



Bari,  
7-10 novembre 2013

**STATEMENT AME**

# **TIROIDE e DIABETE**

**Michele Zini**

Unità Operativa di Endocrinologia

Arccispedale S. Maria Nuova – IRCCS, Reggio Emilia



# TIREOPATIE e DIABETE

## Raccomandazioni per la pratica clinica



Bari,  
7-10 novembre 2013

### IMPLICAZIONI CLINICHE DELL'ASSOCIAZIONE DISFUNZIONE TIROIDEA – DIABETE MELLITO

#### Genetica: le sindromi poliendocrine autoimmuni

#### Indicazioni

- 1) Alla diagnosi di DMT1 **raccomandiamo** di eseguire uno screening sierologico che comprenda TPOAb e TgAb. Il successivo follow-up dovrebbe comprendere il controllo annuale della funzione tiroidea con TSH e TPOAb (ogni 1-2 anni). Se i TPOAb sono positivi in presenza di eutiroidismo, eseguire il controllo della funzione tiroidea ogni 6 - 12 mesi.
- 2) In caso di associazione DMT1-AITD **suggeriamo** lo studio genetico del paziente e lo screening sierologico dei familiari di 1° grado per l'inquadramento nell'ambito delle poliendocrinopatie autoimmuni.
- 3) Pur essendo riportata la presenza di ipotiroidismo nei pazienti con DMT2 di età superiore a 65 anni, specialmente in presenza di macroangiopatia o trattamento con metformina, non vi è evidenza che sia necessaria la determinazione del TSH per escludere una coesistente condizione di ipotiroidismo.

### Ipertiroidismo e Diabete

#### Indicazioni

- 1) **Suggeriamo** la valutazione della funzionalità tiroidea in corso di chetoacidosi al fine di escludere un ipertiroidismo.
- 2) **Suggeriamo** un adeguamento della terapia in relazione al maggior fabbisogno insulinico in corso di ipertiroidismo.
- 3) **Suggeriamo** di considerare i diabetici ipertiroidei con fibrillazione atriale, soprattutto se anziani o con precedenti CV, come un gruppo a rischio più elevato.
- 4) **Raccomandiamo** di rivalutare l'iperglicemia di nuovo riscontro in un soggetto ipertiroideo dopo un'adeguata correzione della disfunzione tiroidea.

### Ipotiroidismo e Diabete

#### Indicazioni

- 1) In caso di ipoglicemia ripetuta, particolarmente nel DMT1, **suggeriamo** di escludere con la determinazione del TSH sierico l'insorgenza di ipotiroidismo.
- 2) In presenza di dislipidemia, **raccomandiamo** di introdurre le statine solo dopo aver corretto l'ipotiroidismo, per ridurre il rischio di miopatia.
- 3) **Suggeriamo** di controllare ogni 6-12 mesi i valori del TSH nel diabetico con ipotiroidismo subclinico, per la possibile progressione verso l'ipotiroidismo manifesto.
- 4) **Suggeriamo** la correzione dell'ipotiroidismo subclinico in corso di diabete mellito se il TSH è maggiore di 10 mUI/L o se è associato a sintomi, a gozzo nodulare o a desiderio di gravidanza.
- 5) **Suggeriamo** lo screening e il trattamento precoce delle complicanze microangiopatiche in soggetti diabetici con ipotiroidismo.
- 6) **Suggeriamo** la determinazione del TSH nei soggetti con insulino-resistenza, IGT o franco diabete all'OGTT.

### Associazione tra diabete e alterazioni della funzione tiroidea in gravidanza e nel post-partum

#### Indicazioni

- 1) **Raccomandiamo** il dosaggio del TSH nelle donne con DMT1, specie se TPOAb positive, dopo 6-8 settimane dal parto.
- 2) **Raccomandiamo** il trattamento con L-tiroxina nella DPPT con valori di TSH che si confermino superiori alla norma (a un secondo controllo dopo 4-8 settimane), soprattutto in caso di programmazione di nuova gravidanza.
- 3) **Suggeriamo** lo screening per diabete gestazionale in caso di valori di TSH superiori alla norma nella prima parte della gravidanza.



# TIREOPATIE e DIABETE

## Raccomandazioni per la pratica clinica



Bari,  
7-10 novembre 2013

### Peculiarità dell'associazione disfunzione tiroidea e DMT1 in età pediatrica

#### Indicazioni

- 1) **Suggeriamo** lo screening per la patologia tiroidea autoimmune (TSH, TPOAb, TgAb, seguito da eventuale ecografia tiroidea) nella popolazione pediatrica con DMT1.
- 2) **Raccomandiamo contro** la periodica determinazione dei TRAB nel DMT1.

### Gozzo, Noduli e Carcinoma della Tiroide nei diabetici

#### Indicazioni

- 1) Pur essendo documentata una maggior prevalenza di gozzo, tuttavia non pare al momento giustificato lo screening ecografico della tiroide alla diagnosi di DMT2.
- 2) **Raccomandiamo** che l'inquadramento della patologia nodulare tiroidea non si discosti nel diabetico da quanto previsto per la popolazione generale.

### Indicazioni

- 1) **Suggeriamo** di rivalutare il profilo tiroideo a 6-12 mesi dall'inizio del trattamento con metformina nei soggetti diabetici affetti da ipotiroidismo primitivo trattato con L-tiroxina.
- 2) Mancano evidenze tali da suggerire di controllare nel tempo TSH ed FT4 e di eseguire un'ecografia tiroidea nei pazienti in trattamento con sulfaniluree.
- 3) **Suggeriamo** di non somministrare pioglitazone a diabetici affetti da oftalmopatia di Graves.
- 4) **Raccomandiamo** di tenere in attenta considerazione gli effetti negativi sul controllo metabolico che potrebbero derivare dalla necessità di ricorrere a terapia corticosteroidea in caso di insorgenza/esacerbazione dell'oftalmopatia.
- 5) **Raccomandiamo** di non somministrare analoghi del GLP1 a soggetti con anamnesi personale o familiare di carcinoma midollare tiroideo o MEN-2.
- 6) **Raccomandiamo** di rivalutare la posologia della terapia insulinica alla luce del maggiore rischio di ipoglicemia nei pazienti ipotiroidei e all'aumentato rischio di scompenso glicemico e chetoacidosi diabetica nella tireotossicosi, con possibili effetti inversi determinati dal ripristino della condizione di eutiroidismo.
- 7) **Raccomandiamo** di usare speciali precauzioni nel diabetico per la terapia con  $\beta$ -bloccanti (tireotossicosi) per l'aumento del rischio di ipoglicemia non avvertita.