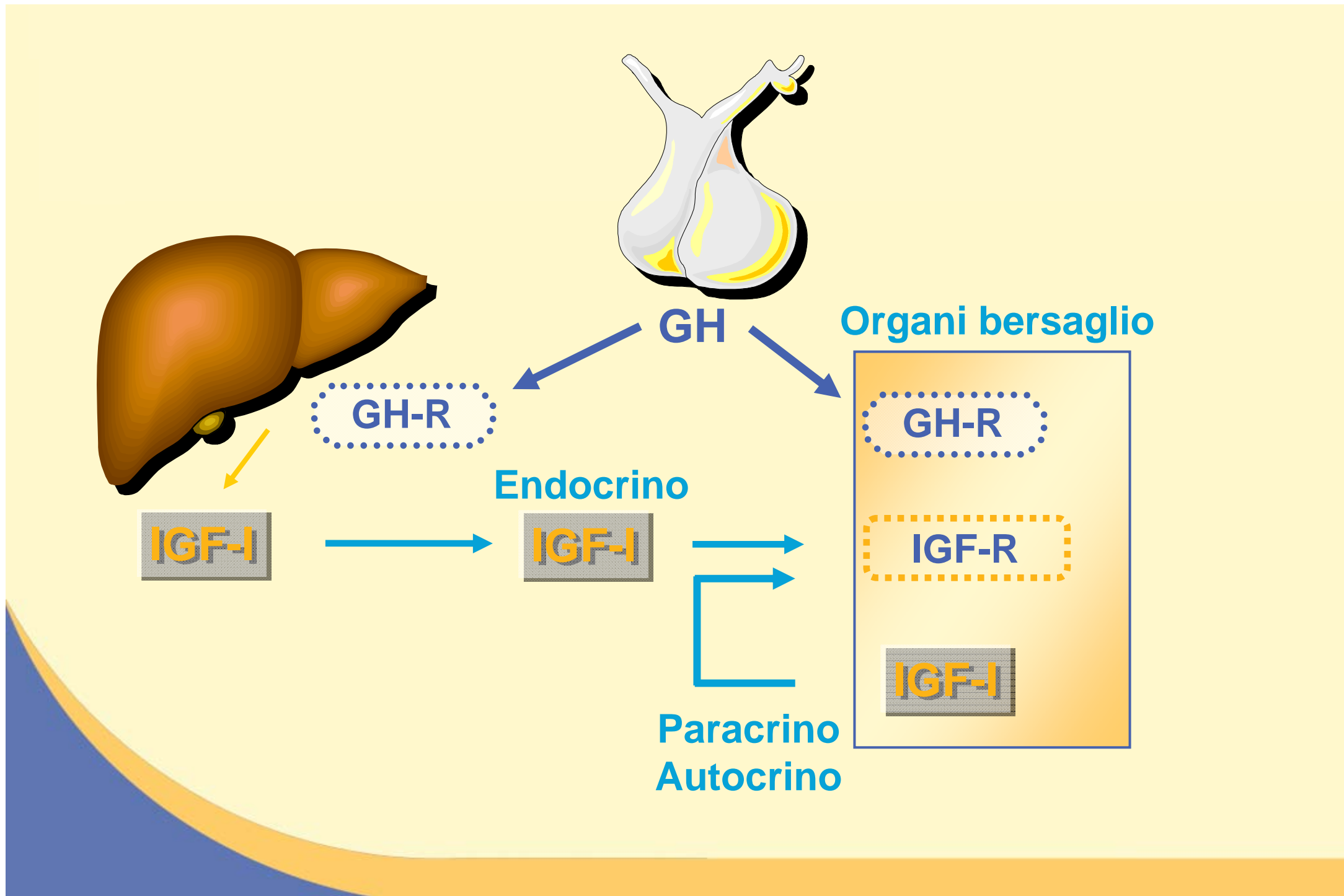


# ACROMEGALIA

**Sindrome caratterizzata da specifiche alterazioni somatiche e viscerali dovute all'ipersecrezione patologica di GH e di IGF-I**

***GIGANTISMO: quando tale patologia si presenta prima o durante lo sviluppo puberale***

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)



# CAUSE DI ACROMEGALIA

## IPOFISARIE (98%)

***Eccessiva secrezione di GH:*** Adenoma a cellule GH  
Adenoma misto a cellule GH e a cellule PRL  
Adenoma pluriormonale  
Carcinoma ipofisario GH secernente (raro)

## EXTRAIPOFISARIE (< 2%)

***Eccessiva secrezione di GH:*** Adenoma ectopico (seno sfenoidale o parafaringeo)

Tumore delle isole pancreatiche

## ***Eccessiva secrezione di GHRH***

Ectopico-centrale (< 1%): Neoplasie ipotalamiche (amartoma, coristoma, ganglioneuroma)

Ectopico-periferico (1%): Carcinoide, Tumore delle isole pancreatiche, carcinoma a piccole

cellule del polmone

# SEGNI E SINTOMI

- Estremità ingrossate 97%
- Visceromegalia 90%
- Artralgie 80%
- Cute umida 68%
- Iperidrosi 66%
- Diastasi dentaria 65%
- Iperensione arteriosa 55%
- Gozzo 40%
- Ridotta tolleranza glucidica 40%
- Cefalea 40%
- Astenia 36%
- Irregolarità mestruali 35%
- Sindrome del tunnel carpale 30%
- Deficit campimetrici 25%
- Diabete mellito 25%
- Alterazione del tono dell'umore 12%

# COMPLICANZE

- Poliposi intestinali
- Cardiopatia acromegalica e CVD
- Osteoporosi
- Struma tiroideo

L'acromegalia è una malattia sistemica

- Diabete mellito secondario
- Dislipidemia
- Ipertrofia prostatica benigna
- Sindrome dell'apnea ostruttiva notturna
- Aumentata incidenza neoplasie

# DIAGNOSI

## Dimostrazione dell' ipersecrezione di GH (e PRL)

- IGF-I
- OGTT 75 gr per GH (3 ore)
- Secrezione spontaneo GH (3 ore)
- IGFBP-3
- PRL ed  $\alpha$ -subunità

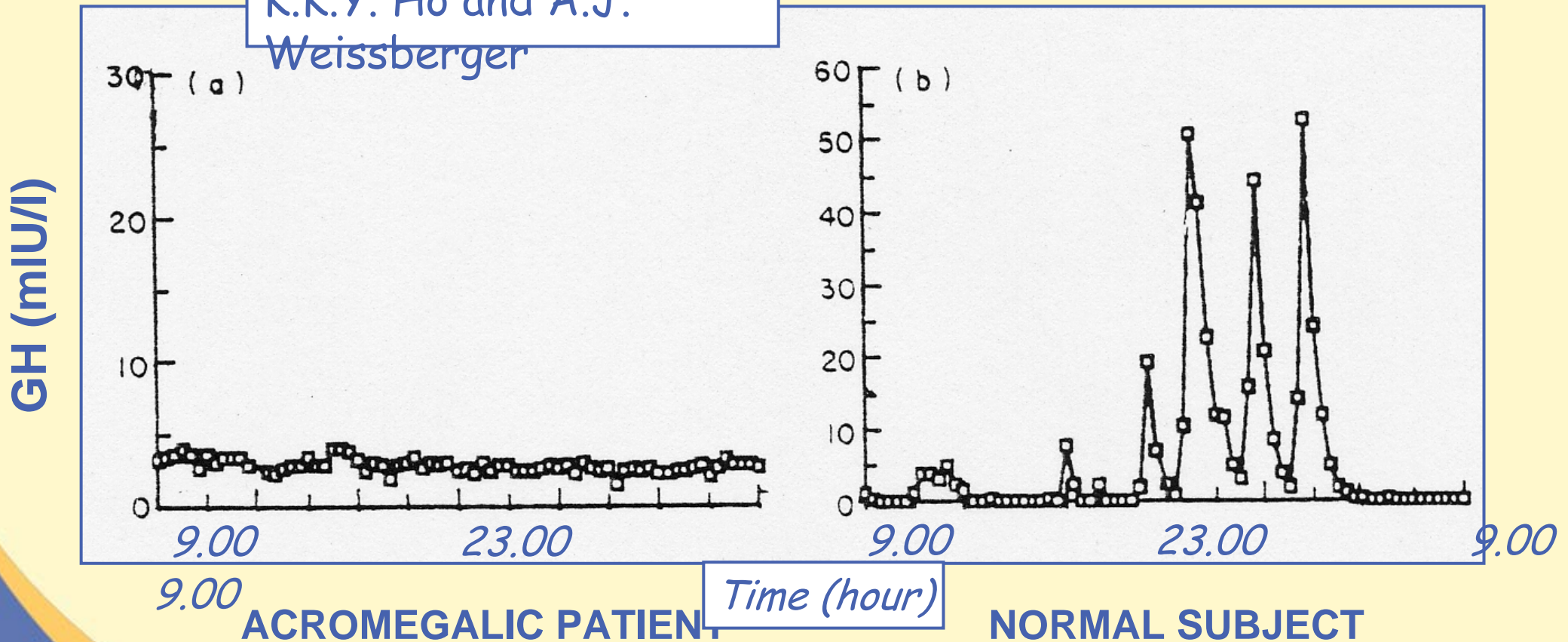
# DIAGNOSI

*Esclusione di ipersecrezione di GH (e PRL)*

- IGF-I: valori normali per età
- OGTT 75: nadir GH  $< 1.0 \mu\text{g/L}$
- Spontaneo GH: nadir GH  $< 1.0 \mu\text{g/L}$
- IGFBP-3 e ALS
- PRL ed  $\alpha$ -subunità

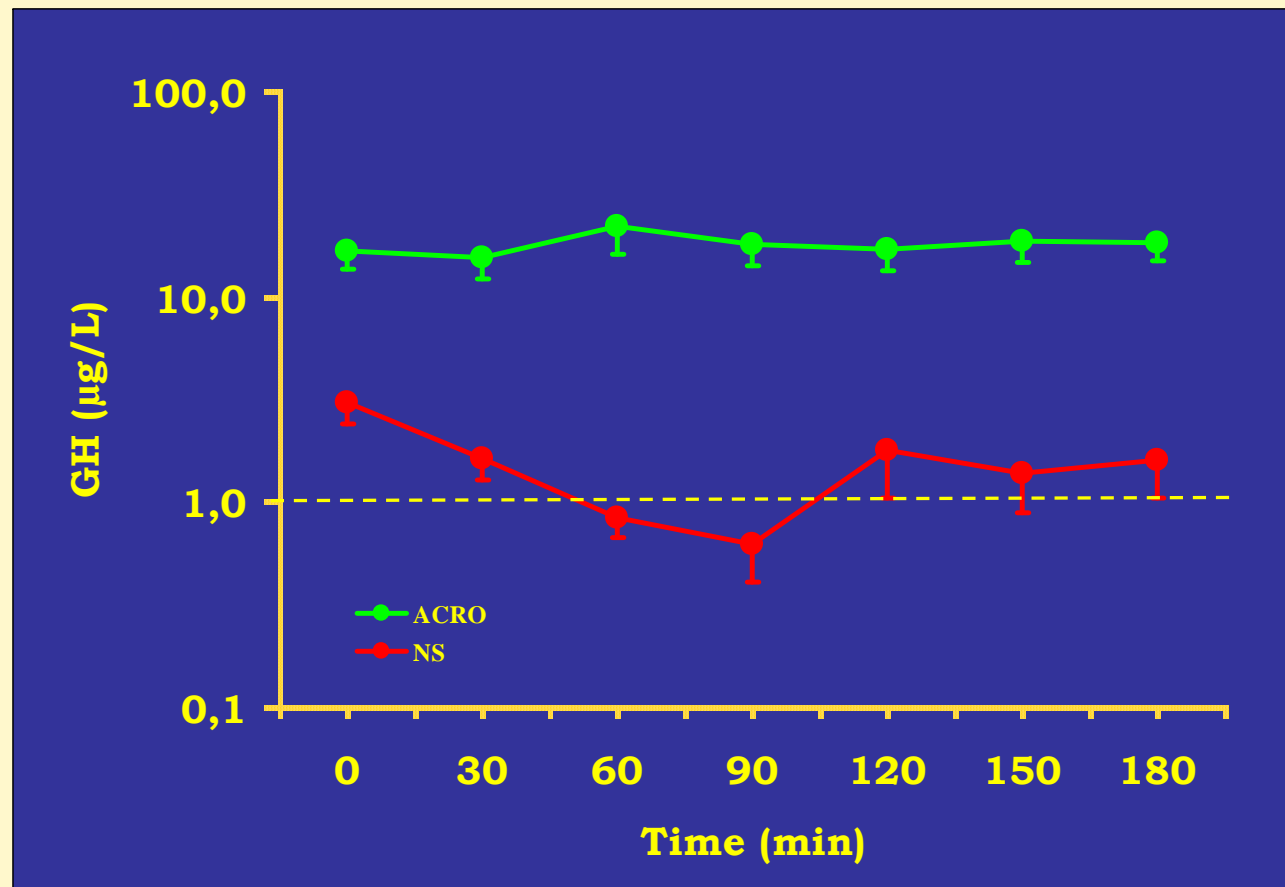
# Characterization of 24-hour growth hormone secretion in acromegaly: implications for diagnosis and therapy

K.K.Y. Ho and A.J. Weissberger





## Livelli di GH durante OGTT in soggetti normali (NS) e in pazienti acromegalici (ACRO)



# DIAGNOSI: Indagini strumentali

Al fine di evidenziare:

- la presenza di un tumore ipofisario (o ipotalamico) o ectopico
- le caratteristiche e i rapporti con le strutture circostanti (chiasma ottico, seni cavernosi, strutture ossee)

# OBIETTIVI TERAPEUTICI

- Soppressione dell'ipersecrezione di GH-IGF-I  
*(Regressione e/o controllo dei segni e sintomi della malattia)*
- Rimozione del tumore ipofisario o extraipofisario  
*(Correzione dei deficit campimetrici)*
- Mantenimento integrità di una normale funzione ipofisaria residua
- Prevenzione delle recidive
- Miglioramento e prevenzione delle complicanze
- Raggiungimento di una normale qualità e aspettativa di vita

# TERAPIA

## Chirurgia

- Transnasosfenoidale
- Transcranica

## Farmacologica

- Analoghi somatostatina:  
Octreotide/Lanreotide
- Dopamino agonisti:  
Cabergolina/Bromocriptina
- Antagonisti recettoriali GH: Pegvisomant

## Radioterapia

- Tradizionale a campi contrapposti
- Stereotassica

# Treatment of Acromegaly with the Growth Hormone–Receptor Antagonist Pegvisomant

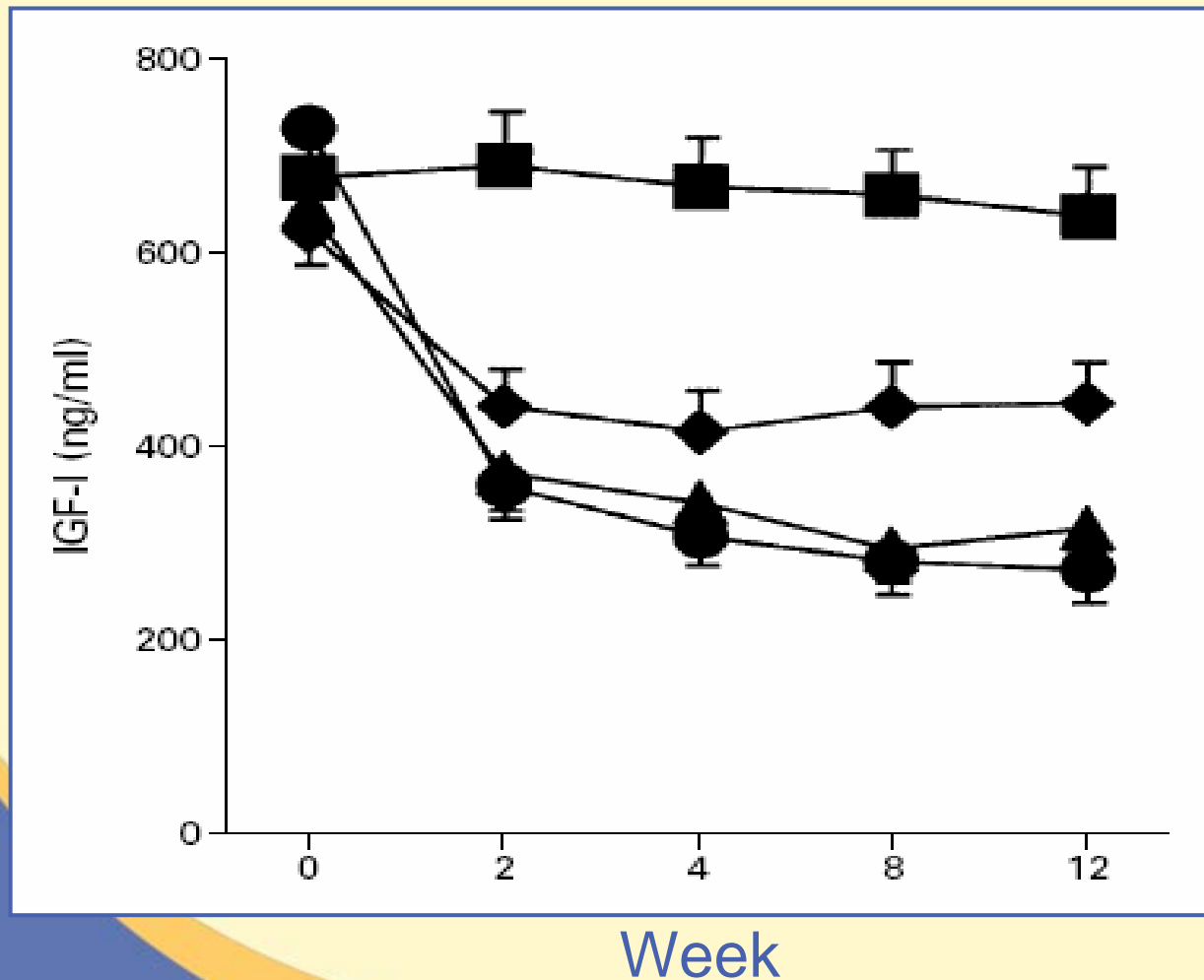
*Trainer P et al.,  
NEJM 342:1171-1177, 2000*

Placebo

PEGA 10 mg

PEGA 15 mg

PEGA 20 mg



# DIAGNOSI: Complicanze

Alla diagnosi	Durante terapia
OGTT	Glicemia a digiuno (+ HbA1c)
Parametri lipidici	Annuale
Ecocardiogramma	Annuale
ECG	Annuale
ECG da sforzo	Se angor
Colonscopia	Ogni 3 anni
DEXA	Ogni 3 anni
Polisonnografia	Annuale (se alterato)
ABPM	Annuale o se modifica terapia
Doppler TSA	Secondo quadro clinico
ETG tiroide	Annuale se alterata