

Eccesso di CORTisolo in pazienti con Diabete Mellito di tipo 2 e Obesità (studio DOCOR)

¹Chiodaroli M., ²Morelli V., ²Ambrogio A.G. ^{3,5}Favero V. ^{3,5}Parazzoli C., ²Croci M., ²Conti A., ²Martinelli S., ^{2,4}Corbetta S., ^{2,3}Aresta C., ^{2,5}Persani L., ^{3,5}Chiodini I.

¹Dipartimento di biotecnologie mediche e medicina traslazionale, Università degli Studi di Milano, Italia ²Dipartimento di Malattie Endocrine e Metaboliche, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Istituto Auxologico Italiano – Milano, Italia, ³Unità di Endocrinologia, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italia, ⁴Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche, Università degli Studi di Milano, ⁵Dip. di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

INTRODUZIONE

L'ipercortisolismo è associato ad un'aumentata prevalenza di ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2 (DM2) e obesità. L'ipercortisolismo mild (mHyCo), una condizione caratterizzata dalla presenza di alterazioni biochimiche in assenza dei tipici segni clinici della sindrome di Cushing, nei pazienti affetti da tali patologie può rimanere occulto. Si stima che la prevalenza del mHyCo sia intorno al 3% e all'1% rispettivamente nei pazienti con DM2 e nei pazienti obesi.

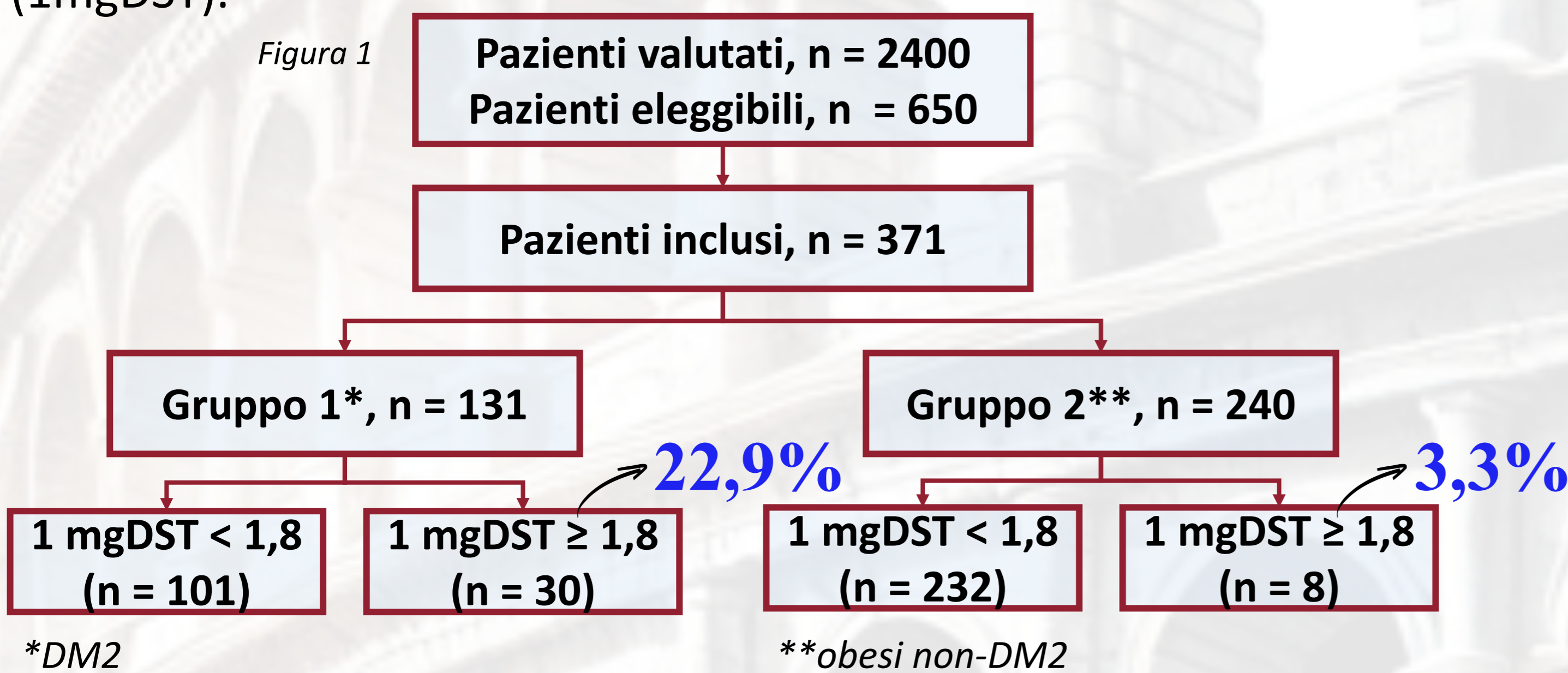
SCOPO DELLO STUDIO

Valutare la prevalenza di mHyCo in pazienti con DM2 e in pazienti obesi senza DM2 e le caratteristiche cliniche più frequentemente associate alla presenza di mHyCo.

PAZIENTI E METODI

La diagnosi di mHyCo è stata effettuata per valori di cortisolo $\geq 1,8 \mu\text{g/dL}$ al test di soppressione con desametasone 1mg (1mgDST).

Figura 1



RISULTATI

I risultati nei pazienti del Gruppo 1 sono illustrati nella figura 2 e nella tabella 1. La presenza di mHyCo è stata associata a trattamento antidiabetico intensivo (>2 farmaci o terapia insulinica, TAI) indipendentemente dall'età e dal sesso (OR 2,7, IC 1,1-6,5, p=0,03).

Tra i pazienti del Gruppo 2, i pazienti con mHyCo hanno mostrato una maggiore prevalenza di CVE (25,0%) rispetto ai pazienti senza mHyCo (6,5%, p=0,05). Tuttavia, questa associazione non è stata confermata includendo fumo, età e sesso nell'analisi di regressione logistica. La prevalenza di ipertensione e steatosi è risultata comparabile tra i pazienti con e senza mHyCo (rispettivamente: 62,5 vs 50,6%, p=0,510; 50,0% vs 88,0%, p=0,247).

Finora in 5/30 pazienti con mHyCo del gruppo 1 e 2/8 pazienti con mHyCo del gruppo 2 è stata riscontrata un'iperplasia/adenoma surrenalico mediante tomografia computerizzata. Nei restanti pazienti con mHyCo sono in corso ulteriori valutazioni.

GRAFICI E TABELLE

Figura 2

Gruppo 1

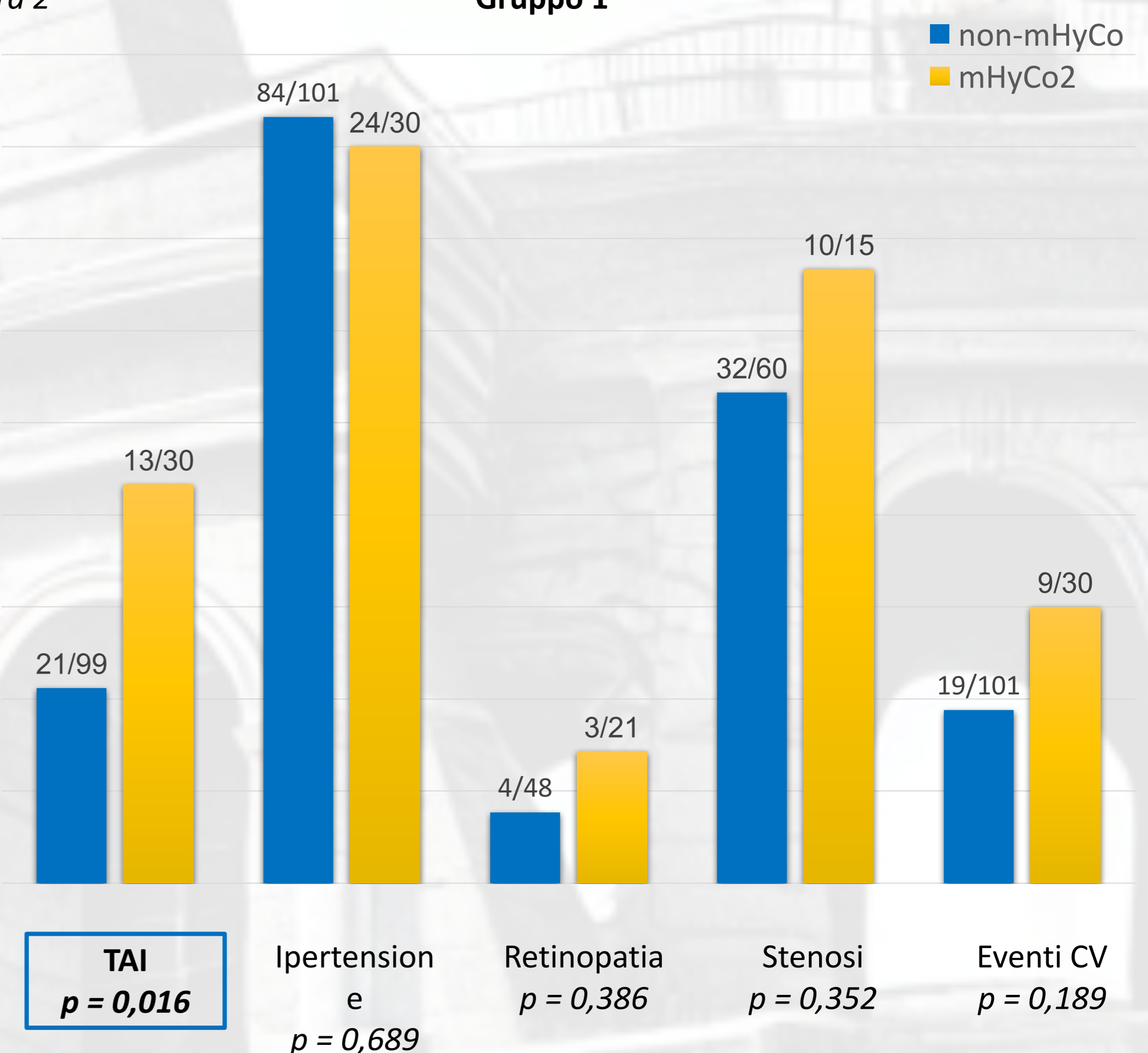


Tabella 1

| | non-mHyCo (n = 101) | mHyCo (n = 30) | p-value |
|------------------------------|------------------------|---------------------|--------------|
| Età (a) | 62,62 ± 9,486 | 65,35 ± 8,774 | 0,162 |
| 1 mgDST ($\mu\text{g/dL}$) | 1,012 ± ,3168 | 3,002 ± 1,6665 | < 0,001 |
| BM (kg/cm^2) | 35,376 ± 10,9711 | 37,300 ± 12,0980 | 0,412 |
| CV (cm) | 131,114 ± 22,4814 | 138,667 ± 18,0521 | 0,299 |
| Antipertensivi (n) | 2,26 ± 1,121 | 2,60 ± 1,118 | 0,188 |
| Glicemia (mg/dL) | 129,23 ± 28,892 | 142,27 ± 35,043 | 0,041 |
| HbA1c (mmol/mol) | 49,949 ± 10,3059 | 56,500 ± 15,9325 | 0,009 |
| LDL (mg/dL) | 93,685 ± 37,3030 | 94,546 ± 34,4246 | 0,916 |
| Microalbuminuria (mg/L) | 31,4721 ± 87,26897 | 74,4955 ± 167,23081 | 0,116 |

CONCLUSIONI

I risultati preliminari di questo studio suggeriscono che la prevalenza di mHyCo nei pazienti con DM2 ed Obesità sia più elevata di quanto riportato sino ad ora e potenzialmente correlata ad un outcome peggiore.