

GESTIONE DELL'IPOSURRENALISMO IN EPOCA DI PANDEMIA COVID-19

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

La pandemia di COVID-19 sta causando un sovraccarico dei sistemi sanitari a livelli impensabili fino a pochi mesi fa. La redistribuzione delle risorse sanitarie colpisce – inevitabilmente – la gestione di pazienti con altre patologie acute e croniche; anche in ambito endocrinologico è pertanto essenziale fornire agli operatori sanitari indicazioni chiare e pratiche per la gestione di patologie che possono mettere a rischio la vita del paziente. A tale scopo, l'*European Journal of Endocrinology* sta pubblicando una serie di lavori dedicati alla gestione delle principali endocrinopatie durante la pandemia di COVID-19. Oggetto del presente commento è l'articolo riguardante l'iposurrenalismo (1).

I pazienti con insufficienza surrenalica hanno un **aumentato rischio di infezioni respiratorie**, che possono scatenare una crisi surrenalica e contribuire all'aumentata mortalità in questa categoria di pazienti. Il rischio infettivo è particolarmente pronunciato nei pazienti con insufficienza surrenalica causata dall'assunzione di dosi immuno-soppressive di glucocorticoidi esogeni. Tuttavia, è importante sottolineare che al momento non ci sono evidenze che suggeriscano un aumentato rischio di forme severe di COVID-19 in pazienti con insufficienza surrenalica.

Raccomandazioni per la prevenzione

- Considerato l'aumentato rischio di infezioni respiratorie, i pazienti con insufficienza surrenalica devono **osservare in maniera rigorosa le regole** di distanziamento sociale.
- **Educare** paziente e familiari riguardo la necessità di **aumentare la dose di glucocorticoidi** in caso di malattia o altre situazioni di *stress*.
- Assicurarsi che il paziente sia in possesso di **scorte adeguate** di glucocorticoidi orali, al fine di aumentare la dose giornaliera per almeno un mese in caso di malattia o *stress* maggiori. A coloro che sono in trattamento con idrocortisone a rilascio modificato dovrebbe essere prescritta una scorta di idrocortisone orale standard per eventuali emergenze. Inoltre, pazienti con insufficienza surrenalica primitiva dovrebbero ricevere scorte appropriate di fludrocortisone.
- Assicurarsi che il paziente sia in possesso di una **carta steroidea (SOS card)** e di un **kit per l'iniezione** di idrocortisone (Flebocortid®) in caso di emergenza (vomito o diarrea prolungati, patologie acute gravi, traumi maggiori).

Raccomandazioni per il paziente affetto da o con sospetto COVID-19

Le seguenti raccomandazioni si riferiscono alla gestione della terapia steroidea nel paziente con iposurrenalismo e COVID-19 (confermato o sospetto). Queste raccomandazioni vanno lette come una guida e dovrebbero essere **utilizzate e adattate in base al contesto clinico** in cui si opera. Ad esempio, in Italia occorre tenere in considerazione che diversi pazienti con iposurrenalismo sono trattati con cortisone acetato.

Gestione domiciliare	
Sintomi compatibili con COVID-19 (febbre, tosse, mal di gola, anosmia, ipogeusia, dolori osteo-articolari diffusi, astenia)	Gestione della terapia steroidea <ul style="list-style-type: none"> • Adulti e adolescenti in terapia con idrocortisone: raddoppiare immediatamente la dose mattutina e successivamente assumere idrocortisone orale 20 mg ogni 6 h. • Bambini in terapia con idrocortisone: triplicare la dose giornaliera e somministrarla in quattro dosi uguali ogni 6 h. • Pazienti in terapia con idrocortisone a rilascio modificato: passare a idrocortisone orale <i>standard</i> (20 mg ogni 6 h). • Pazienti in terapia con prednisolone (dose 5-15 mg/die): assumere prednisolone 10 mg ogni 12 h. • Pazienti in terapia con prednisolone (dose > 15 mg/die): continuare la dose giornaliera abituale, ma suddividendola in due dosi uguali di almeno 10 mg ciascuna.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti in terapia con fludrocortisone: continuare la dose abituale. • Le dosi di glucocorticoidi possono essere progressivamente ridotte in linea col miglioramento delle condizioni cliniche, fino a tornare alla dose giornaliera usuale. <p>Ulteriori consigli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se non ci sono controindicazioni, assumere paracetamolo 1000 mg ogni 6 h in caso di febbre prolungata (aggiustare il dosaggio in età pediatrica). • Aumentare l'introito di liquidi. • Monitorare le urine: la presenza di urine scure e concentrate in piccole quantità è indice di disidratazione e iposurrenalismo acuto.
<p>Sintomi di peggioramento clinico (vertigini, sonnolenza, confusione, letargia, vomito e/o diarrea prolungati, dispnea, frequenza respiratoria > 24 atti/min o altri sintomi di difficoltà respiratoria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniezione immediata di idrocortisone per via intramuscolare: adulti e adolescenti 100 mg, bambini in età scolare 50 mg, neonati 25 mg. • Contattare i servizi d'emergenza e mostrare la carta steroidea (SOS card). All'arrivo in ospedale il paziente deve ricevere subito idrocortisone e soluzione salina isotonica per via endovenosa. • Se il paziente non può essere trasportato o trattenuto in ospedale, deve assumere idrocortisone orale 50 mg ogni 6 h.
Gestione in ospedale	
<p>Nella fase acuta, indipendentemente dal reparto di degenza (ordinario o terapia intensiva) e dal tipo di respirazione (spontanea, ventilazione non invasiva o ventilazione meccanica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adulti e adolescenti: bolo endovenoso di idrocortisone 100 mg, seguito dall'infusione endovenosa continua di idrocortisone 200 mg/24 h (in alternativa: idrocortisone 50 mg ogni 6 h per via endovenosa o intramuscolare). • Bambini in età scolare: bolo iniziale di idrocortisone 50 mg/m² superficie corporea (in genere 50 mg), seguito dalla somministrazione di idrocortisone 100 mg/24 h. • Neonati: bolo iniziale di idrocortisone 50 mg/m² superficie corporea (in genere 25 mg), seguito dalla somministrazione di idrocortisone 50 mg/24 h. • Sospendere la terapia con fludrocortisone negli adulti fino a quando ricevono dosi di idrocortisone > 50 mg/die. • Somministrare soluzione salina isotonica per ristabilire il volume intra-vascolare. • Controllare regolarmente elettroliti e funzionalità renale.
<p>Gestione nella fase di ripresa (miglioramento della funzione respiratoria e della febbre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre gradualmente la dose di idrocortisone. • Dimettere il paziente con dosaggio di glucocorticoidi pari al doppio della dose giornaliera usuale (consultare l'endocrinologo prima della dimissione). • Negli adulti ricominciare la terapia con fludrocortisone quando la dose di idrocortisone è < 50 mg/die.

Raccomandazioni per il *follow-up*

L'articolo riporta ulteriori suggerimenti di carattere pratico per la gestione dei pazienti iposurrenalici in terapia steroidea stabile.

- Gli autori suggeriscono di effettuare visite di *follow-up* ogni 6-12 mesi per via telematica, al fine di limitare il rischio di contagio.
- I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a misurare regolarmente peso corporeo, pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Al fine di escludere la presenza di ipotensione ortostatica, il paziente dovrebbe misurare la pressione arteriosa dopo essersi seduto per almeno 5 minuti e poi di nuovo dopo essersi alzato per un minuto.
- L'esecuzione di prelievi ematici dovrebbe essere riservata soltanto a casi urgenti o qualora i pazienti lamentino segni e sintomi di ipotensione ortostatica, al fine di valutare l'adeguatezza della terapia con fludrocortisone.

Link utili

I seguenti *link* riportano informazioni di carattere pratico e possono essere condivisi coi pazienti:

- Carta steroidea (SOS card): <https://adrenals.eu/emergency-card/>.
- Come iniettare idrocortisone in caso di emergenza: <https://adrenals.eu/how-an-emergency-injection-works/> e <https://www.youtube.com/playlist?list=PL58H0D1LpwGpqCw2-xhQ12gdfHEDpSgX>.
- Gestione di una crisi surrenalica: <https://www.endocrinology.org/media/3562/management-of-adrenal-crisis.pptx>

Bibliografia

1. Arlt W, Baldeweg SE, Pearce SHS, Simpson HL. Endocrinology in the time of COVID-19: Management of adrenal insufficiency. Eur J Endocrinol [2020, DOI: org/10.1530/EJE-20-0361](https://doi.org/10.1530/EJE-20-0361).