

## **UN CASO DI ACROMEGALIA TRATTATO CON PASIREOTIDE E PEGVISOMANT**

**M.L. Mattucci, G. Fiore, A. Franchi, D. Tina, S. Raggiunti, A. Rufo, F. A. Ruggieri, G. Raggiunti, B. Raggiunti.**

**Ospedale “S. Liberatore” Atri (TE)**

**INTRODUZIONE:** L'acromegalia è una rara condizione clinica caratterizzata dall'esposizione dell'organismo ad un eccesso di ormone della crescita e del fattore di crescita insulino-simile (IGF-1 insuline-like growth factor), quest'ultimo prodotto dal fegato in risposta al GH. È generalmente causata da un adenoma ipofisario. L'acromegalia è associata a importante morbilità e mortalità, con riduzione dell'aspettativa di vita. L'obiettivo della terapia è diminuire sia gli effetti compressivi della massa ipofisaria (shrinkage), sia ridurre GH e IGF1. Le opzioni terapeutiche includono chirurgia ipofisaria, dopamino-agonisti, analoghi della somatostatina (octreotide, lanreotide ed il recente pasireotide), antagonisti del recettore del GH e radioterapia, nonché una combinazione di tali terapie. Tuttavia, nonostante tali opzioni terapeutiche, circa il 50% dei pazienti non raggiunge un adeguato controllo biologico della patologia. Di seguito riportiamo il caso di una paziente con macroadenoma ipofisario recidivo non controllato.

**DESCRIZIONE DEL CASO:** OL, femmina di 53 anni, giunge alla nostra osservazione nel gennaio 2012; la paziente era già stata sottoposta a più interventi chirurgici per macroadenoma ipofisario (nel 1991, nel 1998 e nel 2000) con recidiva; nel 2001 veniva quindi consigliata gamma-knife che la paziente rifiutava, abbandonando i controlli e sviluppando importanti modifiche somatiche nonché numerose complicanze della patologia (cardiomegalia con aritmie e impianto di PM, diabete mellito, gozzo multinodulare, polipi intestinali, ecc). Nel 2008 si rivolgeva ad altro centro, che prescriveva octreotide che la paziente effettuava fino al termine del 2011.

Giunta al nostro centro nel gennaio 2012, si somministra subito pegvisomant, visti i valori dell'IGF-1, aumentando progressivamente la posologia (fino a 30 mg) ed ottenendo una riduzione significativa dei livelli di IGF1, che tuttavia rimanevano al di sopra degli obiettivi terapeutici. Si prescriveva quindi la terapia di associazione (prima pegvisomant e carbegolina poi pegvisomant e octreotide); i valori di GH ed IGF1 continuavano tuttavia ad essere elevati. A luglio del 2016 si prescriveva terapia con pasireotide sospendendo le terapie precedenti. Al controllo successivo, dopo circa un mese, la paziente per la prima volta presentava una normalizzazione di IGF-1; solo in tale occasione venivamo a conoscenza che la paziente aveva continuato autonomamente ad assumere pegvisomant per 28 giorni; il trattamento effettuato era stato pertanto sia con pasireotide che con pegvisomant.

**CONCLUSIONI:** L'associazione pegvisomant pasireotide nel caso descritto ha dimostrato di essere più efficace rispetto alle altre terapie di associazione finora somministrate alla paziente, l'associazione è risultata inoltre sicura e ben tollerata. A nostra conoscenza non esistono in letteratura, allo stato attuale, casi di pazienti trattati con l'associazione pasireotide/pegvisomant. Consoci comunque che siamo di fronte ad un caso singolo, ci è sembrato corretto porlo all'attenzione della comunità scientifica.