25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
ASL CITTÀ DI TORINO
Associazione Medici Endocrinologi

Un diabete che non torna…

Giulia Cristilli, Martina Lazzara, Elisa Vaccaro, Alessandra R. Mainolfi, Daniela Sansone, Salvatore E. Oleandri

giulia.cristilli@aslcittaditorino.it

S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche

Introduzione

Nella pratica clinica, il paziente con diabete mellito presenta frequentemente patologie internistiche concomitanti che ne influenzano il decorso,con implicazioni diagnostiche e terapeutiche.

Presentazione del caso

Un uomo di 46 anni accedeva a visita per **diabete scompensato all'esordio** (HbA1c 10.1%, glicemia 233 mg/dl, chetosi assente) per cui, in presenza di scarsa compliance e difficoltà alla gestione domiciliare di terapia insulinica, veniva avviata terapia con metformina e SGLT2i con autocontrollo glicemico.
Alla visita di controllo dopo due settimane i profili glicemici del paziente risultavano sostanzialmente normalizzati, talvolta ai limiti dell'ipoglicemia. Riferiva inoltre astenia, epigastralgie con nausea e a seguito di episodio lipotimico veniva condotto in DEA, dove si riscontrava **iponatriemia severa** (Na+ 105 mmol/L) ed iperkalemia (K+ 6.13 mmol/L), seguita da iperpiressia ed evoluzione nelle ore seguenti in shock misto cardiogeno/settico.

Trasferito in terapia intensiva, venivano avviati supporto aminico, idrocortisone e.v. 300 mg/die e terapia antibiotica empirica.
Dai successivi accertamenti risultavano emocolture + per S. Aureus, Quantiferon + e alla TC total body ingrandimento volumetrico di entrambi i surreni con alcune calcificazioni parenchimali a sinistra.
Nel dubbio di **un'insufficienza surrenalica acuta su base infettiva** (poi confermata: ACTH 199 pg/ml, cortisolemia del mattino 1.3 ug/dl), si avviava anche fludrocortisone. In seguito a miglioramento della clinica, il paziente veniva trasferito in Malattie Infettive con cambio della terapia glucocorticoide da e.v. ad orale a dose sostitutiva e avvio di terapia antitubercolare nel sospetto di tubercolosi disseminata. Dopo circa 2 settimane, **in corso di terapia con rifampicina**, il paziente manifestava nuovamente un quadro di insufficienza surrenalica, che richiedeva somministrazione di idrocortisone e.v. e successivo potenziamento della terapia orale con cortone acetato e con fludrocortisone, fino al mantenimento di uno stato volemico ed elettrolitico adeguati con risoluzione del quadro clinico.

TC addome con mdc



"…ingrandimento volumetrico di entrambi i surreni, con presenza di alcune calcificazioni intraparenchimali a sinistra…"

Discussione

Il quadro metabolico, con valori nel range delle ipoglicemie, appariva poco congruente con il dato iniziale di scompenso glicemico e la terapia avviata. **La clinica era suggestiva per insufficienza surrenalica acuta**, con necessità di avvio ex adiuvantibus di terapia sostitutiva salvavita. Una nuova crisi ipocorticosurrenalica è stata imputabile alla **rifampicina**, che agendo come potente induttore enzimatico del citocromo P450, **accelera il metabolismo del cortone acetato e del fludrocortisone.**

Take home messages

In un quadro suggestivo per crisi surrenalica il trattamento va avviato tempestivamente, prima di riconoscere la causa ed a prescindere dalle comorbidità. Le terapie concomitanti in corso vanno attenzionate in quanto possono essere interferenti, con necessità di aumento posologico della terapia sostitutiva e monitoraggio stretto del bilancio idro-elettrolitico