

OPZIONI TERAPEUTICHE NEL BASEDOW IN ETÀ PEDIATRICA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

INTRODUZIONE

Il morbo di Basedow è una patologia poco comune in età pediatrica (1). Spesso la funzionalità tiroidea risulta più alterata rispetto alla malattia che insorge in età adulta, ma i sintomi sono frequentemente meno gravi (2). L'ipertiroidismo franco nel bambino si manifesta principalmente con accelerazione nella velocità di crescita, diarrea e disturbi cognitivo-comportamentali, mentre l'orbitopatia basedowiana è molto rara. Infine, la malattia presenta una minore risposta alla terapia farmacologica, che risulta gravata da una maggiore incidenza di effetti collaterali.

OPZIONI TERAPEUTICHE

Terapia farmacologica

Il **primo approccio** al paziente pediatrico con morbo di Basedow è generalmente la terapia con gli anti-tiroidei (metimazolo), eventualmente in associazione con β -bloccanti sulla base della sintomatologia cardiologica. La frequenza di remissione è inferiore a quanto riscontrato nell'adulto (20-30% dopo due anni di terapia), per cui spesso è consigliabile **proseguire la terapia per un periodo > 2 anni**. Alcuni autori suggeriscono l'uso della strategia *block and replace*, con somministrazione contemporanea di anti-tiroidei e levo-tiroxina al posto del regime di titolazione di dose degli anti-tiroidei. Elementi prognostici negativi di successo terapeutico sono la giovane età, il sesso maschile, il titolo anticorpale elevato e la grave alterazione biochimica della funzione tiroidea all'esordio (3).

Il metimazolo è la principale opzione terapeutica. Il rischio di effetti collaterali lievi-moderati (prurito, eruzione) è maggiore nei bambini che nell'adulto. Con il propiltiouracile è elevato il rischio di epatopatia, per cui ne viene sconsigliato l'utilizzo.

Altre opzioni terapeutiche

Sono preferenzialmente di seconda scelta, in caso di fallimento della terapia medica, rappresentate dalla terapia radiometabolica e dalla chirurgia.

Sebbene siano entrambe scelte percorribili, l'utilizzo di **terapia radiometabolica** in età infantile sembrerebbe associato in alcuni studi (4) a un incremento nel rischio di insorgenza di tumori, principalmente a livello del tratto digerente, soprattutto nei bambini più piccoli. Per un adolescente è stato calcolato che una dose di standard di 400 MBq corrisponde a un'esposizione pari a quella di 4-5 TC *total body*. Dopo la terapia radiometabolica, sulla base della clinica del paziente, è utile riprendere la terapia con anti-tiroidei in attesa degli effetti del radioiodio.

La **terapia chirurgica** (tiroidectomia totale) è consigliabile nei pazienti in cui la terapia medica ha fallito, con tiroide di dimensioni elevate, in presenza di orbitopatia e in quei casi in cui è necessaria una rapida risoluzione dell'ipertiroidismo. È opportuno che il paziente sia eutiroideo al momento dell'intervento, per cui può essere necessario l'utilizzo di soluzione di Lugol nei 7-10 giorni precedenti l'intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. Williamson S, Greene SA. Incidence of thyrotoxicosis in childhood: a national population based study in the UK and Ireland. Clin Endocrinol (Oxf) [2010, 72: 358-63](#).
2. Cheetham T, Bliss R. Treatment options in the young patient with Graves' disease. Clin Endocrinol (Oxf) [2016, 85: 161-4](#).
3. Kaguelidou F, Alberti C, Castanet M, et al. Predictors of autoimmune hyperthyroidism relapse in children after discontinuation of antithyroid drug treatment. J Clin Endocrinol Metab [2008, 93: 3817-26](#).
4. Metso S, Auvinen A, Huhtala H, et al. Increased cancer incidence after radioiodine treatment for hyperthyroidism. Cancer [2007, 109: 1972-9](#).

