



FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

8-11 gennaio 2020 - Roma



Un caso di osteoporosi secondaria a morbo celiaco con iperparatiroidismo secondario

Specializzanda: Dott.ssa Giuseppina Incandela

Tutor: Dott.ssa Laura Masi



Il caso clinico



- Adriana 56 anni viene in visita per riferita osteoporosi
- Anamnesi familiare:
 - madre con osteoporosi diagnosticata in tarda età, in assenza di fratture da fragilità
 - padre con ipertensione e diabete
 - una sorella con tiroidite di Hashimoto
- Anamnesi fisiologica:
 - menarca 13 aa, cicli regolari
 - 1 GAT, allattamento al seno per 6 mesi
 - Menopausa fisiologica a 50 anni, no HRT
 - Ex fumatrice, circa 10 sigarette/die dai 20 ai 40 aa (10 Pack-year)
 - Alimentazione varia, buon introito di calcio
 - Alvo alternante
 - Svolge regolare attività fisica (cammina 30-40 minuti al giorno)

Anamnesi patologia remota:

- Struma multinodulare
- Mai fratture né uso prolungato di CCS
- Nega pregressi interventi chirurgici

Anamnesi patologia prossima:

Riferisce recente calo ponderale (circa 5 kg negli ultimi 2 mesi), senso di gonfiore, stanchezza, affaticamento muscolare specie agli arti inferiori .

Terapia attuale:

- nessuna

Esame obiettivo

- Peso 70 kg, altezza 170 cm
- BMI= 24.22
- CV 90 cm
- PA 110/70 mmHg FC 90R



Esami mostrati alla prima visita


- **Esami ematici:** eseguiti di routine, sono tutti nella norma eccetto per la presenza di una anemia che la paziente riferisce avere da sempre e che non ha mai approfondito
- **MOC F+L (Lunar, di un paio di anni prima)**
 - L1L4 Tscore -2.8
 - Femore collo Tscore -2.9
- **RX (di un paio di anni prima) rachide dorsale-lombo-sacrale con studio morfometrico:** Accentuazione della fisiologica cifosi dorsale e lordosi lombare. Si rileva atteggiamento scoliotico destro-convesso del rachide dorso-lombare. Aspetto discretamente porotico dei corpi vertebrali. Conservata l'altezza dei somi vertebrali e l'ampiezza degli spazi intersomatici. Modeste irregolarità artrosiche interapofisarie in sede lombare inferiore.

Quali strategie diagnostiche e terapeutiche intraprendereste?

1. Richiedo solo esami ematici
2. Inizio subito terapia con farmaci antiriassorbitivi
3. Chiedo nuova Rx con studio morfometrico
4. Chiedo esami di primo e secondo livello



Quali strategie diagnostiche e terapeutiche intraprendereste?

1. Richiedo solo esami ematici
 2. Inizio subito terapia con farmaci antiriassorbitivi
 3. Chiedo nuova Rx con studio morfometrico
 4. Chiedo esami di primo e secondo livello
- 

Esami richiesti

Esami Primo livello

Parametro	Valore
Hb	11(g/dl)
MCV	75 fl
Ca	8,7 (8,2-10,7 mg/dl)
Fosfato	3.5(2,5-4,8 mg/dl)
Proteine tot	6.8 (g/dl)
Protidogramma	nella norma
Calcio corretto per prot. Totali	8,9 (mg/dl)
Calciuria	90 (100-300mg/24h)
Cretinina	0.7 (0,5-1,1 mg/dl)
VES	15.0

Esami Secondo livello


Parametro	Valore
Paratormone sierico	10 (1,3-7,6 pmol/l)
25-OH-vitamina D	10 ng/ml
Anticorpi anti-transglutaminasi	90 (v.n. <10)
Assetto lipidico e glicemico	nella norma
TSH	1.8 (0,35-3,5 mU/L)
IgA tot	2.4
CLU	200 (nmol/24h)
BALP	25 (post men. 4-22,5mcg/l)
Sideremia	21 (75-160 mcg/dl)

Come inquadrare l'iperparatiroidismo

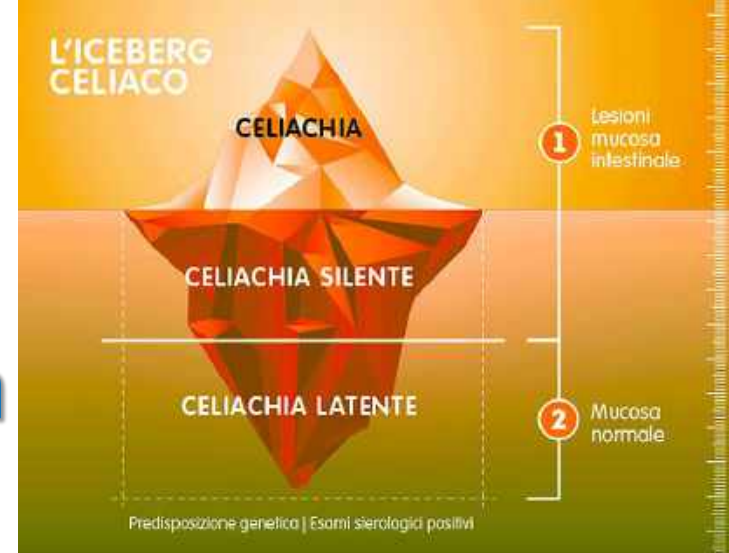
1. Iperparatiroidismo primario
2. Pseudoipoparatiroidismo
3. Iperparatiroidismo secondario
4. Iperparatiroidismo terziario



Come inquadrare l'iperparatiroidismo

1. Iperparatiroidismo primario
 2. Pseudoipoparatiroidismo
 - 3. Iperparatiroidismo secondario**
 4. Iperparatiroidismo terziario
- 

Si tratta di un iperparatiroidismo secondario a celiachia



La Celiachia è una enteropatia immuno-mediata, scatenata e mantenuta da una dieta ricca di **glutine** in soggetti geneticamente predisposti.

Ha **una prevalenza dell' 1/1.5%** con maggior frequenza nel sesso femminile. Mostra due picchi d'incidenza: <5 anni e tra 50 e 69 anni.

Nel morbo celiaco dell'adulto è frequente il riscontro di un quadro di **iperparatiroidismo secondario** (a un ridotto assorbimento di Calcio), che, stimolando gli Osteoclasti, produce a livello osseo un quadro osteoporoso-malacico di entità variabile.

Se ne conoscono una forma **classica**, una **subclinica**, ed una forma **silente**.

Nella forma classica sono presenti diarrea, perdita di peso, malassorbimento globale.

A volte, anche in assenza di diarrea, è abbastanza comune osservare solamente un'anemia da mancanza di ferro (più raramente anche da mancanza di acido folico e/o vitamina B12) oppure una stomatite aftosa che recidiva.

Dopo aver fatto diagnosi come agire?

1. Nessuna terapia
2. Dieta gluten free e supplementazione di calcio e vitaminaD
3. Farmaci antiriassorbitivi
4. Teriparatide

Dopo aver fatto diagnosi come agire?

1. Nessuna terapia

2. Dieta gluten free e supplementazione di calcio e vitaminaD

3. Farmaci antiriassorbitivi

4. Teriparatide



Calcolo del Frax score

Country: **US (Caucasian)** Name/ID: [About the risk factors](#)

Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth

Age:

Date of Birth:

Y:

M:

D:

2. Sex

Male Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture

No Yes

6. Parent Fractured Hip

No Yes

7. Current Smoking

No Yes

8. Glucocorticoids

No Yes

9. Rheumatoid arthritis

No Yes

10. Secondary osteoporosis

No Yes

11. Alcohol 3 or more units/day

No Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)

Select BMD

BMI: 24.2

The ten year probability of fracture (%)



without BMD

Major osteoporotic

6.1

Hip Fracture

0.4

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

