

COVID-19: ALTRE INDICAZIONI SU PAZIENTI A RISCHIO

L'urgenza sanitaria legata all'attuale pandemia da SARS-CoV-2 ha stravolto le nostre vite personali e professionali, coinvolgendo anche molti di noi endocrinologi nella gestione in prima linea dei pazienti affetti. Le stesse società scientifiche endocrinologiche hanno evidenziato alcune **categorie di pazienti a maggior rischio di infezione e complicanze**, come i diabetici, gli obesi, i malnutriti, i pazienti con sindrome di Cushing e gli iposurrenali (1,2). In quest'ultima categoria, in particolare, spesso ci si dimentica di **considerare anche i pazienti in terapia steroidea cronica**, che potrebbero presentare un iposurrenalismo terziario da soppressione dell'asse corticotropo, che si palesa in occasione di *stress* intercorrenti, come ad esempio quadri infettivi. Le attuali evidenze suggeriscono che tale rischio diventa sicuramente maggiore in modo proporzionale al tempo e alla quantità di terapia steroidea assunta, indipendentemente dalla via di somministrazione. Pazienti in trattamento da oltre tre settimane con dosi sovra-fisiologiche di steroide potrebbero presentare innanzitutto un **maggiore rischio infettivo** per lo stato immuno-soppressivo indotto dalla terapia e in secondo luogo un **elevato rischio di crisi surrenalica**, se si sospendesse bruscamente tale terapia.

Da sottolineare che anche nei pazienti *naïve* con infezione respiratoria da COVID-19, l'utilizzo di glucocorticoidi potrebbe comportare una soppressione dell'asse corticotropo. Anche se mancano forti evidenze cliniche, un trattamento steroideo a qualunque dose per un tempo < 3 settimane sembra sicuro e potrebbe permettere una sospensione anche non graduale della terapia (3). Maggiore attenzione, però, dovrà essere posta nel caso in cui la **terapia steroidea** venisse **protratta** per maggiore tempo **o fosse associata a farmaci in grado di inibire l'enzima CYP3A4** e pertanto di **aumentare l'emivita degli steroidi**, come ad esempio gli **anti-retrovirali e i macrolidi**, frequentemente utilizzati nei protocolli COVID. In questa circostanza sarebbe auspicabile una riduzione graduale della posologia dello steroide fino alla sua sospensione se possibile, monitorando il successivo andamento clinico e bio-umorale del paziente, per escludere la persistenza di iposurrenalismo terziario.

Anche in questa urgenza, la collaborazione tra le diverse discipline mediche rimane fondamentale per la migliore gestione del malato. **AME raccomanda ai soci di condividere con gli altri colleghi specialisti questi aspetti fondamentali della secrezione fisiologica spontanea del cortisolo e la necessità di implementare il dosaggio della terapia steroidea cronica, nei pazienti che ne fanno uso, con dosi supplementari di corticosteroidi in base alle esigenze cliniche.**

Bibliografia

1. Team editoriale AME. COVID-19: indicazioni per i pazienti endocrinopatici. Breaking News [8/2020](#).
2. Kaiser UB, Mirmira RG, Stewart PM. Our response to COVID-19 as endocrinologists and diabetologists. J Clin Endocrinol Metab [2020, 105 \(5\): dgaa148](#).
3. Henzen C, et al. Suppression and recovery of adrenal response after short-term, high-dose glucocorticoid treatment. Lancet [2000, 355: 542-5](#).

