



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Morbo di Basedow
Data 26 febbraio 2006 alle 07:23:00
Autore A. Dalla Via

CONSIGLI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON MORBO DI BASEDOW

La terapia del morbo di Basedow nasconde talora alcune insidie, che possono essere facilmente risolte e che richiedono solo un po' di attenzione e qualche ricordo di fisiopatologia e di farmacologia.

- La terapia con Tiamazolo non è probabilmente solamente una terapia tireostatica, anche se il dato è ancora controverso; il farmaco agirebbe infatti anche sul sistema immunitario, riducendo l'espressione di determinanti HLA di classe 2° sui tireociti, probabilmente coinvolti nei fenomeni immunitari della malattia. L'effetto immunomodulante non è così rapido come quello sulla sintesi ormonale e questo potrebbe spiegare perché la terapia debba essere prolungata nel tempo per ridurre la possibilità di recidive, non infrequenti nella storia clinica della malattia.

- La terapia va proseguita, poiché numerosi studi hanno dimostrato un minor numero di recidive, per 18 mesi o più.

- I farmaci tireostatici possono causare, a dosaggi elevati, ipotiroidismo, con conseguente aumento della secrezione di TSH, che stimola non solo la secrezione ormonale ma anche l'accrescimento ghiandolare (e forse anche l'espressione sui tireociti di determinanti HLA di classe 2°).

Quindi, in caso d'aumento delle dimensioni del gozzo durante terapia con dosi anche minime di Tiamazolo (ad esempio ½ compressa al giorno) non si può ridurre ulteriormente o sospendere il tireostatico; conviene associare un dosaggio minimo efficace di L-Tiroxina (spesso sono sufficienti 0.75 mcg/Kg/die, ad esempio una compressa da 50 mcg per una persona adulta di 70 Kg.) per inibire il TSH. Si tratta di un accorgimento terapeutico tuttora oggetto di discussione; nel 1991 uno studio giapponese dimostrò una marcata riduzione di recidive in Pazienti trattati contemporaneamente con L-Tiroxina e Tiamazolo. Indagini successive non confermarono il dato, ma la terapia d'associazione entrò comunque nella pratica terapeutica corrente. Se la persona affetta da morbo di Basedow è una donna gravida, il Propiltiouracile è il farmaco d'elezione; non commercializzato in Italia, può essere distribuito, su prescrizione specialistica, dalla Farmacie Ospedaliere o internazionali ove esistono. In caso contrario bisogna continuare la terapia con Tiamazolo, spiegandone i motivi alla gestante; durante la gravidanza il fabbisogno ormonale aumenta, per questo è preferibile un lieve ipertiroidismo rispetto ad un blando ipotiroidismo, che ha effetti molto più gravi sul feto; un FT4 ai livelli più elevati di norma o lievemente aumentato, con un TSH di 0.01, possono essere, durante il periodo gestazionale, accettabili. Particolare attenzione dovrà però essere posta durante tutta la gravidanza, in particolare nel 3° trimestre, periodo in cui non sono infrequenti miglioramenti spontanei della malattia; raramente sono necessari dosaggi superiori alle tre compresse al giorno.

Cautela anche verso la possibile teratogenicità del Tiamazolo in Pazienti che lo assumevano continuativamente già prima del concepimento; se la terapia era a basso dosaggio, inferiore a tre compresse al giorno, i rischi per il feto sono trascurabili.

Nel dubbio può essere comunque utile consultare il Centro più vicino di Genetica Medica; i collegamenti con banche dati informatiche e potenti motori di ricerca inviano in tempi quasi reali il rischio calcolato.

- Attenzione anche durante l'allattamento; anche se il Tiamazolo passa nel latte materno in misura minima, se la puerpera vuole assolutamente allattare, deve essere informata ed assumere bassi dosaggi. Il neonato deve essere sottoposto a controlli periodici.

L'oftalmopatia Basedowiana sintomatica può essere un notevole problema terapeutico.- Attenzione alla Euthyroid Graves Disease, cioè di all'esoftalmo con eutiroidismo e positività anticorpale per il recettore del TSH; è riportato in Letteratura il possibile peggioramento di un esoftalmo dopo un brillante raggiungimento di eutiroidismo con tioamidi od altri provvedimenti terapeutici.

Dopo un'accurata diagnostica differenziale, in particolare in caso di esoftalmi monolaterali, come quello descritto, in cui conviene fare un'ecografia o una TC orbitale, il MMG può prescrivere, in presenza di sintomi oculari e una volta fallite altre misure, come la protezione notturna dell'occhio e l'uso di lacrime artificiali, una terapia cortisonica orale.

Si inizia con dosaggi elevati, da 50 a 75 mg/die di Prednisone per due settimane, scalando poi lentamente in 6-8 settimane.

Può essere utile, per il buon profilo sul metabolismo minerale e glicometabolico, nonostante il costo di fascia C, il Deflazacort in gocce; iniziando con 60/80 mg. al giorno per 14 giorni, si può ridurre la posologia goccia a goccia fino alla sospensione.

Se la terapia cortisonica orale non fosse efficace, o comparissero, anche all'esordio, gravi complicanze del globo oculare, si impone l'invio immediato allo Specialista.

- Il 2% dei casi di morbo di Basedow si complica con l'acropachia tireotossica; simula spesso un edema degli arti inferiori cardiogeno o nefrogeno od una TVP, per cui spesso il Paziente è sottoposto ad un notevole numero di accertamenti.

Una volta fatta correttamente questa rara diagnosi, prima di prescrivere cortisonici per os, si può tentare con un bendaggio occlusivo notturno con creme cortisoniche ad elevata potenza, che spesso danno risultati veramente notevoli.- La rara crisi tireotossica, se sospettata, in attesa dell'arrivo dell'Ambulanza, può trarre giovamento da alcuni semplici atti terapeutici da parte del MMG.

E' utile incannulare una vena periferica un ago-cannula di calibro adeguato ed iniziare ad infondere abbastanza rapidamente soluzione fisiologica a temperatura ambiente. Una volta stabilizzato l'accesso venoso, iniettare e.v. 125/250 mg. di metilprednisolone, per ridurre la conversione periferica del T4 in T3.

Le successive terapie cardiologica e tireostatica necessitano di adeguati controlli in ambito ospedaliero.

- Infine, nella pratica ambulatoria quotidiana, sarà utile ricordare:

a) porre attenzione nel prescrivere amiodarone ad un Paziente in remissione di morbo di Basedow o comunque con



positività per gli Anticorpi antitiroidei.

b) considerate sempre, nel Paziente anziano, la possibilità che l'ipertiroidismo abbia determinato o aggravato un'osteoporosi od una fibrillazione atriale.

c) nel sospetto di una tireotossicosi factitia da assunzione incongrua di preparati contenenti ormoni tiroidei (a scopo dimagrante, per esempio), è utile dosare la Tireoglobulina: bassi livelli confermano il sospetto.

Bibliografia

1. Ross D.S., "Ipertiroidismo". In: Conn's Current Therapy, pagg. 581-5. Verduci, Roma, 1998
2. Reinwein D., "Ipertiroidismo". In: Endocrinologia Clinica, pagg. 99-121. Minerva Medica, Torino, 1997
3. Vitti P., Pinchera A., "Tireotossicosi e sindromi ipertiroidee". In: Endocrinologia e Metabolismo", pagg. 369-86. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1991
4. Utiger R.D., "La Tiroide". In: Endocrinologia e Metabolismo, pagg. 419-443. Mc Graw-Hill, Milano, 1997
5. Hashizume K. et Al. "Administration of thiroxyne in treated Grave's disease. Effects on the level of antibodies to thyroid stimulating hormone receptors and on the risk of recurrence of hyperthyroidism". New England Journal of Medicine, 324:947, 1991
6. Chiovato L. et Al. "Clinical Aspects of Autoimmune Thyroiditis". In: Frontiers of Endocrinology, vol. 9, pagg. 124-132. S.I.E., Roma, 1994
7. Mariotti S. et Al. "Cuore e Tiroide ". Mediserve, Milano, 1995
8. Farwell A.P., Braverman L.E., "Farmaci tiroidei ed antitiroidei". In: Goodman e Gilman's, le basi farmacologiche della terapia, pagg. 1345-70. Mc Graw-Hill, Milano, 1997
9. Minelli R., Roti. E. "Interferone e tireopatie". L'Endocrinologo, 1, 2, 63-68, 2000
10. Andreoli M., "Sindromi ipertiroidee". In: Manuale Medico di Endocrinologia e Metabolismo, pagg. 163-178. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000
11. Beck Peccoz P. , "La Tiroide", PMS, Udine, 2004