

SERIE EDITORIALE

Disease
Management
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Novità

Ipotiroidismo

La gestione pratica in Medicina Generale: dalla diagnosi al follow-up

Gerardo Medea

Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Metabolica SIMG

Danilo Ribichini, Andrea Repaci, Renato Pasquali

UO di Endocrinologia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università Alma Mater Studiorum, Bologna

Con un'appendice del prof. Antonio Gasbarrini e del dott. Gianluca Ianiro su "Il ruolo del microbiota intestinale e di Helicobacter pylori nell'assorbimento della levotiroxina"

“Le patologie tiroidee richiedono frequentemente l'intervento diretto e autonomo del MMG”

“Per questa patologia il MMG riveste un ruolo importante sia nella diagnosi, oltre che nel follow-up, nella gestione della terapia”



“Questo testo si propone di aiutare il MMG nella gestione quotidiana dei pazienti con ipotiroidismo”

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Edizione digitale scaricabile sul sito www.thyroidcollection.net inserendo le sue credenziali Medikey

ThyroidCollection.net

Aggiornamenti scientifici e linee guida nelle patologie tiroidee

CAPITOLO 3. Epidemiologia e carichi di lavoro in Medicina Generale



L'ipotiroidismo primario è una alterazione che riconosce diverse cause, che hanno come denominatore comune l'incapacità da parte della ghiandola tiroide di secernere quantità sufficienti di ormone tiroideo.

Può essere congenito (1 bambino ogni 4.000, ma molto più frequentemente è acquisito e nella stragrande maggioranza dei casi è attribuito a causa soprattutto di una tiroidite cronica autoimmune, di una pregressa terapia radioiodica o di un intervento chirurgico di tiroidectomia).

Raro è, invece, l'ipotiroidismo secondario, da malattie dell'ipofisi (prevalenza da 1:20.000 a 1:1.000.000 nella popolazione generale o rarissimo l'ipotiroidismo terziario, da deficit ipotalamico).

L'ipotiroidismo "conclamato" è dovuto a un'insufficiente azione degli ormoni tiroidei a livello tissutale, che determina un rallentamento di tutti i processi metabolici. Ma esiste anche una forma di ipotiroidismo "subclinico" molto più diffusa della prima, nel quale l'alterazione biochimica riguarda solo il TSH (con normalità dunque dei FT4 ed FT3) e che può essere paucisintomatico o del tutto asintomatico.

L'aspecificità dei sintomi dell'ipotiroidismo, fa sì che il MMG riconosca un TSH elevato più spesso durante richieste di esami di routine o nel corso degli accertamenti eseguiti per altri motivi, che per un sospetto diretto della patologia.

Prevalenza dell'ipotiroidismo primario

Un ampio lavoro epidemiologico, lo studio NHANES III, condotto su oltre 17.000 abitanti degli Stati Uniti negli anni 1988-1994, ha evidenziato una prevalenza di ipotiroidismo primario (con TSH > 4,5 $\mu\text{U/ml}$) pari al 4,6% nell'intera popolazione considerata, (anche se il 4,3% di ipotiroidismo sub-clinico costituiva la maggior parte dei casi, il 4,3%)¹.

Nella *British Whickham survey* il 9,3% delle donne e l'1,2% degli uomini aveva un TSH oltre 10 $\mu\text{U/ml}$ ².

Nello studio di Framingham, il 5,9% delle donne e il 2,3% degli uomini di età > 60 anni aveva valori di TSH > 10 $\mu\text{U/ml}$ ³.

Esistono pochi dati in letteratura circa la prevalenza in Italia dell'ipotiroidismo primario. I dati dell'Istituto di Ricerca Health Search mostrano in un campione (rappresentativo della popolazione Italiana) di 952.144 soggetti > 14 anni, una prevalenza complessiva dell'ipotiroidismo primario nel 2013 del 3,71%.

Le prevalenze delle diverse forme cliniche di ipotiroidismo primario sono risultate essere:

- ipotiroidismo primario: 0,11%;
- post chirurgico: 0,64%;
- altre cause (tiroidite cronica autoimmune, carenza iodica, radiiodio, iatrogeno, ecc.): 2,96%.

La distribuzione geografica in Italia delle tre forme cliniche è rappresentata nelle Figure 4, 5 e 6. Risulta evidente che l'ipotiroidismo congenito e post chirurgico sono più prevalenti al Sud e nelle Isole, mentre il post-tiroidico nelle regioni del Nord (in particolare Nord-est), nelle

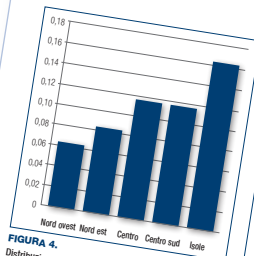


FIGURA 4. Distribuzione geografica della prevalenza dell'ipotiroidismo congenito¹.

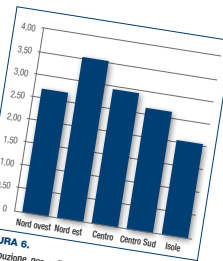


FIGURA 6. Distribuzione geografica della prevalenza dell'ipotiroidismo post-chirurgico¹.

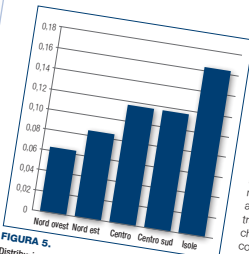


FIGURA 5. Distribuzione geografica della prevalenza dell'ipotiroidismo post-tiroidico¹.

quali pesa probabilmente tra le cause anche la carenza di iodio.

Prevalenza dell'ipotiroidismo in particolari tipi di popolazioni

La prevalenza dell'ipotiroidismo aumenta con l'età, è molto più elevata nelle donne che negli uomini a tutte le età (7 volte più alta)⁴ ed è più elevata nei pazienti anziani istituzionalizzati che in quelli che vivono nella collettività. Ricordiamo, infine, che tra le cause che incrementano l'incidenza di ipotiroidismo ci sono anche quelle "transitorie". Un ipotiroidismo transitorio può insorgere dopo gli interventi chirurgici sulla ghiandola, dopo il trattamento con ioduro di sodio radioattivo (131I) o durante gli episodi di tiroidite subacuta, quando la ghiandola ha esaurito le sue riserve ormonali e le cellule follicolari non hanno ancora ripreso una funzionalità sufficiente a rimpiazzarle.

Introduzione

Capitolo 1.

Cenni di fisiopatologia della tiroide e dell'ipotiroidismo

Capitolo 2.

Classificazione e cause di ipotiroidismo

Capitolo 3.

Epidemiologia e carichi di lavoro in Medicina Generale

Capitolo 4.

La diagnosi

Capitolo 5.

Screening dell'ipotiroidismo

Capitolo 6.

Terapia e obiettivi terapeutici

Capitolo 7.

Il follow-up del paziente ipotiroideo in Medicina Generale

Appendice

Bibliografia

Edizione digitale
scaricabile anche su:
www.pacinimedica.it
www.simg.it

PACINI
EDITORE
MEDICINA