

L'ipertiroidismo è una sindrome clinica causata da un eccesso di ormoni tiroidei nel circolo sanguigno. Sindrome perché interessa molti organi del nostro organismo: il cuore, il sistema muscolare, la cute, il cervello, l'intestino, l'osso, ecc.

L'ipertiroidismo, come del resto la maggior parte delle malattie tiroidee, colpisce più frequentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile (rapporto 10/1) e la sua prevalenza è fra i 20 ed i 40 anni. L'ipertiroidismo può interessare anche i giovanissimi e la sintomatologia è molto aggressiva (ipereccitazione, insonnia, sudorazione, tremori alle mani, ecc) non discostandosi molto dalla forma dell'adulto, ma fortunatamente l'incidenza nei bambini è molto rara. L'ipertiroidismo dell'anziano invece può essere molto subdolo con la comparsa come prima evidenza di una aritmia cardiaca.

Sintomi

I sintomi più comuni sono in genere repentini e sono rappresentati dalla accelerazione cardiaca (tachicardia) o dalla comparsa di extrasistoli (palpitazioni) o da alterazioni del ritmo cardiaco (fibrillazione atriale o flutter atriale), senso di caldo eccessivo con sudorazione, perdita rapida del peso (nella sua componente muscolare), stanchezza, aumento del senso di ansia, insonnia, tremori alle estremità, polifagia, diarrea, ecc.

Cause

Le cause più frequenti dell'ipertiroidismo sono dovute ad una eccessiva produzione di ormoni da parte della ghiandola tiroide come nel caso del Morbo di Basedow (malattia autoimmune caratterizzata dalla presenza di auto-anticorpi stimolanti la ghiandola tiroide), del gozzo nodulare tossico e dell'adenoma tossico. Può essere presente anche un ipertiroidismo transitorio come in alcune forme di tiroiditi (sia autoimmuni che virali). Può essere presente un ipertiroidismo da eccesso di ormoni (tireotossicosi factizia) legata alla assunzione eccessiva e spesso ingiustificata di ormoni tiroidei (per esempio nelle diete dimagranti) o da farmaci, come l'amiodarone (ottimo farmaco antiaritmico ma molto ricco di iodio) che può manifestarsi sia con iper che con ipotiroidismo.

In alcuni casi di pazienti affetti da morbo di Basedow, può essere presente un interessamento oculare (oftalmopatia basedowiana) riguardante sia il bulbo oculare (proptosi mono o bilaterale), fastidio alla luce (fotofobia), irritazione della congiuntiva, lacrimazione, sia la palpebra (edema) o retrazione palpebrale, che i muscoli orbitari con comparsa di visione doppia (diplopia) o con incapacità a seguire lo spostamento di un oggetto per la paralisi di alcuni dei muscoli orbitari. Possono essere interessate anche le estremità inferiori (in genere la faccia anteriore della gamba) con la comparsa di una dermatite, cosiddetta a buccia di arancia (mixedema pretibiale) che ha la caratteristica di essere indolente, di colorito rosso brunastro e la consistenza dura con infiltrato infiammatorio.

Esami diagnostici

Gli esami diagnostici da eseguire in prima battuta sono:

1. gli ormoni tiroidei liberi circolanti (FT4 e FT3) ed il TSH. Altrettanto importanti sono gli anticorpi anti-tiroide (AbTg e AbTPO).
2. l'ecografia tiroidea volumetrica con color doppler.

In seconda battuta possono essere eseguite sia la scintigrafia tiroidea e/o la captazione tiroidea del ¹³¹I, sia gli anticorpi anti-recettore del TSH ed il dosaggio della tireoglobulina circolante.

Terapia

La terapia dell'ipertiroidismo deve essere inizialmente medica (farmaci antitiroidei o tionamidi come il metimazolo od il propiltiouracile). Altra terapia recentemente utilizzata è il selenio (integratore alimentare) che può modulare bene il sistema autoimmunitario ed ottenere ottimi risultati. In caso di recidiva dell'ipertiroidismo deve essere suggerita la possibilità di un trattamento radiometabolico con ¹³¹I oppure chirurgico. In particolare la terapia radiometabolica con ¹³¹I rappresenta la forma terapeutica più frequente, sicura ed efficace nei pazienti affetti da Morbo di Basedow con età superiore ai 18 anni accompagnata da un trattamento cortisonico. Anche nei pazienti con ipertiroidismo da adenoma tossico o con piccolo gozzo multinodulare tossico il trattamento di elezione è rappresentato dalla terapia radiometabolica con ¹³¹I.

In caso di ipertiroidismo associato alla presenza di gozzo di notevole volume ecografico o di gozzo di grandi dimensioni uni o multi-nodulare il trattamento chirurgico di tiroidectomia totale appare ancora essere da prediligere, prima dell'intervento il paziente deve presentare una normale funzione tiroidea (in relazione alla terapia con antitiroidei di sintesi) e comunque deve prepararsi all'intervento utilizzando una soluzione forte di ioduro di potassio allo scopo di saturare le cellule e ridurre quindi il sanguinamento durante l'intervento chirurgico.

Il paziente affetto da ipertiroidismo in trattamento deve avere una dieta equilibrata con attenzione a non utilizzare alimenti contenenti eccessi di iodio (alcuni tipi di crostacei). Il sale iodato deve essere utilizzato regolarmente non rappresentando una componente che causa eccesso di iodio.