

## TASSO DI RICOVERO OSPEDALIERO E MORBILITÀ IN PAZIENTI CON INSUFFICIENZA SURRENALICA

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

I pazienti con insufficienza surrenalica primaria (PAI) o secondaria a patologia ipofisaria (PIT) e i pazienti con iperplasia surrenalica congenita (CAH) presentano una ridotta aspettativa di vita (3.2-11.2 anni), le cui cause rimangono sconosciute.

Per chiarirne le cause, è stato condotto uno **studio osservazionale e retrospettivo** (1), in cui sono stati analizzati i dati, ottenuti da registri di ricoveri ospedalieri e di prescrizione di farmaci americani (*Truven Health MarketScan Commercial e Medicare*) del periodo gennaio 2006 - giugno 2011, di 10.383 pazienti adulti con insufficienza surrenalica (1014 PAI, 8818 PIT e 551 CAH), confrontati con controlli (simili per età, sesso, polizza assicurativa e regione), e seguiti per 12 mesi.

Sono state valutate:

- caratteristiche demografiche;
- comorbilità (diabete mellito, depressione, ansia, dislipidemia, ipertensione);
- incidenza di ospedalizzazione.

Sono stati inclusi pazienti in terapia con qualsiasi steroide, tranne coloro che avevano assunto negli ultimi 30 giorni una dose quotidiana di prednisolone/prednisone > 10 mg o desametasone > 1 mg o idrocortisone > 50 mg. Per ognuno dei tre gruppi di pazienti, sono stati inoltre identificati quelli in terapia con solo idrocortisone e con aderenza  $\geq 50\%$  (PAI = 489, PIT = 983, CAH = 102).

Non esistono differenze di caratteristiche demografiche tra pazienti e controlli; i pazienti con insufficienza surrenalica presentano un **maggior rischio** (espresso come *Odds Ratio*) di:

- **diabete mellito** (sia tipo 1 che tipo 2), maggiore in quelli con CAH (OR 3.85 in CAH, 1.87 in PIT, 1.75 in PAI);
- **ipertensione arteriosa**, maggiore nei pazienti con PIT (OR 2.24 in PIT, 2.03 in CAH e 1.53 in PAI), indipendentemente dal tipo di terapia e dall'aderenza alla terapia con idrocortisone;
- **dislipidemia**, maggiore nei pazienti con PIT (OR 1.98 in PIT, 1.51 in PAI e CAH);
- **depressione**, maggiore nei pazienti con PIT (OR 2.55 in PIT, 2.40 in PAI e 1.89 in CAH);
- **ansia**, maggiore nei pazienti con CAH (OR 2.99 in CAH, 2.80 in PIT e 2.62 in PAI).

Gli autori hanno inoltre osservato un **maggior numero di ricoveri ospedalieri** nei pazienti con PIT e PAI rispetto ai controlli (4.64:1 in PAI, 4.00:1 in PIT), soprattutto per cause infettive, senza differenze nel gruppo in terapia con solo idrocortisone (4.60:1 in PAI, 3.19:1 in PIT) e con aderenza > 50% (4.35:1 in PIT). Viceversa, nessuna differenza rispetto ai controlli è stata osservata per i pazienti con CAH.

In conclusione, gli autori dimostrano che i pazienti con insufficienza surrenalica da qualsiasi causa presentano un maggior rischio di sviluppare patologie metaboliche e psichiatriche e una maggior frequenza di ospedalizzazione, rispetto ai controlli sani.

### Commento

Questo è il primo studio retrospettivo osservazionale condotto in pazienti con PAI, PIT e CAH, finalizzato a valutare le possibili cause di ridotta aspettativa di vita.

Le conclusioni degli autori confermano quanto già ipotizzato da precedenti studi condotti in pazienti sia con PAI che con PIT (2-6) in merito a una maggiore frequenza di patologie metaboliche e mortalità cardiovascolare, e sottolineano come i pazienti con PAI e PIT presentino maggiore ospedalizzazione rispetto ai controlli.

Messaggio innovativo è quello riguardante il **diverso impatto esercitato dal tipo di insufficienza surrenalica sulle comorbilità**, con maggiore frequenza di ipertensione e dislipidemia in pazienti con PIT, di DM in pazienti con CAH, e il ruolo del trattamento dell'insufficienza surrenalica su alcune patologie psichiatriche, con maggior frequenza di depressione in pazienti con PIT e di ansia in pazienti con CAH.



**Roberta Giordano** ([roberta.giordano@unito.it](mailto:roberta.giordano@unito.it))

Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche e SCU Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo, Dipartimento di Scienze Mediche; Università degli Studi di Torino

### Bibliografia

1. Stewart PM, Biller BMK, Marelli C, et al. Exploring inpatient hospitalizations and morbidity in patients with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab* [2016, 101: 4843-50](#).
2. Rosén T, Bengtsson BA. Premature mortality due to cardiovascular disease in hypopituitarism. *Lancet* [1990, 336: 285-8](#).
3. Tomlinson JW, Holden N, Hills RK, et al. Association between premature mortality and hypopituitarism. West Midlands Prospective Hypopituitary Study Group. *Lancet* [2001, 357: 425-31](#).
4. Bergthorsdottir R, Leonsson-Zachrisson M, Odén A, Johannsson G. Premature mortality in patients with Addison's disease: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab* [2006, 91: 4849-53](#).
5. Bensing S, Brandt L, Tabaroj F, et al. Increased death risk and altered cancer incidence pattern in patients with isolated or combined autoimmune primary adrenocortical insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)* [2008, 69: 697-704](#).
6. Erichsen MM, Løvås K, Fougner KJ, et al. Normal overall mortality rate in Addison's disease, but young patients are at risk of premature death. *Eur J Endocrinol* [2009, 160: 233-7](#).
7. Giordano R. Iposurrenalismi primari. [Endowiki](#).