

IPOPARIROIDISMO CRONICO: È SEMPRE NECESSARIO SUPPLEMENTARE IL CALCIO?

L'analisi del caso clinico di una paziente con ipoparatiroidismo post-chirurgico che sospende la supplementazione calcica per intolleranza gastro-intestinale è il punto di partenza per un articolo recentemente pubblicato su aderenza e tollerabilità della terapia dell'ipoparatiroidismo cronico e sull'analisi dei casi in terapia "senza calcio".

La prima parte dell'articolo è un *excursus* sul trattamento dell'ipoparatiroidismo secondo le ultime linee guida, con particolare evidenza alla supplementazione di calcio, prescritta a dosi inferiori in Europa rispetto al Nord America.

Viene poi esaminato il caso clinico di una donna di 55 anni con ipoparatiroidismo post-chirurgico da tiroidectomia, intollerante alla supplementazione di calcio, che veniva ridotta da 3 g/die a 2 g/die, cui si aggiungeva alfa-calcidolo 0.75 µg x 2/die. La paziente assumeva abitualmente inibitori di pompa protonica (PPI) per documentata gastrite, con conseguente comparsa di ipomagnesiemia, e in 5 anni era stata ricoverata tre volte, due per ipocalcemia sintomatica e una per ipercalcemia. Gli esami ematici mostravano livelli di calcio appena sufficienti, con ipomagnesiemia, ipovitaminosi D e aumentato rapporto calciuria/creatinuria. Successivamente, veniva aggiunto colecalciferolo 1600 UI/die, sostituito il PPI con ranitidina, modificata la terapia anti-ipertensiva con l'aggiunta di un diuretico tiazidico a bassa dose e ridotta la terapia con calcio a 1 g/die. Dopo due mesi i livelli di calcio rimanevano adeguati, con normalizzazione dei livelli di vitamina D, magnesio e calciuria, nonostante la sospensione da parte della paziente della terapia prescritta nelle tre settimane precedenti agli esami.

In seguito gli autori presentano un *report* di 24 pazienti con ipoparatiroidismo post-chirurgico, seguiti in un unico centro, progressivamente "svezziati" dalla terapia con calcio carbonato, con aggiunta/adeguamento di alfa-calcidolo, ranitidina al posto di PPI in caso di ipomagnesiemia documentata, diuretici tiazidici a bassa dose se ipertesi, colecalciferolo per raggiungere livelli di 25OH-vitamina D > 30 ng/mL e adeguato introito di calcio elementare nella dieta (800-2000 mg/die, come consigliato alla popolazione generale).

Infine, riportano i risultati di una *survey online* su pazienti con ipoparatiroidismo cronico (non specificato), distribuita ai 1500 membri del gruppo di supporto ai pazienti (*Hypopara UK*) tramite *e-mail* personali e gruppi di *social media* e completata da 330 soggetti. I quesiti riguardavano la terapia pregressa e in atto (con o senza qualunque tipo di vitamina D e con o senza calcio) e la sua tollerabilità. Viene riportato che la metà assumeva diuretici tiazidici per ipertensione, 1/3 aveva sospeso autonomamente il calcio, 5/6 assumevano vitamina D attivata e solo la metà anche colecalciferolo/ergocalciferolo.

Con i riconosciuti *bias* legati all'auto-selezione dei pazienti dal gruppo di sostegno, in cui vengono convogliati soggetti più complessi e/o attenti, e considerando la possibilità che coloro che hanno potuto sospendere il calcio presentassero probabilmente una forma lieve di ipoparatiroidismo, si conclude che il regime "senza calcio" potrebbe non essere adatto a tutti i pazienti, in particolare in quelli con carenza di calcio nella dieta o con ipocalcemia difficile da trattare. Tuttavia, un approccio "senza calcio" (o a basse dosi) potrebbe essere considerato per chi ha importanti effetti collaterali o complicazioni direttamente attribuibili a tale terapia. Gli stessi autori suggeriscono il confronto con regimi *standard* in un più ampio studio prospettico che confronti i risultati a lungo termine e la tollerabilità dei diversi regimi terapeutici.

Nonostante i dichiarati *bias*, l'articolo pone correttamente l'accento sull'adeguatezza della terapia nell'ipoparatiroidismo post-chirurgico (per esempio in termini di dosaggio di vitamina D attivata, che se inadeguato potrebbe richiedere una maggiore supplementazione di calcio). La mancanza del dato di PTH nei pazienti che sospendono il supplemento di calcio rende le conclusioni non generalizzabili alla pratica clinica. Per me condivisibili, anche se ormai parte di un'annosa discussione, sono le argomentazioni a favore dell'utilizzo concomitante di vitamina D non idrossilata. Inoltre, il *report* sull'aderenza alla terapia di un'ampia coorte di pazienti offre una fotografia della realtà non diversa da quella italiana.

Bibliografia

1. Al-Sharefi A, Glenister E, Morris M, Quinton R. Is calcium supplementation always needed in patients with hypoparathyroidism? *Clin Endocrinol (Oxf)* [2019, 90: 775-80.](#)

