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

SINDROME DI SHEEHAN:

un caso a presentazione atipica

A. Simula, R. Lai, I. Aini, M. Ogana, F. Tolu, G. Fanciulli

SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo — AOU Sassari , Cliniche San Pietro

INTRODUZIONE

La sindrome di Sheehan è una rara causa di ipopituitarismo acquisito, dovuta a necrosi ischemica dell'adenoipofisi nel periodo post-partum. Classicamente associata a grave emorragia ostetrica e shock ipovolemico, può presentarsi in forme atipiche senza un evidente evento emorragico, con **significativo ritardo diagnostico.**

CASO CLINICO

- **Donna, 34 anni:** amenorrea secondaria da ~7 mesi dopo sospensione dell'estroprogestinico (06/2025)
- EP avviato ~7 mesi dopo il parto per amenorrea post-partum; cicli regolari in corso di EP
- 1 gravidanza a termine, 2 gravidanze extrauterine; desiderio di prole
- Valutazione ginecologica nella norma; β-hCG negativa
- APR: trait β-talassemico, intolleranza al lattosio

Indizi anamnestici chiave

- **Cefalea severa** subito dopo il parto, ~10 giorni, scarsa risposta agli analgesici
- **Agalattia completa** nel puerperio
- **Amenorrea** persistente post-partum
- **Nessuna emorragia o ipotensione** peripartum riferita

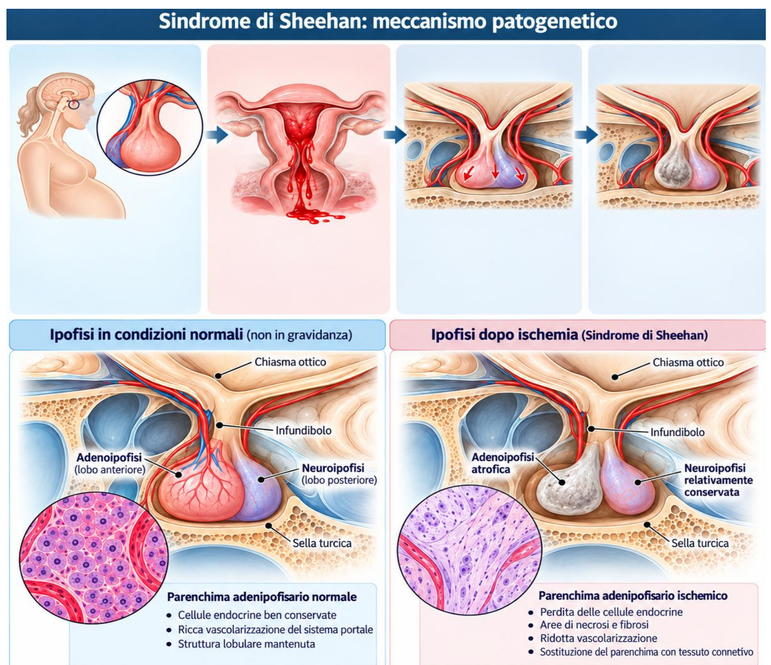


Fig. 1 – Fisiopatologia Sdr. Sheehan.

ITER DIAGNOSTICO

Valutazione integrata degli assi ipofisari:

Asse	Esami	Esito
Tireotropo	TSH 4,26 mcUI/ml fT4 0,66 ng/dl	**Ipotiroidismo centrale**
Corticotropo	ACTH 2,63 pg/ml Cortisolo 8,89 mcg/dl Synacthen 250 mcg: cortisolo 30' 17,85 mcg/dl	**Ipocortisolismo centrale; risposta borderline**
Somatotropo	GH 0,06 ng/ml IGF-1 34 ng/ml	**GH e IGF-1 ridotti**
Gonadotropo	FSH 5,96 / LH 4,37 mUI/ml E2 33,9 pg/ml MAP test negativo	**Gonadotropine ed E2 ridotti**
Lattotropo	PRL 4,5 ng/ml PRL 30' 4,39 ng/ml	**PRL ridotta**
Neuroipofisi	Na 140 mmol/l Copeptina 12,08 pmol/l	**Conservata**

Tab. 1 – Esami principali, 02–03/2026.

RM IPOFISI CON MDC

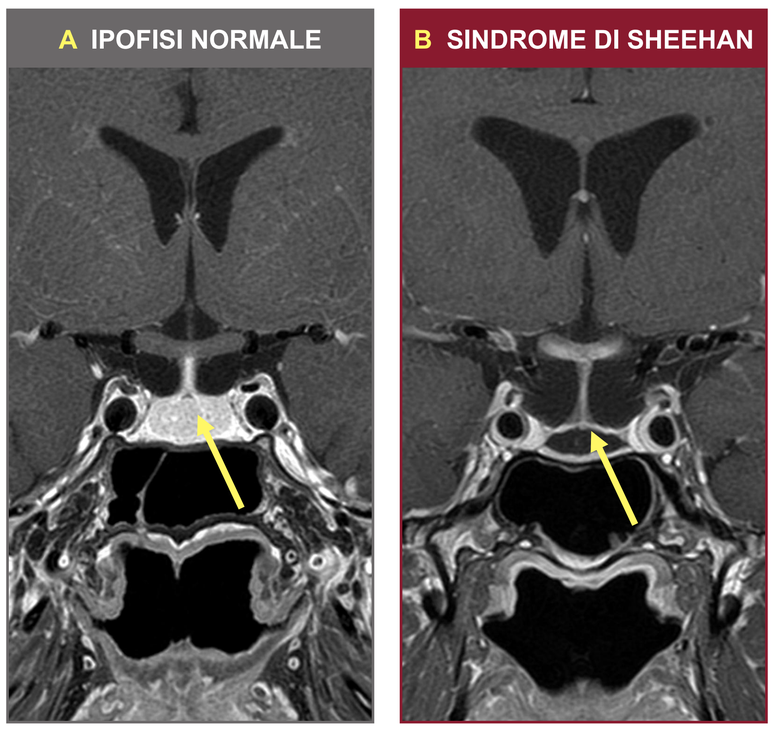


Fig. 2 – RM T1 coronale post-mdc.
A: adenoipofisi normale, enhancement omogeneo.
B: adenoipofisi assottigliata con mancato enhancement laterale

- Riduzione dello spessore dell'adenoipofisi, più evidente in sede mediana
- **Mancato enhancement delle porzioni laterali** con sottile enhancement periferico
- Neuroipofisi e peduncolo regolari
- Quadro compatibile con esiti di **infarto ischemico non emorragico**

TIMELINE

Parto
Cefalea severa (~10 gg), agalattia

~7 mesi post-partum
Amenorrea → avvio EP

06/2025
Sospensione EP → amenorrea secondaria

01/2026
Prima visita endocrinologica

02–03/2026
Studio assi ipofisari, Synacthen, MAP test

03–04/2026
Diagnosi; avvio terapia sostitutiva

05/2026
RM ipofisi con mdc

06/2026
Follow-up: fT4 0,92 ng/dl, astenia migliorata

TERAPIA E FOLLOW-UP

- **Cortone acetato 25 mg:** ½ cp ore 8 + ¼ cp ore 14
- **Levotiroxina 25 mcg/die** dopo 10 giorni di glucocorticoide
- Educazione allo stress-dosing (dose ×2–3; idrocortisone i.m. se vomito) e card di emergenza
- Miglioramento dell'astenia e normalizzazione dei parametri biochimici
- In programma: densitometria e valutazione ginecologica per terapia sostitutiva EP

TAKE HOME MESSAGES

- **Sospettare la sindrome di Sheehan** nell'amenorrea persistente post-partum, anche senza emorragia ostetrica documentata
- **Indagare agalattia e cefalea nel puerperio** con un'anamnesi mirata
- **Valutazione integrata degli assi + RM** per una diagnosi tempestiva e una terapia sostitutiva precoce