

DIABETE DI TIPO 2, OBESITÀ ED ECCESSO DI CORTISOLO (DOCOR STUDY): dati preliminari

Vittoria Favero^{1*}, Chiara Parazzoli¹, Marina Croci², Antonio Conti², Iacopo Chiodini^{1,2}, Carmen Aresta², Valentina Morelli²

¹ Department of Medical Biotechnology and Translational Medicine, University of Milan, Milan, Italy

² Department of Endocrine and Metabolic Diseases, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milan, Italy

*Correspondence: Vittoria.favero@unimi.it

INTRODUZIONE

La sindrome di Cushing ha tra le sue complicanze principali l'ipertensione, l'obesità centrale, il diabete mellito di tipo 2 (T2D) e l'osteoporosi. Recentemente, è stato descritto come anche le forme più lievi di ipercortisolismo si associno alle medesime complicanze.

D'altra parte, nei pazienti con osteoporosi, ipertensione o T2D, questa forma di ipercortisolismo può rimanere occulta (hidden hypercortisolism, HidHyCo), fino a quando non si sospetti la sua presenza sulla base di particolari caratteristiche delle patologie sottostanti.

La Prevalenza di HidHyCo è stimata essere circa il 3% nei diabetici e l'1% nei pazienti obesi.

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo osservazionale, per l'eventuale inclusione nello studio verranno valutati tutti i pazienti affetti da T2D e obesi-non T2D di età compresa tra 18 e 75 anni.

Al momento dell'arruolamento verrà valutato il valore di cortisolo dopo test di soppressione con 1 mg di desametasone (F-1mgDST) in tutti i pazienti T2D e obesi-nonT2D. Tutti i soggetti con valori di F-1mgDST > 1.8 µg/dL, saranno considerati come possibilmente affetti da ipercortisolismo e saranno studiati seguendo le linee guida nazionali ed internazionali.

RISULTATI

Ad oggi sono stati inclusi nello studio 51 pazienti obesi-non T2D (Gruppo 1, 51.9±13.5 anni, BMI 38.3±7.2 kg/m²) e 17 pazienti T2D (Gruppo 2, 67.2±6.1 anni, BMI 30±7.2 kg/m²).

La prevalenza di HidHyCo è risultata 0% nel Gruppo1 e 17.6% nel Gruppo 2. I tre pazienti HidHyCo avevano 70, 73 e 75 anni, tutti in terapia antipertensiva combinata. Al momento stiamo procedendo con ulteriori valutazioni per confermare la presenza di un eccesso di cortisolo in questi pazienti e, eventualmente, definirne l'origine.

Dopo aver escluso i pazienti HidHyCo, le successive analisi statistiche hanno dimostrato che i livelli di F-1mgDST correlano positivamente con l'età ($r = 0.508$, $p < 0.001$); Fig. 1, la glicemia a digiuno ($r = 0.328$, $p < 0.05$; Fig. 2) e negativamente con il BMI ($r = -0.362$, $p < 0.05$; Fig. 3).

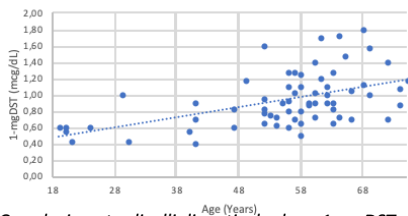


Figura 1 – Correlazione tra livelli di cortisolo dopo 1mg-DST ed età

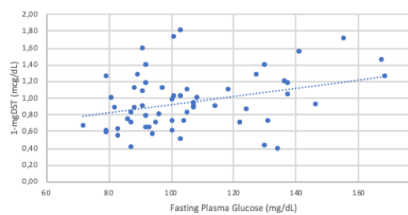


Figura 2 – Correlazione tra livelli di cortisolo dopo 1mg-DST e glicemia a digiuno

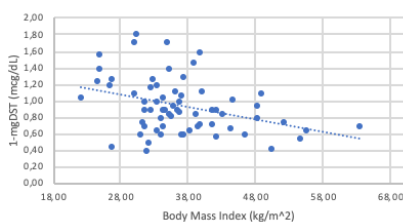


Figura 3 – Correlazione tra livelli di cortisolo dopo 1mg-DST e BMI

	Pazienti obesi non-T2D	Pazienti T2D	P value
N° di pazienti	51	17	-
F-1mgDST (mcg/dL)	0,86±0,28	1,38±0,49	<0.001
Sesso (Maschi%)	20/51 (40%)	8/17 (47%)	ns
Anni (Anni)	51,9±13,5	67,2±6,1	<0.001
Body Mass Index (kg/m ²)	38,5±7,5	30,8±7,2	<0.001
Ipertensione (N%)	21/51 (41%)	11/14 (78%)	ns
Glicemia a digiuno(mg/dL)	96,4±13,3	142,6±20,5	<0.001
HbA1c (%)	36,9±9	42,1±19,3	ns

Tabella 1 - Caratteristiche cliniche dei pazienti obesi non-T2D e dei pazienti T2D

Nel Gruppo 2 i valori di F-1mgDST erano significativamente più elevati rispetto al Gruppo 1 (Gruppo 1 0.85±0.28, Gruppo 2 1.37±0.49, $p < 0.001$). Questa differenza è rimasta significativa anche dopo aver corretto i dati per età.

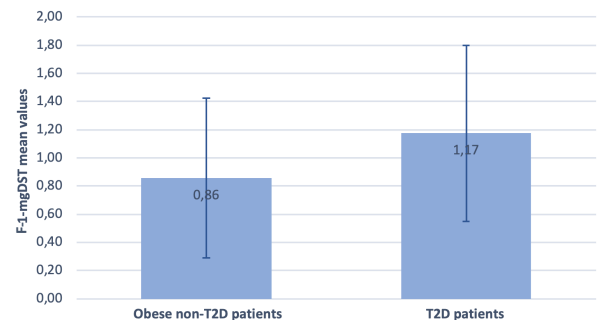


Figura 4 – Valori medi di cortisolo dopo 1-mg DST nei pazienti obesi non-T2D e nei pazienti T2D

CONCLUSIONI

I dati preliminari di questo studio suggeriscono che nei pazienti eucortisolemici ci possa essere una potenziale correlazione tra la secrezione di cortisolo e il controllo glicometabolico.