

CASO DI ACROMEGALIA DA MACROADENOMA IPOFISARIO GH SECERNENTE RESISTENTE A PLURITERAPIA FARMACOLOGICA

R. Amodeo* – **A. Ciresi****, **C. Giordano****

*Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e MR - UOC di Endocrinologia e MM, Policlinico Paolo Giaccone Palermo

**UOC di Endocrinologia e MM, Policlinico Paolo Giaccone Palermo

Introduzione

Il successo chirurgico nell'acromegalia è variabile:85%microadenomi, 50%macroadenomi extrasellari,10%adenomi giganti.La terapia medica prevede:dopamino-agonisti(successo:25-35%); analoghi della somatostatina(successo:40%,riduzione volumetrica adenoma:70%); Pegvisomant(pazienti non-responders/intolleranti agli altri trattamenti,successo:70-90% con miglioramento del metabolismo glucidico).Recenti studi evidenziano l'efficacia del SOM230 nel determinare riduzione sia di GH-IGF1(36%)che del volume dell'adenoma(39%).

Descrizione

Uomo,41 anni, forte sospetto clinico di acromegalia.GH 18,9 ng/ml(non soppresso durante OGTT),IGF1 1369 ng/dl(109-284),PRL 2386 ng/ml; quota tireotropa-adrenotropa nei limiti, ipogonadismo secondario asintomatico. All'RMN: macroadenoma ipofisario sinistro(32x33x27mm), extrasellare, che coinvolge cisterna chiasmatica, seni cavernosi bilateralmente e impronta il chiasma ottico.Normale tolleranza glucidica,HbA1c 5.9%,iperinsulinismo. Viene prescritta terapia neoadiuvante con Lanreotide(alto dosaggio: 120mg/28 gg)+Cabergolina(0,5mg/die). Dopo sei e dodici mesi dall'inizio della terapia, IGF1 e PRL persistentemente elevati, mancata soppressione del GH all'OGTT, lieve peggioramento glico-metabolico(IGT; HbA1c:6.5%);RMN sostanzialmente immodificata. Il paziente viene inviato all'intervento di debulking, all'immunoistochimica:positività focale per GH e PRL, basso indice proliferativo. Sei mesi dopo, IGF1 ridotto seppur non a target(631), si tenta shift di terapia con Octreotide(30 mg/28 gg)+Cabergolina. A tre mesi scarsa risposta dell'IGF-1(612), compenso glicometabolico stabile(IGT, HbA1c 6,3%);si associa alla terapia Pegvisomant (10 mg/die per tre mesi, quindi 15 mg/die per altri 3 mesi): IGF1 persistentemente elevato (400), HbA1c stabile(6,2%). RMN:residuo voluminoso tessuto adenomatoso(27x23mm).Alla luce del quadro RMN e della parziale resistenza pre/post-operatoria alla terapia farmacologica, nel giugno 2014 vengono sospesi Octreotide e Pegvisomant ed avviato SOM230(20mg/mese). In miglioramento i parametri glicometabolici, valutati mensilmente(HbA1c 5,9%),nonostante i noti effetti soppressivi del SOM230 sulla funzionalità beta-pancreatica;IGF-1 non a target ma moderatamente ridotto(352).

Conclusioni

Il successivo follow-up chiarirà meglio gli effetti biochimici e metabolici di questo nuovo farmaco nella cura dell'acromegalia.