

DOSE DI IDROCORTISONE E SALUTE DELL'OSSO NELL'INSUFFICIENZA SURRENALICA PRIMARIA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Per chiarire il ruolo del trattamento sostitutivo steroideo sul metabolismo osseo, uno **studio prospettico** ha valutato la densità minerale ossea (BMD) con DXA basale e dopo 2 anni in pazienti con insufficienza surrenalica primaria (PAI) e con iperplasia surrenalica congenita (CAG).

Sono stati studiati 57 pazienti affetti da PAI (42 donne, età media 54.1 anni) e 33 con CAG (21 donne, età media 39.5 anni) in terapia con idrocortisone (HC) o altri glucocorticoidi (GC). I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi:

- gruppo 1: dose costante di GC (HC-equivalente: 25.2 ± 1.2 mg, n = 50);
- gruppo 2: aumento della dose di GC (HC-equivalente: da 18.7 ± 10.2 a 25.9 ± 12.0 mg, n = 13);
- gruppo 3: riduzione della dose di GC (HC-equivalente: da 30.8 ± 8.5 a 21.4 ± 7.2 mg, n = 27).

Risultati

Nel gruppo 1 (con Z-score normale a livello lombare e femorale) non si è osservata nessuna variazione.

Nel gruppo 2 si è osservata una riduzione dello Z-score al collo femorale.

Nel gruppo 3 si è osservato un incremento dello Z-score lombare, con riduzione stimabile del rischio di frattura pari al 30% circa.

Valutando i vari tipi di GC impiegati, i pazienti con PAI in prednisolone hanno mostrato una Z-score minore a livello del collo femorale rispetto ai pazienti in HC, senza differenze dello Z-score a livello lombare. I pazienti con CAG non hanno mostrato differenze in base ai vari GC impiegati.

Gli autori concludono che **la riduzione della dose di GC determina un incremento della BMD** e viceversa.

Commento

Questo è il primo studio prospettico che valuta l'impatto della terapia con GC sulla BMD in pazienti con PAI e CAG.

Il messaggio finale è quello che **occorre usare una minima dose di GC, preferibilmente di HC, per aumentare la BMD e quindi ridurre il rischio fratturativo.**

Tuttavia, occorre ricordare come la valutazione della sola BMD nei pazienti in terapia sostitutiva con GC, pur predicendo il rischio di frattura, non consente di identificare i soggetti che svilupperanno una frattura. In particolare i GC non influenzano solo la BMD, ma anche il tessuto connettivo e il trofismo muscolare e quindi il rischio di frattura. Infine, **il rischio di frattura è condizionato anche da altri fattori** (età, sesso, stato menopausale, storia familiare o personale di pregresse fratture), oltre che dall'impiego dei GC.

Bibliografia

1. Schulz J, Frey KR, Cooper MS, et al. Reduction in daily hydrocortisone dose improves bone health in primary adrenal insufficiency. *Eur J Endocrinol* [2016, 174: 531-8.](#)
2. Løvas K, Gjesdal CG, Christensen M, et al. Glucocorticoid replacement therapy and pharmacogenetics in Addison's disease: effects on bone. *Eur J Endocrinol* [2009, 160: 993-1002.](#)
3. Koetz KR, Ventz M, Diederich S, Quinkler M. Bone mineral density is not significantly reduced in adult patients on low-dose glucocorticoid replacement therapy. *J Clin Endocrinol Metab* [2012, 97: 85-92.](#)
4. Jääskeläinen J, Voutilainen R. Bone mineral density in relation to glucocorticoid substitution therapy in adult patients with 21-hydroxylase deficiency. *Clin Endocrinol* [1996, 45: 707-13.](#)
5. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* [1996, 312: 1254-9.](#)



Roberta Giordano (roberta.giordano@unito.it)

Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche e SCU Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo,
Dipartimento di Scienze Mediche; Università degli Studi di Torino