

## **UN CASO DI IPOPIUITARISMO ANTERIORE PARZIALE ( DEFICIT GH E TSH) IN SEGUITO A TRAUMA CRANICO SEVERO CON PERDITA DI COSCIENZA**

### *ABSTRACT*

Il deficit di GH nell'adulto può essere isolato o associato ad altri deficit di tropine ipofisarie, la causa più frequente è la presenza di un macroadenoma ipofisario o deriva dal trattamento chirurgico di esso. Altre cause note sono le cause tumorali, infettive, infiltrative e ischemiche. I traumi cranici sono una causa probabilmente sottostimata ma certamente non trascurabile, soprattutto in quelli con perdita di coscienza. Il caso descritto riguarda un difetto combinato di GH e TSH post-traumatico venuto all'osservazione per ipotiroidismo. Il trattamento sostitutivo ha permesso un miglioramento clinico e di alcuni parametri emotochimici stabile nel tempo e con assenza di effetti collaterali.

### *PRESENTAZIONE DEL CASO*

Un paziente MS di anni 32 giunge alla nostra osservazione per rilievo di esami ormonali indicative di "ipotiroidismo". Gli esami erano stati eseguiti per un calo di rendimento fisico in quanto il ragazzo faceva il personal trainer.

Un'attenta analisi degli esami in realtà mostrava un FT4 basso ( 0.60 v. 0.71 -1.65 ng/dl) con TSH "normale" orientando dunque per un possibile ipotiroidismo centrale.

Continuando la raccolta anamnestica non vi era niente da segnalare nella familiare e nella fisiologica mentre nella patologica vi era un trauma stradale 3 anni prima con fratture multiple, rottura della milza e trauma cranico con perdita di coscienza (GCS <8).

Obiettivamente condizioni generali buone. Altezza 185 cm peso 92 kg, buon sviluppo delle masse muscolari e buona rappresentazione del pannicolo adiposo. P.A. 130-90. Niente altro da segnalare se non cicatrici riferibili a precedenti interventi chirurgici ( arto inf dx e ipocondrio sn).

Gli esami emotochimici di routine risultarono nella norma con l'eccezione di valori lievemente elevati di colesterolo LDL (142 mg/dl) e trigliceridi 190 mg/dl.

Alla luce del sospetto di ipotiroidismo centrale si decise di indagare la funzione anteroipofisaria. GH 0.13 ng/ml, IGF1 56 ng/ml, TSH 1.2 U/L FT4 0.58 ng/dl, FSH 2.1, LH 1.1 (mU/ml) testosterone 4.1 ng/ml ( vn 3.8-7.1 ng /ml) ACTH e cortisolo normali. Si procedette dunque a test dinamici per GH : test GHRH + arginina picco 2.1 ng/ml.

Fra gli esami strumentali l'eco tiroide mostra un ghiandola di dimensioni ai limiti bassi della borma con ecostruttura normoecogena. La RMN sellare senza e con mdc mostra una adenoipofisi di dimensioni ridotte senza lesioni a focolaio e normale posizione e iperintensità della neuroipofisi.

Le conclusioni diagnostiche sono dunque di ipopituitarismo anteriore parziale (deficit di GH e TSH) da verosimile esito di trauma cranico

### *TRATTAMENTO E FOLLOW-UP*

E' stata iniziata terapia con L-T4 150 microg/die con ripristino di normali valori di FT4 dopo un mese e terapia con Norditropin Nordiflex 0.4 mg al di considerando la massa corporea e il tipo di lavoro. I valori di IGF1 si sono stabilizzati nella normalità. Risultarono normalizzati anche i valori di trigliceridi e colesterolo LDL

con lieve incremento del colesterolo HDL ( prima del trattamento 53 dopo il trattamento 61 mg/dl) dopo due mesi.

Il paziente ha ripreso pieno benessere con completa risoluzione della simtomatologia. A 8 anni dall'inizio della terapia il paziente continua a stare bene in terapia sostitutiva con GH e L-Tiroxina.

### *CONCLUSIONI*

La letteratura mostra che nei pazienti con trauma cranico è stata evidenziato un ipopituitarismo con compromissione variabile da una a più tropine, rilevate dopo almeno un mese, fino ad 1/3 dei casi. Questa percentuale, che è variabile a seconda delle casistiche e in modo variabile a secondo della severità, tende anche ad aumentare con il passare dei mesi. I pazienti con trauma cranico maggiore dovrebbero essere indagati circa la funzione anteroipofisaria soprattutto se con sintomi o segni di incerta interpretazione. Il trattamento sostitutivo con GH in particolari pazienti può essere lievemente superiore alla dose standard dell'adulto purchè monitorato con dosaggio dell'IGF1.