



Laboratorio Analisi Cliniche Trastevere Srl
Via San Francesco a Ripa 110
Tel - Fax: 06 5800605
E-mail: analisiclinichetrastevere@gmail.com
www.labtrastevere.it

CLINICA E LABORATORIO NELLE PRINCIPALI PATOLOGIE DELLA TIROIDE

PARTE SECONDA

L'**ipotiroidismo** è il più comune disordine della funzione tiroidea. Studi epidemiologici dimostrano una prevalenza che va dal 3.5 - 6% per la forma clinica fino al 15% per ipotiroidismo subclinico. Nella maggior parte dei casi è causato da una ridotta sintesi e secrezione di ormoni tiroidei a causa di un danno a carico della tiroide (Ipotiroidismo primitivo); meno frequentemente l'ipofunzione tiroidea è dovuta ad una ridotta o assente stimolazione della ghiandola da parte dell'ormone tireotropo (TSH) per un danno ipofisario. Si parla in questo caso di ipotiroidismo centrale o secondario.

Casi più rari si devono a danno ipotalamico (Ipotiroidismo terziario) o ad alterazione a livello recettoriale dell'azione degli ormoni tiroidei (Ipotiroidismo periferico).

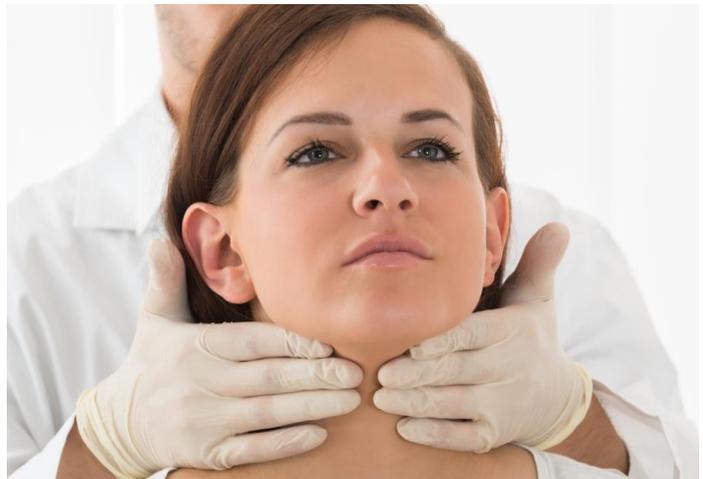
L'entità dei segni clinici è correlabile alla durata della malattia e ai livelli di ormoni tiroidei circolanti.

I **sintomi** guida di sospetto clinico sono:

- Astenia
- Secchezza della cute
- Sonnolenza
- Intolleranza al freddo
- Stipsi

L'ipotiroidismo può essere associato alle seguenti **alterazioni**:

- Ipercolesterolemia
- Anemia
- Iperprolattinemia
- Aumento del CPK



L'indicazione più sensibile di ipofunzione tiroidea è l'elevazione del TSH a fronte di una diminuzione di FT4.

L'FT3 è anche in genere ridotto ma può essere normale nelle forme moderate di ipotiroidismo.

Il monitoraggio della terapia sostitutiva (con L-Tiroxina) si basa sul dosaggio del TSH. Nelle forme di ipotiroidismo secondario (centrale) il TSH può essere basso o inappropriatamente normale in rapporto a valori ridotti di FT4.

Nel monitoraggio della terapia in questo caso non è utilizzabile il dosaggio del TSH. Importante ricordare che nei pazienti in terapia sostitutiva con L-Tiroxina che necessitano di alti dosaggi di farmaco, bisogna sospettare l'esistenza di un malassorbimento intestinale (celiachia) o l'assunzione di farmaci che possono modificare il grado di assorbimento di L-T4.

IPOTIROIDISMO PRIMITIVO

CONGENITO	AGENESIA, DISGENESIA, ECTOPIA	
ACQUISITO	PROCESSI INFIAMMATORI	Tiroidite autoimmune
		Tiroidectomia
	CAUSE IATROGENE	Terapia radiante sul collo
		Trattamento con litio o amiodarone
	CARENZA IODICA	

La causa più frequente di ipotiroidismo è la **Tiroidite di Hashimoto** in cui un processo autoimmune contro la ghiandola tiroidea porta alla progressiva distruzione delle cellule tiroidee con associata diminuzione della produzione di ormoni.

I tre più importanti target di antigeni contro i quali vengono prodotti anticorpi sono:

- la tireoglobulina (proteina di deposito degli ormoni tiroidei);
- gli antigeni microsomiali tiroidei che sono stati identificati come perossidasi tiroidee (enzimi chiave nella biosintesi degli ormoni);
- il recettore del TSH.

Questa patologia ha una marcata prevalenza per il sesso femminile. Può presentarsi in età pediatrica ma diventa più frequente nell'adolescenza. Nelle fasi iniziali le manifestazioni cliniche sono subdole. Si passa da una fase di eutiroidismo ad un ipotiroidismo subclinico fino a ipotiroidismo conclamato.

Nelle diagnosi di laboratorio il dosaggio degli anticorpi anti-tireoglobulina ed anti-perossidasi risulta sufficiente a confermare la diagnosi assieme alla determinazione di TSH ed FT4.

Indagini ecografiche e biottiche sono un utile ausilio mentre la scintigrafia è inutile in questi casi.

La T.H. si associa frequentemente ad altre patologie autoimmuni come il diabete di tipo II, gastrite autoimmune atrofica e poliendocrinopatie autoimmuni.

NODULI TIROIDEI E TUMORI DELLA TIROIDE

I noduli tiroidei costituiscono un referto clinico molto comune con un'elevata prevalenza nella popolazione generale. Sono più frequenti nel sesso femminile e negli anziani. L'importanza clinica dei noduli tiroidei è legata alla necessità di escludere una lesione maligna che peraltro risulta di raro riscontro.

TUMORI PRIMITIVI	TUMORI METASTATICI
Carcinomi tiroidei differenziati: <ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma papillare • Carcinoma follicolare 	Tumori metastatici (rene, mammella, polmone, colon, pancreas, linfomi)
Carcinoma midollare (parafollicolare)	

Costituiscono elementi sospetti per la presenza di carcinoma tiroideo:

- Linfadenopatie laterocervicali;
- Rapida crescita dimensionale ed aumento di consistenza del nodulo;
- Disfonia, displasia;
- Familiarità per carcinoma tiroideo.

La diagnostica si avvale di indagini ecografici, TAC e RMN del collo, scintigrafia e citoaspirato.

INDAGINI DI LABORATORIO

- **Tireoglobulina:** i livelli di tireoglobulina non rivestono un ruolo diagnostico per il fatto che si possono riscontrare valori aumentati in corso di patologie benigne mentre assumono particolare importanza nel follow up dei carcinomi differenziati. Il riscontro in circolo di valori misurabili di tireoglobulina in pazienti operati segnala la persistenza o la recidiva della malattia. Bisogna inoltre tener presente che il dosaggio di tireoglobulina può essere alterato se il paziente possiede anticorpi anti-tireoglobulina. Per tale motivo occorre sempre misurare tali anticorpi contemporaneamente al dosaggio della tireoglobulina.
- **Calcitonina:** è un importante marcatore sierico del carcinoma midollare che deriva da particolari cellule endocrine situate all'interno della tiroide che producono calcitonina e può presentarsi come entità singola o nell'ambito di una neoplasia endocrina multipla associata a feocromocitoma e iperparatiroidismo.

Comitato Editoriale:

Dr. Eugenio Carbone, *Specialista in Igiene e Responsabile Sistema Gestione Qualità del Laboratorio Analisi Cliniche Trastevere*

Dr.ssa Antonini Alessandra, *Biologa del Laboratorio Analisi Cliniche Trastevere*