



## **TIROIDE E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)**

**Paolo Beck-Peccoz**

**Professore Ordinario di Endocrinologia presso l'Università degli Studi di Milano e Past President AIT – Associazione Italiana Tiroide**

E' noto che la gravidanza richiede alla tiroide uno sforzo secretivo che, rispetto al normale, può essere quantizzato in circa il 30-40% di maggior produzione ormonale.<sup>1</sup> In tale situazione è possibile che possa essere slatentizzato uno stato di ipotiroidismo. Al fine di prevenire tale condizione a tutte le pazienti desiderose di una gravidanza dovrebbero essere dosati i livelli sia di TSH (ormone tireostimolante) che degli anticorpi antitiroidei che della TPO=perossidasi tiroidea. La prevalenza dell'ipotiroidismo gestazionale è infatti compresa fra il 10 e il 15% nelle pazienti al di sotto dei 25 anni, ed è stabilmente al di sopra del 15% nelle pazienti sopra questa fascia di età.<sup>2</sup>

Oggi giorno è sempre maggiore il numero di coppie che ricorrono alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) allo scopo di ottenere una gravidanza. E' indicato in questi casi il dosaggio del TSH e della TPO al fine di diagnosticare un ipotiroidismo che può essere causa di infertilità o subfertilità. Inoltre, la terapia per la stimolazione ovarica può avere effetti diretti e indiretti sulla funzione tiroidea della paziente, perché aumenta significativamente i livelli circolanti degli estrogeni con conseguente azione di attivazione del meccanismo di feedback negativo che si traduce in una riduzione della FT4 circolante e, quindi, con aumento della secrezione di TSH.

Un adeguato trattamento in queste condizioni può ristabilire una normale fertilità, può aumentare le probabilità di un esito positivo dell'impianto dell'embrione, può ridurre il rischio di abortività e di morte intrauterina del feto. Instaurare con tempismo una adeguata terapia sostitutiva con L-tiroxina sodica al fine di assicurare una funzione tiroidea normale (livelli di TSH inferiori a 2.5 mU/L) non garantisce ovviamente il buon esito della PMA, ma è il requisito necessario per aumentare le possibilità di successo della PMA.

1. Corinne L. et al. Thyroid Function during Pregnancy *Clinical Chemistry* 45:12 2250–2258 (1999).
2. Blatt AJ, Nakamoto JM, Kaufman HW. National status of testing for hypothyroidism during pregnancy and postpartum. *J Clin Endocrinol Metab* 2012, 97: 777-84.