

Le malattie della tiroide, dalla diagnosi alla terapia

Acqui Terme 18-6-2011

TERAPIA MEDICA

Anna Caramellino

S.C. Malattie Metaboliche e Diabetologia

A.S.L. AL

The background of the slide is a solid blue color. In the lower right quadrant, there are several faint, concentric circular patterns that resemble ripples in water, centered around a point. These circles are light blue and have a subtle gradient, creating a decorative effect.

Terapia medica dei noduli benigni - 1

Noduli tiroidei con citologia negativa alla FNA

La **terapia soppressiva** con levotiroxina è un trattamento controverso, finalizzato a ridurre dei noduli palpabili e a prevenire la comparsa di nuovi noduli o la crescita di lesioni consistenti di piccole dimensioni.

La riduzione volumetrica sembra efficace nei noduli di piccole dimensioni, di recente diagnosi, con quadro colloide alla FNA e nelle regioni border line per deficit iodico.

Terapia medica dei noduli benigni - 2

Allo stato attuale delle conoscenze un tentativo limitato nel tempo (12 mesi) di terapia semi-soppressiva (TSH tra 0,1–0,4) può essere proposta in casi selezionati:

- Pazienti con noduli ecograficamente benigni, nell'ambito di un gozzo che determina sintomi compressivi e problemi estetici, che abbiano dimostrato un incremento nel tempo;
- Pazienti con rischio cardiovascolare basso o nullo, di età <60 anni o in epoca premenopausale se donna.

Il trattamento dovrebbe essere proseguito nei pazienti con dimostrazione ecografica di riduzione del nodulo e nei pazienti con mancato incremento volumetrico del nodulo se trattasi di pazienti in cui in un periodo di osservazione pre-L-T₄ era stato documentato un incremento dello stesso.

Terapia medica dei noduli benigni - 3

Dose L-T₄

1,8 µg/kg pro die in un'unica somministrazione al mattino a digiuno 20 - 30 minuti prima della colazione.

Obiettivo TSH <0,1- 0,4

Iniziare a dosaggio pieno e dopo 4 - 6 settimane ripetere dosaggio TSH

Terapia dell'ipotiroidismo primario - 1

La dose iniziale di L-T₄ deve essere individualizzata e dipende dall'entità dell'ipotiroidismo, dal peso e dall'età del paziente, dalla presenza di eventuali complicanze (come la malattia coronarica)

L-T₄

1,6-2,1 µg/Kg/die **adulto**

4 µg/Kg/die **età pediatrica**

≤2,3 µg/Kg/die **gravidanza**

1 µg/Kg/die **anziano**

Pazienti giovani: dosaggio pieno dal 1° giorno

Pazienti >65 anni: iniziare con 25 µg die

Pazienti molto anziani e cardiopatici: 12,5 µg die, poi incremento di 12,5 µg die ogni 2 settimane sino al raggiungimento della dose

In pazienti cardiopatici può essere utile associare nitroderivati per il periodo iniziale

Terapia dell'ipotiroidismo primario - 2

DOSE UNICA AL MATTINO 15-20 minuti prima di colazione, per evitare interferenze nell'assorbimento

Il giorno del prelievo per la determinazione di TSH e FT₄ assumere tiroxina dopo l'esame

Il controllo del TSH deve essere ripetuto non prima di 6 settimane dalla modifica del dosaggio

Distanziare l'assunzione di lecitina di soia, resine, ferro, calcio carbonato, e inibitori di pompa protonica; variazioni di peso possono comportare variazioni di posologia

Sospettare celiachia se necessarie dosi alte

Terapia dell'ipotiroidismo subclinico

Non esiste un concorde consenso nel trattare sempre l'ipotiroidismo subclinico.

Generalmente consenso al trattamento per sottogruppi:

- TSH < 10
- Dislipidemia resistente
- Associazione di gozzo diffuso o nodulare
- Associazione con anticorpi anti tiroide

Terapia con L-T₄ dosi sostitutive

Terapia dell'ipotiroidismo centrale (secondario e terziario)

Terapia medica con L-T₄ con le stesse modalità dell'ipotiroidismo primario

Prima di iniziare la terapia con L-T₄ deve essere valutata la funzione dell'asse ipofisi-surrene, perché, in caso di carenza di ACTH va iniziata la terapia sostitutiva con cortisone prima della terapia tiroidea per evitare un iposurrenalismo acuto.

Il controllo dell'efficacia terapeutica si effettua con la determinazione di FT₄ e FT₃ ma **non del TSH**

Terapia dell'ipotiroidismo congenito

Il trattamento deve essere iniziato quanto più precocemente possibile

Dose iniziale di tiroxina tra 10 e 12 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{die}$

E' consigliabile somministrare la terapia al mattino almeno un'ora e mezza prima della poppata

La compressa va sciolta nel cucchiaino, ma **non nel biberon**

Terapia della tiroidite di Hashimoto

Non è mai previsto l'uso di cortisonici

Terapia con L-tiroxina

- Non va eseguita in soggetti con funzione tiroidea normale pur in presenza di anticorpi anti tiroide
- Va eseguita a dosi sostitutive in caso di ipotiroidismo subclinico o conclamato
- In caso di presenza di gozzo si può tentare una terapia a breve termine con dosi soppressive per 6 mesi, ma in caso di mancata riduzione del volume del gozzo continuare con dosi sostitutive

Terapia della tiroidite acuta suppurativa

La terapia è eziologica e consiste nella somministrazione di antibiotici a largo spettro

In caso di ascesso è necessario drenaggio esterno

E' necessario un controllo della funzione tiroidea dopo 1 e 3 mesi con la determinazione anche della VES e dell'esame emocromocitometrico

Il controllo del TSH va inoltre eseguito dopo 6 – 12 mesi

Terapia della tiroidite subacuta o di De Quervain

Fortemente responsiva ai cortisonici (tempi variabili da alcune settimane ad alcuni mesi)

Prednisone dose iniziali di 75 mg/die in 2 somministrazioni per 2-3 settimane, quindi graduale riduzione

β -bloccanti (propranololo) 20-40 mg per os. 3 volte al giorno

In caso di evoluzione verso l'ipotiroidismo si somministra terapia sostitutiva con L-T₄ con le stesse modalità seguite per l'ipotiroidismo primario

Controllo TSH ed FT₄ a 6 e 12 mesi

Terapia della tiroidite silente e post-partum

La tireotossicosi che di solito è lieve ed autolimitata si tratta con propanololo alla dose di 10 mg 3 volte al giorno

Quando si sviluppa ipotiroidismo somministrare L-T₄ che deve essere sospesa dopo 3-6 mesi per stabilire la transitorietà o meno dell'ipotiroidismo

Poiché entrambe le forme possono evolvere nell'ipotiroidismo permanente è necessario il controllo del FT₄ e del TSH dopo 6 mesi e quindi 1 volta all'anno

Terapia altre tiroiditi

- ATTINICA

- risoluzione spontanea

- utile steroide

- DI RIEDEL

- chirurgica

Terapia degli ipertiroidismi

Diversa a seconda della patogenesi e della condizione clinica del paziente

MORBO DI BASEDOW

La terapia medica è di prima scelta

50% di remissioni dopo 18 mesi di terapia

Si avvale di **antitiroidei di sintesi**

Terapia medica dell'ipertiroidismo - 1

Farmaci antitiroidei di sintesi: **TIONAMIDI**

- **Metimazolo**

dose di attacco: 20-40 mg/die

dose di mantenimento: 2,5-15 mg/die

- **Propiltiouracile**

dose di attacco: 200-400 mg/die

dose di mantenimento: 50-200 mg/die

Effetti collaterali più importanti:

- Granulocitopenia
- Epatite citotossica o colestatica

Terapia medica dell'ipertiroidismo - 2

β BLOCCANTI

.Propranololo: 40 mg. 2 – 3 volte al giorno

.Bisoprololo: 2,5 mg/die

Terapia degli ipertiroidismi

effetti collaterali degli antitiroidei

Maggiori (< 1%)

- Agranulocitosi
- Ittero colestatico
- Epatite tossica
- Trombocitopenia

Minori (1 - 5%)

- Manifestazioni cutanee
- Rush, prurito, orticaria
- Disturbi gastrointestinali

Terapia degli ipertiroidismi

Terapia radiometabolica con ^{131}I

Utilizzabile con successo nello struma di moderate dimensioni

Viene utilizzata prevalentemente in caso di insuccesso della terapia farmacologica e nei pazienti con rischio operatorio elevato

Adenoma autonomo di Plummer

A decorative graphic consisting of several sets of concentric circles, resembling ripples in water, located in the bottom right corner of the slide.

Monitoraggio della terapia medica dell'ipertiroidismo

Obiettivo

Riportare FT_3 FT_4 nei valori normali

il TSH non deve essere richiesto nelle prime fasi (primi 2-3 mesi) della terapia poiché, di norma, rimane soppresso

Il dosaggio dei TRAb deve essere richiesto alla diagnosi e per verificare la remissione

Monitoraggio della terapia medica dell'ipertiroidismo

Dopo i primi 3 mesi controllo TSH e FT₄

·aumento TSH = sovradosaggio terapia antitiroidea

Emocromo con formula leucocitaria solo se compare iperpiressia, stomatite e sintomi di reazione allergica

Hashitossicosi

β Bloccanti: propranololo 10-20 mg. 3 volte al giorno per poche settimane o mesi

Raramente è necessaria la terapia con antitiroidei

Tireotossicosi senza ipertiroidismo

- tireotossicosi iatrogena
- tireotossicosi factitia

Terapia: si basa sulla riduzione di L-T4 nella forma iatrogena e nella sospensione o eliminazione della causa nella forma factitia. Nei casi più gravi lavanda gastrica e trattamento con β bloccanti e desametasone

Ipertiroidismo subclinico

FT₃ e FT₄ normale con TSH soppresso

Terapia

- rimozione della causa
- βBloccanti
- Nei pazienti anziani con rischio di fibrillazione atriale e in donne in post-menopausa e in gravidanza è indicata la terapia con antitiroidei

Terapia degli ipertiroidismi situazioni particolari

Metastasi funzionanti di K tiroideo
differenziato

• ¹³¹I

Patologie Tiroidee Amiodarone Indotte - 1

Controllare FT₄, TSH, Ab ANTI TPO pre-terapia quando possibile

Controllare FT₄ e TSH periodicamente (4-6 mesi) nei pazienti in terapia cronica con amiodarone: l'amiodarone ha emivita molto lunga, quindi l'eccesso di iodio viene eliminato lentamente nel corso di mesi

In assenza di sintomi controllare FT₄ e TSH non prima di 3 mesi dall'inizio della terapia; entro 3 mesi, per effetto dei meccanismi omeostatici, le alterazioni dei test di funzione tiroidea rientrano e permane l'eutiroidismo nella maggior parte dei casi

Patologie Tiroidee Amiodarone Indotte - 2

Se TSH +/- inibito con FT₄ aumentato (ipertiroidismo)

- Sospendere amiodarone
- Richiedere valutazione cardiologica per la sospensione/sostituzione
- Richiedere consulenza endocrinologica

Patologie Tiroidee Amiodarone Indotte - 3

L'ipertiroidismo amiodarone-indotto si divide in due forme:

- **Tipo 1:** in pazienti con patologia preesistente latente (gozzi nodulari pretossici, morbo di Basedow)

Terapia: tionamidi in associazione a perclorato di potassio

- **Tipo 2:** tiroidite cito-tossica farmaco indotta, in tiroidi normali, seguita a volte da una fase di ipotiroidismo transitoria che migliora col cortisone

Terapia: prednisone ad alte dosi associato a β bloccante

Patologie Tiroidee Amiodarone Indotte - 4

Se il TSH è elevato (**ipotiroidismo**)

- Sospendere amiodarone se possibile
- Controllare anticorpi anti tiroide
- Iniziare L-T₄

Patologia in gravidanza

In caso di ipotiroidismo preesistente incrementare il dosaggio della L-tiroxina di circa il 30% al momento del riscontro di gravidanza e controllare FT₄ e TSH ogni 4-6 settimane.

In caso di ipotiroidismo subclinico:

avviare terapia sostitutiva con L-T₄ (goal TSH < 2,0 mUI/l), integrazione iodica (150-200µg/die)

Evitare l'assunzione di L-T₄ insieme a ferro, calcio, soia e PPI.

Ricontrollare TSH inibito del primo trimestre di gravidanza se FT₄ normale

Dosaggio TRAb

Trattare ipertiroidismo in gravidanza basandosi **su FT₄ e non su TSH**

Ricontrollare funzionalità tiroidea dopo 6 settimane dal parto

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

