

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

7-11 gennaio 2019 - Roma

Un caso di menopausa precoce

Tutor
Dott. G. Di Dalmazi

Specializzanda
Dott.ssa F. Corzani

Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Università di Bologna

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

7-11 gennaio 2019 - Roma

Un caso di menopausa precoce

24 anni. Prima valutazione nel novembre del 1998 per **amenorrea secondaria**. Menarca a 18 anni, successiva oligomenorrea fino ai 22 anni, da allora amenorrea. APR muta. Non tabagismo. Nessuna terapia in atto. No familiarità per POI e TVP.

Altezza (cm)	145 (target 158 ± 8.5)
BMI (kg/m^2)	20
Circ. Vita (cm)	82
PA (mmHg)	110/60
FSH (UI/L)	48 (04/98); 40 (11/98)
E2 (pg/mL)	19 (04/98); <20 (11/98)

Esame obiettivo: micrognazia, cubito valgo, bassa attaccatura delle orecchie e collo corto.

Ecografia TV: utero ai limiti inferiori di norma, endometrio non visualizzabile. Ovaie di volume ridotto e aspetto omogeneo.

Cariotipo	45,X (84%)/46,X,+r(X) (16%)
DEXA ossea (Z-score)	L1-L4: -2.25 Femore: -2.81

POI in S. di Turner

Quale terapia iniziare?

- 1) Terapia sostitutiva con estrogeni naturali per via transdermica associati a progesterone.
- 2) Terapia EP sostitutiva con estrogeni naturali per os.
- 3) Terapia EP con etinilestradiolo per os o per via transdermica.
- 4) Terapia sostitutiva con soli estrogeni naturali per via transdermica.

Inizia Estradiolo 50 mcg/die TTS +
Progesterone 200 mg die per 14 giorni al mese.

Il 17beta-Estradiolo è preferibile all'Etinilestradiolo e la via transdermica è preferibile alla via orale, poiché saltando il primo passaggio epatico è la più fisiologica.

Associare progestinico per la presenza dell'utero.

Quale Follow-up?

- 1) Monitoraggio di pressione arteriosa, BMI e densitometria ossea.
- 2) Monitoraggio di E2 ed FSH.
- 3) Nessun monitoraggio.
- 4) Nessuna delle precedenti.

Come monitoraggio per la TOS nella POI è sufficiente un controllo clinico annuale (BMI e pressione arteriosa) e una densitometria ossea all'esordio, e se patologica successivo controllo entro 5 anni.

ESHRE Guideline Group of POI, Human Reproduction 2016

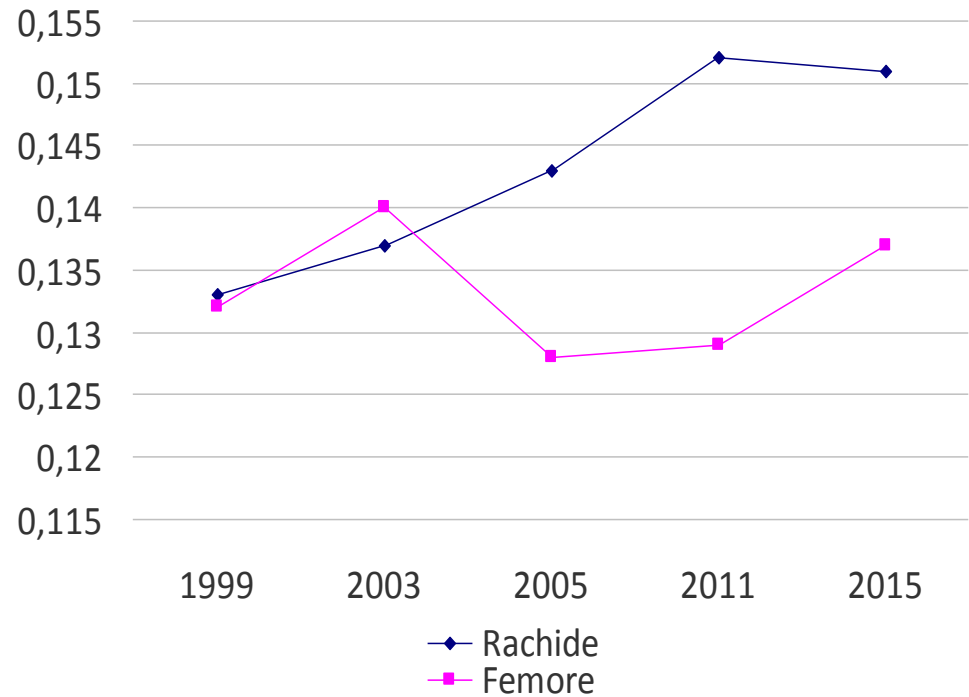
Nella S. di Turner è necessario un follow-up specifico:

Annuale	Ogni 3-5 anni	Al bisogno
BMI Pressione arteriosa Profilo lipidico Profilo glucidico (con OGTT) Funzione epatica	Densitometria ossea Esami met. minerale	Visita cardiologica (con ECG, Ecocardiografia e RMN arco aortico)

Gravholt et al. European J of Endocrinology 2017

	1999	2018
BMI (Kg/m ²)	20	25
PA (mmHg)	110/60	110/60
Col tot (mg/dL)	173	217
HDL (mg/dL)	60	61
LDL (mg/dL)	103	157
Trig (mg/dL)	49	87
Glu (mg/dL)	88	96
Ins (mcU/mL)	6,0	5,5
C-peptide (ng/mL)	-	1,8
Glu 120' OGTT (mg/dL)	-	254
Ins 120' OGTT (mcU/mL)	-	53,0
HbA1c (%)	4,9	5,0
AST (UI/L)	20	33
ALT (UI/L)	19	56
GGT (UI/L)	11	89
Es.met. Minerale	Norm.	Norm.
Eco addome	Norm.	Norm.
CV	Norm.	Norm.

Densitometria ossea (BMAD)



Z-score	1999	2015
L1-L4	-2,25	-0,9
Femore collo	-2,81	-1,6

All'ultimo controllo (maggio 2018) la paziente ha **44 anni**:
Terapia in corso: Estradiolo 50 mcg/die TTS + Progesterone 200 mg die per 14 giorni al mese.

Per quanti anni proseguire ancora la TOS?:

- 1) Sospendere subito la terapia poiché la paziente è stata trattata già per circa 20 anni.
- 2) Proseguire la terapia riducendo progressivamente il dosaggio di estradiolo per poi sospenderla entro 5-10 anni.
- 3) Proseguire la terapia il più a lungo possibile.

Sospendere la TOS dopo una graduale riduzione del dosaggio mimando la menopausa fisiologica, sospendendo la terapia circa a 50 anni di età.