

## DOSARE O NON DOSARE GLI ORMONI TIROIDEI?

Responsabile Editoriale  
Vincenzo Toscano

La *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) ha recentemente pubblicato la revisione delle raccomandazioni rilasciate nel 2004 per quanto riguarda i **rischi e i benefici derivanti dallo screening per le disfunzioni tiroidee cliniche e subcliniche** (1).

Le raccomandazioni riguardano la **popolazione adulta, asintomatica, non gravida**. Le valutazioni riguardo allo *screening* rilasciate da USPSTF sono basate sui dati della letteratura e sul grado di evidenza dei dati stessi: non riguardano l'analisi dei costi, né decisioni cliniche singole e individualizzate. I dati della letteratura presi in esame hanno consentito di valutare eventuali benefici (riduzione di morbilità e mortalità cardiovascolare) e rischi (falsi positivi, *overdiagnosis* e *overtreatment*) derivanti dall'applicazione ipotetica di un programma di *screening*.

Sono state evidenziate criticità nella definizione stessa di TSH "anormale", ed evidenze di grado non sufficiente per quanto riguarda la riduzione di morbilità, mortalità e malattie cardiovascolari; sono stati altresì evidenziati i potenziali rischi derivanti da *overdiagnosis* e *overtreatment*, soprattutto in soggetti con TSH < 10 mIU/L.

**USPSTF conclude che le prove sono insufficienti a determinare il bilancio rischio/beneficio di uno screening per disfunzione tiroidea.** Sebbene sia pratica comune l'identificazione e il trattamento di un paziente asintomatico con TSH anormale, non ci sono prove che questo approccio clinico migliori l'*outcome* del paziente. Non sono stati di fatto individuati studi prospettici, randomizzati che potessero giustificare lo *screening* e il conseguente trattamento dei pazienti identificati con TSH anormale.

Rispetto a questa analisi della letteratura tecnicamente rigorosa e delle raccomandazioni che ne sono derivate, **AACE ha ribadito che è consigliato testare (e nel caso trattare) le disfunzioni tiroidee nelle seguenti categorie** (2):

1. età > 60 anni (in cui i sintomi di ipotiroidismo sono spesso assenti o atipici);
2. neonati (*screening* per ipotiroidismo congenito);
3. pazienti con malattie autoimmuni (DM-1);
4. pazienti con anamnesi personale o familiare per malattie della tiroide.

AACE ha inoltre sottolineato l'importanza che potrebbe rivestire lo *screening* per le donne in **gravidanza** o che pianificano una gravidanza, e che **assenza di dati sufficienti a giustificare lo screening non deve essere mai interpretata come assenza di necessità di identificare e trattare le disfunzioni tiroidee.**

### Bibliografia

1. LeFevre ML, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015 doi: [10.7326/M15-0483](https://doi.org/10.7326/M15-0483).
2. AACE member advisory. [USPSTF/Thyroid Statement](#).

