superioară de referință	10 – 20 mg
Mai mare de 2,0 – 3,0 ori decât limita superioară de referință	30 – 40 mg

Totuși doza inițială se va ajusta individual, luând în considerație și altă informație (simptome, dimensiunile glandei, valoarea freeT3).

Thiamazolum poate fi administrat în priză unică, dar divizarea dozei în două prize este mai eficientă (ex. când doza zilnică de Thiamazolum este 30-40 mg aceasta se va diviza în 15-20 mg de 2 ori pe zi).

Comparativ cu PTU, Thiamazolum are avantajul: administrare o dată pe zi și risc redus de efecte adverse majore.

PTU are durată scurtă de acțiune și se administrează de 2 – 3 ori pe zi. Inițial – 50 – 150 mg de 3 ori pe zi, în dependență de severitatea tireotoxicozei. După normalizarea hormonilor serici se micșorează doza la 50 mg de 2 – 3 ori pe zi.

Monitorizarea pacienților tratați cu ATS

Nivelul seric al freeT4 împreună cu, sau fără freeT3 se vor repeta peste 2 – 6 săptămâni de la inițierea terapiei cu ATS (în dependență de severitatea tireotoxicozei și dozele de ATS). Doza de ATS se va ajusta corespunzător.

Dozarea doar a TSH nu este un parametru bun pentru monitorizarea terapiei la inițiere, deoarece rămâne supresat câteva luni.

Determinarea leucocitelor se va realiza în caz de stări febrile sau faringite la toți pacienții tratați cu ATS. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).

Nu sunt date certe suficiente atât pro, cât și contra determinării de rutină a leucocitelor la pacienții tratați cu ATS (*clasă de recomandare III, nivel de evidență D*). Pentru identificarea precoce a leucopeniei sugerăm determinarea formulei leucocitare 1 dată în lună, în primele 3 luni de tratament cu ATS.

Nu sunt date suficiente pro sau contra monitorizării de rutină a funcției hepatice la toți pacienții ce primesc ATS. (*clasă de recomandare III, nivel de evidență D*).

Funcția hepatică (bilirubina, ALT, AST) se va aprecia la pacienții ce administrează Thiamazolum sau PTU și dezvoltă icter, prurit cutanat, scaun acolic, urină întunecată, artralгии, dureri abdominale, anorexie, greață, slăbiciune generală pronunțată. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*).

Reacțiile adverse ale ATS.

- Minore: alergii, prurit.
- Severe (rare): agranulocitoza, vasculita, disfuncția hepatică. RA, inclusiv hepatotoxicitatea sunt mai frecvente și mai severe la PTU, ceea ce limitează utilizarea acestuia.
- Reacțiile cutanate apar de regulă în primele 18-22 zile de tratament; creșterea transaminazelor în primele 28 zile; agranulocitoza în primele 3 luni de tratament;

Managementul reacțiilor alergice la pacienții tratați cu ATS

- Reacțiile cutanate minore se vor trata cu antihistaminice fără a întrerupe ATS. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*)
- Dacă persistă RA minore se va selecta altă metodă de tratament (chirurgical sau RIT) sau se transferă la alt ATS dacă nu este posibil de efectuat tratamentul chirurgical sau RIT. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*)
- În cazul reacțiilor adverse severe (hepatită, sindrom lupus-like, neutropenie: neutrofile 500-1500/ml sau agranulocitoză: neutrofile <500/ml) tratamentul cu ATS se oprește și nu se recomandă transferul la alt ATS. Se recomandă spitalizarea pacienților. Când se dezvoltă agranulocitoza se vor folosi stimulatori ai leucopoiezei (colonii formatoare de granulocite G-CSF) sau steroizi. (*clasă de recomandare I, nivel de evidență C*)

Interacțiuni medicamentoase:

- au activitate antivitamină K.
- potențează acțiunea anticoagulantelor orale.

Când se dezvoltă leucopenia se vor folosi stimulatori ai leucopoiezei (Methyluracilum*, Sodium nucleinate*) sau, mai des, Prednisolonum.

Particularitățile tratamentului medicamentos cu ATS al diferitelor forme clinice de tireotoxicoză vor fi expuse în compartimentele respective.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii de AMP	Personal: • medic de familie • asistent/ă medical/ă de familie Dispozitive medicale, aparataj, utilaj: • Sfigmomanometru • Fonendoscop • Electrocardiograf portabil • Taliometru • Panglica–centimetru • Cântar copii/adulți • Glucometru • Laborator clinic Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010). Medicamente pentru prescriere: • ATS (Thiamazolum) • beta-blocante (Propranololum, Metoprololum) • GCS (Hydrocortisonum, Prednisolonum) • Sedative (de ex. care conțin Phenobarbitalum)
--------------------------------------	---

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN

No	Scopurile protocolului	Măsura atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului		
			Formula	Numărător	Numitor
1.	A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu tireotoxicoză.	Proporția pacienților diagnosticați cu tireotoxicoză care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor „PCN Tireotoxicoza” pe parcursul unui an	Numărătorx10 0/Numitor	Numărul pacienților diagnosticați cu tireotoxicoză care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor PCN Tireotoxicoză pe parcursul ultimului an	Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de tireotoxicoză aflați la evidență pe parcursul ultimului an
2.	A facilita identificarea cauzei tireotoxicozei.	Proporția pacienților depistați cu tireotoxicoză cărora li s-a confirmat diagnosticul etiologic (cauza) pe parcursul unui an.	Numărătorx100 /Numitor	Numărul pacienților diagnosticați cu tireotoxicoză la care a fost identificată cauza tireotoxicozei pe parcursul ultimului an	Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de tireotoxicoză aflați la evidență pe parcursul ultimului an
3.	A optimiza managementul terapeutic a pacienților cu tireotoxicoză.	Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de tireotoxicoză, la care s-a obținut/menținut eutiroidie pe parcursul unui an	Numărătorx100/ Numitor	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de tireotoxicoză, la care s-a la obținut/menținut eutiroidie pe parcursul unui an	Numărul total de pacienți cu diagnosticul confirmat de tireotoxicoză aflați la evidență pe parcursul ultimului an

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația endocrinolog	IMSP CS Edineț	Registratură
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
USG	IMSP CS Edineț	Cab. 328

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de medicul de familie.
3. În cazul necesității internării de urgență a pacientului i se acordă asistență medicală urgentă în incinta instituției medicale, se solicită SAMU și pacientul se transferă IMSP SR Edineț cu bilet de trimitere (dorma027e) completat de medicul de familie.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin SIRSM sau contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, șa șocul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor, consultațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică

Anexa 1. Gradele de evidență științifică

Tabel 1. Clasele de recomandări

Clasele de recomandări	Definiție	Formularea sugerată de folosire
Clasa I	Recomandare puternică (pentru sau contra). Beneficiile clar depășesc riscurile (sau vice versa).	Este recomandat/ Este indicat de aplicat la majoritatea pacienților în majoritatea situațiilor.
Clasa II	Recomandare slabă (pentru sau contra). Beneficiile și riscurile sunt strict balansate sau incerte.	Cea mai bună acțiune poate să difere în dependență de circumstanță sau starea pacientului.
Clasa III	Nu sunt recomandări (insuficiente dovezi pentru sau contra).	

Tabel 2. Nivel de evidență

A	Înalt	Datele obținute în urma mai multor trialuri clinice randomizate de calitate înaltă indică rezultate solide ce pot fi direct aplicabile ca și recomandare.
B	Moderat	Datele obținute în urma unor studii cu metodologie greșită indică evidențe inconsistente sau indirecte
C	Scăzut	Serii de cazuri sau observații clinice nesistematice
D	Dovezi insuficiente	

Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Tireotxicoză – Nivelul AMP

Nr	Domeniu	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Nivelul și de acordare a asistenței medicale.	AMP = 1; consultative = 2;
3.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
4.	Perioada de audit	dd/ll/aaaa
5.	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6.	Data nașterii pacientului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
7.	Sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
	EVIDENȚA DISPANSERICĂ	
8.	Data stabilirii diagnosticului	data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9
9.	Data luării la evidență dispanserică	data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9
	DIAGNOSTICUL	
10.	A fost identificată cauza tireotxicozei	nu = 0; da = 1; BGB = 2; AT = 3; GMNT = 4; tiroidită subacută = 5; alta = 6
11.	Severitatea tireotxicozei	subclinică = 1; manifestă = 2; complicată = 3; ușoară = 4; medie = 5; gravă = 6; compensată = 7
12.	Complicații tireotxicozei	nu = 0; da = 1; fibrilație atrială = 2; insuficiență cardiacă = 3; flutter atrial = 4; trombembolii = 5; miopatie = 6; agitație gravă = 7; hepatită tireotoxică = 8; insuficiență corticosuprarenală = 9; altele = 10
13.	Investigații obligatorii efectuate	nu = 0; da = 1; AGS+VSH = 2; Glicemia = 3; ALT = 4; AST = 5; bilirubina = 6; creatinina = 7; freeT4 = 4; TSH = 5; Anti-rTSH (TRAb) = 6; AntiTPO = 7; USG tiroidă = 8; ECG = 9; PCR = 10
14.	Investigații recomandate efectuate	nu = 0; da = 1; colesterol = 2; HDL = 3; LDL = 4; trigliceride = 5; proteina totală = 6; ALT=7; AST = 8; bilirubina = 9; creatinina = 10; ionograma = 11; freeT3 = 12; AntiTPO = 13; Anti-rTSH (TRAb) = 14; AntiTG = 14; scintigrafia glandei tiroide = 15; ecocardiografia = 16; ecografia organelor interne = 17; RMN = 18
15.	Referire la specialiști	nu = 0; da = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9; nu a fost necesar = 2; cardiolog = 3; neurolog = 4; alți specialiști = 5
	Tratamentul	
16.	Investigații efectuate înaintea începerii tratamentului cu ATS	nu = 0; da = 1; AGS = 2; bilirubina = 3; ALT = 4; AST = 5;
17.	Tratament cu ATS	nu = 0; da = 1; nu este necesar = 2
18.	Tratament cu beta-adrenoblocante	nu = 0; da = 1; nu este necesar = 2
19.	Durata tratamentului cu ATS	Numărul de ani; nu este necesar = 2
20.	Data scoaterii de la evidență dispanserică sau decesului	Data scoaterii de la evidență dispanserică (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9 Data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9

Anexa 3 INFORMAȚIE PENTRU PACIENT

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu tireotoxicoză în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova și este destinat persoanelor cu tireotoxicoză, familiilor acestora; celor care doresc să cunoască mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament, disponibile în Serviciul de Sănătate. Nu sunt descrise în detaliu maladia în sine sau analizele și tratamentele necesare pentru aceasta. Aceste aspecte le puteți discuta cu cadrele medicale, adică cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. În ghid veți găsi întrebări-model pe care le puteți adresa pentru a obține mai multe explicații. Sunt prezentate, de asemenea, unele surse suplimentare de informații.

Ce este glanda tiroidă?

Tiroida este o glandă în forma de fluture, situată la baza gâtului, fiind formată din 2 lobi tiroidieni uniți printr-un istm. Lungimea fiecărui lob nu depășește 5 cm, iar greutatea sa nu depășește 30 de grame la adult. Dimensiunea sa redusă este indirect proporțională cu importanța acestei glande pentru sănătate: tiroida influențează modul în care funcționează fiecare celulă, țesut sau organ, de la mușchi, oase și piele la tractul digestiv, creier, inima și multe altele. Rolul său este de a secreta hormoni tiroidieni, respectiv T3, T4, care controlează rapiditatea și eficiența cu care celulele transformă substanțele nutritive în energie (activitate chimică cunoscută sub numele de metabolism) – altfel spus, glanda tiroidă are un rol important în reglarea metabolismului, astfel încât celulele să funcționeze normal.

Ce este hipertiroidismul și tireotoxicoza?

Tireotoxicoza este sindromul clinic ce rezulta în urma expunerii țesuturilor la un nivel crescut de hormoni tiroidieni. Hipertiroidismul este starea în care tiroida este foarte activă și produce prea mulți hormoni. Astfel, termenul de hipertiroidie descrie secreția excesivă de hormoni tiroidieni, iar complexul de simptome, ce apar la nivelul unor țesuturi țintă, poartă numele de tireotoxicoză.

Care este diferența dintre hipertiroidism și hipotiroidism?

Cele două afecțiuni se manifestă preponderent prin cantitatea de hormoni secretați de către glanda tiroidă. În cazul hipertiroidismului, cantitatea de hormoni eliberată este mai mare decât necesarul. Spre deosebire de acesta, în hipotiroidism, cantitatea de hormoni eliberată este inferioară celei necesare. Ca urmare, simptomele sunt aproximativ opuse față de cele din hipertiroidism. Atât hipertiroidismul, cât și hipotiroidismul necesită tratament recomandat de către medicul endocrinolog.

Care sunt cauzele tireotoxicozei?

Cea mai frecventă cauză de tireotoxicoză este **boala Graves-Basedow (gușa difuză toxică)**, în care sistemul imun atacă glanda tiroidă, ceea ce duce la mărirea ei și producerea crescută a hormonilor. Este cea mai comună cauză a hipertiroidismului, care afectează aproximativ 85% dintre pacienții cu exces de hormoni tiroidieni. De asemenea

exista o predispoziție genetică (istoric familial de disfuncție tiroidiană fiind întâlnit în peste 50% din cazuri). Multe din genele implicate în apariția bolii Graves, sunt implicate și în apariția altor boli autoimune (diabet zaharat de tip 1, artrita reumatoidă, boala Addison, boala celiaca). Factorii de mediu, cum ar fi stresul, fumatul, anumite infecții, joacă un rol declanșator al procesului imun. Se asociază frecvent cu exoftalmia (protruzia globilor oculari), afectează într-o proporție mai mare femeile cu vârsta de 20-50 de ani.

Alte cauze mai puțin comune de tireotxicoză, dar necesare de a fi cunoscute sunt:

- **Nodulii tiroidieni** – formațiuni în glanda tiroidă care pot secreta mai mulți hormoni. Adesea, aceștia au activitate independentă de glanda tiroidă. Astfel, secreția hormonală nu este reglată de mecanismele de feedback. Ca urmare, nodulii produc și eliberează cantități crescute de hormoni.
- **Tiroidita subacută** – inflamație dureroasă a tiroidei produsă de un virus, care duce la eliberarea crescută a hormonilor tiroidieni.
- **Tiroidita autoimună** – inflamație nedureroasă cauzată de infiltrarea limfocitelor (un tip celular sangvin) în tiroidă.
- **Tiroidita postpartum** – inflamație nedureroasă tiroidiană însoțită de fenomene de distrucție a tiroidei care apare în primul an după naștere. Poate apărea și după avortul spontan sau provocat.
- **Consumarea în exces a alimentelor bogate în iod** - alimentele bogate în iod consumate în mod frecvent stimulează tiroida să absoarbă cantități crescute de iod. Astfel, iodul absorbit este procesat, producându-se o cantitate mai mare de hormoni ce vor fi eliberați.
- **Unele medicamente** - pot favoriza dezvoltarea hipertiroidismului, ca urmare a cantității crescute de iod. Un astfel de medicament este Amiodaronum, un antiaritmie destul de des recomandat de către medicii cardiologi.

Cum veți recunoaște tireotxicoza?

Veți suspecta tireotxicoza, dacă sunt prezente semnele următoare:

- senzație de căldură;
- transpirație exagerată;
- slăbiciune musculară, oboseală;
- tahicardie (creșterea bătăilor inimii),
- aritmie (tulburare a ritmului cardiac) sau palpitații (bătăi de inimă);
- tremor (tremurături) al mâinilor și al degetelor;
- scădere în greutate, chiar dacă pofta de mâncare va fi bună sau chiar crescută;
- scaune frecvente (diaree);
- iritabilitate, nervozitate, anxietate;
- dereglarea ciclului menstrual, infertilitate;
- alte semne pe care le puteți avea sunt problemele de somn;
- unii dintre pacienți observă îngroșarea gâtului (care se prezintă sub forma unei umflături la baza gâtului), din cauza glandei tiroide mărite (gușă), care poate crea și probleme de înghițire sau de respirație;

- afectarea globilor oculari (exoftalmia – ieșirea ochilor în afara orbitelor), roșeața și umflarea ochilor, sensibilitatea mărită la lumină, vedere încețoșată sau dublă (diplopie), inflamație, paralizie a mușchilor oculomotori).

Ce se întâmplă dacă nu vă adresați la medic?

Dacă nu vă veți adresa la endocrinolog, tireotxicoza vă va crea alte probleme de sănătate. Una dintre ele este afectarea inimii cu bătăi neregulate de inimă, dificultate la respirație. La femeile cu tireotxicoză vor apărea probleme de menținere a sarcinii cu avorturi spontane sau chiar infertilitate. Femeile însărcinate riscă să nască prematur sau să nască copii cu greutate mică. O altă problemă este afectarea oaselor (un risc mare de subțiere a oaselor (osteoporoză) și de fracturi).

Cum se stabilește diagnosticul de tireotxicoză?

- Anamneza detaliată care va include: debutul simptomelor; istoricul medical personal; istoricul medical al membrilor familiei (dacă sunt prezente afecțiuni ale glandei tiroide); tratamentul administrat; dieta adoptată.
- Examenul clinic va include examinarea:
 - glandei tiroide - medicul va evalua consistența, dimensiunile tiroidei sau dacă este dureroasă. În unele situații, își poate da seama de afecțiunea tiroidiană mai repede.
 - ochilor - este important a urmări ochii, pentru a determina prezența exoftalmiei. Aceasta este o caracteristică principală a bolii Graves.
 - inimii - medicul poate ausculta bătăile inimii dacă sunt accelerate și uneori pot fi aritmice.
 - tegumentelor - tegumentele unei persoane cu hipertiroidism sunt subțiri, moi și calde.
 - mâinilor - medicul va urmări dacă la nivelul mâinilor este prezent tremorul accentuat.
- Examenul de laborator obligatoriu pe care trebuie să le faceți sunt dozarea hormonilor. Dacă suferiți de tireotxicoză valoarea freeT4 și / sau freeT3 va fi crescută, iar TSH-ul scăzut. Uneori pentru a preciza cauza tireotxicozei medicul va indica și dozarea anticorpilor.
- Medicul va efectua ecografia tiroidei pentru a preciza dimensiunile, forma, vascularizarea și prezența nodulilor.
- Scintigrafia este o investigație ce presupune administrarea de substanță radioactivă. Ulterior, sunt efectuate diferite imagini ale glandei tiroide, din diferite unghiuri. În acest mod, sunt evidențiate zonele cu activitate accentuată a tiroidei.

Cum se tratează tireotxicoza?

Tratamentul depinde de boala care stă la baza tireotxicozei, de vârsta dvs., de starea generală de sănătate. Există trei modalități de tratament ale tireotxicozei: administrarea de antitiroidiene de sinteză, tratamentul cu iod radioactiv și tratamentul chirurgical.

Metodele de tratament existente:

- Medicamente antitiroidiene de sinteză care blochează producția hormonilor tiroidieni. Se preferă Thiamazolumul. Dar în perioada de sarcină și în cea de lactație de elecție este Propylthiouracilum*. Aceste medicamente ajută să țineți sub control boala, duc la ameliorarea semnelor și a simptomelor la majoritatea pacienților, în trei sau în patru săptămâni. Antitiroidienele de sinteză se administrează inițial în doze mari, care se vor scădea progresiv. Cereți medicului dvs. informații despre modul de administrare și despre reacțiile adverse ale acestor medicamente. Trebuie să știți că perioada de administrare a medicamentelor este lungă, cel puțin un an (în gușa difuză toxică), timp în care la o treime dintre pacienți nu se înregistrează nici o reîntoarcere a semnelor.
- La indicația medicului, periodic veți verifica analiza generală a sângelui, probele hepatice și hormonii tiroidieni. Nu întrerupeți de sine stătător medicația. Dacă apar noi simptome, adresați-vă medicului.
- **Beta-adrenoblocantele** (ca Propranololum) nu influențează hormonii tiroidieni, dar controlează simptomele pe care le aveți și anume: pulsul rapid, tremorul, senzația de frică.
- **Terapia cu iod radioactiv** constă în administrarea pe cale orală a unei doze de iod radioactiv, care va fi absorbit de către tiroidă, cauzând o reducere a dimensiunilor acesteia, dar și a simptomelor, de obicei, în termen de trei până la șase luni. Poate duce la vindecarea bolii, dar va induce și distrucția tiroidei. Veți fi obligat să administrați tablete cu hormoni tiroidieni pentru a asigura un nivel normal hormonal, deoarece glanda tiroidă nu mai secretă hormoni.
- **Tratamentul chirurgical** se indică pentru guși multinodulare voluminoase, în adenomul toxic, în cazul recidivelor; dar se practică numai după normalizarea hormonilor tiroidieni. Această metodă presupune înlăturarea unei părți din tiroidă (tiroidectomie subtotală) sau toată glanda tiroidă (tiroidectomie totală). Este o metodă relativ bună de tratament, dar nelipsită de reacții adverse ca afectarea glandelor paratiroide (patru glande localizate în spatele tiroidei responsabile de controlul calciului în organism), instalarea hipotiroidiei (insuficiența hormonilor tiroidieni), afectarea coardelor vocale. În urma acestei operații, un tratament cu Levothyroxinum este necesar pentru toată durata vieții, pentru a furniza organismului cantitatea necesară de hormoni tiroidieni. Dacă și glandele paratiroide sunt excizate, pacientul va trebui să ia medicamente pentru a menține nivelul de calciu în limitele normei.
- Evitați eforturile fizice.
- Protejați ochii prin evitarea lucrului la calculator și vizionarea televizorului. Purtați ochelari.
- Fumatul, alcoolul, cafeaua vă pot agrava starea, prin urmare trebuie excluse.

În tiroidita subacută care evoluează cu hipertiroidism se indica antiinflamatoare nesteroidiene sau glucocorticoizi, iar în hipertiroidismul indus de Amiodaronum, tratamentul se face în funcție de tipul acestuia cu antitiroidiene de sinteză sau cu glucocorticoizi și în cazurile refractare se indică tiroidectomie.

Toate metodele de tratament au anumite riscuri. Dar medicul va stabili care metodă de tratament este de elecție pentru dvs. Stabiliți un plan de vizite regulate la medic. Dacă remarcați apariția a noi simptome sau agravarea stării, nu ezitați să vă adresați medicului.

Care este prognosticul?

Persoanele diagnosticate cu hipertiroidism (tireotoxicoză) necesită tratament timp îndelungat, uneori pe toată viața. Cu toate acestea, persoanele pot avea un stil de viață normal. Este important ca tratamentul să fie luat constant, deoarece netratată, boala poate produce complicații severe. Afecțiunea necesită tratament, în caz contrar, pot apărea complicații.

Unele sfaturi:

- Citiți întotdeauna prospectul medicamentelor și discutați cu medicul sau cu farmacistul dacă aveți dileme.
- Dacă trebuie să efectuați aceeași analiză (investigație de laborator) de mai multe ori, adresați-vă aceluiași laborator (secție diagnostică). Astfel, veți avea aceleași valori de referință pentru analiza de laborator recomandată.
- Încercați să aflați dacă există o asociație a pacienților cu boala dvs. Dacă nu, creați-o dvs. O asociație a pacienților este un bun mijloc de a întâlni oameni cu aceeași suferință, de a învăța „să luptați” mai ușor cu boala.
- Organizați toate documentele medicale pe care le dețineți în ordine cronologică (consultații, analize, bilete de externare etc.) într-un dosar special, păstrat într-un mod accesibil pentru dvs. și pentru medic.
- Dacă sunteți femeie și aveți peste 50 de ani, discutați cu medicul dvs. despre ce ar trebui să faceți pentru depistarea și pentru prevenția osteoporozei. Riscul de osteoporoză este mai mare la: femeile de peste 50 de ani sau cu menopauză precoce, persoanele sedentare sau fumători, sau cele care au făcut un tratament de termen lung cu preparate cortizonice.
- Când cumpărați un aliment, obișnuiți-vă să citiți compoziția acestuia de pe etichetă. Astfel veți evita alimentele ce conțin substanțe care va pot dăuna.
- Renunțați la fumat! Este un gest simplu care salvează vieți! Abandonarea fumatului este obligatorie în special la pacienții cu afectarea ochilor.
- Indiferent ce vârstă aveți, dacă nu ați făcut-o până acum, faceți un set complet de analize. Discutați cu medicul dvs. care sunt analizele recomandate. Păstrați toate aceste analize într-un dosar special.
- Când aveți o problemă medicală, consultați mai întâi un medic. Nu vă bazați pe sfaturile prietenilor, informații din reviste sau de la posturile de televiziune.
- Păstrați în permanență la dvs. unul dintre biletele de ieșire din spital sau o hârtie pe care să fie notate medicamentele pe care le folosiți zilnic. Aceste date pot fi utile în cazul unei internări de urgență!

Important de reținut:

- Gușa difuză toxică în majoritatea cazurilor nu prezintă dificultăți de tratament, dacă este tratată cu răbdare atât din partea pacientului, cât și din partea doctorului.

- Uneori pentru concretizarea diagnosticului, precizarea complicațiilor și a bolilor asociate va fi necesar efectuarea unor investigații speciale, consultația altor specialiști.
- Tratamentul se menține pentru o durată medie de 1,5–2 ani, cu variații legate de doze și de combinația medicamentelor.
- Metoda cea mai bună de a avea rezultate favorabile este recomandarea terapeutică a medicului, eventual a endocrinologului (și nu a rudelor, a vecinilor, a altor cunoștințe cu „aceeași” boală).
- Colaborarea cu medicul curant este cheia succesului, pentru ca atitudinea și administrarea tratamentului să fie adaptată variatelor condiții de viață ale pacientului, astfel încât acesta să nu se simte fără disperat și să poată atinge eutiroidia (funcție normală a tiroidei).
- Vizitele de control la endocrinolog sunt esențiale în supravegherea evoluției bolii, prevenirea eventualelor complicații, cu efectuarea de teste pentru evaluarea eficacității tratamentului. Unele examinări vor fi necesar de repetat lunar (dozarea hormonilor serici) sau chiar mai frecvent (analiza sângelui la debutul tratamentului, 1 dată la 10 zile).
- Respectați cu strictețe tratamentul prescris de medicul dvs. și informați-l despre efectele acestuia! Administrarea medicamentului poate fi întreruptă doar de către medicul dvs.
- Discutați despre tratamentul dvs. la fiecare consultație: rugați-l pe medicul dvs. să vă prescrie pentru fiecare medicament doza și timpul de administrare; aduceți medicamentele sau lista cu medicamentele pe care le administrați la fiecare control; discutați despre influența medicamentelor asupra simptomelor; după vizita de control arătați familiei dvs. lista de medicamente pe care trebuie să le administrați. Păstrați lista acasă într-un loc unde oricine o poate găsi.
- Tratamentul chirurgical și radioterapia sunt posibile doar după obținerea eutiroidiei (normalizarea funcției tiroidiene) prin mijloace medicamentoase.
- Evitați orice efort fizic și stresul până la ameliorarea stării (cel puțin 15 zile de la debut).
- Gușa difuză toxică nu este neapărat o boală dramatică și invalidantă. Este o boală asupra căreia puteți acționa, dar numai prin respectarea recomandărilor medicale și acceptarea unui mod de viață sănătos.
- După tratament chirurgical se va face obligatoriu examenul histologic. Diagnosticul de cancer se pune doar după examenul microscopic.
- Orbitopatia (oftalmopatia) endocrină (afectarea ochilor) decurge independent de evoluția BGB, poate persista sau chiar se poate agrava după dispariția tireotoxicozei. Uneori poate apărea după radioterapie sau poate progresa după tratament chirurgical.

Analize:

- Analizele medicale reprezintă o varietate de metode biochimice, imunologice etc. care oferă informații despre starea organismului (funcționarea lui normală sau patologică).

- Analizele se recoltează, de obicei, dimineața, între orele 8:00-10:30. Există și excepții, aplicabile mai mult în spitale și mai puțin în ambulatoriu: în cazurile de urgență, pentru a orienta medicul curant.
- Analizele în ambulatoriu, în general, se efectuează la recomandarea medicului clinician (medic de familie, medic de specialitate) care, după o prealabilă consultație, dorește să completeze informațiile despre starea de sănătate a pacientului, pentru a fixa cea mai adecvată conduită terapeutică, știut fiind faptul că mai multe boli pot avea semne clinice asemănătoare.
- Sângele se recoltează, de obicei, în spital, în policlinică sau centrele medicale.
- S-a demonstrat că unele analize sunt influențate de alimentație, altele – nu. Se recomandă ca recoltarea sângelui să se facă pe nemâncate. Seara se va mânca mai devreme și puțin, fără grăsimi, căci o alimentație bogată în grăsimi produce o turburență a serului, fenomen care poate falsifica rezultatele analizelor.
- Există, de asemenea, o serie de medicamente care pot modifica analizele, și, pentru aceasta, trebuie întrebat medicul care a recomandat medicația, dacă, în cazul efectuării analizelor, trebuie întreruptă sau nu medicația prescrisă.
- Analizele hormonilor tiroidieni pe parcursul tratamentului pentru evaluarea eficacității acestuia nu necesită întreruperea tratamentului cu preparate antitiroidiene și tiroidiene. Doar atunci când se apreciază fracțiile libere (freeT4 și freeT3) nu se vor administra preparatele tiroidiene în ziua recoltării sângelui.
- Pe parcursul sarcinii se va aprecia doar nivelul hormonilor liberi (freeT4, freeT3) și TSH. Aprecierea hormonilor tiroidieni totali nu este informativă, deoarece nivelul acestora este crescut pe parcursul sarcinii.
- Dacă este necesar de efectuat scintigrafia glandei tiroide și de administrat un tratament cu antitiroidiene, acestea trebuie întrerupte cu cel puțin 15 zile până la investigație. De asemenea, scintigrafia nu se va efectua, dacă doza de ATS pe care o administrați va fi mare (mai mult de 10 mg pentru Thiamazolum).

Tireotxicoza și sarcina

În cadrul pregătirii pentru o viitoare sarcină este obligatorie și testarea funcției tiroidiene, pentru a exclude o afecțiune tiroidiană care ar pune în pericol dezvoltarea fătului. Pentru dezvoltare, copilul dvs. are nevoie de un nivel normal de hormoni tiroidieni materni. În primul trimestru de sarcină la făt nu funcționează glanda tiroidă, necesarul de hormoni fiind asigurat de mamă. Trebuie să știți că în timpul sarcinii glanda tiroidă produce mai mulți hormoni tiroidieni. Nu trebuie să vă alarmeze rezultatele analizelor. Acesta este un alt motiv pentru care trebuie să consultați un endocrinolog, care va stabili dacă modificările sunt patologice sau trecătoare și necesită doar urmărire în timp. Atâta timp cât boala nu este compensată, folosiți anticoncepționale până la stabilizarea stării și apoi evaluați posibilitatea unei sarcini. Discutați cu medicul despre metodele de contracepție, alegând-o pe cea mai eficientă. Trebuie să fiți informată despre durata terapiei (12–18 luni), cu amânarea sarcinii. Dacă suferiți de tireotxicoză și doriți sarcina, sunteți obligată să vă consultați cu medicul dvs., pentru a putea planifica sarcina cu un control adecvat al bolii, pentru a preveni agravarea stării dvs., dar și afectarea fătului. În timpul sarcinii sunteți obligată să consultați endocrinologul lunar, să efectuați analiza

hormonilor tiroidieni lunar pentru a monitoriza permanent starea funcțională a tiroidei. Înrautățirea stării sau apariția unor noi semne necunoscute impune o consultație suplimentară fără amânare la medic.

Deci este necesar:

- Să mergeți la medic pentru o consultație preconcepțională (până la sarcină).
- Cereți să vă fie testată glanda tiroidă.
- Dacă sunteți deja însărcinată, mergeți la medic cât mai devreme posibil.
- Raportați medicului toate simptomele noi apărute sau problemele cu care vă confrunțați. Acești „indici” servesc ca un ajutor prețios în stabilirea diagnosticului.
- Aflați dacă cineva dintre membrii familiei suferă sau au suferit de dereglări tiroidiene și informați medicul despre acest fapt.
- Chiar dacă rezultatele testării nu indică schimbări patologice, fiți precauți și administrați necesarul de iod și de vitamine, atât până la sarcină cât și pe parcursul ei.
- Dacă ați fost diagnosticată cu hipertiroidie, începeți tratamentul indicat imediat.
- Mergeți frecvent la medic (monitorizarea riguroasă asigură succesul tratamentului).
- Este util să testați funcția tiroidei pe parcursul primului an după naștere (pentru excluderea așa-numitei tiroidite postpartum).
- Cereți ca copilul dvs. să fie testat la TSH seric pe parcursul lunii a doua de viață (6-8 săptămâni de la naștere).