

2 Caso clinico : Bassa statura e obesità

Bambino giunto alla mia osservazione alla età di 8aa. 6/12 per Bassa statura

Anamnesi

Alla anamnesi familiare genitori in apparente buona salute.

Altri due figli più grandi con normale sviluppo staturale ponderale e puberale.

Menarca madre 12 aa. La figlia più grande già mestrata dalla età di 11 aa. e 6/12 con CM regolari.

Il piccolo ha presentato un normale sviluppo neonatale con normale acquisizione degli atti della vita quotidiana.

PN= kg. 3,900 LN= cm.50 Circonferenza cranica nella norma con fontanella anteriore pervia 2 cm. x 2 cm e fontanella posteriore chiusa.

Esame obiettivo

Fino alla età di 4 aa. accrescimento staturale ponderale nella norma con curva di crescita staturale intorno al 25-50 °C e curva ponderale lievemente più alta appena superiore al 50 °C.

Da circa un anno rallentamento dello sviluppo staturale con + 3 cm./aa.con statura di cm.104.5 e aumento maggiore del peso che si è portato a kg.25

All'esame dei genitali presenta sviluppo pelo pubico al I st. sec Tanner e testicoli scrotali di 2 ml. con pene piccolo e apparente pseudoipogenitalismo dovuto anche alla presenza di abbondante adiposità in regione pubica.

Si consiglia il ricovero per le indagini del caso.

Esami di laboratorio e strumentali

Vengono eseguiti gli esami ematochimici ed ormonali che evidenziano una ridotta risposta incretorica a due test da stimolo per il GH : clonidina e glucagone.

La SMC è risultata nella norma per la età; nella norma gli esami di funzionalità della gh. tiroidea La radiografia della mano ha evidenziato un ritardo di maturazione ossea di oltre un anno rispetto alla età anagrafica.

Terapia

Prima di iniziare la terapia con GH viene eseguita la RMN encefalo che non evidenziava alterazioni del tratto ipotalamo ipofisi.

Formulata la diagnosi di deficit di GH si avvia la terapia con ormone somatotropo alla dose di 0.025 mg/kg/die per sette giorni a settimana associata a consigli comportamentali che prevedevano un incremento della attività motoria e una riduzione dell'apporto di carboidrati e grassi con la dieta.

Dopo sei mesi di terapia si verifica un modesto incremento staturale di 2,5 cm. con ulteriore aumento di peso.

Accertata la corretta somministrazione del Gh si continua la terapia aumentando la dose a 0,030 mg/kg/die. E controllo successivo a tre mesi.

Dopo tre mesi il pz. ha presentato un incremento staturale pari ad 1 cm.

Follow up

Ritenendo non vantaggiosa la terapia viene sospesa per tre mesi .

Dopo tre mesi abbiamo registrato un incremento di un centimetro e un aumento di peso notevole ed è stato eseguito il test potenziato Arginina + GRF.

Gli esami eseguiti hanno dimostrato picco di GH al test potenziato pari a 32 ng/ml e valore elevato di TSH mai registrato prima.

Abbiamo eseguito il dosaggio degli anticorpi antitiroidei e la ecografia tiroidea che hanno confermato una tiroidite autoimmune.

E' stata prescritta terapia con levotiroxina e dopo due mesi si è registrato una netta riduzione del TSH.

Al controllo, dopo ulteriori sei mesi la crescita è ripresa con un incremento di 4 cm. Al controllo successivo dopo sei mesi in occasione del Day Service, abbiamo riscontrato una buona compliance con valori della funzionalità tiroidea nella norma, crescita staturale di 4 cm. e riduzione di peso.

Si ritiene pertanto di poter confermare che il gold standard per la diagnosi di deficit di Gh nel bambino obeso è rappresentato dal test potenziato Arginina + GRF che si rivela ancora più attendibile in presenza di una alterata funzionalità tiroidea.