

X-Factor in endocrinologia: ipofisi
10 novembre 2017

Iponatremia in soggetto con diabete insipido da ipofisectomia e nefrogenico da litio



www.assoziazionemediciendocrinologi.it



ITALIAN CHAPTER

16° Congresso Nazionale AME

Joint Meeting with AACE Italian Chapter

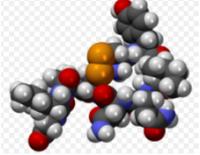
Update in Endocrinologia Clinica

9-12 novembre 2017

Roma

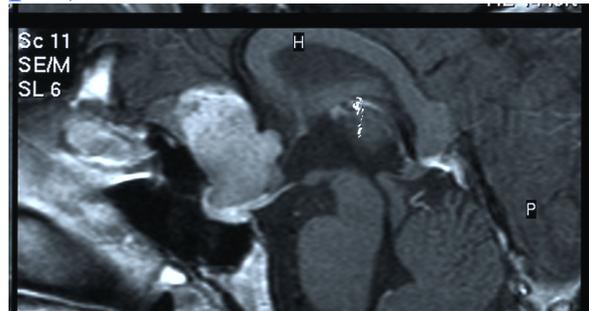


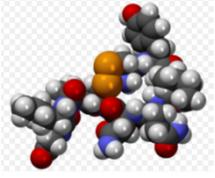
Luca De Franciscis
Enrico Marano
Pietro Lanzetta
Raffaele Giannattasio



Sinossi storia clinica

Giovane donna, di anni 38, affetta da ipofunzione ipofisaria plurima, quale conseguenza di ipofisectomia per via trans-cranica per macroadenoma GH-secernente, in opoterapia sostitutiva con sufficiente controllo degli assi endocrini coinvolti, tranne quello gonadico, a causa della controindicazione alla terapia estroprogestinica per la presenza di una grave retinopatia bilaterale con ipovisione, senza necessità attuale di terapia per il controllo del GH. La dose di desmopressina sublinguale, per controllare i sintomi del diabete insipido è di 120 μg per quattro volte al giorno. Coesiste disturbo bipolare tipo II, in terapia con Carbonato di Litio (300 mg x 3/die, con valori Litiemia oscillanti tra 0.6 e 0.8 mEq/L)





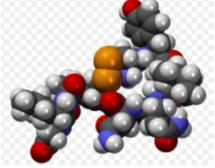
Eziologia

Diabete insipido centrale (il più frequente):

- spesso tumori intrasellari o sovrasellari, metastasi, granuloma (per es., sarcoidosi, tubercolosi), ipofisectomia o resezione di tumori dell'area ipofisaria, infezioni (per es., encefalite, meningite), emorragie cerebrali, traumi
- più raramente: idiopatica o familiare

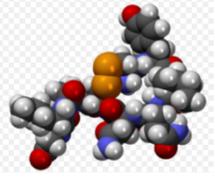
Diabete insipido renale:

- acquisito (più frequente): patologie renali tubulari interstiziali, ipercalcemia, ipokalemia, farmaci (per es., litio)
- Congenito (raro): per lo più forme ereditarie autosomiche recessive per il cromosoma X



Sinossi della storia clinica 2

Dall'inizio del 2015, per il controllo del bilancio idrico, che si modificava in senso peggiorativo, si rende necessario l'aumento progressivo della dose di desmopressina sino a 600 $\mu\text{g}/\text{die}$. Nel secondo semestre del 2015, comparsa progressiva di iponatriemia (120 mEq/L), senza alterazione della kaliemia e della calcemia, con qualche episodio di cefalea e nausea, crampi muscolari, tendenza alla perdita di equilibrio. Pertanto è stata gradualmente sostituita la terapia di Litio con Valproato di Sodio (900 mg/die) integrato con modeste dosi di Aloperidolo, ottenendo un buon controllo del Disturbo Bipolare. Non è stato necessario l'uso di terapia a gradini per ridurre la poliuria: dieta iposodica e ipoproteica, tiazidici, FANS. La somministrazione del Litio è cessata a Marzo 2016. Gradualmente, nell'arco di circa sei mesi, si è osservata la normalizzazione dei valori di Natriemia. Il Litio può ridurre i valori di Natriemia, competendo con il trasporto del Sodio a livello del tubulo prossimale del nefrone. Di solito l'iponatriemia si osserva per valori tossici di Litiemia (superiori a 1.5 mEq/L), mentre nel caso della paziente la Litiemia era nell'intervallo di normalità. La dose di desmopressina viene riportata a quella iniziale gradualmente (480 $\mu\text{g}/\text{die}$) senza che ricompaiono i segni di alterazione del bilancio idrico.



Conclusioni

Il caso descritto è un esempio di coesistenza, nello stesso soggetto, delle due forme di diabete insipido, quella centrale e quella nefrogena, a causa della perdita della funzione neuroipofisaria per l'intervento neurochirurgico subito e l'uso cronico del Litio per la patologia neuropsichiatrica sopportata dalla paziente. Il Litio, oltre ad agire sul trasporto del sodio a livello del nefrone, determina resistenza renale all'ADH, nel caso, esogeno. L'aumento della dose del neuroormone controlla il bilancio idrico, ma favorisce la comparsa di una iponatremia da diluizione per sovradosaggio, come si verifica, per altri motivi, nelle sindromi da inappropriata increzione di ADH (SIADH). Solo la sospensione lenta e progressiva del Litio, per evitare ricadute della patologia psichiatrica, e la sua sostituzione con altri farmaci psicotropi, accompagnata da progressiva riduzione della terapia con desmopressina, consente il recupero di una normale condizione del metabolismo del sodio e dell'acqua, stabile nel tempo. Va infine sottolineato che la clinica e l'attento controllo dei caregiver hanno consentito una gestione domiciliare della fase della malattia descritta.



Grazie per l'attenzione