

QUIZ 3

Marina 35 aa (kg=84 Cm=177 BMI=28 kg/m²) con ipopituitarismo post intervento di craniofaringioma in trattamento da anni con Cortisone acetato (3/4 di cpr al mattino e ½ cpr al pomeriggio) L-Tiroxina (100 mcg/die) Estroprogestinici per os. Per recente comparsa di astenia ed adinamia ed IGF 1 bassa, inizia terapia con rhGH (0.3 mg/die) con incrementi fino a 0.9 mg/die che porta l' IGF 1 a livelli > 50° percentile per età e sesso.

Ciò nonostante, riferisce una accentuazione della astenia ed adinamia tale da non riuscire più a fare le passeggiate in bicicletta a cui era abituata.

E' comparsa anche ipoessia con calo di peso.

Cosa pensate che il trattamento con rhGH possa aver indotto ?

1. Scarsa aderenza alla terapia
2. Recidiva del craniofaringioma
3. Scompenso dell'ipossurrenalismo
4. Maggiore biodisponibilità della Tiroxina

La risposta esatta è la n° 3

Scompenso dell'ipossurrenalismo

perché...

Le linee guida raccomandano che il trattamento con rhGH venga iniziato a dosi basse (0.2-0.3 mg/die nei soggetti con età compresa tra 30 e 60 anni, rispettivamente nei due sessi), con incrementi posologici gradualmente (di 0.1-0.2 mg/die), ogni 1-2 mesi, monitorando risposta clinica ed eventuali effetti collaterali, fino al target di IGF-1 > 50° percentile dei soggetti sani comparabili per età e sesso

Gli estrogeni somministrati per os riducono la produzione di IGF-1 epatica. Ciò può indurre ad aumentare il dosaggio di rhGH nel tentativo di ottenere livelli circolanti ottimali di IGF-1. E' preferibile utilizzare nella terapia sostitutiva estrogeni non per via orale

La terapia sostitutiva con rhGH influenza il metabolismo dei glucocorticoidi. Riducendo l'attività della 11β - idrossisteroide deidrogenasi-Tipo 1 (enzima di conversione del cortisone a cortisolo) può precipitare una insufficienza surrenalica in ipopituitarici sensibili. E' raccomandato un attento monitoraggio di sintomi, quali peso, appetito, e umore per valutare la necessità di un adeguamento della dose di glucocorticoidi

La terapia sostitutiva con rhGH non induce ricrescite di eventuali residui tumorali ipofisari

Bibliografia di riferimento

- Ho KK. Consensus guidelines for the diagnosis and treatment of adults with GH deficiency II: a statement of the GH Research Society in association with the European Society for Pediatric Endocrinology, Lawson Wilkins Society, European Society of Endocrinology, Japan Endocrine Society and Endocrine Society of Australia. *European Journal of Endocrinology*, 2007; 157: 695.
- Mary L. Reed, George R. Merriam and Atil Y. Kargi. Adult growth hormone deficiency-benefits, side effects and risks of growth hormone replacement. *Frontiers in endocrinology* 2013; 64: 1
- Cook DM, Ludlam WH, Cook MB. Route of estrogen administration helps to determine growth hormone (GH) replacement dose in GH-deficient adults. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(3): 3956
- Giavoli C, Libè R, Corbetta S, Ferrante E, Lania A, Arosio M, Spada A, Beck -Peccoz P. Effect of recombinant human growth hormone (GH) replacement on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adult GH-deficient patients. *J Clin Endocrinol Metab* 89:5397, 2004