

BS CKII Lê Thị Đĩnh -

PHẦN 2

Clinical giáp và thai kỳ

Chẩn đoán

Clinical giáp là kết quả tình trạng rối loạn hormone giáp gây biến chứng không quá 1% phụ nữ mang thai. Sự thay đổi nồng độ giáp trong thai kỳ có thể khó nhận biết vì các dấu hiệu lâm sàng chéo với các triệu chứng mang thai như buồn nôn và nôn, tăng sự thèm ăn, không dung nạp nhiệt, mất ngủ, mất mề đay, và tâm trạng cáu gắt hoặc lo âu. Các triệu chứng không phải biến chứng trong thai kỳ bình thường, nhưng để tìm thấy trong clinical giáp, là giảm cân hoặc không tăng cân dù tăng chế độ ăn uống, tim nhanh lúc nghỉ ngơi, tăng huyết áp, run, mất ngủ, dấu hiệu Lid lag, mắt sưng và tuyến giáp lớn lan tỏa hoặc có nhân.

Có rất ít nghiên cứu có tính thuyết phục cao để hướng dẫn việc điều trị clinical giáp trong thai kỳ. Như vậy, xử trí clinical giáp trong thai kỳ phải dựa trên ảnh hưởng của việc chăm sóc cho người mẹ và em bé. Lựa chọn điều trị trong thai kỳ bao gồm thuốc kháng giáp và phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.

Trong tất cả, nhưng các trường hợp clinical giáp như bệnh, điều trị được khuyến cáo vì có thể có mất mề đay liên hệ giữa clinical giáp không được kiểm soát và các biến chứng trong thai kỳ như: sảy thai tự nhiên, đẻ non, thiếu máu sinh, tỉ lệ sinh sót, sinh non, thai giảm cân, rối loạn chức năng tuyến giáp sau sinh, và tử vong chu sinh. Nhưng biến chứng của clinical giáp không kiểm soát là một chủ đề liên quan đến cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, bao gồm lo ngại về tác dụng phụ của thuốc kháng giáp. Clinical giáp cần lâm sàng, trong đó TSH thấp hơn FT4 bình thường, không phải hướng dẫn kết thúc thai kỳ và điều trị là không cần thiết.

Để tránh thai nhi khi bị bệnh hoặc biến chứng của clinical giáp và các lựa chọn điều trị

Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

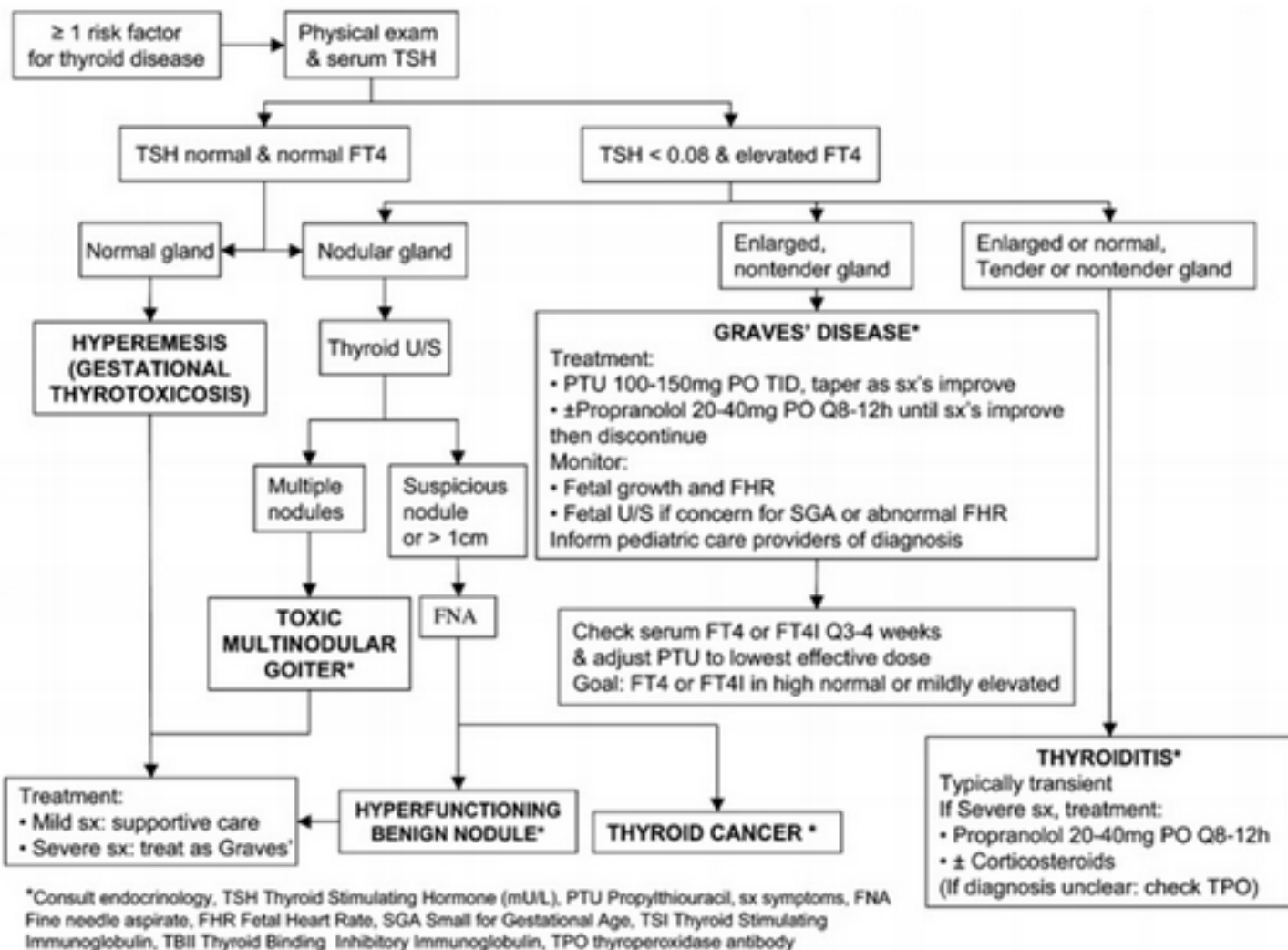
Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

trẻ, điều trị sớm để tránh biến chứng, dù không phải lúc nào cũng có thể.

Chẩn đoán lâm sàng giáp còn nghi ngờ có thể được khẳng định bằng xét nghiệm cho thấy TSH thấp và FT4 hoặc FT4I cao. FT3 cũng được sử dụng để loại trừ các trường hợp hấp thụ kém của thuốc giáp T3 khi TSH huyết thanh thấp và FT4 hoặc FT4I bình thường.

Điều trị lâm sàng giáp ở thai kỳ



Hình 2. Thuật toán chẩn đoán và xử trí phụ nữ có thai có ≥ yếu tố nguy cơ (bảng 4) đối với

Khoảng 10% bệnh nhân tiếp xúc với PTU sẽ phát triển suy giáp thai nhi hoặc sơ sinh. Kiểm tra siêu âm thường quy không được khuyến cáo bệnh nhân đã được chuyển sang hormone để đánh giá sinh trưởng hoặc thai nhi và bệnh chuyển về bệnh u giáp thai nhi. Tuy nhiên giáp thai nhi bình thường có thể khó nhìn thấy trên khám siêu âm thường quy, bệnh nhân u giáp bẩm sinh ngay nếu có khi đi kèm với các bệnh khí quản, khi thai kỳ tiếp tục tăng nặng, và trong tình trạng đa thai.

Các báo cáo mô tả rằng hormone xác nhận tình trạng suy giáp của thai nhi ngay khi phát hiện dùng thuốc kháng giáp bằng cách lấy mẫu máu rốn qua da. Điều trị bao gồm việc giảm thuốc kháng giáp của mẹ. Do các biến chứng tiềm ẩn của việc lấy mẫu máu rốn qua da và chảy máu, phương pháp điều trị này không nên tiến hành thường quy.

Một tác động phụ hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của thionamides là một bệnh cơ u hạt, xảy ra ở 0,1% bệnh nhân. Triệu chứng khi bắt đầu điều trị, nên thực hiện đánh giá các biến và số lượng bạch cầu. Các triệu chứng đầu tiên là đau họng hoặc sốt. Cần tiến hành phân tích tế bào máu ngay, và nếu một bệnh cơ u hạt được chẩn đoán, tất cả các thuốc kháng giáp sẽ ngừng vĩnh viễn. Ngoài ra, PTU và methimazole đã có biến chứng trong số ít trường hợp suy gan gây tử vong. Các thuốc kháng giáp có thể được tiếp tục sau khi sinh bởi vì có bài tiết từ mẹ vào sữa mẹ. Viện Nhi khoa Hoa Kỳ và WHO khuyến cáo nên tránh tiếp xúc của mẹ với con bú và tất cả các loại thuốc kháng giáp.

Phẫu thuật

Phẫu thuật cắt bỏ gần toàn bộ được áp dụng cho bệnh nhân có biến chứng các bệnh giáp nếu không đáp ứng điều trị nội, không dung nạp thuốc, một bệnh cơ u hạt, không tuân thủ hoặc ung thư tuyến giáp ác tính. Lý tưởng nhất, phẫu thuật được trì hoãn cho đến sau sinh, nhưng nó có thể được thực hiện trong thai kỳ khi cần thiết. Nếu phẫu thuật là cần thiết trong khi mang thai, tất nhiên là hoàn thành trong tam cá nguyệt thứ hai để tránh các biến chứng gây mê như quái thai tim tạng và sinh non. Nhưng lưu ý khác liên quan đến phẫu thuật tuyến giáp trong thai kỳ là xử trí đường thở và tiến hành theo dõi kỹ lưỡng thành quả.

Rủi ro của phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp bao gồm 2% đến 4% nguy cơ tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản và 1% nguy cơ suy chức năng giáp sau khi vô tình cắt bỏ tuyến cận giáp.

Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chẩn đoán, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 17 Tháng 1 2021 10:43

Các biến chứng, chi phí và thời gian nằm viện có liên quan đến phẫu thuật tuyến giáp có thể tăng trong giai đoạn trước sinh.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp đối với bệnh Graves với việc ngừng thuốc kháng giáp sau đó có thể dẫn đến tăng năng tuyến giáp của thai nhi nếu có kháng thể kích thích tuyến giáp.

Đi u tr iode phóng xạ

Phương pháp này chỉ nên dùng trong thời gian mang thai và cho con bú. Tất cả các phụ nữ có sinh hoạt tình dục, tuồng sinh đẻ nên được thai trước khi đi u tr. I131 đi qua nhau thai và, mặc dù tiếp xúc sớm có thể ảnh hưởng rất ít đến thai nhi, sau tuần thứ 12 thai kỳ tuyến giáp thai nhi có khả năng tiếp trung I131 và mặc dù với các hiệu ứng công cộng.

Một loạt nghiên cứu hợp thai nhi tiếp xúc với thai nhi với I131 sau 10 đến 12 tuần có ít nhất 3% tỷ lệ suy giáp bẩm sinh và bất thường thần kinh.

Trong nỗ lực ngăn chặn sự cắt bỏ tuyến giáp của thai nhi bằng cách ngăn chặn sự hấp thụ I131, một số đã chỉ định PTU và kali iodide 5 đến 10 gtts uống hai lần mỗi ngày trong vòng 7 đến 10 ngày sau khi dùng I131 vô ý.

Vì có thể tăng nguy cơ kết cục thai kỳ sau khi đi u tr iode phóng xạ, nên tránh thai hiệu quả trong ít nhất 3 tháng, và một số khuyến nghị trì hoãn thai trong 1 năm sau đi u tr.

Hiện đây, Garsi và cộng sự đề nghị hoãn thai cho đến khi TSH huyết thanh nằm dưới mức đề xuất trên levothyroxine.

Cũng có mối lo ngại rằng việc tiếp xúc với tuyến sinh dục của mẹ trước đó với I131 có thể liên quan đến kết quả sinh sản bất lợi sau này, nhưng dường như không có sự gia tăng về dữ liệu thai

Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

nhì, suy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc sinh non ở phụ nữ đã trải qua quá trình điều trị bệnh iode phóng xạ trước đó.

Các nguyên nhân gây cường giáp ở thai kỳ

Nguyên nhân phổ biến nhất của cường giáp lâm sàng quan trọng trong thai kỳ là bệnh Graves, nhưng số khác biệt này bao gồm cả chứng nôn do nghén /nhức mửa được giáp thoáng qua trong thai kỳ, nhân tăng năng tuyến giáp và viêm tuyến giáp. Ngoài ra, có một số nguyên nhân khác cần xem xét, bao gồm cả bệnh u giáp tuyến đa nhân, dùng hormone giáp ngoại sinh (thuốc hoặc tinh chế giáp), bệnh ung thư tuyến tiền liệt di căn, ung thư tuyến giáp di căn, bệnh u giáp buồng trứng, khối u tuyến yên, do quá tải iode.

Chứng nôn do nghén/nhức mửa được giáp thoáng qua trong thai kỳ

Các biểu hiện hóa sinh thoáng qua của cường giáp có thể được quan sát thấy từ 2% đến 15% phụ nữ trong giai đoạn đầu của mang thai. Trong những trường hợp này, không gặp như bệnh Graves, không có triệu chứng lâm sàng hoặc triệu chứng lâm sàng cường giáp. Phụ nữ mắc chứng bệnh tăng chứng nôn do nghén có triệu chứng buồn nôn và nôn bắt đầu từ đầu tiên của mửa, rồi lo lắng dần dần và giảm dần.

Đánh giá thường quy chức năng tuyến giáp không được khuyến cáo trong việc đánh giá chứng nôn do nghén trừ khi có nghi ngờ cường giáp lâm sàng. Nếu được đánh giá, TSH huyết thanh thường thấp và FT4 hoặc FT4I cao. Nguyên nhân của cường giáp thoáng qua được cho là kết quả của phản ứng chéo giữa β hCG và TSH ở thời kỳ đầu của tuyến giáp.

Điều trị hỗ trợ bệnh thu được chứng nôn, bệnh phổ biến, điều trị triệu chứng và dinh dưỡng được khuyến cáo. Trong hầu hết các trường hợp, sự thuyên giảm tự phát xảy ra vào tuần thứ 18 mà không cần điều trị. Nên tránh dùng thuốc kháng giáp trừ khi có triệu chứng lâm sàng cường giáp và bắt đầu thường xuyên chức năng tuyến giáp quá tuần 18 đến 20 của thai kỳ vì điều này có thể dẫn đến bệnh Graves và cần điều trị.

Bệnh Graves, là một rối loạn tự miễn xảy ra ở 0,5% dân số. Nó chiếm hơn 90% đến 95%

Viết bởi Biên tập viên

Chợ nhớt, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lợn cắp nhớt cuối Chợ nhớt, 17 Tháng 1 2021 10:43

còn ng giúp liên quan đến thái độ. Không giúp ng như nhiều m đến giúp thái độ thoáng qua, các tri thức của bạn như Graves thường có trình độ thái độ.

Bệnh Graves là do các kháng thể kích thích thụ thể tuyến giáp, gây phì đại tuyến giáp và tăng năng. Theo đó, tuyến giáp lớn khi khám. Ngoài ra, bệnh phát hiện nên một bất thường và liên quan với nhãn ngoài là phù mắt. Một số kháng thể có thể được liên quan với bệnh Graves, bao gồm TPO, thyroglobulin, microsomal, và kháng thể kháng thụ thể tuyến giáp (TRAbs). Hiện đang có 2 TRAbs có thể được đo thông qua xét nghiệm các globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp (TSI) hoặc globulin miễn dịch ức chế thyrotropin-binding (TBII). TRAbs là đặc hữu đối với bệnh Graves, nhưng không nên xét nghiệm để chẩn đoán bệnh.

Chẩn đoán đ⊘c th⊘c hi⊘n b⊘ng khám lâm sàng và TSH huyết thanh th⊘p, FT4 hoặc FT4I cao, và n⊘u đo đ⊘c c, FT3 cao h⊘n so v⊘i FT4. Đi⊘u tr⊘ v⊘i các thu⊘c kháng giáp l⊘a đúng chu⊘n trong khi mang thai, đ⊘t v⊘n đ⊘ ph⊘u thu⊘t cho các tr⊘ng h⊘p ph⊘c t⊘p. Ph⊘u thu⊘t cu⊘i c⊘ng cung c⊘p t⊘y ch⊘n đi⊘u tr⊘ lâu dài nh⊘t. T⊘ l⊘ tái phát sau ph⊘u thu⊘t l⊘ 5% so v⊘i 40% sau dùng thu⊘c kháng giáp, và TRAbs c⊘ nhi⊘u kh⊘ năng gi⊘m sau m⊘.

Bệnh Graves được biết là trầm trọng hơn trong tam cá nguyệt đầu tiên và cuối trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba của thai kỳ, cho phép giảm liều thuốc. Việc theo dõi chặt chẽ trong giai đoạn này là rất quan trọng, vì các đợt bùng phát bệnh đã được báo cáo. Những phác đồ cai các thuốc kháng giáp nên xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong 6 tuần sau khi sinh.

Chăm sóc pho n m c b nh Graves trong thai k n n g m nhi u chuyên khoa liên quan đ n m t bác sĩ gia đình s n khoa v i vi c qu n lý các tình tr ng s c kh e bà m , m t chuyên gia n i ti t, và th ng là m t bác sĩ nhn khoa. Ph n có i i m t ho c có các b t th ng m t khác n n đ c gi i thi u đ n m t bác sĩ nhn khoa đ đánh giá và qu n lý b nh m t, có th có m t trong ch ng m t n a s tr ng h p m c b nh Graves.

Bệnh Graves sẽ sinh xẩy ra trong khoảng 1% đến 5% trẻ sinh ra từ các bà mẹ mắc bệnh này. Bệnh kết tình trạng tuyến giáp của mẹ, TRAbs có thể duy trì sau khi đi u trẻ bằng phẩu thuật hoặc đi u trẻ bằng iode phóng xạ, và thai nhi có thể bị bệnh hỏnng bởi chúng đi qua nhau thai. Các bào thai bị bệnh hỏnng có thể bị u hiên trong tử cung và suy giáp hoặc có thể giáp sẽ sinh.

Một số tác giả đã khuyến nghị đo TRAbs mà ở tuần 28 đến 32 thì tất cả phụ nữ có bệnh Graves

Viết bởi Biên tập viên

Chợ nhớt, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lợn cắp nhớt cuối Chợ nhớt, 17 Tháng 1 2021 10:43

hội t đđng ho c đđu tr đđ xác đđnh nguy c r i lo n ch c năng tuy n giáp thai nhi và s sinh. ACOG không khuy n cáo xét nghi m TRAb th đđng quy, vì vi c đđu tr hi m khi thay đđi k t qu . Suy giáp c a thai nhi t TBII có th bi u hi n nh nh p tim c b n thai nhi ch m (FHR), b u giáp, và h n ch phát tri n trong t cung (IUGR).

Các phát hiện liên quan đến nồng độ giáp cở thai nhi TSI bao gồm FHR chậm, biến nhanh, biến u giáp, IUGR, dính liến sớm, khớp s, trệng thành xệng s, suy tim và phù.

Có các báo cáo trường hợp mô tả lý do mà máu rớt qua da để xác định chính xác chẩn đoán các tình trạng suy giáp hoặc cường giáp của thai nhi. Điều trị cường giáp của thai nhi đã được báo cáo bằng cách dùng PTU cho mẹ đang thai với levothyroxin. Điều trị suy giáp các bào thai bằng việc cho levothyroxin trong khoảng 10 tuần đã được báo cáo. Những cách tiếp cận này đòi hỏi phân biệt với các báo cáo trường hợp, và hàng loạt và không nên được sử dụng trong thực hành lâm sàng quy, nên giới thiệu đến một chuyên gia y học về bà mẹ, thai nhi. Những chăm sóc trẻ em cần được thông báo về tất cả các trường hợp bệnh Graves trước đây và hiện tại, cũng như các loại thuốc kháng giáp và sự hiện diện của TRAbs của người mẹ.

□ *B□□ u giáp nhân trong thai k□*

Bộ u giúp nhân x y ra 1% đ n 2% ph n n tr . Tình c s th y có m t nhân tuy n giúp gia tăng kích th c theo tu i. Trong s ph n n tu i sinh s n, h u h t các nhân s th y c a tuy n giúp th ng lành tính. Đánh giá m t b u giúp nhân bao g m xét nghi m TSH huyết thanh và siêu âm vùng c và tuy n giúp. Bộ u giúp đa nhân đ c đ nh nghĩa là s hi n di n c a 2 ho c nhi u nhân.

Các bệnh u giáp nhân đốm c mô t là ch c năng ho c không ch c năng tùy thu c vào vi c chúng s n sinh ra hormon tuy n giáp hay không. Các nhân ch c năng ít có kh năng gây ác tính, nh ng đi u này không tuy t đ i. Các b nh tuy n giáp t phát có th làm tăng nguy c ung th tuy n giáp, và b nh Graves cùng t n t i ho c viêm tuy n giáp Hashimoto ph i đ i c xem xét n u TSH huy t thanh th p ho c cao t ng ng . Ch c hút nhân tuy n giáp b ng kim nh trong thai k đ i c khuy n cáo đ lo i tr ung th n u chúng đang phát tri n, đáng ng (canxi hóa vi th , gi m h i âm, tăng sinh m ch máu, thâm nhi m), ho c l n h n 1 cm.

Đi u tr c c ng giáp trong thai k k t qu t m t nh n đ n đ c tăng năng ho c b u giáp đ

nhân bao gồm thuốc kháng giáp, thuốc chẹn βadrenergic và phẫu thuật tuyến giáp.

Ung thư tuyến giáp trong thai kỳ

Ung thư tuyến giáp là bệnh ác tính nổi bật được chẩn đoán phổ biến nhất. Số xuất hiện của ung thư này đang gia tăng, có khả năng là kết quả của việc phát hiện sớm các trường hợp giai đoạn sớm trong một nhóm bệnh nhân lâm sàng. Trong số các phụ nữ tuổi sinh sản ở Hoa Kỳ trong giai đoạn 2002 - 2006, tỷ lệ mắc mới hàng năm được thúc đẩy theo tuổi của ung thư tuyến giáp xâm lấn dao động từ 7 đến 23 case trong 100.000 người (<http://SEER.cancer.gov>). Theo đó, nó ảnh hưởng đến khoảng 14 trong số 100.000 phụ nữ mang thai. Ung thư tuyến giáp có thể không có triệu chứng và được chẩn đoán bằng cách sử dụng một nhân khi khám trực tiếp sinh.

Các loại mô học của ung thư tuyến giáp bao gồm loại biệt hóa (nhú và nang), tủy, tế bào Hurthle và thoái biến. Ung thư tuyến giáp nhú là loại mô học phổ biến nhất được chẩn đoán trong thai kỳ và có tiên lượng lâu dài tuyệt vời.

Cách tiếp cận để chẩn đoán một phụ nữ mang thai với một nhân tuyến giáp có thể sử dụng sử dụng các xét nghiệm để phân biệt phụ nữ không mang thai. Xét nghiệm TSH huyết thanh và đánh giá siêu âm vùng cổ và tuyến giáp bằng cách sử dụng kim nhíp chọc hút các nhân nghi ngờ.

Vì những lo ngại rằng các hormon thai kỳ có thể ảnh hưởng đến tính cụ thể của khiếu, sẽ không chắc chắn nên tiến hành thử nghiệm gián tiếp trên phụ nữ trước khi phẫu thuật nếu nghi ngờ có kết quả sinh thiết đáng ngờ. Thử nghiệm gián tiếp nên dựa trên mô học khiếu và biểu hiện lâm sàng.

Nếu ung thư tuyến giáp khu trú và biệt hóa được chẩn đoán trong tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba, thì có thể chấp nhận trì hoãn phẫu thuật cho đến khi sinh. Không có sự gia tăng rõ ràng trong các kết cục thai kỳ bất lợi ở phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư tuyến giáp biệt hóa, những người được phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ hoặc gần toàn bộ tuyến giáp trong thai kỳ hoặc sau khi sinh so với quần thể sẩn khoa học bình thường. Tỷ lệ sống sót 10 năm đối với ung thư tuyến giáp biệt hóa được chẩn đoán trong thời kỳ mang thai là 99% và không khác so với tỷ lệ sống ở phụ nữ không mang thai cùng lứa tuổi. Phụ nữ trải qua phẫu thuật trong khi mang thai cần theo dõi chức năng tuyến giáp và cần dùng levothyroxine thay thế. Nghi ngờ nghi ngờ về yêu cầu điều trị sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp với liều levothyroxin để đạt được mức TSH bình thường.

Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

Theo dõi cẩn thận các triệu chứng lâm sàng của bệnh giáp do quá liều là điều quan trọng trong thai kỳ. Tỷ lệ tái phát sau 10 năm của ung thư tuyến giáp là khoảng từ 15% đến 20%, và giám sát siêu âm cho tái phát các bệnh hoặc nhân có thể được chuyển tiếp phẫu thuật vào mô hình và giai đoạn bệnh. Mức thyroglobulin được đo sau khi hoàn thành điều trị phẫu thuật và để đoán bệnh dai dẳng hoặc tái phát. Sau phẫu thuật I131, xạ trị toàn thân và xạ trị còn lại của iode phóng xạ được chuyển tiếp trong thai kỳ và cho con bú.

Do sự gia tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi, số tiền thời gian dài tuyến giáp trong quần thể này và sự lựa chọn ngày càng phức tạp biến đổi từ hoãn sinh đẻ, nhiều bác sĩ sản khoa sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa cho phụ nữ đã được điều trị trước đó và ung thư giáp mới được chuyển tiếp đoán. Chăm sóc đa chuyên khoa liên quan đến các bác sĩ sản khoa, nội tiết, và bác sĩ ung thư hoặc phẫu thuật là điều cần thiết trong việc quản lý phụ nữ có tiền sử ung thư tuyến giáp hoặc bệnh ung thư ở bệnh ung thư tuyến giáp được chuyển tiếp đoán trong khi mang thai.

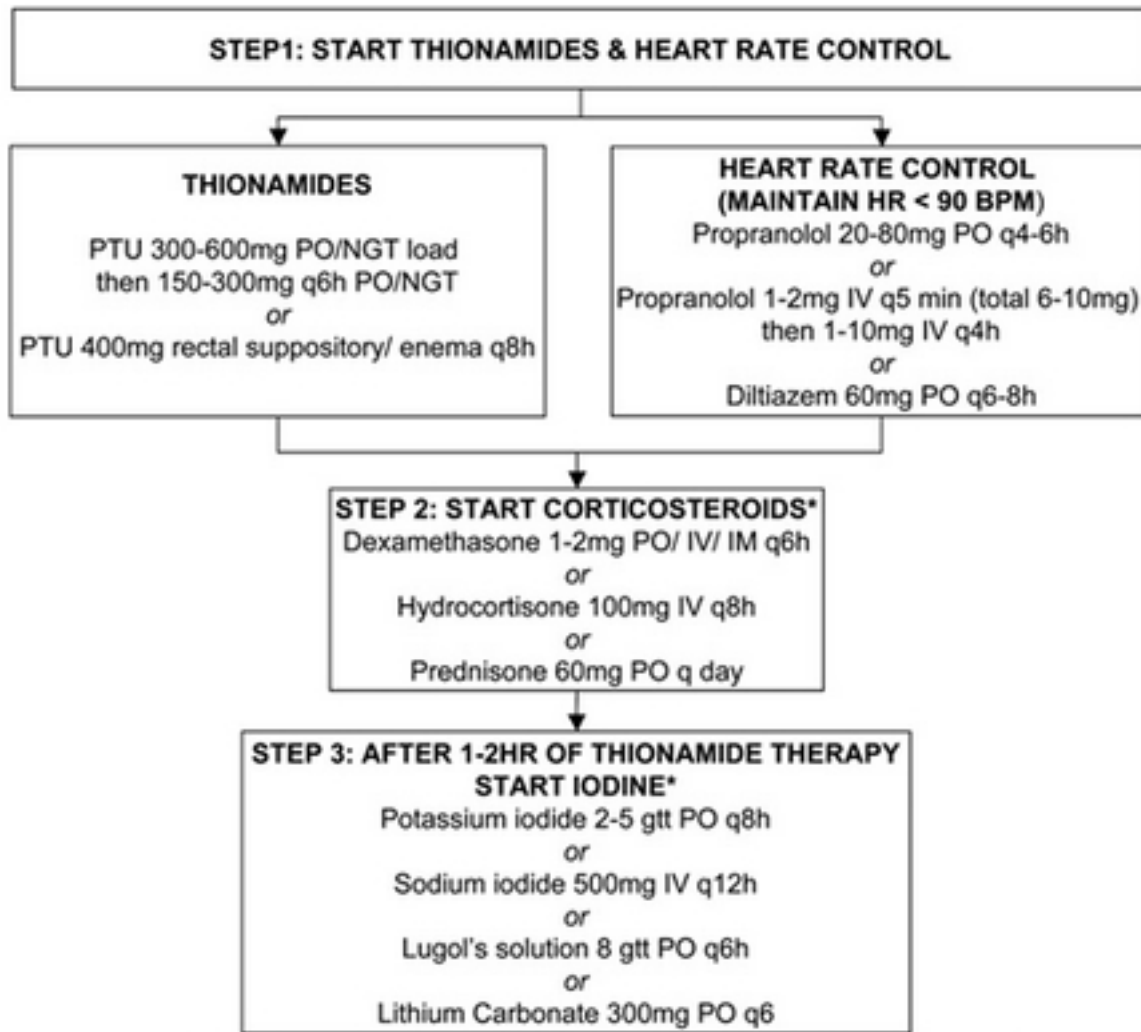
Cẩn bệnh giáp cấp (cẩn bão giáp)

Cẩn bão giáp, một đợt cấp tính trầm trọng của bệnh giáp, là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng. Nó có thể biểu hiện như sốt không rõ nguyên nhân, nhịp tim nhanh, thay đổi thần kinh, rối loạn nhịp tim và suy tim trong bối cảnh kiểm soát kém hoặc không được chuyển tiếp đoán bệnh giáp.

Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43



*Iodine and corticosteroids may be discontinued after initial stabilization.