



*È quanto afferma in un'intervista Annamaria Colao, tra i migliori cento Scienziati italiani nel mondo, nonché Docente di Endocrinologia e Oncologia molecolare e clinica dell'Università Federico II di Napoli*



Prof.ssa Annamaria Colao - Docente di Endocrinologia e Oncologia molecolare e clinica dell'Università Federico II di Napoli

Taormina, 29 maggio 2015

***Professoressa, quanto è complesso lo studio dell'endocrinologia di genere?***

Ci si è progressivamente resi conto che molte patologie, comprese le endocrinopatie, sono segnate da importantissime differenze biologiche e cliniche. È evidente che molte endocrinopatie, come le patologie ipofisarie, i disordini metabolici e le tireopatie, prevalentemente quelle autoimmunitarie, colpiscono di più la donna, oppure si manifestano e hanno un decorso diverso rispetto alle stesse malattie nell'uomo. Quindi, innanzitutto è importante scoprire le cause e le differenze nei meccanismi patogenetici, e quindi lavorare sull'appropriatezza delle cure, cioè sul disegno di protocolli diagnostici e terapeutici personalizzati in funzione del genere. Un classico esempio è quello delle malattie cardiovascolari, che si presentano più tardivamente nella donna rispetto all'uomo (anche grazie all'effetto protettivo degli estrogeni), ma la mortalità nelle donne è spropositatamente maggiore.

***Nell'ambito delle patologie ipofisarie, quali rappresentano esempi di endocrinopatie con differenza di genere?***

Certamente quelle che coinvolgono l'asse GH-IGF-I. Il genere è, infatti, un fattore rilevante nella secrezione di GH ed IGF-I. Nella popolazione generale la secrezione spontanea di GH è più alta nelle donne rispetto agli uomini, e d'altra parte le donne affette da ipopituitarismo che praticano terapia sostitutiva con gli estrogeni necessitano di dosaggi di GH più elevati rispetto agli uomini per raggiungere e mantenere normali livelli di IGF-I. Inoltre, le differenze di genere nella secrezione e nei livelli circolanti di GH si manifestano contestualmente alle differenze di genere nell'accrescimento, ed è noto che gli androgeni aumentano i livelli sierici di IGF-I indirettamente attraverso l'aumento dei livelli di GH. Inoltre, i livelli di GH sono più alti e secreti in maniera più irregolare nelle donne sane rispetto agli uomini. Di contro, le donne affette da acromegalia presentano livelli di IGF-I più bassi rispetto agli uomini.

***Le differenze nei livelli di IGF-I tra i due generi si traducono in differenze nel quadro clinico?***

Sicuramente sono note differenze di genere in termini di complicanze sistemiche dell'acromegalia. Le donne affette da acromegalia mostrano una maggiore prevalenza di sindrome metabolica, nonché livelli di insulinemia a digiuno, di HOMA-IR e di visceral adiposity index più alti e di conseguenza valori di insulin sensitivity index (ISI) più bassi rispetto agli uomini, senza significative differenze nei valori di glicemia a digiuno, HbA1c e dell'indice insulinogenico tra i due sessi. Il fenomeno è ancor più evidente nelle donne in età postmenopausale, che presentano una maggiore prevalenza di sindrome metabolica, obesità e diabete mellito conclamato rispetto alle donne in età pre-menopausale. Al contrario, l'ipertensione arteriosa interessa entrambi i sessi in uguale misura, e il rate di mortalità nella popolazione italiana di pazienti con acromegalia non mostra significative differenze tra i due sessi.

*fonte: ufficio stampa*