Aumento delle prescrizioni di ormone tiroideo

Data 24 novembre 2013
Categoria endocrinologia

Sia in USA sia in UK le prescrizioni di ormone tiroideo sono notevolmente aumentate. Se parte di questo aumento è legato al voler abbassare i livelli di tireotropina (TSH) per il trattamento, questo intento potrebbe comportare un beneficio minore ed un danno maggiore.

Partendo da queste premesse, gli autori di questo studio di coorte retrospettivo hanno utilizzato i dati dell'United Kingdom Clinical Practice Research Datalink, per definire il trend dei livelli di TSH all'inizio della terapia con levotiroxina sodica e il rischio di sviluppare un livello di soppressione della tireotropina in seguito al trattamento.
Tra 52.298 persone che avevano ricevuto una prescrizione di levotiroxina tra il primo Gennaio 2001 e il 30 ottobre 2009, sono stati estratti i dati sui livelli di TSH prima dell'inizio della terapia con levotiroxina, i sintomi clinici e i livelli di TSH fino a 5 anni dopo l'inizio della terapia con levotiroxina. Sono state escluse le persone che avevano una storia di ipertiroidismo, una malattia ipofisaria, o pregressa chirurgia tiroidea; coloro che assumevano farmaci che potevano alterare la funzionalità tiroidea o coloro la cui prescrizione di levotiroxina era collegata alla gravidanza; e coloro che non avevano un livello di TSH misurato almeno 3 mesi prima dell'inizio della terapia con levotiroxina.
Principali outcome e misure: il livello medio di TSH alla prima prescrizione di levotiroxina, le odds di inizio terapia con levotiroxina ai livelli di TSH di 10.0 mIU/L o meno, e le odds stratificate per età per lo sviluppo di livelli di soppressione del TSH dopo terapia con levotiroxina.

Risultati:

Tra il 2001 e il 2009, il livello medio di TSH all'inizio della terapia con levotiroxina variava da 8.7 a 7.9 mIU/L. La odds ratio per la prescrizione di levotiroxina ai livelli di 10.0 mIU/L o meno nel 2009 rispetto al 2001 (aggiustata per i cambiamenti demografici di popolazione) era 1.30 (95% IC, 1.19-1.42; P < .001). Le persone più anziane e quelle con fattori di rischio cardiaco avevano le odds più elevate di inizio della terapia con tiroxina con un livello di TSH di 10.0 mIU/L o meno. A 5 anni dopo l'inizio della levotiroxina, il 5.8% delle persone aveva livelli di TSH <0.1 mIU/L. Persone con depressione o fatica cronica alla linea basale avevano odds aumentate per lo sviluppo di un livello di soppressione della tireotropina, mentre persone con fattori di rischio cardiaco (ad es., fibrillazione atriale, diabete mellito, ipertensione, ed iperlipidemia) no.
Gli autori concludono che è stata riscontrata una tendenza al trattamento con levotiroxina di gradi di ipotiroidismo marginali ed un rischio significativo di sviluppare soppressione dei livelli di tireotropina in seguito alla terapia. Sono necessari studi su ampia scala per valutare il rapporto rischio/beneficio della attuale pratica.

Fonte:

Falling Threshold for Treatment of Borderline Elevated Thyrotropin Levels—Balancing Benefits and Risks Evidence From a Large Community-Based Study. Peter N. Taylor. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2013.11312

Commento di Patrizia Iaccarino

Il presente lavoro sottolinea una tendenza al sempre più precoce trattamento dell'ipotiroidismo subclinico, anche se le conseguenze di tale tipo di approccio non sono state valutate. Non viene considerata la presenza/assenza di un titolo anticorpale (Ab-TPO) che possa far porre diagnosi di tiroidite di Hashimoto, né le dimensioni ecografiche della ghiandola e neppure i valori degli ormoni tiroidei FT3 e FT4.
Non sappiamo se la prescrizione sia stata indotta dalla Medicina Generale o dal livello specialistico, ed è lecito sospettare che possa essere un effetto della generale "spinta" al trattamento sempre più precoce delle patologie o dell'abbassamento dei livelli "soglia" ai quali esse vengono diagnosticate. Interessante notare come, spesso il trattamento venga iniziato precocemente in patologie quali la depressione o la fatica cronica e molto meno laddove esiste un alto rischio cardiovascolare, il che farebbe pensare ad un tentativo di trattamento dei sintomi, che spesso possono migliorare anche come esclusivo effetto placebo.
Per il medico di medicina generale, la condotta migliore da seguire dinanzi a valori borderline di TSH, ci sembra resti ancora quella di attesa, con misurazioni del TSH ogni quattro o otto settimane, prima di iniziare una terapia cronica che potrebbe arrecare più rischi che benefici.
Ancora una volta: di più non sempre è meglio, e, ci piace aggiungere, neppure prima.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 5/11/2026 alle ore 12:20 | Pagina 1 di 1