

Malattia di Cushing ed ipertensione arteriosa

Un caso clinico

Federica Nista

Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo

Ospedale Policlinico San Martino

Università degli Studi di Genova

F.P. 36 anni

Nel 1999 insorgenza di IPT di II grado e successiva diagnosi di **Malattia di Cushing**

Esami di screening:

- CLU 356 µg/24h e 375 µg/24h (v.n. 4.3-176)
- Cortisolo dopo il test Di Nugent: 21 µg/dL

Esami di conferma diagnostica ed eziologica:

- Cortisolo dopo test di Liddle I: 12 µg/dL
- ACTH h 8.00: 112 ng/L (v.n. < 46)
- RMN sella turcica: microadenoma ipofisario

Restante funzione adenoipofisaria conservata

Terapia domiciliare: lisinopril, nifedipina

Familiarità per IPT (padre a 65 anni)

1. Nel 2001 **asportazione della lesione per via transfenoidale (TNS)**
2. Nel 2004 recidiva clinica, biochimica e radiologica di malattia.
Reintervento NCH per via TNS
3. Nel 2005 **RT stereotassica** ed avvio di **chetoconazolo e cabergolina**
4. Scarsa tolleranza alla terapia in atto, nel 2013 inizia trattamento con **pasireotide**
5. Fallimento dei precedenti approcci terapeutici, nel 2015 **surrenectomia bilaterale per via laparoscopica**

Al follow-up prima della surrenectomia bilaterale . . .

Stato ansioso-depressivo. Debolezza muscolare. PA 130/80 mmHg

Terapia domiciliare: pasireotide 0.6 mg x 2/die, lisinopril 20 mg, nifedipina 30 mg, tp sostitutiva per GHD ed ipogonadismo ipogonadotropo, tp ipoglicemizzante

Esami ematochimici: Cortisolo ore 8.00 21 µg/dL, CLU 251 µg/24h, ACTH 49 ng/L, HbA1c 6.8%

DXA: osteopenia vertebrale (T score -1.6) e femorale (T score tot. -1.5). **ECG:** nei limiti

... E dopo 1 anno dalla surrenectomia bilaterale

Benessere soggettivo. Miglioramento dello stato ansioso-depressivo.

Peso in riduzione (- 4 Kg). **PA 136/86 mmHg (clino); PA 140/90 mmHg (orto)**

Terapia domiciliare: cortone acetato 37.5 mg/die, fludrocortisone 0.05 mg/die, lisinopril 20 mg/die, nifedipina 30 mg/die, tp ipoglicemizzante sospesa, restante tp invariata

Esami ematochimici nella norma

DXA: osteopenia vertebrale (T score -1.3) e femorale (T score tot. -1.3). **RM sella:** invariata

Review > J Clin Endocrinol Metab. 2013 Oct;98(10):3939-48. doi: 10.1210/jc.2013-1470.

Epub 2013 Aug 16.

Clinical review: Outcome of bilateral adrenalectomy in Cushing's syndrome: a systematic review

Katrin Ritzel¹, Felix Beuschlein, Anne Mickisch, Andrea Osswald, Harald J Schneider, Jochen Schopohl, Martin Reincke

«All studies showed at least partial remission of symptoms. Muscular weakness improved in 93%, phenotypic stigmata in 77%, arterial hypertension in 80%, and diabetes mellitus in 75% of the affected patients»

Review > Endocr Relat Cancer. 2016 Feb;23(2):R131-42. doi: 10.1530/ERC-15-0541.

Bilateral adrenalectomy in the 21st century: when to use it for hypercortisolism?

Carole Guerin¹, David Taieb¹, Giorgio Treglia¹, Thierry Brue¹, André Lacroix¹, Frederic Sebag¹, Frederic Castinetti²

«Dependent on the period of exposure to high cortisol levels, a large majority of patients will not be completely cured of morbidities such as hypertension, diabetes, osteopenia or even psychiatric disturbances. It is difficult to avoid the bias induced by the frequent glucocorticoid over-replacement, as this can, by itself, be responsible for the maintenance of such complications»

> Endocrine. 2019 Dec;66(3):642-649. doi: 10.1007/s12020-019-02091-9. Epub 2019 Oct 3.

Synchronous bilateral adrenalectomy in ACTH-dependent hypercortisolism: predictors, biomarkers and outcomes

S Chiloiro¹, A Giampietro¹, M Raffaelli², G D'Amato², C Bima¹, L Lauretti³, C Anile³, C P Lombardi², G Rindi⁴, R Bellantone², L De Marinis⁵, A Pontecorvi¹, A Bianchi¹

«Systemic arterial hypertension persisted in six patients but required a single antihypertensive drug in all cases. With regard to bone metabolism, we found that bone densitometry both of the spine and at the femoral neck improved with respect to presurgical values»

In conclusione

- L'ipertensione è presente in circa il 55-85 % dei pazienti con malattia di Cushing
- E' spesso difficile riuscire a controllare i valori di pressione arteriosa senza la risoluzione della causa dell'ipercortisolismo
- Anche dopo la remissione di malattia l'ipertensione può persistere sia per la possibile *coesistenza di ipertensione essenziale* che, soprattutto, *per il danno d'organo permanente* indotto dall'eccesso di cortisolo sul sistema cardiovascolare

Vi ringrazio per l'attenzione

