

## TIROIDECTOMIA NELL'IPERTIROIDISMO E MORTALITÀ CARDIOVASCOLARE

Responsabile Editoriale  
**Vincenzo Toscano**

L'ipertiroidismo è una patologia abbastanza comune (prevalenza: donne 2.5%; uomini: 0.6%). Rappresenta un fattore di rischio per patologie cardiovascolari (CV), indipendentemente dalla sua eziologia, ma in letteratura i dati sono parziali e a volte discordanti (1-5).

Un recente studio finlandese di coorte, con un lungo *follow-up*, ha analizzato morbilità e mortalità cardiovascolare in pazienti ipertiroidei sottoposti a tiroidectomia (6). È stato utilizzato il registro nazionale di dimissioni finlandese (HILMO), che ha arruolato tutti i pazienti con diagnosi di ipertiroidismo sottoposti a tiroidectomia totale o subtotale fra il 1986 e il 2007. È stato formato un gruppo di controllo con tre soggetti di pari età e sesso, scelti in modo casuale, per ogni paziente arruolato. Gli autori hanno suddiviso le cause di ospedalizzazione per patologia CV in otto gruppi: ipertensione, coronaropatia, patologia del circolo polmonare, aritmie (fibrillazione atriale analizzata anche singolarmente), scompenso cardiaco, patologie vascolari (arteriopatia obliterante, aneurisma aortico, dissezione o trombosi), valvulopatie, cardiomiopatie.

Sono stati tiroidectomizzati 4334 pazienti (86% donne). Il gruppo di controllo comprendeva 12.991 soggetti. Sono stati osservati 21.741 episodi di ospedalizzazione per patologia CV nel gruppo dei pazienti e 48.370 episodi nel gruppo dei controlli. **Il rischio di ospedalizzazione per cause CV durante il *follow-up* aumentava in entrambi i gruppi.** La differenza fra i due gruppi aumentava e diventava significativa al momento della chirurgia, quando i **pazienti ipertiroidei mostravano un aumento del rischio pari al 50% vs il gruppo di controllo.**

La causa CV che ha richiesto il maggior numero di ospedalizzazioni è stata l'**ipertensione arteriosa**, seguita dalle **aritmie (fibrillazione atriale nell'81% dei casi)**. Prima della tiroidectomia non sono state osservate differenze significative fra i due gruppi nel numero di ospedalizzazioni per attacchi ischemici, malattie dei vasi, attacchi cerebrovascolari, patologie del circolo polmonare; tuttavia, **nel periodo post-tiroidectomia il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e per patologia valvolare era maggiore nei pazienti ipertiroidei rispetto al gruppo di controllo.**

Il rischio di ospedalizzazione per patologia CV nei pazienti con ipertiroidismo 10 anni prima della chirurgia non era maggiore rispetto al gruppo di controllo, ma iniziava ad aumentare gradualmente indipendentemente dall'eziologia dell'ipertiroidismo. Tale incremento non era associato né al sesso né al tipo di intervento (tiroidectomia totale vs subtotale).

**Gli autori suggeriscono che l'ipertiroidismo determini un aumento del rischio di ospedalizzazione per cause CV già prima dell'intervento di tiroidectomia e che questo rischio rimanga elevato per un lungo periodo dopo la chirurgia.** L'ospedalizzazione è dovuta soprattutto a ipertensione, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, malattie valvolari e cardiomiopatie, mentre non è aumentato il rischio per patologia coronarica, vascolare e del circolo polmonare.

Nonostante la maggiore morbilità, **la mortalità per patologia CV non è aumentata**, al contrario di quanto dimostrato in una metanalisi pubblicata da Brandt et al (7). Questa differenza potrebbe dipendere sia da un *follow-up* troppo breve nello studio in oggetto rispetto alla metanalisi, che dal differente approccio terapeutico all'ipertiroidismo nella metanalisi, sicuramente definitivo con la chirurgia, non necessariamente mediante terapia medica o radiometabolica.

Sebbene i risultati di tale studio siano molto interessanti, vanno considerate alcune **limitazioni**:

1. la diagnosi di ipertiroidismo, così come quella delle patologie CV, viene estrapolata dai codici ICD riportati nel registro, mentre non vi sono dati clinici e/o biochimici per un corretto inquadramento del paziente;
2. non ci sono informazioni circa la durata dell'ipertiroidismo prima della chirurgia, né indicazioni di ripresa di malattia dopo un'eventuale terapia medica;
3. non è possibile stratificare i gruppi in base alla gravità dell'ipertiroidismo, né a condizioni di ipertiroidismo subclinico o conclamato;
4. non sono disponibili dati circa le abitudini di vita dei pazienti, la storia personale e familiare, la terapia in atto e condizioni che possono influenzare l'esito CV (tabagismo, pratica sportiva, dislipidemia, obesità, altre comorbilità).



**Laura Proietti Pannunzi<sup>1,2</sup> ([L.pannunzi@yahoo.it](mailto:L.pannunzi@yahoo.it)) & Salvatore Monti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UOC Endocrinologia, AO Sant'Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma Sapienza

<sup>2</sup>Endocrinologia ASL Abruzzo 1, area L'Aquila

A cura di:  
**Renato Cozzi**

### Bibliografia

1. Faber J, Selmer C. Cardiovascular disease and thyroid function. *Front Horm Res* [2014, 43: 45-56](#).
2. De Groot LJ. Graves' disease and the manifestations of thyrotoxicosis. [Thyroid Manager](#).
3. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al; American Thyroid Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract* [2011, 17: 456-520](#).
4. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al.; Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* [2003, 24: 1601-10](#).
5. Autori vari. Tireotossicosi. [Endowiki](#).
6. Ryödi E, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in surgically treated hyperthyroidism – a nationwide cohort study with a long-term follow-up. *Clin Endocrinol* [2014, 80: 743–50](#).
7. Brandt F, Green A, Hegedüs L, Brix TH. A critical review and meta-analysis of the association between overt hyperthyroidism and mortality. *Eur J Endocrinol* [2011, 165: 491-7](#).