

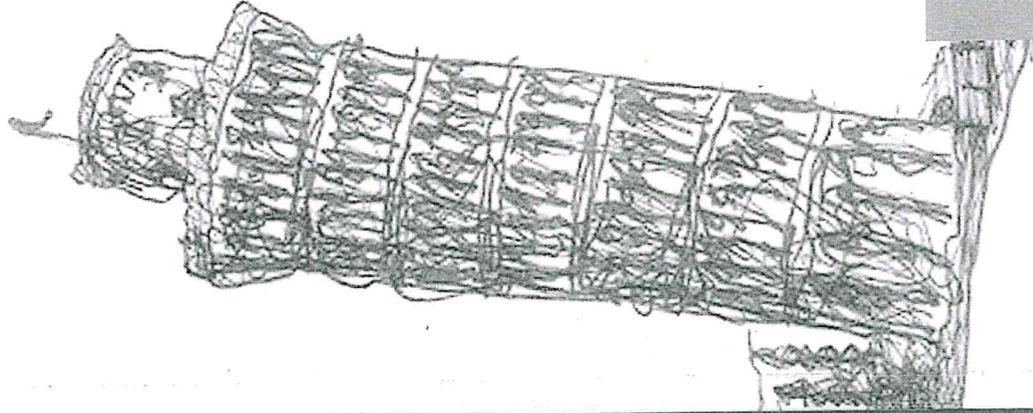


Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Università degli Studi di Pisa

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Allievi Endocrinologia Pisana

Abstract Book



37° Congresso
Società Italiana
di Endocrinologia

GEP

XXXI Giornate
Endocrinologiche Pisane

10-12 aprile 2014
PISA - Palazzo dei Congressi

OC20 - LA GINECOMASTIA NEI PAZIENTI CON DISFUNZIONE SESSUALE

E. Maseroli¹, G. Rastrelli¹, G. Corona², V. Boddj¹, A. M. L. Amato¹, E. Mannucci³, G. Forti¹, M. Maggi¹

¹Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche - Università di Firenze Firenze, ²Unità di Endocrinologia - Ospedale Maggiore-Bellaria - Bologna, ³Unità di Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università di Firenze - Firenze
Scopo: analizzare le possibili correlazioni tra la ginecomastia ed alcuni parametri clinici e biochimici in un'ampia coorte di soggetti con disfunzione sessuale (DS).

Metodi: abbiamo studiato retrospettivamente una serie consecutiva di 4023 soggetti maschi afferenti ai nostri Ambulatori per DS.

Risultati: dopo aver escluso i pazienti con sindrome di Klinefelter, il 3.1% del campione è risultato affetto da ginecomastia. I soggetti con ginecomastia avevano livelli di testosterone più bassi, e tale associazione è stata confermata anche dopo aggiustamento per età e stile di vita. Tuttavia, solo il 33.3% dei soggetti con ginecomastia sono risultati ipogonadici.

Abbiamo riscontrato un'associazione tra ginecomastia e pubertà ritardata, storia di patologia testicolare o epatica e abuso di cannabis. I pazienti con ginecomastia riferivano più frequentemente problemi di sessualità, come disfunzione erettile grave (odds ratio (OR)=2.19 [1.26-3.86], p=0.006), calo del desiderio e minore frequenza di rapporti sessuali (OR=1.23 [1.06-1.58] e OR=1.84 [1.22-2.78], rispettivamente; entrambi p<0.05), difficoltà a aggiungere l'orgasmo (OR=0.49 [0.28-0.83], p=0.008), eiaculazione ritardata e ridotto volume dell'eiaculato (OR=1.89 [1.10-3.26] e OR=1.51 [1.23-1.86], rispettivamente; entrambi p<0.05). La ginecomastia è risultata associata direttamente con un'obesità di grado severo, un ridotto volume testicolare e con i livelli sierici di LH, e inversamente con i livelli di PSA. Tali dati sono stati confermati all'analisi multivariata dopo aggiustamento per testosterone, tranne l'associazione con l'obesità. Dopo aver introdotto come ulteriore fattore di correzione il BMI (Indice di Massa Corporea), tutte le suddette associazioni sono state confermate, tranne quella con l'eiaculazione ritardata.

Abbiamo inoltre rilevato che, con il graduale peggioramento della ginecomastia, si assisteva ad un progressivo aumento dei livelli di LH e ad una progressiva riduzione del volume testicolare, indipendentemente dal testosterone. Infine, in circa il 40% dei nostri pazienti la ginecomastia è risultata associata con l'uso di diversi farmaci. Conclusioni: la ginecomastia è una condizione rara nei soggetti con DS, e può indicare una carenza di testosterone che merita ulteriori approfondimenti.

OC21 - LA TERAPIA CON GH PEGGIORA L'INSULINO-SENSIBILITÀ SENZA UN'ADEGUATA RISPOSTA PANCREATICA COMPENSATORIA IN BAMBINI AFFETTI DA DEFICIT DI GH DURANTE IL PRIMO ANNO DI TERAPIA

A. Ciresi¹, M. C. Amato¹, C. Giordano¹

¹Sezione di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Di.Bi.M.I.S., Università degli Studi di Palermo - Palermo

Background: I dati sugli effetti glicometabolici indotti dalla terapia sostitutiva con GH in età pediatrica non sono univoci e l'alterazione più comunemente riscontrata è l'aumento dei livelli insulinemici basali e di HbA1c.

Scopo: Analizzare in modo completo durante un follow-up di 12 mesi diversi indici, sia basali che stimolati, di insulina-secrezione e sensibilità in bambini GHD per meglio comprendere quale aspetto glicometabolico sia maggiormente compromesso dalla terapia con GH.

Materiali e Metodi: 73 bambini prepuberi (55 M, 18 F; età media 10.5 aa) sono stati sottoposti alla diagnosi e dopo 12 mesi di terapia a OGTT (con dosaggio di glicemia e insulinemia), test al glucagone [con dosaggio di C-peptide (CP)] e dosaggio di HbA1c.

Sono stati calcolati i parametri HOMA-IR, QUICKI, Homa- β , Oral disposition Index (Dio) e le aree sotto la curva (AUC) di glicemia (AUCGLI), insulinemia (AUCINS) e C-peptide (AUCPEP). In un sottogruppo di 11 bambini è stato anche eseguito un clamp euglicemico iperinsulinemico con calcolo dell'indice M. Risultati: Dopo 12 mesi, glicemia (88.2 ± 9.1 vs. 82.1 ± 9.8 mg/dl; p<0.001), insulinemia (9 ± 6.1 vs. 5.6 ± 6.4 U/l; p<0.001) e HbA1c (5.1 ± 0.4 vs. 4.8 ± 0.5 %; p<0.001) aumentano significativamente, con contestuale aumento di HOMA-IR (2 ± 1.4 vs. 1.1 ± 1.2 ; p<0.001) e riduzione di QUICKI (0.35 ± 0.04 vs. 0.41 ± 0.06 %; p<0.001), indice M (4.4 ± 1.5 vs. 7.2 ± 2.4 ; p=0.011) e Dio (4.6 ± 6.8 vs. 9.2 ± 9.9 ; p=0.031). Una riduzione, seppur non significativa, si evidenzia nell'ISI (12.5 ± 7.3 vs. 15.3 ± 11.9 ; p=0.069), mentre nessuna significativa variazione si evidenzia in Homa- β , AUCINS, CP e AUCPEP.

Conclusioni: La terapia con GH dopo 12 mesi determina un trend di peggioramento del metabolismo glicidico (glicemia, HbA1c), che comunque resta nel range di normalità, non controbilanciato efficacemente dal contestuale aumento dell'insulinemia, come dimostrato dalla riduzione del Dio. La riduzione dell'insulino-sensibilità, confermata da HOMA-IR, QUICKI e clamp, e una scarsa capacità beta-cellulare di contrastare l'insulino-resistenza, sono gli effetti principali della terapia con GH. Studi in popolazioni più ampie e con più lungo follow-up potranno meglio chiarire questi meccanismi.