



La tiroide

Carissimi,

siamo lieti di inaugurare la rubrica "SITE risponde..."

L'obiettivo di questa iniziativa è creare un momento di confronto e discussione nell'idea di una società scientifica dinamica e vicina a tutti i soci. Per un mese sarà possibile inviare domande, dubbi, quesiti clinici su uno specifico argomento, inviando una mail all'indirizzo : site-risponde@site-italia.org.

Per lo screening dell'ipotiroidismo è sufficiente il dosaggio del TSH?

Il solo dosaggio del TSH è sufficiente per lo screening dell'ipotiroidismo imputabile a patologia tiroidea (i. primario), ma non permette di individuare la forma secondaria a patologia ipotalamo-ipofisaria (ipotiroidismo centrale). Pur se più raro, la frequenza con cui quest'ultimo viene riconosciuto è in aumento nei talassemici, verosimilmente perchè il danno ipotalamo-ipofisario si manifesta ad un'età più avanzata e in presenza di ferritinemia più bassa rispetto all'ipotiroidismo primario. Pertanto le linee guida nei soggetti con talassemia pongono indicazione al dosaggio sia di TSH che di FT4.

Come ci si deve comportare in presenza di un'alterazione dell'assetto funzionale tiroideo in un paziente che assume amiodarone? È necessario sospendere il farmaco?

L'amiodarone contiene una elevata percentuale di iodio, responsabile dell'importante impatto sulla funzione tiroidea, per cui l'assunzione del farmaco può produrre sia ipofunzione sia uno stato di tireotossicosi. L'ipotiroidismo può essere transitorio o persistente; in quest'ultimo caso deve essere trattato con levotiroxina secondo le linee guida specifiche; non è necessario sospendere l'amiodarone.

La tireotossicosi è una patologia seria ad eziologia complessa e richiede una sollecita valutazione endocrinologica, per chiarire il meccanismo di base (tiroidite distruttiva o iperproduzione di ormoni tiroidei) e la terapia più appropriata (corticosteroidi o antitiroidei). L'eventuale sospensione dell'amiodarone deve essere stabilita caso per caso dal cardiologo, in collaborazione con l'endocrinologo.

Quando si deve iniziare la terapia sostitutiva con levotiroxina in un paziente con ipotiroidismo subclinico?

Le cellule tireotrope ipofisarie sono estremamente sensibili alle variazioni degli ormoni tiroidei circolanti; pertanto, il TSH sierico è l'indice più sensibile dello stato funzionale tiroideo.

L'assetto caratterizzato da TSH superiore alla norma associato a normali livelli di FT4 si definisce ipotiroidismo "subclinico", ed è frequente sia nella popolazione generale che nei talassemici, con prevalenza crescente con l'età. Viene per lo più riscontrato in pazienti asintomatici o con sintomi sfumati e aspecifici (astenia, umore deflesso, difficoltà di concentrazione) che si confondono con quelli imputabili all'anemia in sé. Quando iniziata precocemente, in presenza di un TSH solo lievemente aumentato, la terapia sostitutiva spesso non produce alcun miglioramento dei disturbi, soprattutto nei soggetti più anziani. Onde evitare una terapia inappropriata e possibili effetti indesiderati, le attuali linee guida consigliano di iniziare la terapia sostitutiva con valori di TSH ≥ 10 mU/L, evitando di prenderla in considerazione per livelli < 7 . Fanno eccezione le pazienti che cercano una gravidanza o hanno in programma la procreazione assistita (PMA), nelle quali l'ipotiroidismo subclinico va sempre corretto. Prima di iniziare la terapia è opportuno confermare l'aumento del TSH in un secondo prelievo e dosare la tiroxina libera (FT4), per differenziare il deficit subclinico da quello conclamato. Va inoltre verificata la normalità della funzione surrenalica e corretto un eventuale deficit.

La dose iniziale di levotiroxina varia da 12.5 a 50 mcg/die, in base all'età e alla presenza di comorbidità (soprattutto cardiache), da aumentare gradualmente guidati dalla risposta clinica.

Il prossimo argomento sarà Deficit di GH nel bambino e nell'adulto, saremo felici di accogliere tutte le vostre domande per i prossimi 30 giorni.