

I PER[CORSI]AME

**“Complicanze cardiache
dell’ ipertiroidismo:
gestione nei diversi setting assistenziali”**

TAKE HOME MESSAGES



Paolo P. Limone

Take Home Messages

❖ L'ipertiroidismo si associa ad un maggior rischio di **FA, insufficienza cardiaca, ipertensione polmonare, angina/infarto miocardico.**

Questo vale particolarmente per l'ipertiroidismo conclamato, ma è vero anche per quello subclinico (soprattutto per quanto concerne la FA).

Take Home Messages

- ❖ L' **ipertiroidismo subclinico** è un fattore di rischio per insufficienza cardiaca in p. anziani con storia di cardiopatia.
- ❖ L' ipertiroidismo subclinico è un fattore predittivo indipendente di morte cardiaca in p. con insufficienza cardiaca.
- ❖ Pazienti con insufficienza cardiaca moderata-severa dovrebbero essere sottoposti a studio della funzione tiroidea.

Take Home Messages



❖ Un aspetto probabilmente sottovalutato è rappresentato dall' **ipertensione polmonare**, che negli ipertiroidei ha una prevalenza elevata e riconosce vari meccanismi patogenetici, tra cui anche fattori immunologici (40-90% dei pazienti con patologia tiroidea autoimmune)

Take Home Messages

- ❖ Una disfunzione tiroidea dovrebbe quindi essere ricercata nelle condizioni suddette, soprattutto se non vi sono cause cardiache evidenti.
- ❖ Peraltro, anche in presenza di una cardiopatia nota, l'ipertiroidismo può fungere da fattore scatenante/aggravante (quindi porre attenzione alla concomitanza di altri sintomi di tireotossicosi).
- ❖ Per contro, l'assenza di altri sintomi di tireotossicosi non deve fare escludere a priori l'ipertiroidismo, soprattutto nell'anziano.

Take Home Messages

- ❖ **Ai fini della diagnosi di ipertiroidismo il dosaggio del solo TSH può essere misleading: occorrerebbe dosare almeno anche FT3 FT4 oppure, laddove disponibile, il TSH con modalità reflex.**
- ❖ **La diagnostica eziologica dell' ipertiroidismo talora deve essere rimandata o completata in un secondo tempo, data la necessità di ripristinare rapidamente la normofunzione tiroidea**

Take Home Messages



- ❖ **La tireotossicosi indotta da amiodarone (AIT tipo 1 e tipo 2, quest' ultima in aumento) si può manifestare sia durante il trattamento sia a distanza di diversi mesi dalla sospensione del farmaco. Si tratta di una forma che può comportare complesse problematiche di gestione clinica**

Take Home Messages

- Si verifica spesso nei soggetti anziani e può essere paucisintomatica*
- Comporta problemi di diagnosi differenziale (e, quindi, di diverso approccio terapeutico) tra tipo 1 (da sovraccarico di iodio) e tipo 2 (tiroidite distruttiva)*
- Può peggiorare una sottostante cardiopatia, rendendo più difficile il trattamento di un' aritmia*
- Può influire sulla terapia anticoagulante (accelerata degradazione dei fattori della coagulazione)*

Take Home Messages



- Comporta problemi terapeutici relativi sia al trattamento della tireotossicosi (lungo periodo per ripristinare l' eutiroidismo, terapia con tireostatici combinata con KClO₄, terapia steroidea nel tipo 2 o nelle forme miste, tiroidectomia in emergenza nei casi estremi) sia alla gestione della terapia antiaritmica (prosecuzione/sospensione dell' amiodarone?).*
- La funzione tiroidea della essere valutata prima della terapia e periodicamente durante (distinguere tra alterazioni compatibili con la terapia e quelle da vera tireotossicosi)*
- Collaborazione tra cardiologo ed endocrinologo cruciale*

Take Home Messages



- ❖ **L'impiego di mezzo di contrasto iodato per indagini di imaging in caso di dolore toracico da sospetta cardiopatia ischemica/TEP non è controindicato, previa valutazione del quadro cardiologico e somministrazione di tireostatici almeno un'ora prima della procedura.**

Take Home Messages



- ❖ In presenza di complicanze cardiache, la disfunzione tiroidea (anche subclinica) va trattata prontamente, per cercare di ottenere una rapida normalizzazione di FT3 e di FT4.

Take Home Messages

- ❖ **Non è ben stabilito quale sia il trattamento ottimale dell' ipertiroidismo; il trattamento tireostatico è quello più frequentemente adottato in prima battuta (o steroideo se AIT tipo 2), ma occorre sempre considerare un trattamento definitivo, per prevenire ulteriori episodi aritmici o di scompenso o di angina. I beta bloccanti svolgono un ruolo essenziale, anche in fase di scompenso; la scelta della molecola dipende dal contesto clinico**

Take Home Messages

- ❖ In caso di FA persistente/permanente è necessario instaurare una **terapia anticoagulante**
- ❖ In caso di FA parossistica/ricorrente, considerando che nell' analisi multivariata l' ipertiroidismo non rappresenta un fattore di rischio indipendente per stroke, la terapia anticoagulante orale deve essere valutata caso per caso, tenendo conto del rischio di stroke (CHA₂-DS₂-VASc) e del rischio emorragico (HAS-BLED) (linee guida ESC 2012)

Table 3 Risk factors for ischaemic stroke/TIA/
systemic embolism in patients with AF: the Swedish
Cohort Atrial Fibrillation study (adapted from Friberg
*et al.*²⁵)

	Multivariate hazard ratios (95% CI)
Age (years)	
<65	1.0 (Reference)
65–74	2.97 (2.54–3.48)
≥75	5.28 (4.57–6.09)
Female sex	1.17 (1.11–1.22)
Previous ischaemic stroke	2.81 (2.68–2.95)
Intracranial bleeding	1.49 (1.33–1.67)
Vascular disease (any)	1.14 (1.06–1.23)
• Myocardial infarction	1.09 (1.03–1.15)
• Previous CABG	1.19 (1.06–1.33)
• Peripheral artery disease	1.22 (1.12–1.32)
Hypertension	1.17 (1.11–1.22)
Heart failure (history)	0.98 (0.93–1.03)
Diabetes mellitus	1.19 (1.13–1.26)
Thyroid disease	1.00 (0.92–1.09)
Thyrotoxicosis	1.03 (0.83–1.28)

AF = atrial fibrillation; CABG = coronary artery bypass graft; CI = confidence interval; TIA = transient ischaemic attack.

Whilst TIAs *per se* are less robust as an endpoint, a confirmed diagnosis would confer a risk similar to a stroke or systemic embolism. Multivariate analysis, based on 90 490 patients without anticoagulant treatment during follow-up.

Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study

Leif Friberg¹, Mårten Rosenqvist², and Gregory Y.H. Lip^{3*}

Table 1 Associations between baseline factors and stroke and systemic embolism in patients without anticoagulant treatment ($n=90\,490$)

	Ischaemic stroke				Stroke/TIA/systemic emboli					
	Number with event	Univariable		Multivariable		Number with event	Univariable		Multivariable	
		HR	95% CI	HR	95% CI		HR	95% CI	HR	95% CI
Thyroid										
Thyroid disease	380	1.13	1.02–1.25	0.95	0.85–1.05	553	1.21	1.11–1.31	1.00	0.92–1.09
Thyrotoxicosis	55	0.96	0.73–1.25	0.92	0.70–1.19	84	1.07	0.86–1.32	1.03	0.83–1.28



Roma,
9-11 novembre 2012