# Il punto sull'ipertiroidismo - Seconda parte

**Data** 16 aprile 2025
**Categoria** endocrinologia

In questa seconda pillola esamineremo la terapia dell'ipertiroidismo.

La terapia non chirurgica comprende i farmaci antitiroidei, i beta-bloccanti, l'ablazione con iodio radioattivo o a radiofrequenza.
I beta-bloccanti riducono i sintomi tipici dell'iperattivazione simpatica: tachicardia, ipertensione, tremori, irritabilità, intolleranza allo sforzo.
Tra i farmaci antitiroidei il più usato è il metimazolo che di solito normalizza la funzione tiroidea in poco tempo. Nel morbo di Graves viene usato per 12-18 mesi mentre nell'ipertiroidismo da adenoma tossico o gozzo multinodulare possono essere necessari periodi più lunghi. Tra gli effetti collaterali più importanti ricordiamo l'epatotossicità e l'agranulocitosi.
L'ablazione con iodio radioattivo è una scelta molto efficace nel morbo di Graves e nell'adenoma tossico. Può portare però a un periodo prolungato di ipotiroidismo e richiede comunque del tempo per la riduzione dell'iperfunzione per cui può essere necessario nel frattempo trattare i sintomi cardiaci.
L'ablazione a radiofrequenza si usa soprattutto per gli adenomi tossici: si inserisce sotto guida ecografica una sonda nel nodulo e si procede poi alla sua ablazione. Tuttavia se il nodulo è di grandi dimensioni può esserci una recidiva che richiede un nuovo intervento. L'ipotiroidismo dopo questo intervento è raro.
Per alcuni pazienti (per esempio quelli con gozzi tossici multinodulari di notevoli dimensioni e/o con sintomi compressivi o nel morbo di Graves nei giovani o se la terapia non chirurgica è controindicata e ha fallito) l'opzione chirurgica può essere quella preferita. In alcuni casi, quando i noduli sono solo in un lato della ghiandola si può effettuare la lobectomia tiroidea al posto della tiroidectomia. Nel caso di tiroidectomia totale è necessario procedere con una terapia sostitutiva, nella tiroidectomia parziale il paziente rimane eutiroideo nella maggior parte dei casi (circa 7-8 pazienti sui 10). Dopo intervento chirurgico si può verificare un ipoparatiroidismo che rende necessaria una supplementazione con calcio.
Qualora di propenda per l'intervento chirurgico è necessario affidarsi a un professionista esperto che sia in grado di valutare i rischi dell'intervento.

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

Chaker L, Cooper DS, Walsh JP, Peeters RP. Hyperthyroidism. Lancet. 2024 Feb 24;403(10428):768-780. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02016-0. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38278171.

Lee SY, Pearce EN. Hyperthyroidism: A Review. JAMA. 2023 Oct 17;330(15):1472-1483. doi: 10.1001/jama.2023.19052. PMID: 37847271; PMCID: PMC10873132.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 30/10/2026 alle ore 2:0 | Pagina 1 di 1