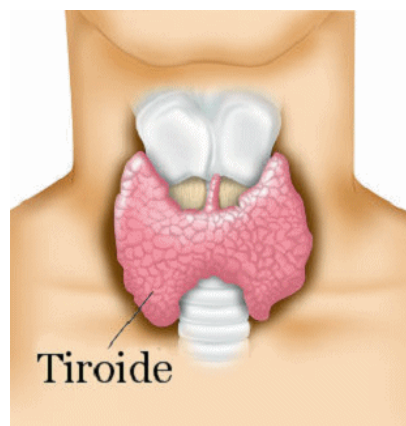




LE TIROIDITI



La tiroide è una ghiandola a secrezione endocrina, che secreta ormoni e li immette direttamente nel circolo sanguigno. Ha la forma di una farfalla ed è localizzata nella parte anteriore del collo, subito sotto la cartilagine del cosiddetto *pomo di Adamo* (vedi figura). La sua struttura interna ha l'aspetto di una serie di microscopiche cisterne (i follicoli) che contengono gli ormoni tiroidei, noti come T₃ e T₄. L'azione degli ormoni tiroidei è essenzialmente di tipo metabolico: interviene cioè nei processi di regolazione del consumo calorico e, di conseguenza, nelle variazioni del peso

corporeo. Il funzionamento della tiroide è a sua volta controllato dalla ghiandola Ipofisi che, posta al centro del cervello, è una specie di centrale di comando che controlla tutte le ghiandole endocrine. Quando questo equilibrio viene alterato, o quando la tiroide subisce un'aggressione da parte di virus o anticorpi anomali, si crea una situazione di malattia che compromette il benessere generale dell'individuo.

Dal punto di vista dei sintomi accusati dal paziente le Tiroiditi si manifestano nelle seguenti forme:



dolore intenso nella regione tiroidea, talvolta irradiato all'orecchio e accentuato dall'estensione del collo, con febbre e malessere generale; viva dolorabilità percepita alla palpazione diretta della ghiandola; aumento della consistenza che risulta "gommosa" al tatto; quadro di accentuazione del metabolismo, con i sintomi caratteristici dell'ipertiroidismo: palpitazioni, dimagrimento, tensione emotiva, tremori, ipersudorazione. Questo quadro è in genere transitorio e richiede semplicemente una terapia che blocchi i sintomi "adrenergici" (la formula chimica degli ormoni tiroidei è simile all'adrenalina e di conseguenza anche gli effetti sono simili); rallentamento metabolico, con evoluzione in ipotiroidismo e comparsa di incremento ponderale, gonfiori e stanchezza profonda.

Da notare che tale ipotiroidismo può sia presentarsi fin dall'esordio, sia far seguito ad una oscillazione dopo una fase di ipertiroidismo transitorio.

Quali tipi di tiroiditi esistono, dunque?

La prima forma, con dolore e febbre, è dovuta alla **Tiroidite subacuta**, che ha

probabile genesi virale e che si riconosce per un aumento della Ves, essendo una malattia di tipo infiammatorio; nei casi lievi sono sufficienti blandi antidolorifici mentre quelli più gravi vanno trattati con terapia cortisonica.

Le altre due situazioni, cioè l'ipertiroidismo e l'ipotiroidismo non associati a dolore e febbre, sono generalmente effetto di una **Tiroidite cronica**.

La tiroidite è una patologia frequente ?

Sì, è la principale causa di ipotiroidismo spontaneo. In studi epidemiologici recenti la frequenza della tiroidite arriva fino al 10% della popolazione generale.

Quali sono i fattori predisponenti ?

La Tiroidite è più frequente nel sesso femminile. C'è una familiarità e ci sono dei fattori genetici predisponenti, nota la maggiore incidenza nei gemelli omozigoti. Tra i fattori ambientali rientrano l'apporto iodico e le radiazioni ionizzanti (vedi il caso di Chernobyl); il fumo di tabacco pare favorire l'ipotiroidismo per aumento dei radicali liberi; lo stress.



Quali esami di laboratorio bisogna fare ?

La tiroidite cronica non è in realtà una malattia infiammatoria, è dovuta invece ad un processo autoimmune: cioè un danno cronico da anticorpi diretti dal paziente contro la sua tiroide. È pertanto necessario dosare gli autoanticorpi contro la tireoglobulina (proteina che trasporta gli ormoni tiroidei) e contro la perossidasi (un enzima sulla superficie apicale della cellula follicolare tiroidea).

Dunque gli anticorpi sono la causa della tiroidite cronica ?

Trovare una positività degli autoanticorpi antitiroide, in assenza di qualsiasi altro segno e sintomo, non è di per sé indice di malattia, dato che nel 10 % delle persone normali ci può essere una loro modesta elevazione. La produzione di autoanticorpi è fatto secondario, l'evento a monte è l'infiltrazione della tiroide da parte dei Linfociti di tipo T. Tuttavia la causa vera e propria per cui si sviluppa l'autoimmunità contro gli antigeni della propria tiroide rimane sconosciuta. Di conseguenza non esiste né una terapia causale della tiroidite autoimmune, né la possibilità di

prevenire o bloccare definitivamente gli autoanticorpi. Forse in futuro, con l'identificazione dei geni che producono gli autoanticorpi antitiroide, diverrà possibile distruggere direttamente i geni responsabili.

È utile l'ecografia tiroidea ?

Un aspetto ecografico disomogeneo con struttura ghiandolare alterata da aree ipoecogene "a pelle di leopardo" è fortemente evocativo di Tiroidite cronica; ciò vale anche nei casi in cui tale aspetto sia un riscontro casuale nel corso di uno studio effettuato per altri motivi. Nella variante "focale" la tiroidite si presenta nella forma di un nodulo vero e proprio, è allora indicato l'esame citologico mediante agobiopsia (FNAB) secondo i seguenti criteri di selezione: nodulo ipoecogeno / nodulo palpabile / microcalcificazioni incluse / margini irregolari / vascolarizzazione centrale / diametro maggiore di un centimetro. L'aspetto caratteristico della **Tiroidite linfocitaria cronica** è l'infiltrato di cellule linfocitarie, talora assai marcato e con elementi linfocitari attivati; se sono presenti cellule oncocitarie si può sospettare la presenza dell'altra variante cronica, nota come **Tiroidite di Hashimoto**. L'esame citologico è



d'obbligo in questi casi non solo per la conferma diagnostica, ma anche per escludere la presenza di un tumore maligno. Sebbene alla scintigrafia tiroidea quasi tutti i tumori maligni si manifestino come "noduli freddi", solo il 10% dei noduli freddi trovati alla scintigrafia sono maligni; a causa di questa scarsa specificità l'esame citologico dei noduli rimane l'esame di prima scelta. L'evoluzione maligna a partenza da una Tiroidite cronica è una evenienza molto rara, però esistono possibilità di sviluppo di un carcinoma papillare o midollare o addirittura di un linfoma, con la stessa percentuale di rischio che vale per le altre sedi di cellule linfonodali.

È necessario fare esami se non c'è nessun sintomo?

Considerata la frequenza delle tiroiditi croniche, un check up è indicato, ma deve essere mirato. In base alla valutazione dell'endocrinologo, vanno selezionati i pazienti che presentano un effettivo rischio legato a familiarità per tiroidite o concomitanza di malattie quali il morbo celiaco, l'anemia perniziosa, le malattie del tessuto connettivo e l'aborto ricorrente.

Esiste una tiroidite legata alla gravidanza?

Sì, è la **Tiroidite post-partum**. La gravidanza ha un effetto di scudo contro l'invadenza degli autoanticorpi, al fine ovvio di proteggere il feto; sicché, durante la gravidanza, in tutte le malattie autoimmuni della madre si registra in genere una remissione. Con l'espletazione del parto questo effetto immunosoppressivo viene improvvisamente a mancare e nel giro di tre mesi si può verificare un effetto di "rimbalzo anticorpale" tale da provocare la tiroidite. La conoscenza di questo meccanismo ha portato recentemente ad una nuova definizione della malattia: *la Tiroidite post-partum è un aggravarsi di una Tiroidite asintomatica preesistente o in corso*. Va dunque sottolineata l'importanza del suo screening, sia prima che dopo la gravidanza, considerato l'impatto sociale e personale di un ritardo nella diagnosi e l'alta prevalenza dell'affezione; la Tiroidite post-partum è una delle malattie ormonali più frequenti, talvolta non diagnosticata a causa della sintomatologia sfumata o perché viene confusa con una depressione puerperale; nelle nostre aree la prevalenza varia intorno al 6% delle gravide, aumentando nelle diabetiche (25%) e raggiungendo il



69% dopo un precedente episodio di Tiroidite post-partum. Sono infine possibili forme post-abortive tra le due settimane e due mesi dall'aborto. La sintomatologia della Tiroidite post-partum durante la fase di ipertiroidismo è spesso di breve durata, modesta e transitoria; in genere più pronunciato è il quadro dei sintomi nella successiva fase ipotiroidea: adinamia, sonnolenza, gonfiori, edema palpebrale, macroglossia, voce rauca, eloquio rallentato, cute secca e ruvida, pallore cutaneo con sfumatura giallognola, sensazione di freddo, ridotta sudorazione e stipsi.

Qual'è la terapia?

Non esistendo una terapia causale delle Tiroiditi croniche, ci si limita a trattare la comparsa di Ipotiroidismo. La terapia sostitutiva con ormoni tiroidei è tassativa nella fase ipotiroidea della Tiroidite post-partum e nelle forme di Ipotiroidismo lieve (subclinico). In generale, nella tiroidite cronica, vige l'obbligo di trattare i pazienti ipotiroidei che hanno un valore di TSH superiore a 10 mU; in relazione al trattamento di pazienti con Ipotiroidismo subclinico

(TSH inferiore a 10 mU), non ci sono prove definitive a favore o contro, né dimostrazione di effettivi benefici dovuti alla cura. Non basta di per sé l'associazione di obesità o depressione per giustificare il trattamento di un leggero ipotiroidismo. Si è tuttavia stabilito di trattare l'Ipotiroidismo subclinico in presenza di patologia nodulare o gozzo ed in caso di ipercolesterolemia resistente alla dieta e alla attività fisica. Prima di iniziare la terapia dell'ipotiroidismo subclinico è opportuna però una fase di osservazione e dopo sei mesi va eseguito un nuovo dosaggio di controllo per confermare l'elevazione del TSH. Una volta iniziata la cura, si consiglia di monitorare il valore del TSH al fine di mantenerlo tra 0.5 e 2.5 mU. La posologia del farmaco è individuale e va adeguata *ad personam* mediante un primo controllo della funzionalità tiroidea a distanza di due mesi; la dose di partenza si aggira sui 1.4 mcg / Kg., cioè circa 100 mcg per un paziente di 70 Kg. di peso corporeo. Nei casi di Ipotiroidismo subclinico in cui si è deciso per l'astensione terapeutica vanno comunque eseguiti dei dosaggi semestrali del TSH, soprattutto se c'è una positività degli anticorpi anti-Perossidasi. Ovviamente la terapia è obbligatoria nei casi con franca diminuzione degli ormoni

LABNEWS



ANNO 3

N° 3 MARZO 2008

BOLLETTINO DI INFORMAZIONE DEL CENTRO DIAGNOSTICO GAMMA GIOIA TAURO

Direttore Responsabile Dr Edoardo Macino

tiroidei circolanti (Ft3, Ft4) e con sintomi chiari di ipotiroidismo.

Per quanto tempo bisogna fare la cura ?

Le varianti morfologiche note come Tiroidite di Hashimoto (volume tiroideo aumentato, o normale) e Tiroidite Atrofica (volume diminuito) sono di solito definitive e vanno trattate per tutta la vita. La Tiroidite Post-partum generalmente ha invece un andamento transitorio e nei casi sottoposti a trattamento con EUTIROX è opportuno fare un test di sospensione della terapia sostitutiva dopo 10 mesi, interrompendo l'assunzione della compressa per due mesi e facendo al termine un test di funzionalità tiroidea (Ft3 – Ft4 – TSH).