



**XIX
CONGRESSO
NAZIONALE AMD**
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013
Rome Marriott Park Hotel

Un'insolita anoressia in giovane diabetica



Dott. Lorenzo Finardi

Osp E. Franchini, Montecchio Emilia (RE)



La Sig.ra G.G. di anni 22, affetta da diabete mellito tipo 1, esegue visita al Servizio Diabetologico nei primi mesi del 2006 per drastico peggioramento del compenso metabolico, con rialzo della HbA1c a 9,3 % e insieme, importante calo ponderale di 8-9 Kg (peso 43 Kg- BMI 14,6) con inappetenza e stato depressivo, iniziato dopo la perdita del lavoro, da un mese e mezzo circa.

Anamnesi familiare e fisiologica

Diabete Mellito tipo 1 dall' età di 12 anni, tiroidite autoimmune in trattamento ormonale sostitutivo.



Anamnesi patologica prossima

Visita dermatologica per iperpigmentazione alle labbra, anoressia, nausea, episodi di vomito ed intensa astenia; indi depressione e ulteriore peggioramento dell'anoressia; calo di peso ingravescente.

Consulenza psichiatrica per una valutazione clinica ed eventuale ciclo di psicoterapia, trattamento antidepressivo con **paroxetina e sulpiride**; richiesti esami di valutazione nutrizionale; ulteriore peggioramento dell'anoressia con conseguente ulteriore calo ponderale ed intensa astenia, la pz viene quindi **ricoverata in reparto di medicina generale**.

Ricovero

Aprile 2006, al momento del ricovero pesa **40 Kg (BMI = 14,5)**; viene iniziata nutrizione artificiale parenterale dopo posizionamento di CVC ed eseguita **consulenza psichiatrica** che pone diagnosi di **anoressia nervosa conclamata**, tra gli esami emocitometrici ed ematochimici indicativi di denutrizione emergono sodiemia di 113 mEq/l con potassiemia di 5 mEq/l



Diagnosi Differenziale:

- 1) Anoressia nervosa
- 2) “Semplice” Diabete mellito tipo1 scompensato
- 3) DM Tipo1 e SIADH e/o ipotiroidismo e/o ipocorticosurrenalismo
- 4) Gastroparesi diabetica



Quindi eseguiti dosaggi di

- TSH 4.5 mUI/L
- cortisolo plasmatico 5 ng/ml, cortisolo libero urinario 1 ng/ml 24/h , Na 113 mEq/l, K 5 mEq/l, HCO₃⁻ 30 mEq/l
- ACTH >1600 pg/ml

Si pone diagnosi di Morbo di Addison in un quadro di Sindrome Poliendocrina Autoimmune di tipo 2. (Sindrome di Schmidt)



Sindrome di Schmidt

E' caratterizzata da ipofunzione di più ghiandole endocrine, incluse tiroide, surreni, gonadi, paratiroidi, pancreas endocrino, in ogni combinazione, assieme ad anomalie non endocrine di supposta origine autoimmune come vitiligine, alopecia, anemia perniziosa; colpisce soprattutto le femmine adulte. Il termine originariamente veniva usato per definire l'insufficienza primaria delle ghiandole surrenali e della tiroide



Inizia quindi **terapia steroidea** con metil prednilosone 20 mg x 2 / die / ev e quindi con cortisone acetato 25 mg per os h 8-16; ripresa della alimentazione

Visite diabetologiche successive

30gg più tardi la pz sta bene, ha recuperato 8 Kg,

5 mesi più tardi: risalito il BMI da 14,6 a 19, 2, **peggiorato il compenso metabolico** del diabete con la terapia steroidea in atto.

Marzo 2008: migliorati i profili glicemici; inserito alla sera desametasone con riduzione del dosaggio del cortisone acetato; HbA1c scesa da 10 a 9%;
Ma glicata non ancora soddisfacente



Strategia terapeutica insulinica in DM tipo 1 che necessita di terapia steroidea in cronico

- 1. Schema basal bolus semplice**
- 2. Schema basal bolus con doppia detemir H 8-20**
- 3. Schema basal bolus con premiscelata al pranzo**
- 4. Microinfusore**



Microinfusore

Il posizionamento di microinfusore si impone data la necessita' di terapia steroidea cronica.



Conclusioni

Nella pratica clinica e diabetologia occorre ricordare la possibile associazione di **diabete mellito tipo 1**, **tiroidite autoimmune** e **Morbo di Addison**; e' da ricordare inoltre il possibile esordio del M. di Addison con sintomi similpsichiatrici.