

**Pubblicato su Icaro n. 49, Settembre 2006**

**Relazione tenuta a PARMA,  
incontro medici-pazienti del 16 dicembre 2005**

**Patologie tiroidee in corso di  
Lupus Eritematoso Sistemico**

*Graziano Ceresini*  
Università di Parma

E' noto che il Lupus Eritematoso Sistemico (LES) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune del tessuto connettivo che si può esprimere, sul piano clinico, attraverso diverse manifestazioni con caratteristiche anche molto eterogenee a seconda degli organi colpiti. Occorre considerare come diverse patologie autoimmuni possano essere associate nello stesso individuo e determinare quindi quadri clinici ulteriormente complicati dalla presenza del diverso coinvolgimento (da parte, appunto, di più patologie autoimmuni) di diversi organi ed apparati. Le malattie autoimmuni sono costituite da un grande spettro di patologie che possono comprendere sia malattie prevalentemente organo-specifiche, come le malattie tiroidee autoimmuni, sia malattie ad interessamento sistemico come il LES.

Poichè, quindi, la tiroide costituisce un organo potenzialmente coinvolto nel quadro clinico delle patologie autoimmuni, riveste certamente interesse la conoscenza della possibile associazione tra LES e malattie tiroidee autoimmuni.

Le malattie tiroidee autoimmuni che rivestono una particolare attenzione in corso di LES sono essenzialmente costituite dalla tiroidite cronica autoimmune, chiamata anche tiroidite di Hashimoto, responsabile di un quadro clinico caratterizzato da ridotta funzione tiroidea (ipotiroidismo) e dal Morbo di Graves, talvolta chiamato anche Morbo di Basedow, responsabile di un quadro clinico caratterizzato da aumentata funzione tiroidea (ipertiroidismo).

La sintesi dei dati della letteratura mostra, in generale, un'aumentata prevalenza di ipotiroidismo da tiroidite cronica autoimmune in corso di LES rispetto a quanto osservato nella popolazione generale. Seppur con dati più contrastanti, anche per il Morbo di Graves è stato riportato un più frequente riscontro nei pazienti affetti da LES rispetto alla popolazione generale.

In entrambe le forme di tireopatia autoimmune sono caratteristici i rilievi laboratoristici di anticorpi anti-tiroide. Gli anticorpi anti tiroide comunemente dosabili in laboratorio, sono essenzialmente costituiti da: anticorpi anti-tireoglobulina (anti -Tg), anticorpi anti-tireoperossidasi (anti-TPO) ed anticorpi anti-recettore per il TSH (TRAb). La combinazione della presenza di questi anticorpi conferisce al clinico, in genere, la possibilità di far diagnosi di patologia tiroidea autoimmune e di discernere sostanzialmente, considerando anche la clinica, tra le due patologie tiroidee autoimmuni summenzionate. In generale, gli anticorpi anti TPO risultano essere più specifici relativamente alla presenza di tireopatia autoimmune, rispetto agli anti-Tg. Una positività di TRAb, spesso associata a positività degli anticorpi anti-TPO e talvolta anche degli anticorpi anti-Tg, è caratteristica del Morbo di Graves.

Il quadro clinico classico della tiroidite cronica autoimmune è quello dell'ipotiroidismo. Il volume della ghiandola tiroide può essere aumentato, ed in questo caso il quadro volumetrico viene definito come gozzo, oppure può essere normale o addirittura ridotto. Nei casi conclamati, i sintomi sono caratterizzati da: facile affaticabilità, sonnolenza, deficit di concentrazione, talvolta tendenza alla depressione, intolleranza al freddo, aumento di peso pur con tendenza alla riduzione dell'appetito, stipsi, disturbi mestruali. All'obiettività clinica il paziente può presentare rallentamento dell'eloquio, rallentamento ideomotorio, riduzione della frequenza cardiaca, pelle secca, rallentamento dei riflessi tendinei, voce rauca. La valutazione ormonale mostra tipicamente una riduzione delle concentrazioni ematiche degli ormoni tiroidei, triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), di cui comunemente si misurano le cosiddette frazioni libere (FT3 e FT4), ed un aumento delle concentrazioni ematiche dell'ormone tireostimolante (TSH) prodotto dall'ipofisi. In alcuni pazienti si evidenzia solamente un incremento delle

concentrazioni ematiche del TSH senza alcuna modificazione di FT3 o FT4. In questi casi si definisce il quadro laboratoristico come ipotiroidismo subclinico, intendendo con questa terminologia un quadro caratterizzato da lievi modificazioni ormonali in assenza di evidenti manifestazioni cliniche, anche se, soprattutto per valori di TSH significativamente elevati, i pazienti possono manifestare qualche segno o sintomo.

E' importante tuttavia sottolineare come in molti pazienti affetti da LES, così come da altre patologie autoimmuni, si può riscontrare una presenza in circolo di anticorpi anti-tiroide in assenza di modificazioni degli ormoni tiroidei o del TSH. In effetti, è stato dimostrato che pazienti affetti da LES presentano più frequentemente positività degli anticorpi anti-TPO rispetto alla popolazione generale. In questi pazienti non sono presenti sintomi da disfunzione tiroidea e non si rende necessaria alcuna ulteriore misura diagnostica o terapeutica se non un monitoraggio periodico del TSH allo scopo di individuare l'eventuale inizio di un'alterazione della funzione tiroidea.

Il quadro clinico del Morbo di Graves è quello dell' ipertiroidismo. Anticorpi anti-recettore del TSH con proprietà stimolante sul recettore stesso, posto sulle cellule tiroidee, determinano un aumento della funzione tiroidea. La tiroide può essere aumentata di volume con un vero e proprio quadro di gozzo. I sintomi sono rappresentati da: nervosismo, iperattività fisica con presenza tuttavia, nei casi conclamati, di debolezza muscolare ed affaticabilità, sudorazione, intolleranza al caldo, tremori, cardiopalmo, dimagrimento con tendenza all'aumento dell'appetito, disturbi mestruali. All'obiettività clinica il paziente si presenta iperattivo con aumento della frequenza cardiaca fino alla possibile comparsa di aritmie, quali la fibrillazione striale; è presente ipertensione sistolica, pelle calda e sudata, retrazione palpebrale oppure vera e propria protrusione dei globi oculari che caratterizzano il quadro definito come esoftalmo, aumento della velocità dei riflessi tendinei.

La valutazione ormonale mostra tipicamente un aumento delle concentrazioni ematiche di FT3 e FT4 ed una riduzione delle concentrazioni ematiche di TSH. Nei quadri meno conclamati si può evidenziare solamente la riduzione delle concentrazioni ematiche del TSH senza alcuna modificazione di FT3 o FT4. In questi casi si definisce il quadro laboratoristico come ipertiroidismo subclinico, una condizione che, seppur caratterizzata da pochi sintomi, merita di essere attentamente monitorata ed addirittura trattata, soprattutto nella donna in post-menopausa o in pazienti di età avanzata, per il rischio di osteoporosi ed aritmia.

## **Conclusioni**

I dati fino ad ora disponibili inducono a ritenere utile la valutazione della presenza di anticorpi anti-tiroide e della funzione tiroidea in pazienti affetti da LES. Ciò consente, infatti, di poter diagnosticare, in questi pazienti, una patologia tiroidea certamente prima che essa possa rendersi manifesta attraverso quadri clinici conclamati.

Dott. Graziano Ceresini  
Ricercatore universitario  
Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche  
Cattedra di Geriatria, Centro Endocrino-metabolico  
Università di Parma  
e-mail: [ceresini@unipr.it](mailto:ceresini@unipr.it)



*Il dott Ceresini fra Carla e il prof. Dall'Aglio dopo l'incontro medici-pazienti di Parma, 16 dicembre 2005*