

Deficit Ormonali Ipofisari Multipli

Serie N. 11



Guida per il paziente

Livello: medio

Deficit Ormonali Ipofisari Multipli - Serie 11 (Revisionato Agosto 2006)

Questo opuscolo è stato prodotto dal dott. Fernando Vera, dal Prof. Gary Butler e dall'Institute of Health Sciences dell'Università di Reading in Gran Bretagna nell'Agosto 2006. Alcune parti del testo sono state estratte o modificate dalla collana "Growth and Growth Disorders Booklet Series" (terza edizione, 2000) * e possono essere utilizzate insieme a questa dal momento che forniscono una scelta di opuscoli contenenti le stesse informazioni, ma per un pubblico di età differenti e con vari livelli di conoscenza dell'argomento. Il numero che contrassegna i capitoli è lo stesso nelle due serie per una più semplice fruibilità. La serie di opuscoli può anche essere ottenuta dai links forniti alla fine.

Tutte le illustrazioni sono state create e prodotte dal dott. Fernando Vera.

Questo opuscolo fa parte del "Collana di opuscoli sulle patologie endocrinologiche". Di questa fanno anche parte:

- Serie N 3.** Pubertà e bambino con deficit di GH.
- Serie N 4.** Pubertà precoce.
- Serie N 5.** Informazioni di Pronto Soccorso per bambini con deficit di Cortisolo e GH e per bambini con ipoglicemie ricorrenti.

- Serie N 6.** Iperplasia Surrenale Congenita.
- Serie N 7.** Deficit di GH nei giovani adulti.
- Serie N 10.** Ritardo costituzionale di crescita e pubertà.
- Serie N 11.** Deficit ormonale ipofisario multiplo.
- Serie N 12.** Diabete Insipido.
- Serie N 13.** Craniofaringioma.
- Serie N 14.** IUGR (Ritardo di crescita intrauterino) o SGA (Bambini piccoli per l'età gestazionale).
- Serie N 15.a.** Iperteroidismo.
- Serie N 15.b.** Ipotiroidismo.
- Serie N. 16.** Diabete di tipo II e Obesità.

Lo sviluppo di questi opuscoli è stato promosso da Serono-Merck Ltd, Bedfont Cross, Stanwell Road, Feltham, Middlesex TW14 8NX, UK. Ulteriore supporto è stato fornito dalla Child Growth Foundation (www.childgrowthfoundation.org).

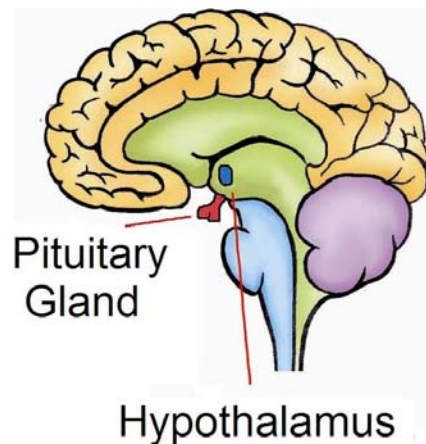
*Scritta dal dott. Richard Stanhope (Gt. Ormond Street/Middlesex Hospital, London) e dalla sig.ra Vreli Fry (Child Growth Foundation).

Introduzione

Questo opuscolo ha lo scopo di collegare vari aspetti delle insufficienze degli ormoni ipofisari e del loro trattamento. Ci sono altri opuscoli in questa serie che danno maggiori informazioni su ogni deficit ormonale in particolare. Potrai consultare questi se ne avrai bisogno.

Cosa sono gli ormoni?

Gli ormoni sono messaggeri utilizzati nel corpo per produrre un determinato effetto. Questi regolano vari processi corporei come la crescita, la fame, la sete e la riproduzione. Gli ormoni sono prodotti in due parti del cervello chiamate "Ipotalamo" (in inglese "Hypothalamus") ed "Ipofisi" (in inglese "Pituitary gland"). Il basso livello di un ormone è generalmente il risultato di un problema nell'ipotalamo, nell'ipofisi o in entrambi.



Cos'è il Deficit multiplo di ormoni ipofisari?

Il Deficit multiplo di ormoni ipofisari si ha quando il cervello non produce quantità sufficienti di più di un ormone. Il deficit può riguardare alcuni o tutti i seguenti ormoni:

- Ormone della crescita (in inglese "Growth hormone", GH): E' responsabile dell'accrescimento.
- Gonadotropine (FSH ed LH): Sono responsabili della pubertà e del controllo della fertilità.
- Ormone stimolante la tiroide (TSH): Controlla la velocità a cui il corpo lavora (metabolismo).
- Ormone antidiuretico (ADH): Controlla la quantità di urina prodotta.
- Ormone adrenocorticotropo (ACTH): Aiuta a mantenere un livello di zuccheri nel sangue sufficiente per produrre energia.

Quali sono le cause del Deficit multiplo di ormoni ipofisari?

In molti casi non c'è una causa chiara del Deficit multiplo di ormoni ipofisari. In altri casi, la causa è un'anomalia congenita del cervello. Il deficit può anche essere causato dalla radioterapia cerebrale o da un danno causato all'ipofisi e all'ipotalamo da una cisti, da un tumore o dalla chirurgia.

Generalmente il primo ormone ad essere interessato dal deficit è l'ormone della crescita. Subito dopo vengono le gonadotropine, l'ormone stimolante la tiroide e l'ormone adrenocorticotropo.

L'andamento temporale con cui si instaurano i vari deficit varia da individuo ad individuo. Alcuni individui presentano una rapida perdita della produzione di tutti gli ormoni, mentre in altri i vari deficit possono instaurarsi nell'arco di anni.

Come viene trattato il Deficit multiplo di ormoni ipofisari?

Come già detto, il Deficit multiplo di ormoni ipofisari si ha quando più di un ormone è deficitario nel corpo. Il trattamento consiste nella sostituzione di questi ormoni con una forma sintetica. La forma sintetica è simile all'ormone naturale ma rimane più a lungo nel corpo. Il trattamento appropriato per ogni deficit nel Deficit multiplo di ormoni ipofisari è quello seguente:

- **Deficit di Ormone della Crescita:** La principale funzione di quest'ormone è stimolare la crescita. Tuttavia, ha altre importanti funzioni nell'età adulta. Il trattamento di questo deficit viene somministrato tramite iniezioni. Nei bambini, la risposta al trattamento viene valutata controllando la velocità di crescita. Negli adolescenti e nei giovani adulti, altri metodi possono includere la misurazione della massa muscolare, la densità ossea e la qualità di vita complessiva.
- **Deficit di gonadotropine (FSH & LH):** Questi ormoni sono necessari per lo sviluppo della pubertà. Il deficit di questi ormoni viene trattato con la terapia sostitutiva tramite steroidi sessuali. Nei maschi il trattamento consisterà in testosterone (iniezioni, compresse o gel cutanei) e nelle femmine in estrogeni e progesterone (compresse o cerotti). Negli adulti, sarà necessario anche un trattamento per la fertilità. Questo è un trattamento più complesso che si fa con iniezioni di GnRH (Ormone che rilascia le gonadotropine) o con Gonadotropine secondo un piano prestabilito.



- **Deficit di Ormone stimolante la tiroide (TSH):** Un deficit di quest'ormone porta ad un'inattività della ghiandola tiroide. Questo avrà ripercussioni sulla crescita e provocherà il rallentamento di molte altre funzioni mentali e metaboliche del corpo. La terapia sostitutiva per questo deficit consiste in una compressa giornaliera.
- **Deficit di Ormone adrenocorticotropo (ACTH):** Questo ormone aiuta a produrre idrocortisone, che è importante per il benessere generale e per mantenere la corretta pressione sanguigna ed equilibrio degli zuccheri nel corpo. La terapia sostitutiva di solito si dà in compresse. Nei bambini, una velocità di crescita normale dimostra che si sta somministrando la dose corretta. Se la dose è eccessiva, la velocità di crescita diminuirà.
- **Deficit di Ormone antidiuretico (ADH):** Questo ormone, che è anche conosciuto come vasopressina, è responsabile del mantenimento del bilancio dei liquidi corporei. Senza vasopressina il corpo non trattiene liquidi, anche bevendone in grandi quantità. Il deficit di quest'ormone porta ad una condizione nota come "Diabete insipido". Il trattamento del diabete insipido è sottoforma di compresse, gocce intranasali o spray.

Come si può predire il Deficit multiplo di ormoni ipofisari nei bambini con deficit di ormone della crescita?

Predire quali fra i bambini con deficit di GH avranno altri deficit ormonali può essere difficile. Un aiuto si può avere con uno speciale esame radiografico (TC) o magnetico (RM). Questi esami mostreranno le dimensioni e l'aspetto dell'ipofisi. Questi dati potranno aiutare a porre una diagnosi. I bambini con anomalie dello sviluppo cerebrale (ad esempio displasia setto-ottica) generalmente hanno un Deficit multiplo di ormoni ipofisari.

Alcuni bambini avranno sintomi ulteriori quali:

- Rallentamento della velocità di crescita.
- Ipoglicemia (bassi livelli di zucchero nel sangue).
- Pubertà assente.



I primi test valuteranno quanti ormoni ipofisari siano insufficienti. Tuttavia, la perdita di produzione degli ormoni può instaurarsi nell'arco di vari anni. Per questo motivo, può essere necessario ripetere questi test ad intervalli di qualche anno.

In più, un controllo dei livelli ormonali sarà necessario poco prima della pubertà, allo scopo di stabilire se sia necessario un trattamento supplementare. Un altro controllo dei livelli ormonali andrebbe effettuato alla fine della crescita, per confermare quali ormoni siano insufficienti per il trattamento nell'età adulta.

Quali sono altre fonti di utili informazioni?

Lo scopo di questo opuscolo è quello di fornire informazioni di base sul Deficit multiplo di ormoni ipofisari. Se conosci l'inglese, potrai trovare ulteriori informazioni, fra cui questo ed altri opuscoli, sul sito della Società Inglese per l'Endocrinologia Pediatrica ed il Diabete (British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes): <http://www.bsped.org.uk>.

Potrai trovare altro materiale anche chiedendo al medico che ti segue o contattando le seguenti associazioni:

- **Società europea di Endocrinologia pediatrica (ESPE: European Society for Paediatric Endocrinology)**
ESPE Secretariat, BioScientifica
Euro House 22 Apex Court Woodlands, Bristol BS32 4JT - UK
Telefono: + 44 (0) 01454 642208
Internet: <http://www.eurospe.org/>
- **Fondazione per la Crescita dei bambini (Child Growth Foundation)**
2 Mayfield Avenue, Chiswick London W4 1PW UK.
Telefono: + 44 (0) 2089950257
Internet: <http://www.childgrowthfoundation.org/>

