

SisMer 



S.I.S.Me.R. - Società Italiana Medicina della Riproduzione

Via Mazzini 12, Bologna

www.sismer.it

La tiroide è una piccola ghiandola endocrina dalla forma simile a quella di una farfalla, posta anteriormente nel collo al di sotto della laringe, che nell'adulto è larga circa 5 cm e pesa 20 grammi.

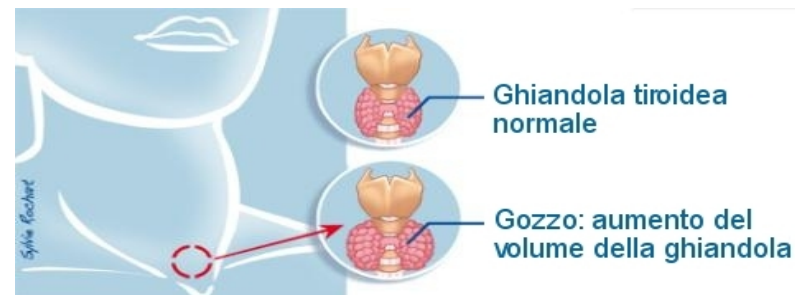


Il suo compito è essenzialmente quello di produrre e sintetizzare tre ormoni: la calcitonina, la tri-iodio-tironina (T3) e la tiroxina (T4). La principale funzione della calcitonina è l'abbassamento della concentrazione di calcio nel sangue, mentre T3 e T4 sono ormoni contenenti iodio che regolano un ampio numero di processi metabolici (i processi attraverso cui l'organismo ottiene dalle sostanze alimentari l'energia e la utilizza per le diverse fasi del ciclo vitale) e da cui dipendono lo sviluppo e la funzionalità di molti apparati (sistema nervoso, sistema cardio-vascolare, sistema riproduttivo, sistema respiratorio).

Le principali disfunzioni tiroidee sono legate ad un funzionamento eccessivo (ipertiroidismo) o ridotto (ipotiroidismo) della ghiandola.

L'ipertiroidismo è la sindrome derivante da un eccesso di ormoni tiroidei nel circolo ematico (tireotossicosi), mentre l'ipotiroidismo ad un loro deficit.

L'ipertiroidismo comporta un aumento dell'attività metabolica, ed è spesso associato alla presenza di gozzo, dovuto all'abnorme ringonfiamento della tiroide. I sintomi più comuni sono : tachicardia, dimagrimento, sudorazioni, tremori, irritabilità; un segno tipico del paziente ipertiroideo è l'esoftalmo, ovvero la sporgenza delle orbite oculari.



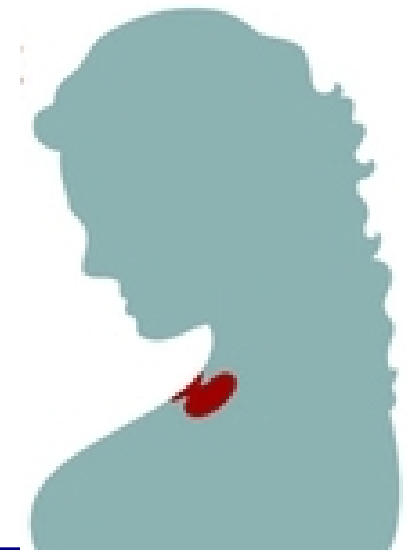
L'ipotiroidismo comporta invece un rallentamento dell'attività metabolica. I sintomi più comuni sono : aumento di peso, senso di spossatezza, difficoltà di concentrazione, sensibilità al freddo.

Entrambe queste sindromi possono interferire con le possibilità di concepimento degli individui affetti, possono comportare gravidanze a rischio e produrre conseguenze anche gravi per il neonato.

Per quanto riguarda le funzioni riproduttive, infatti, gli ormoni tiroidei svolgono un ruolo permissivo: le disfunzioni tiroidee, se non trattate, possono provocare alterazioni del ciclo mestruale e dell'ovulazione, riducendo la fertilità.

Nell'ipertiroidismo le irregolarità mestruali si manifestano sottoforma di oligomenorrea o amenorrea (cicli sporadici o assenti) mentre nell'ipotiroidismo si presentano sottoforma di polimenorrea e menorragia (mestruazioni ravvicinate, prolungate e abbondanti). In entrambi i casi aumenta il numero dei cicli anovulatori.

Inoltre hanno un impatto negativo sulla sessualità, potendo causare calo della libido, disfunzione erettile ed eiaculazione precoce.



Durante la gravidanza, le disfunzioni tiroidee non curate possono generare complicanze sia per la madre, sia per il feto o il neonato.

Le principali complicanze materne sono:

- ipertensione gravidica
- preeclampsia
- distacco di placenta
- aborto spontaneo
- parto prematuro

Le principali complicanze fetali-neonatali sono:

- prematurità
- basso peso alla nascita
- morte endouterina o neonatale
- malformazioni congenite
- ipertiroidismo fetale o neonatale



L'ipertiroidismo neonatale è una patologia, anche se rara, a cui sono esposti i figli di donne affette da ipertiroidismo non corretto durante la gravidanza. Essa è dovuta all'attraversamento della placenta da parte di anticorpi materni stimolanti l'attività tiroidea del feto.

L'ipertiroidismo neonatale è una condizione caratterizzata da ipertensione, difficoltà di alimentazione, vomito, diarrea e gozzo, ma è generalmente transitoria, in quanto il bambino smaltisce questi anticorpi nell'arco di 3 – 4 mesi dal parto. Se ciò non avviene, però, gli effetti possono essere molto seri : malformazioni del cranio, grave ritardo di crescita, cretinismo.



Dopo la gravidanza, circa il 5% delle donne sviluppa – entro un anno dal parto – una tiroidite post-partum. Questo disordine è dovuto all'improvvisa riattivazione del sistema immunitario materno dopo il periodo della gravidanza, durante il quale si verifica un consistente, ma fisiologico, abbassamento delle difese immunitarie.

Sono maggiormente a rischio le donne già affette da una malattia autoimmune (per esempio, il diabete di tipo I), le donne con una storia personale o familiare di patologie tiroidee e le donne che hanno avuto un precedente episodio di tiroidite post-partum.

L'andamento della malattia è bifasico, con una prima fase di ipertiroidismo a cui, se la malattia avanza, ne segue una di ipotiroidismo .

Circa il 20% delle donne che hanno avuto una tiroidite post-partum svilupperà un ipotiroidismo permanente nei 3-4 anni successivi, per cui è opportuno controllare gli esami della funzionalità tiroidea una volta all'anno.



Un'altra condizione clinica che può interessare il neonato è l'ipotiroidismo congenito, che colpisce un neonato ogni 3000-4000 e, se non corretto tempestivamente, può compromettere lo sviluppo neuropsichico del bambino.

L'ipotiroidismo congenito può essere permanente, dovuto alla ridotta produzione di ormoni tiroidei presente già alla nascita per l'assenza (agenesia), il posizionamento non in sede (ectopia) o il ridotto funzionamento (disormonogenesi) della tiroide.

In un certo numero di casi, questa condizione, pur essendo presente alla nascita, è transitoria e dipende generalmente da una carenza di iodio, infatti si verifica soprattutto in popolazioni esposte in modo endemico a carenza di questo elemento.

Dal momento che un ipotiroidismo non curato può comportare gravi ritardi di sviluppo mentale e fisico, oggi è previsto uno screening di massa, effettuato tra il 1° e il 6° giorno di vita attraverso il prelievo di un piccolo quantitativo di sangue dal tallone dei neonato.



Tiroide e Ginecologia Alcuni consigli



MAY 25TH IS WORLD THYROID DAY

Mantenere un peso nella norma e seguire una dieta equilibrata è fondamentale per la buona salute generale del corpo e per il mantenimento di un'efficiente funzione riproduttiva.

Per quanto riguarda la prevenzione dei disturbi tiroidei e di quelli ad essi collegati, è consigliabile un'alimentazione che fornisca un quantitativo adeguato di iodio, l'elemento attraverso cui la tiroide sintetizza gli ormoni T3 e T4.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di consumare 150 microgrammi di iodio (250 mcg per le donne in gravidanza) al giorno.

Cibi particolarmente ricchi di iodio sono pesci e crostacei (soprattutto aragosta, cozze, acciughe, baccalà, merluzzo, palombo, sogliola), e a seguire uova, carne di vitello o manzo, lenticchie, piselli, fave, funghi freschi, radicchio, spinaci.

Per raggiungere il quantitativo raccomandato, si consiglia di sostituire il sale comune con quello iodato: ogni grammo di sale arricchito di ioduro, infatti, fornisce all'organismo 30 microgrammi di iodio in più. I cibi vanno salati a fine cottura e non all'inizio perché il minerale alle alte temperature tende a evaporare. Inoltre, durante la gravidanza, non tutti i cibi sono sicuri, quindi bisogna evitare innanzitutto carne e pesce crudi.

Alterazioni del funzionamento della ghiandola tiroidea possono dare luogo ad anomalie del ciclo mestruale, perciò è bene riferire al proprio ginecologo irregolarità persistenti del ritmo e della quantità delle mestruazioni.

I cicli possono essere più distanziati o ravvicinati tra loro, oppure scomparire del tutto; la perdita ematica può essere molto più scarsa o abbondante della norma, e possono verificarsi episodi di spotting (piccole perdite di sangue tra un ciclo e l'altro).

Verificare l'origine di questi disturbi è importante, specie se persistono da tempo: non è detto che dipendano da una patologia della tiroide, ma è indispensabile controllarne la funzionalità.



Tra gli esami pre-concezionali, ovvero quelli a cui sottoporsi prima di cominciare la ricerca di una gravidanza, sarebbe opportuno effettuare anche un controllo della funzionalità tiroidea, attraverso un semplice esame ematico, a cui possono seguire esami più approfonditi come l'ecografia tiroidea.

Questa raccomandazione è particolarmente indicata per donne con una storia familiare di patologia tiroidea o di altre malattie autoimmuni o provenienti da zone con una carenza severa di iodio.



Le patologie tiroidee spesso si presentano con quadri sfumati ed una sintomatologia lieve, che può passare inosservata alla paziente : gli esami possono svelare disordini di cui non si è a conoscenza, ma che è bene correggere prima che si instauri una gravidanza, per la salute della mamma e del bambino.

Secondo le indicazioni mediche, i controlli vanno eseguiti anche durante la gravidanza e dopo il parto.

È fondamentale, una volta posta diagnosi di patologia tiroidea, seguire in modo attento le terapie prescritte.

La terapia può essere di tipo farmacologico, radiante o chirurgico, a seconda della patologia e del suo livello di gravità.

L'assunzione di farmaci, contenenti ormoni in caso di ipotiroidismo (terapia sostitutiva) o che sopprimono l'attività tiroidea in caso di ipertiroidismo, rappresenta la terapia di prima scelta.

In caso di ipertiroidismo si può ricorrere anche alla somministrazione di iodio radioattivo. Lo iodio, assunto per via orale in dose unica, è un elemento radioattivo, perciò produce un danno irreversibile della cellule tiroidee, riducendo la loro attività, ma le radiazioni rimangono circoscritte al tessuto tiroideo, risparmiando quelli circostanti. L'effetto terapeutico dello iodio non è immediato, ma si espleta nel 3-4 mesi; se l'ipertiroidismo persiste si può considerare la possibilità di una seconda dose, maggiore della precedente.

Alla tiroidectomia, ossia ad intervento chirurgico di rimozione totale o subtotale della tiroide si procede in casi selezionati (allergia ai farmaci, controindicazione alla terapia radiante, fallimento altre terapie, ecc).



La terapia delle patologie tiroidee deve tenere conto del fatto che la donna sia in stato di gravidanza o stia allattando, perciò è fondamentale una sinergia tra **ginecologo ed endocrinologo**.



SisMer 



S.I.S.Me.R. - Società Italiana Medicina della Riproduzione

Via Mazzini 12, Bologna

www.sismer.it

