

Forme frequenti di ipertiroidismo: diagnosi e terapie

La condizione in cui si verifica un'aumentata sintesi di ormoni tiroidei, viene definita ipertiroidismo.

Relativamente frequente, tale condizione, riconosce quali cause più comuni, : il morbo di Flajani Graves Basedow (FGB) e il gozzo nodulare tossico (GNT), nelle varianti uni e plurinodulari.

Condizioni meno frequenti sono: forme da eccesso di iodio esogeno, tiroidite postpartum, Hashitossicosi, adenoma TSH secernente, mola idatiforme, struma ovarii e resistenza ipofisaria agli ormoni tiroidei.

Rimanendo nell'ambito delle forme di più frequente riscontro:

il morbo di FGB e' una patologia autoimmune, organo specifica, che si caratterizza per la presenza degli anticorpi anti tiroide, e in particolare di quelli diretti contro il recettore del TSH aventi un'azione stimolante la crescita e la funzione ghiandolare, e si caratterizza per un gozzo in genere diffuso, e puo' associarsi ad altre malattie autoimmuni endocrine e non.

Il gozzo nodulare tossico, si evidenzia per un'aumentata produzione ormonale, da parte di uno o piu' noduli.

L'ipertiroidismo puo' manifestarsi in una forma subclinica o in una forma clinicamente manifesta.

Nel primo caso abbiamo FT3 e FT4 nella norma o ai limiti alti della norma, il TSH basso o indosabile e una sintomatologia spesso assente, anche se possono innescarsi problematiche cardiologiche anche serie come le aritmie, ed e' frequente una riduzione della densita' ossea.

Nel secondo caso invece FT3 e FT4 sono elevati e il TSH e' indosabile.

I segni e i sintomi dell'ipertiroidismo clinicamente manifesto, dipendono dagli effetti degli ormoni sui vari apparati.

Tra questi i piu' frequenti sono: l'intolleranza al caldo, il dimagrimento, l'irritabilita', la depressione, la tachicardia o la fibrillazione atriale, quest'ultima soprattutto nei soggetti anziani, astenia, irregolarita' del ciclo mestruale, alvo frequente, tremori, sudorazione, riduzione della densita' ossea., aumentata caduta di capelli.

Nel morbo di FGB, si possono associare l'oftalmopatia e il mixedema pretibiale.

In particolare l'oftalmopatia puo' rappresentare una complicanza molto seria che si caratterizza con alterazioni che possono coinvolgere la congiuntiva, la cornea, il nervo ottico, la muscolatura estrinseca dell'occhio e le palpebre.

Il mixedema pretibiale e' poco frequente e consiste nell'accumulo di glicosamminoglicani nel derma e nel tessuto sottocutaneo . L'aspetto e' quello di una cute ispessita di colorito rosso-brunastro, a "buccia d'arancia".

Nel sospetto di un ipertiroidismo gli esami di laboratorio di primo livello sono: oltre al dosaggio di FT3, FT4 e TSH, nel sospetto di un morbo di FGB, gli anticorpi anti recettore del TSH.

Le indagini di secondo livello sono gli anticorpi anti tireoperossidasi, e anti tireoglobulina spesso presenti, l'emocromo che non raramente mette in evidenza quadri anemici, il colesterolo generalmente basso e le transaminasi che possono risultare elevate.

Le indagini strumentali di primo livello sono l'ecografia con l'integrazione color-doppler che mette in evidenza nel morbo di FBG una ipoecogenicitá piu' o meno diffusa e in genere un aumento della vascolarizzazione particolarmente spiccato e diffuso che viene anche definito come " inferno tiroideo ".

Nelle forme nodulari, la vascolarizzazione e' aumentata all'interno dei noduli iperfunzionanti.

La scintigrafia, segnala una ipercaptazione diffusa nel morbo di FGB e una ipercaptazione focale, nella forma nodulare, definendo i cosiddetti noduli caldi.

Le indagini strumentali di secondo livello, sono l'ECG per evidenziare eventuali tachiaritmie, la densitometria ossea che puo' mettere in evidenza quadri di osteopenia o di osteoporosi e la captazione tiroidea del radioiodio che risulta aumentata

La terapia farmacologica, si caratterizza essenzialmente per due tipi di farmaci che inibiscono la sintesi ormonale, il metimazole e il propiltiouracile che fanno parte della classe delle tionamidi,

entrambi, anche se molto efficaci, non sono scevri da possibili effetti collaterali, quale riduzione dei globuli bianchi, aumento delle transaminasi e reazioni allergiche tipo orticaria.

Nelle prime fasi dell'ipertiroidismo, per controllare meglio la tachicardia si può associare un beta-bloccante come il propranololo.

La terapia medica può essere risolutiva nel morbo di FGB ma non lo è nel GNT.

In caso di insuccesso della terapia medica vanno prese in considerazione soluzioni alternative.

La iodoterapia, ha un'ottima efficacia nel risolvere definitivamente l'ipertiroidismo, e nel ridurre le dimensioni della ghiandola e dei noduli. Tuttavia, a volte, può essere necessario dover ripetere il trattamento. Spesso dopo la terapia, si manifesta un ipotiroidismo secondario, rendendo così necessaria una terapia sostitutiva con Tiroxina.

La chirurgia, nel caso del morbo di FGB dovrà essere possibilmente subtotale, e nelle forme nodulari potrà essere parziale se la nodularità è localizzata a un solo lobo o totale se diffusa a entrambi i lobi. Disfonia e ipoparatiroidismo i possibili effetti collaterali.

La scelta tra la via radiometabolica e la chirurgia è dettata dalle caratteristiche dimensionali della tiroide e dall'età del paziente, preferendosi la chirurgia nei gozzi di più grandi dimensioni e nei giovani, e la iodoterapia nei gozzi più piccoli e nei soggetti più anziani.

Altre soluzioni terapeutiche alternative, nel GNT, sono l'iniezione per cutanea di etanolo (PEI) e la termoablazione con laser.

La PEI consiste nell'iniezione a intranodulare, ecoguidata, di etanolo al 95%, in modo da determinare una necrosi coagulativa dello stesso. Effetto del trattamento è una riduzione delle dimensioni e della funzione del nodulo. La terapia viene effettuata in più sedute, e non è esente da effetti collaterali, quali iperpiressia, dolore locale, disfonia e raramente la trombosi della vena giugulare. L'elevata percentuale di recidive limita attualmente, l'indicazione primaria per la PEI, al trattamento delle cisti tiroidee.

La Termoablazione con laser, è una tecnica ancora sperimentale, indicata solo in casi selezionati, come pazienti con alto rischio operatorio, con nodularità di grosse dimensioni e con fenomeni compressivi, o in quei soggetti che rifiutano sia l'intervento chirurgico che la iodoterapia.

Viene eseguita sotto guida ecografica, in genere in una o tre sedute, ottenendo riduzioni significative delle dimensioni nodulari e un miglioramento del quadro funzionale.

Gli effetti collaterali riportati sono dolore urente transitorio e una lieve disfonia.

Tuttavia manca ancora un follow up sufficientemente lungo per poterla proporre come terapia primaria nei noduli iperfunzionanti tiroidei.

La sua esecuzione deve peraltro avvenire in centri specializzati.