



COMUNICATO STAMPA – Mantova, 19 aprile 2018

TIROIDE, DONNE GRAVIDE SORVEGLIATE SPECIALI

Nuovo protocollo condiviso dagli operatori per una diagnosi precoce, un migliore il follow-up ed evitare complicanze negative sul feto

Donne gravide sotto stretta sorveglianza per evitare le disfunzioni tiroidee e le relative conseguenze negative sul feto. È l'obiettivo del nuovo protocollo di diagnosi e cura che coinvolge i professionisti dei Dipartimenti Medico e Materno-Infantile con le strutture di Ostetricia e Ginecologia, Medicina Generale ed Endocrinologia di Mantova, Asola e Pieve e i Consultori.

L'iniziativa consiste nell'adozione di una **procedura condivisa da tutti gli operatori** che prevede le seguenti fasi: reclutamento della gravida tramite i medici di medicina generale, i consultori, il Pronto Soccorso, in generale i medici del sistema sanitario nazionale o in libera professione, la diagnosi occasionale durante il ricovero ospedaliero per altre problematiche; la prescrizione del dosaggio del TSH entro la nona settimana di gestazione a tutte le donne gravide e l'identificazione dei fattori di rischio per patologia tiroidea; in caso di disfunzione tiroidea, l'affidamento della paziente all'endocrinologo che stabilisce cura e monitoraggio della salute della donna.

Quali sono i risultati attesi? Ci si propone di formulare una **diagnosi precoce di alterazione della funzione tiroidea**, di ricorrere tempestivamente a una efficace terapia, di migliorare il follow-up delle pazienti, riducendo l'ospedalizzazione, le complicanze materne, fetali e neonatali nonché gli aborti spontanei.

Gli ormoni tiroidei svolgono un'azione fondamentale per lo sviluppo scheletrico e del sistema nervoso centrale fin dalle prime settimane della vita fetale. Pertanto è fondamentale che in gravidanza la funzione tiroidea sia nella norma. La produzione di ormoni tiroidei, quindi l'utilizzo dello iodio e le dimensioni ghiandolari della donna normalmente aumentano per far fronte alla gravidanza. È l'ormone HCG ad avere azione stimolante. Ma questi cambiamenti fisiologici portano a un distiroidismo se la donna ha una tireopatia, o ad un gozzo se vive in un'area carente di iodio.

La gravidanza è quindi una condizione che predispone alla comparsa di ipotiroidismo. È fondamentale diagnosticare tale condizione precocemente, perché nei primi quattro mesi di gravidanza il feto riceve il proprio fabbisogno di ormoni tiroidei unicamente dalla madre: la tiroide fetale inizia, infatti, a produrre ormoni solo a partire dalla 12^o-14^o settimana.

Se l'**ipotiroidismo** non è diagnosticato precocemente e trattato adeguatamente si può sviluppare un deficit neurocognitivo nel neonato e successivamente in età infantile in varie forme, come la difficoltà di attenzione o un quoziente intellettivo più basso della media o un ritardo nello sviluppo psicomotorio, fino al cretinismo endemico e al rischio di autismo. Complicanze ostetriche sono invece l'aborto spontaneo, il parto pretermine, la preeclampsia, il distacco placentare, la circonferenza cranica fetale ridotta, la macroglossia.

Anche l'eccesso di ormoni tiroidei (tireotossicosi o ipertiroidismo) può complicare il decorso di una gravidanza e, se non curato, può essere causa di aborto spontaneo, parto prematuro, distacco di placenta, pre-eclampsia, scompenso cardiaco nella madre, basso peso neonatale, morte endouterina, morte neonatale, ipertiroidismo fetale ed ipertiroidismo neonatale, malformazioni congenite quali anencefalia, ano imperforato e palatoschisi. Sia la tireotossicosi che l'ipotiroidismo in gravidanza non sono facilmente diagnosticabili. È quindi più che mai importante mantenere alto il livello di attenzione.