

I CORTISONICI NEL 2024: QUALI, QUANDO E COME?

Rosario Pivonello - Francesco Garifalos

Il cortisolo è un ormone prodotto dalla corticale del surrene a partire dal colesterolo ed ha un'azione pleiotropica su tanti organi e tessuti, tra cui muscolo, adipe, fegato, osso, sistema nervoso, apparato cardiovascolare e sistema immunitario. Nel corso del tempo si è assistito ad un notevole sviluppo di molecole analoghe del cortisolo, i corticosteroidi di sintesi, che avessero una potenza biologica e una durata d'azione maggiore. Tra i questi: Prednisone, Prednisolone, Metilprednisolone, Triamcinolone, Betametasone e Desametasone. Questi, grazie alla loro capacità di regolare il sistema immunitario, hanno trovato grande spazio in tutte le malattie in cui era presente una risposta infiammatoria da controllare, ovvero: patologie cutanee, polmonari, tiroidee, renali, disordini neurologici, trapianto di organi, reazioni allergiche, disordini oculari, patologie infiammatorie delle ossea, delle articolazioni, del collagene e dei vasi, infezioni, patologie del tratto gastrointestinale, infiammazioni sistemiche e disordini ematologici. Tuttavia, l'utilizzo sia sistemico che topico dei corticosteroidi deve essere ben ponderato, in relazione alla patologia da trattare, a causa dei tanti effetti collaterali dovuti alla azione pleiotropica delle molecole. Infatti, un utilizzo prolungato ed a dosi elevate può condurre alla sindrome di Cushing iatrogena, caratterizzata da alterazioni glicometaboliche, ossee, cardiovascolari, psichiatriche e della morfologia corporea. Un'altra conseguenza molto pericolosa della somministrazione prolungata e massiccia di cortisonici è la possibile insorgenza dell'insufficienza surrenalica secondaria. Pertanto, l'endocrinologo è chiamato a vigilare sulla corretta modalità di sospensione dei cortisonici dopo un lungo utilizzo e a valutare i pazienti con una sintomatologia compatibile con una insufficienza surrenalica secondaria, indicando, se necessario, specifici esami diagnostici e terapia sostitutiva. Nel dettaglio, per evitare l'insorgenza di questa complicità è opportuno: preferire a cortisonici a media durata d'azione (prednisone e analoghi); utilizzare la dose minima efficace per la durata più breve possibile, somministrando il farmaco in unica dose al mattino o, ove possibile, a giorni alterni; utilizzare i corticosteroidi per via sistemica solo in presenza di indicazioni ben documentate, sostituendoli laddove possibile con l'uso topico; sospendere il trattamento, riducendo progressivamente le dosi di prednisone (o analoghi) di 2,5-5 mg ogni 7-15 giorni fino ad arrivare alla dose di 5 mg/die, continuando con una riduzione di 1 mg/mese sino alla sospensione definitiva o passaggio a dose equipotente di idrocortisone sino a completa normalizzazione dell'asse HPA.

Cortisol is a hormone produced by the adrenal cortex from cholesterol and has a pleiotropic action on many organs and tissues, including muscle, fat, liver, bone, nervous system, cardiovascular system and immune system. Over time, there has been a remarkable development of cortisol analogous molecules, synthetic corticosteroids, which have a higher biological potency and duration of action. These include Prednisone, Prednisolone, Methylprednisolone, Triamcinolone, Betamethasone, and Dexamethasone. These, due to their ability to regulate the immune system, have found great space in all diseases in which there was an inflammatory response to be controlled, including: skin, lung, thyroid, renal diseases, neurological disorders, organ transplantation, allergic reactions, eye disorders, inflammatory pathologies of the bones, joints, collagen and vessels, infections, pathologies of the gastrointestinal tract, systemic inflammation and hematologic disorders. However, both systemic and topical use of corticosteroids must be well thought out, in relation to the pathology to be treated, due to the many side effects due to the pleiotropic action of the molecules. In fact, prolonged use at high doses can lead to iatrogenic Cushing's syndrome, characterized by glycometabolic, bone, cardiovascular, psychiatric and body morphology alterations. Another very dangerous consequence of prolonged and massive administration of corticosteroids is the possible onset of secondary adrenal insufficiency. Therefore, the endocrinologist is called upon to supervise the correct method of withdrawal of corticosteroids after long use and to evaluate patients with symptoms compatible with secondary adrenal insufficiency, indicating, if necessary, specific diagnostic tests and replacement therapy. In detail, to avoid the onset of this complication, it is advisable to: prefer medium-acting corticosteroids (prednisone and analogues); use the lowest effective dose for the shortest duration possible, administering the drug as a single dose in the morning or, where possible, every other day; use systemic corticosteroids only in the presence of well-documented indications, replacing them with topical use where possible; discontinue treatment, progressively reducing doses of prednisone (or analogues) by 2.5 to 5 mg every 7-15 days until reaching the dose of 5 mg/day, continuing with a reduction of 1 mg/month until permanent discontinuation or switching to an equipotent dose of hydrocortisone until the HPA axis is completely normalized.