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

IPERPARATIROIDISMO SECONDARIO IN DEPRIVAZIONE ANDROGENICA

Un caso clinico di gestione endocrinologica integrata nel paziente con carcinoma prostatico

Michela Del Prete, Francesca Pesenti, Yana Pigotskaya, Elisa Cairoli, Flavio Azzalini, Olga Eugenia Disoteo
SC Endocrinologia-Diabetologia, Dietetica e Nutrizione Clinica, ASST Lariana, Ospedale Sant'Anna, Como, Italia

INTRODUZIONE

La **terapia di deprivazione androgenica (ADT)** per carcinoma prostatico accelera il turnover osseo, con perdita di BMD più marcata nel primo anno e **aumento del rischio di frattura** (19,4% vs 12,6% a 5 anni). Il deficit di vitamina D e un apporto di calcio insufficiente possono sostenere un **iperparatiroidismo secondario (SHPT)** che amplifica il riassorbimento osseo: una condizione frequente ma spesso **sottovalutata**, che la sola densitometria non rivela.

Prostatectomia radicale
12/2016

ADT con LHRH analogo
03/2021 – 03/2022

Blocco androgenico
di 2ª generazione

PET-PSMA (2023)
possibile fistola retto-cutanea

PTH 89,8 pg/mL
SHPT

Terapia integrata
e follow-up a 12 mesi

PRESENTAZIONE DEL CASO

Uomo, 78 anni
Carcinoma prostatico in ADT

Inviato per inquadramento **osteo-metabolico**

Comorbilità: ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità di I grado

Fratture pregresse: vertebrale (L5) e omero prossimale sinistro (da trauma)

Terapia in atto: colecalciferolo, **senza supplementazione calcica** per indicazione ortopedica

ADT in corso + fratture pregresse: paziente ad alto rischio fratturativo, indipendentemente dal T-score

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Profilo osteo-metabolico all'inquadramento endocrinologico

✓ **PTH 89,8 pg/mL**
Elevato (v.n. 15–65 pg/mL)

✓ **Calcemia 2,30 mmol/L**
Normocalcemia (albumina 41,1 g/L)

✓ **25 OH vitamina D 45 nmol/L**
Principale determinante dello SHPT

✓ **MOC-DEXA**
T-score lombare −1,4 / −0,5 DS; femorale 0,0 DS

! **TBS 1,172**
Microarchitettura degradata: rischio sottostimato dalla BMD

BMD lombare: possibile sovrastima da artrosi e frattura di L5; TBS e storia fratturativa più informativi

GESTIONE TERAPEUTICA

OBIETTIVO TERAPEUTICO
Correggere lo SHPT e ridurre il rischio fratturativo

1 **Vitamina D**
Ottimizzazione del colecalciferolo, target 25(OH)D > 75 nmol/L

2 **Calcio**
1200–1500 mg/die tra dieta e supplemento (NCCN 2024)

3 **Antiriassorbitivo**
Acido zoledronico 5 mg e.v./anno, dopo correzione del deficit di vitamina D

4 **Supporto nutrizionale**
Aminoacidi essenziali 8 g/die per il trofismo muscolo-scheletrico

PROFILO OSTEO-METABOLICO

PTH	**89,8 pg/mL**
Calcio	**2,30 mmol/L**
25(OH)D	**45 nmol/L**
Albumina	**41,1 g/L**
T-score lombare	**−1,4 / −0,5 DS**
T-score femorale	**0,0 DS**
TBS	**1,172**
Fratture	**L5, omero sx**
Diagnosi	**SHPT**

ADT E SHPT: IL CIRCOLO VIZIOSO DELLA PERDITA OSSEA

ADT (LHRH analogo + blocco di 2ª generazione) → **Ipogonadismo** (↓ testosterone ed estradiolo) → **↑ RANKL** (↑ riassorbimento trabecolare)

Deficit di vitamina D (+ apporto di calcio insufficiente) → **↓ assorbimento di Ca^{2+}** (→ ↑ PTH (SHPT)) → **↑ turnover osseo** (↑ riassorbimento corticale)

→ **↓ BMD** (microarchitettura degradata) → **↑ RISCHIO DI FRATTURA**

PIANO DI FOLLOW-UP A 12 MESI

MOC-DEXA
con TBS

Marcatori di turnover
CTX, fosfatasi alcalina ossea

Metabolismo minerale
PTH, 25(OH)D, calcemia

Follow-up oncologico
testosterone, PSA, scintigrafia ossea

TAKE-HOME MESSAGES

- Lo SHPT è una complicanza frequente e misconosciuta nel paziente in ADT, con effetto additivo sulla perdita ossea e sul rischio fratturativo.
- Una BMD solo lievemente ridotta non esclude un rischio elevato: TBS e storia di fratture completano la valutazione.
- Prima dell'antiriassorbitivo: correggere il deficit di vitamina D e garantire calcio 1200–1500 mg/die.
- L'endocrinologo nel team multidisciplinare oncologico colma il gap evidence-to-practice documentato anche negli studi real-world.

Bibliografia 1. Shahinian VB, et al. N Engl J Med 2005;352:154–164. 2. Smith MR, et al. N Engl J Med 2009;361:745–755. 3. Michaelson MD, et al. J Clin Oncol 2007;25:1038–1042. 4. McCloskey EV, et al. J Bone Miner Res 2016;31:940–948. 5. NCCN Guidelines Prostate Cancer 2024.

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana