

La patologia tiroidea nella Medicina Generale italiana. Studio epidemiologico e considerazioni sul management clinico del paziente

Introduzione

Le patologie tiroidee sono tra quelle che più frequentemente richiedono l'intervento del medico di medicina generale (MMG), sia per un disease management diretto sia per quello condiviso. L'alterazione della produzione ormonale è responsabile di modificazioni metaboliche con inferenze sull'appetito, sulla affaticabilità, sulla termogenesi, sulle funzioni cardiovascolari, psichiche, intestinali, muscolari, sulla sfera sessuale e riproduttiva, ecc. ¹. L'ipotiroidismo, in particolare, è una malattia molto frequente nel mondo occidentale con una prevalenza della forma primaria del 3,5/100 circa nelle donne e dello 0,6/100 circa nei maschi. Dai dati di Health Search-CSD LPD, Istituto di ricerca della Medicina Generale italiana, relativamente all'anno 2011, si evince che i disturbi della ghiandola tiroidea sono occasione di contatto medico-paziente causa specifica nel 2,34% di tutti i contatti. Nonostante questo, nella medicina generale italiana è diffusa la convinzione che la diagnosi e il trattamento delle patologie tiroidee rientrino tra le competenze specialistiche; per alcune è così, per altre il MMG può averne le competenze per un corretto management nella maggior parte dei casi e quindi rientrare nell'ambito degli interventi delle cure primarie ². Le specificità delle patologie tiroidee di maggiore frequenza e che interessano la Medicina Generale si possono così sintetizzare:

1. ipotiroidismo: frequente, presenta sin-

tomatologia talvolta importante, aspecifica che, frequentemente, può indurre a diagnosi erronee diverse prima del corretto orientamento. Importanza e ruolo nella valutazione clinica, nel follow-up, nella gestione terapeutica, con occasionale *shared management*;

2. ipertiroidismo: discretamente frequente, presenta sintomatologia tipica e spesso importante, necessita di pronta diagnosi; importanza e ruolo nella valutazione clinica, nel follow-up, nella gestione terapeutica, anche in *shared management*;

3. tumore tiroideo: discretamente frequente e in aumento negli ultimi decenni; la diagnosi è spesso occasionale e derivata dal monitoraggio di altre patologie tiroidee; importanza e ruolo, in *shared management*, nella valutazione clinica, nel follow-up, nella gestione terapeutica e degli esiti.

Come per altri gruppi di patologie, anche per quelle tiroidee i dati epidemiologici, soprattutto di prevalenza, presenti in letteratura sulla popolazione italiana sono alquanto carenti e spesso riferiti a limitati ambiti territoriali o a casistiche ospedaliere più che all'intero ambito nazionale. Pertanto, ne è derivato il bisogno di conoscere il reale peso epidemiologico delle principali patologie tiroidee nel territorio italiano a supporto dell'impegno clinico della Medicina Generale.

Materiali e metodi

La progettualità ha portato a un protocollo d'estrazione dati dal database Health Search-CSD LPD sulla popolazione italiana attiva al 31/12/2011 di un campione di 700 MMG, le cui caratteristiche sono riassunte nelle Tabelle I, II e III. Le condizioni tiroidee sono state indicate con i codici ICD-IX. Le estrazioni di alcune condizioni percentualmente poco rappresentate sono state accorpate con altre.

La popolazione attiva al 31/12/2011 del campione dei 700 medici Health Search-CSD LPD era costituita da 952.144 persone, con le caratteristiche riassunte nella Tabella IV.

Risultati

La prevalenza dell'ipotiroidismo congenito è risultata essere dello 0,11%, maggiore nel centro-sud rispetto alle regioni del nord (Fig. 1). È interessante valutare l'analisi per età che dimostra una maggiore distribuzione nelle fasce d'età superiori ai 40-50 anni a conferma dell'efficacia della prevenzione operata negli ultimi decenni. Il rapporto F:M è risultato 5,2.

I dati dei pazienti con ipotiroidismo congenito con almeno un dosaggio di TSH negli ultimi 15 mesi sono riassunti in Tabella VI.

I dati dei pazienti con ipotiroidismo congenito con almeno una prescrizione di ormoni tiroidei negli ultimi 15 mesi sono riassunti in Tabella VII.

TABELLA I.

Schema di estrazione dati per l'ipotiroidismo.

Ipotiroidismo	
243 Ipotiroidismo congenito	} Estrazione cumulativa da 244.1 a 244.9
244.0 Ipotiroidismo post-chirurgico	
244.1 Ipotiroidismo da irradiazione	
244.2 Ipotiroidismo da iodio	
244.3 Ipotiroidismo da Fenilbutazone, Resaorcino e PAS	
244.4 Ipotiroidismo primario	
244.9 Ipotiroidismo e Ipotiroidismo subclinico	
Sono stati rilevati i dati su:	
<ul style="list-style-type: none"> • prevalenza • pazienti sottoposti a dosaggio del TSH negli ultimi 15 mesi • pazienti in terapia con L-tiroxina negli ultimi 15 mesi 	

TABELLA II.

Schema di estrazione dati per l'ipertiroidismo.

Ipertiroidismo	
242.0 M. di Basedow	} Estrazione cumulativa 242%
242.1 Gozzo o nodulo tossico con Ipertiroidismo	
242.9 Ipertiroidismo	
242.8 Ipertiroidismo metastasi funzionanti K tiroide, adenoma ipofisario TSH-secerne	
242.0 Ipertiroidismo familiare non autoimmune	
Sono stati rilevati i dati su:	
<ul style="list-style-type: none"> • prevalenza • pazienti sottoposti a dosaggio del TSH negli ultimi 15 mesi • pazienti in terapia con tiamazolo negli ultimi 15 mesi 	

La prevalenza dell'ipotiroidismo post-chirurgico è risultata dello 0,64% con una maggiore distribuzione nelle regioni del sud (Fig. 2). Nell'analisi per genere, il rapporto F:M è risultato 3,6, con il 78,31% dei

maschi e l'81,31% delle femmine sottoposti a dosaggio di TSH e 87,92% dei maschi e 88,29% delle femmine sottoposti a terapia con ormoni tiroidei.

La prevalenza dell'ipotiroidismo prima-

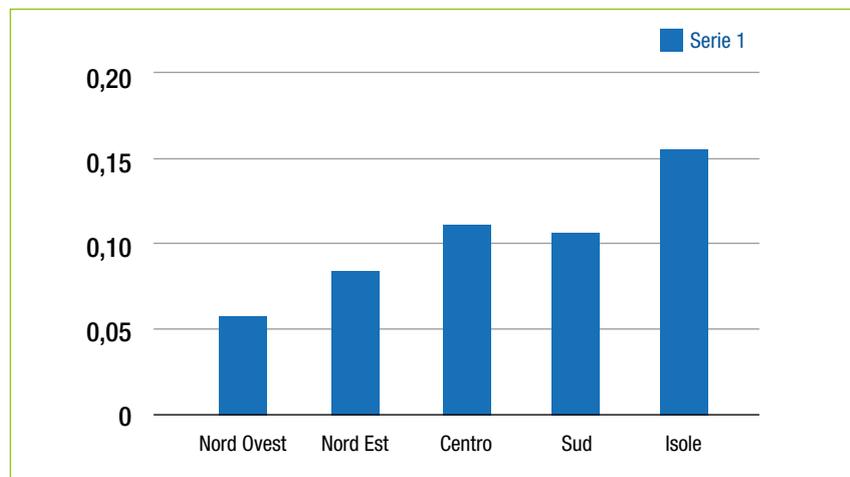
TABELLA III.

Schema di estrazione dati per il carcinoma tiroideo.

K Tiroide
193 K Tiroide
Sono stati rilevati i dati su:
<ul style="list-style-type: none"> • prevalenza

FIGURA 1.

Distribuzione geografica dell'ipotiroidismo congenito.



rio è risultata del 2,96%, con maggiore distribuzione nelle regioni del centro-nord (Fig. 3). Nell'analisi per genere, il rapporto F:M è risultato 4,8, con il 67,70% dei maschi e il 74,5% delle femmine sottoposti a dosaggio di TSH e il 60,17% dei maschi e il 66,82 delle femmine sottoposti a terapia con ormoni tiroidei.

La prevalenza dell'ipertiroidismo è risultata dell'1,52%, con la distribuzione geografica indicata nella Figura 4. Il rapporto F:M è risultato 2,9.

Nella Tabella VIII è indicata l'analisi per fasce d'età. Il 64,12% tra i maschi e il 71,13% tra le femmine sono stati sottoposti

TABELLA IV.

Caratteristiche della popolazione studiata.

Analisi geografica	N	%
No	210899	22,15
Ne	212188	22,29
Centro	192146	20,18
Sud	228103	23,96
Isole	108808	11,43
Analisi per genere		
M	455950	47,89
F	496194	52,11
Analisi per età		
< 15	15662	1,64
15-24	96317	10,12
25-34	127033	13,34
35-44	169039	17,75
45-54	168090	17,65
55-64	141567	14,87
65-74	117775	12,37
≥ 75	116661	12,25
Totale	952144	100,00

TABELLA VI.

Pazienti con Ipotiroidismo congenito con almeno un dosaggio di TSH negli ultimi 15 mesi.

Analisi geografica	N	%
Nord Ovest	101	72,66
Nord Est	136	68,00
Centro	172	74,14
Sud	207	76,10
Isole	137	73,26
Analisi per genere		
Maschi	105	63,25
Femmine	648	75,00
Analisi per età		
< 15	7	50,00
15-24	30	66,67
25-34	41	66,13
	106	74,13
45-54	164	75,23
55-64	204	72,34
65-74	147	78,61
≥ 75	54	68,35
Totale	753	73,11
Totale Sicilia	111	72,08

TABELLA VII.

Pazienti con ipotiroidismo congenito con almeno una prescrizione di ormoni tiroidei negli ultimi 15 mesi.

Analisi geografica	N	%
Nord ovest	110	79,14
Nord est	160	80,00
Centro	192	82,76
Sud	201	73,90
Isole	138	73,80
Analisi per genere		
Maschi	114	68,67
Femmine	687	79,51
Analisi per età		
< 15	9	64,29
15-24	34	75,56
25-34	39	62,90
35-44	106	74,13
45-54	163	74,77
55-64	228	80,85
65-74	162	86,63
≥ 75	60	75,95
Totale	801	77,77
Totale Sicilia	110	71,43

TABELLA V.

Analisi per età dei casi di ipotiroidismo congenito.

Analisi per età		
< 15	14	0,09
15-24	45	0,05
25-34	62	0,05
35-44	143	0,08
45-54	218	0,13
55-64	282	0,20
65-74	187	0,16
≥ 75	79	0,07
Totale	1030	0,11

FIGURA 2.

Distribuzione geografica dell'ipotiroidismo post-chirurgico.

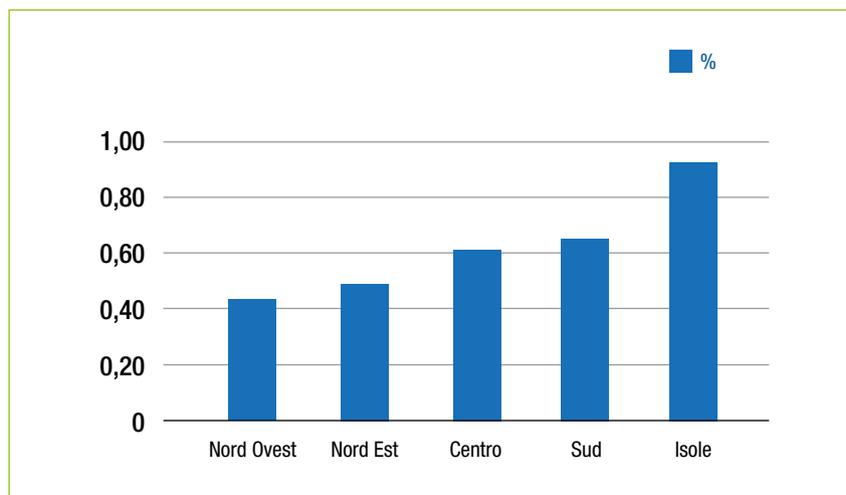


FIGURA 3.
Distribuzione geografica dell'ipotiroidismo primario in %.

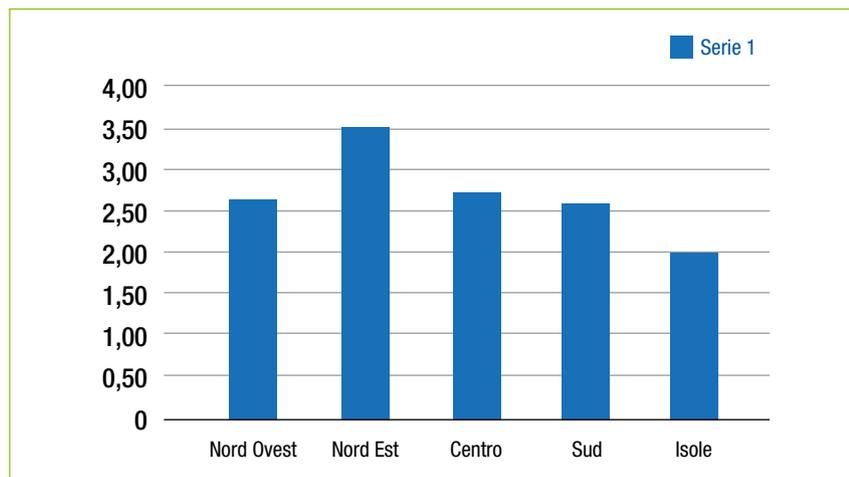


FIGURA 4.
Distribuzione geografica dell'ipertiroidismo in %.

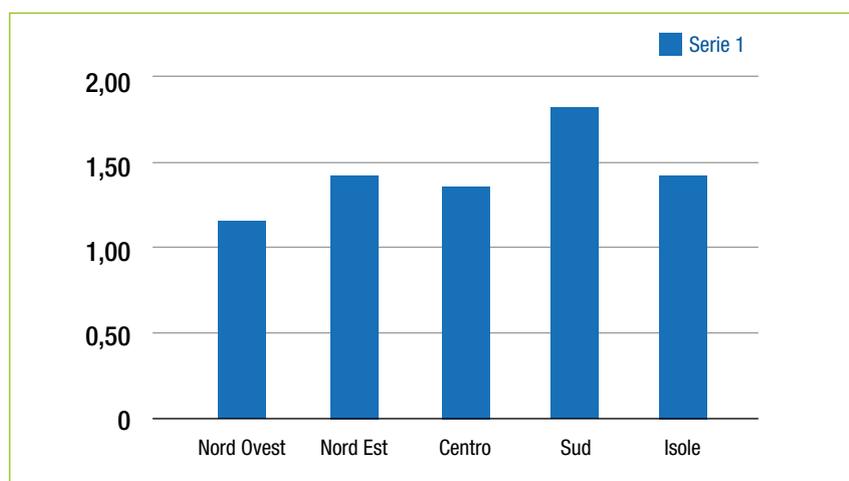


FIGURA 5.
Distribuzione per fasce d'età del K tiroideo.

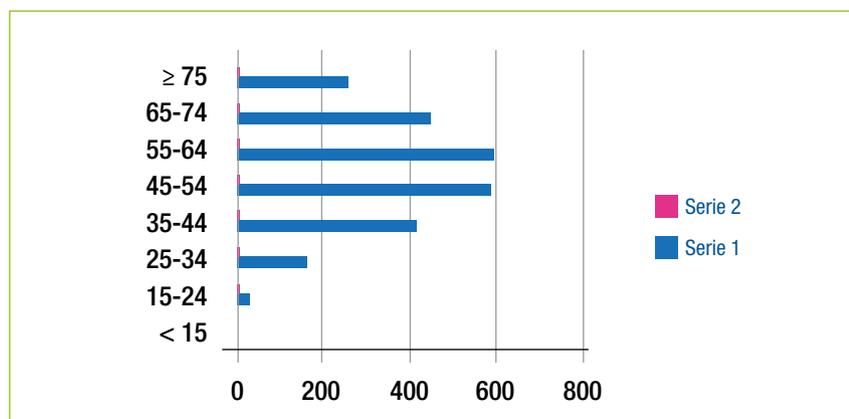


TABELLA VIII.
Pazienti con ipertiroidismo, analisi per fasce d'età.

Analisi per età		
< 15	12	0,08
15-24	217	0,23
25-34	903	0,71
35-44	1907	1,13
45-54	2646	1,57
55-64	2879	2,03
65-74	2740	2,33
≥ 75	3135	2,69
Totale	14439	1,52
Totale Sicilia	1248	1,48

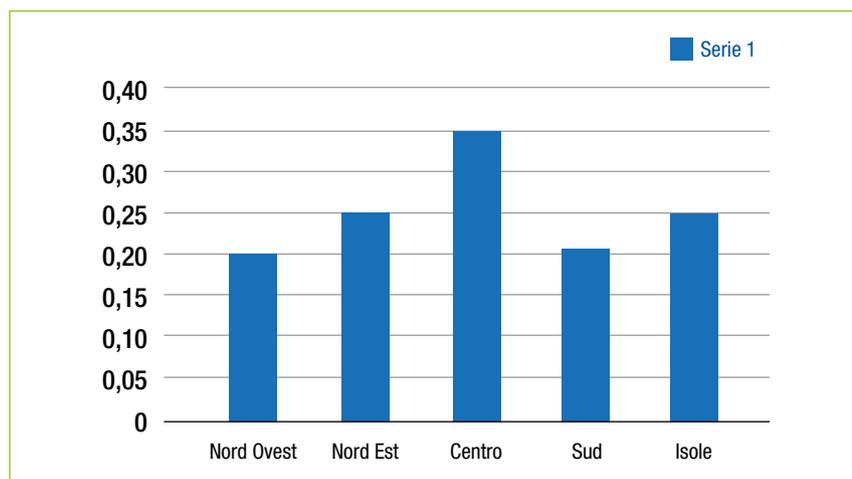
ad almeno un dosaggio di TSH negli ultimi 15 mesi; i pazienti con almeno una prescrizione di tiamazolo negli ultimi 15 mesi sono stati il 25,53% tra i maschi e il 22,61% tra le femmine.

La prevalenza del carcinoma tiroideo è risultata dello 0,26% con una distribuzione maggiore nelle fasce d'età 35-74 anni, per come mostrato nella Figura 5.

La distribuzione geografica è piuttosto omogenea, tranne per una maggiore prevalenza nelle regioni del centro Italia, come mostrato nella Figura 6. Il rapporto F:M è 2,9.

Discussione

Lo studio conferma la rilevanza epidemiologica delle patologie tiroidee, con percentuali che, per la natura stessa della loro derivazione, sono da ritenere quanto più vicine al vero. Si conferma la loro netta prevalenza nel genere femminile. Complessivamente, la prevalenza dell'ipotiroidismo congenito, chirurgico e primario è risultata essere del 3,71%, percentuale prossima a quelle di altri lavori epidemiologici. La causa più frequente di ipotiroidismo primario è rappresentata dalle tireopatie autoimmuni e in particolare dalla tiroidite di Hashimoto. Alcuni indicatori di processo (pazienti sottoposti a indagini e terapie) risentono della variabilità clinica della malattia, con possibili remissioni, della sensibilità

FIGURA 6.*Distribuzione geografica del K tiroideo.*

e compliance al follow-up e del costo dei farmaci. Nell'ipotiroidismo congenito, la percentuale dei pazienti sottoposti a terapia è del 77,77% contro una attesa prossima al 100%; una giustificazione potrebbe derivare dal basso costo degli ormoni tiroidei che possono indurre all'acquisto diretto in farmacia senza il ricorso alla ricetta SSN. Nelle condizioni in cui si sono avuti dati sulla prescrizione di TSH e di farmaci (ormoni tiroidei e tiamazolo) le percentuali maggiori hanno interessato il genere femminile, con una possibile duplice spiegazione: o le patologie tiroidee vanno più facilmente in remissione nel genere maschile oppure le femmine sono più attente al controllo della

malattia. Il carcinoma tiroideo ha avuto una prevalenza dello 0,26%; numerosi Registri Tumori indicano un'aumento di incidenza del carcinoma tiroideo dal 1985 in poi ed è stato messo in relazione a incidenti nucleari. Tale incremento riguarda in particolare i carcinomi tiroidei a basso rischio e questo ha contribuito a mantenere costante la mortalità per causa. Nell'ipertiroidismo, la percentuale di pazienti in terapia con tiamazolo è di circa il 25% in relazione alle frequenti remissioni della condizione. Nel setting della Medicina Generale è fondamentale la conoscenza epidemiologica e quella dei percorsi clinici e terapeutici della patologia, oltre al ruolo di «filtro» nei confronti di

richieste di prescrizioni che provengono da diversi ambienti sanitari e «non», appropriate e non.

Alcune condizioni consentono una gestione clinica diretta, altre in rete funzionale, per condividere percorsi e strategie di disease management, generali e territoriali.

Conclusioni

Le competenze della Medicina Generale debbono avere solidi riferimenti in una corretta conoscenza epidemiologica e in buone capacità cliniche che, assieme alle capacità possedute dal profilo professionale del MMG, sono utili a suggerire interventi razionali e appropriati nel setting della Medicina Generale e, in tal senso, la gestione di alcune patologie tiroidee rientra di diritto tra le sue competenze.

Bibliografia

- 1 Puxeddu E, Santeusano F. *Malattie della tiroide*. In: *Trattato di Medicina Interna*. Vol. III: *Malattie delle ghiandole endocrine, del metabolismo e della nutrizione*. Piccin Nuova Libreria 2011.
- 2 Medea G. *La gestione dell'ipotiroidismo in Medicina Generale: nuove opportunità terapeutiche per la compliance e il raggiungimento del target terapeutico*. Rivista SIMG 2012;(4):29-33.
- 3 Marulli CF, Benvenga S, Alecci U, et al. *Nuove strategie terapeutiche e gestione dell'ipotiroidismo in Medicina Generale: il problema (... e la soluzione) dell'interferenza dei farmaci sull'assorbimento intestinale della tiroxina*. Rivista SIMG 2013;(Suppl 1):3-13.