

Iperparatiroidismo in gravidanza: come affrontarlo?

Zampetti B.¹, Grossrubatscher E.¹, Dalino Ciaramella P.¹, Dallabonzana D.¹, Cozzi R.¹, Cantoni S.², Boniardi M.³, Pugliese R.³, Meroni M.⁴, Loli P.¹

¹S.C. Endocrinologia, ²S.C. Ematologia, ³S.C. Chirurgia Generale oncologica e mininvasiva, ⁴S.C. Ginecologia-Ostetricia, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano.

M.V.C. (37 anni), ricoverata alla 19^a settimana di gravidanza gemellare presso il reparto di Ostetricia-Ginecologia per grave anemizzazione (Hb7.5g/dl, v.n.12-16); da tempo lamenta polidipsia, nausea ed iperemesi ingrossanti. Riferisce un riscontro di ipercalcemia intorno alla 15^a settimana gestazionale, non ulteriormente indagata.

All'ingresso, grave anemia normocromica normocitica e riscontro di severa ipercalcemia (15mg/dl, v.n.8.5-10.5). Vengono quindi valutati esami del metabolismo fosfo-calcico, con riscontro di elevato calcio-ione (1.98mmol/l, v.n.1.18-1.29 a pH7.4), ipofosforemia (2.12mg/dl, v.n.3-4.5), elevato PTH (358pg/ml, v.n.15-65), bassa 25OHvitaminaD (11.2ng/ml, carenza <10), ipomagnesiemia (1.03mEq/l, v.n.1.41-1.85), normocalciuria (245.9mg/24ore, v.n.100-300); contestualmente riscontro di ipokaliemia (2.73mmol/L, v.n.3.4-5.2). La paziente riferisce nefrolitiasi precedente la gravidanza; nega familiarità per ipercalcemia/nefrolitiasi.

L'anemia viene corretta con emotrasfusioni; le indagini diagnostiche (biopsia ed aspirato midollari, citogenetica, striscio di sangue periferico) risultano compatibili con forma ipoproliferativa, a genesi non definita. In considerazione dello stato gravidico, la paziente viene trattata con la sola terapia infusione (soluzione fisiologica integrata con potassio); non introdotta furosemide per la discreta efficacia della terapia reidratante (calcemia 12.3 mg/dl); ripristino di normokaliemia (3.8 mmol/L). Riscontro ecografico di lesione suggestiva per adenoma paratiroideo destro (20x7.7mm) e di nefrocalinosi. Data la persistenza di ipercalcemia dopo reidratazione, l'identificazione ecografica di lesione paratiroidea, la favorevole epoca gestazionale (secondo trimestre) e la possibilità di accedere a rapida soluzione chirurgica con tecnica mini-invasiva, la paziente viene avviata al chirurgo. Non vi sono complicanze intra-operatorie. Dopo l'asportazione dell'adenoma, riduzione intra-operatoria del PTH (338, 246, 185, 73pg/ml), normalizzazione della calcemia in terza giornata (10.1mg/dl) e normale concentrazione di PTH (6pg/ml); la paziente viene dimessa con normocalcemia (9.7mg/dl) e soddisfacenti valori di emoglobina (9.2g/dl), con indicazione a supplementazione orale di calcio e monitoraggio di calcemia ed emocromo per l'eventuale ripresa emopoietica post-intervento. L'esame istologico è tuttora in corso. Conclusioni: 1) la presenza di quadri di severa anemia in corso di iperparatiroidismo primario è occorrenza estremamente rara; ipotizziamo che la presenza di ipoproliferazione midollare rilevata in questa paziente possa essere legata a possibile azione inibitoria di PTH sui recettori per eritropoietina presenti sui precursori eritroidi¹⁻³. 2) Dati i pochi casi descritti ed in assenza di linee guida dedicate⁴⁻⁶, riteniamo che la gestione dell'iperparatiroidismo in gravidanza debba essere individualizzata.

1) Sanjay K. Bhadada et al, Anaemia and marrow fibrosis in patients with primary hyperparathyroidism before and after curative parathyroidectomy, *Clinical Endocrinology*, 2009(70): 527-532.

2) Trunzo et al, Effect of parathyroidectomy on anemia and erythropoietin dosing in end-stage renal disease patients with hyperparathyroidism. *Surgery*, 2008, 144 (6): 915-919.

3) Sikole A, Pathogenesis of anaemia in hyperparathyroidism. *Medical Hypotheses*, 2000, 54(2): 236-238.

4) Diaz-Soto G et al, Primary hyperparathyroidism in pregnancy. *Endocrine*, 2013 May 14.

5) S. Malekar-Raikar et al, Primary Hyperparathyroidism in Pregnancy—A Rare Cause of Life-Threatening Hypercalcemia: Case Report and Literature Review. *Case Reports in Endocrinology*, 2011, Article ID 520516.

6) Mousumi Som et al, Primary hyperparathyroidism and pregnancy. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2011, 24(3):220–223.