

Indicazioni all'uso dell'ormone della crescita

MAURO POCECCO

Divisione Pediatrica, Ospedale Bufalini, Cesena

Il 15 e 16 maggio 1998 si è tenuto a Rimini il corso di Aggiornamento per l'Italia centro-settentrionale della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) con il patrocinio dell'Associazione Culturale Pediatrici (ACP). Durante il corso sono state elaborate delle linee

guida sulle indicazioni all'uso dell'ormone della crescita e sul trattamento insulinico nel bambino e adolescente diabetico in accordo con le indicazioni della SIEDP e con il consenso del pubblico, sintetizzate in "dieci comandamenti", che riportiamo integralmente.

DECALOGO

Coordinamento: M. Cappa, S. Loche, R. Viridis - Sintesi: B. Boscherini, S. Loche

1. La terapia sostitutiva con ormone della crescita è raccomandata nei pazienti con deficit di GH e, anche in assenza di un deficit misurabile, nelle seguenti condizioni: insufficienza renale cronica (IRC) e sindrome di Turner.
2. L'approfondimento diagnostico alla ricerca di un deficit idiopatico di GH deve essere riservata ai soggetti con i seguenti parametri auxologici:
 - statura $\leq 3^{\circ}$ percentile;
 - velocità di crescita $\leq 25^{\circ}$ percentile (valutata su un periodo non inferiore ai 6 mesi);
 - età ossea ritardata.Nel sospetto di deficit organico di GH è sufficiente riferirsi anche alla sola velocità di crescita.
3. La conferma del sospetto clinico è fornita dai test farmacologici:
 - picco di GH $< 10 \mu\text{g/L}$ dopo test classici (clonidina, insulina, arginina, L-DOPA, glucagone)
 - picco di GH $< 20 \mu\text{g/L}$ dopo test potenziati (arginina + GH-RH, piridostigmina + GH-RH).
4. Il dosaggio dell'IGF1 e dell'IGF-BP3 può essere di aiuto nel convalidare la diagnosi, ricordando però che i loro livelli sono fortemente influenzati dall'età, stadio puberale e stato nutrizionale. Livelli normali di IGF1 e di IGF-BP3 non escludono la diagnosi di deficit di GH.
5. Lo studio della secrezione spontanea di GH (12 ore notturne) va riservato solo ai casi dubbi e cioè a quei casi con auxologia suggestiva e normale risposta al test da stimolo.
6. I soggetti con quadro clinico di bassa statura familiare (bassa statura con velocità di crescita normale e genitori piccoli) e con quadro clinico di ritardo costituzionale di crescita (familiarità positiva, flessione peripuberale della crescita ma con prognosi staturale finale adeguata) non meritano necessariamente un approfondimento e non devono essere trattati.
7. I soggetti con bassa statura nell'ambito di sindromi genetiche più o meno associate a deficit di GH potrebbero essere trattati ma solo nell'ambito di protocolli nazionali previamente definiti.
8. La terapia sostitutiva va condotta con le seguenti dosi:
 - deficit primitivo idiopatico di GH: $15 \text{ UI/m}^2/\text{settimana}$ in 6-7 somministrazioni sottocute;
 - sindrome di Turner e IRC: $25\text{-}30 \text{ UI/m}^2/\text{settimana}$ in 6-7 somministrazioni sottocute.
9. Nei deficit idiopatici la terapia sostitutiva va mantenuta solo se con queste dosi la velocità di crescita raggiunge o supera nel primo anno di trattamento il 50° percentile per l'età ossea.
10. È auspicabile che la terapia sostitutiva con GH possa essere effettuata "ex adjuvantibus" anche nei soggetti con grave deficit staturale ma con normale secrezione dell'ormone. L'ex adjuvantibus dovrebbe essere riservato ai soggetti in cui siano presenti contemporaneamente le seguenti caratteristiche:
 - statura $\leq 2.5 \text{ DS}$;
 - velocità di crescita $\leq 10^{\circ}$ percentile;
 - età ossea $< 2 \text{ DS}$.