

Abordagem terapêutica e taxas de remissão na acromegalia – um estudo retrospectivo

Ana Margarida Monteiro¹, Rui Almeida^{2, 3}, Olinda Marques^{1, 3}
¹Serviço De Endocrinologia, ²Serviço de Neurocirurgia,
³Consulta de Grupo Hipófise, Hospital de Braga

CONGRESSO PORTUGUÊS
DE ENDOCRINOLOGIA 2016
67ª REUNIÃO ANUAL DA SPEDM



INTRODUÇÃO

A normalização dos valores de GH e IGF-1 é um dos objetivos terapêuticos para o controlo da doença. Contudo, apesar da multiplicidade de opções terapêuticas, uma quantidade significativa de doentes não atinge o controlo da doença.

OBJETIVOS & MÉTODOS

Avaliação das modalidades terapêuticas utilizadas e determinação de prevalência de controlo de acromegalia.

Estudo observacional, analítico e retrospectivo de 53 doentes com acromegalia seguidos em consulta pelo menos 12 meses após o tratamento inicial.

Critérios de **controlo de acromegalia**: valores de IGF-1 normalizados para a idade e sexo e/ou valores de GH ocasionais <1ng/mL. **Análise estatística**: software SPSS™v20. **Significância estatística**: p<0,05.

RESULTADOS

66,0% (n=35) mulheres // 34,0% (n=18) homens
Idade (média): 56,5 ± 14,1 anos
Idade ao diagnóstico (média): 46,3 ± 14,8 anos
Tempo de seguimento (médio): 9,6 ± 4,6 anos

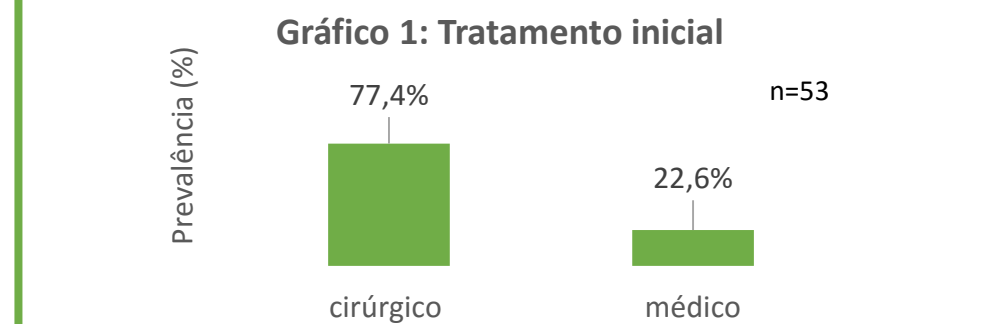
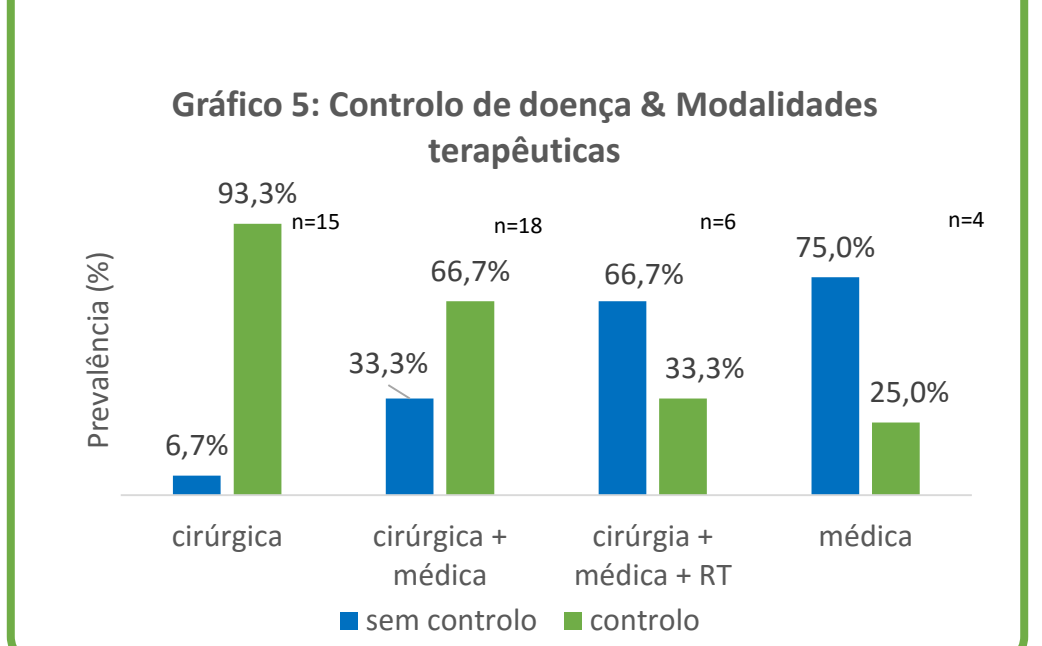
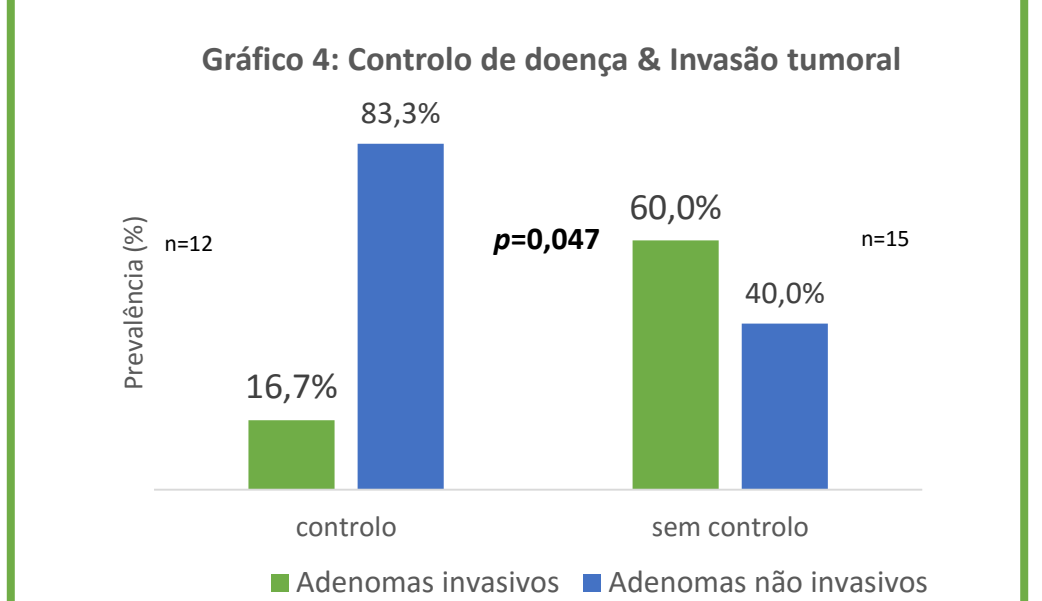
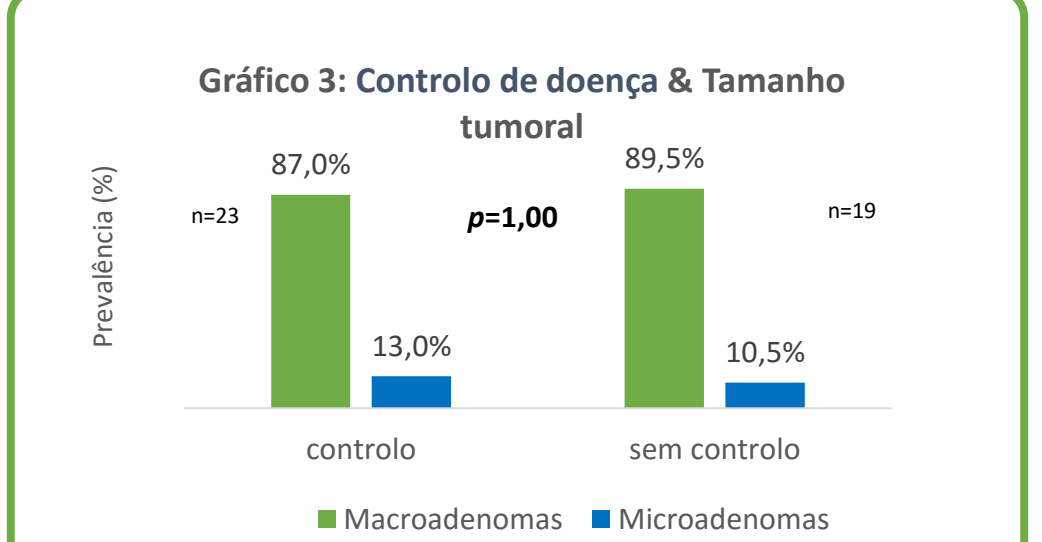
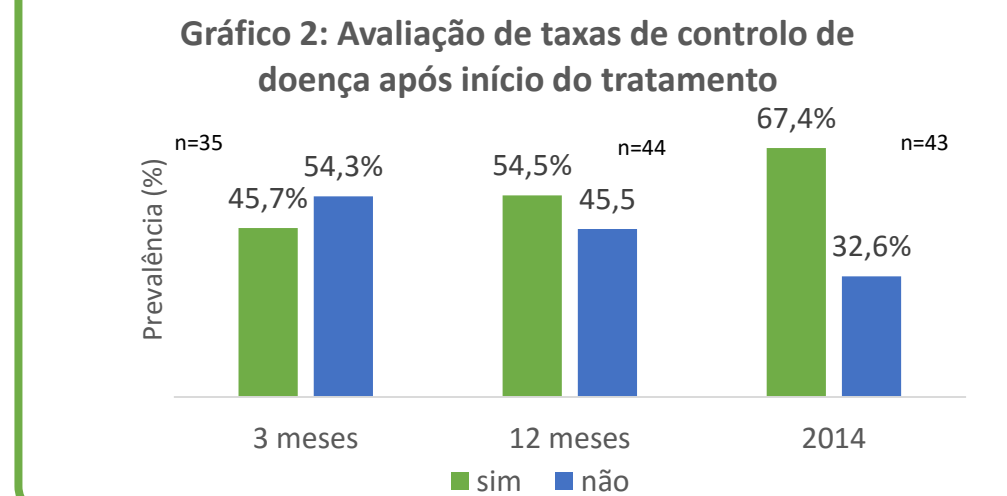


Tabela 1 – Modalidades terapêuticas	Prevalência (%;n)
Cirurgia	34,0% (n=18)
Cirurgia + SSA	22,6% (n=12)
Cirurgia + AD	9,4% (n=5)
Cirurgia + SSA+ AD	9,4% (n=5)
Cirurgia + SSA + AD + RT	7,5% (n=4)
Cirurgia + SSA+ RT	7,5% (n=4)
SSA+ AD	3,8% (n=2)
AD	3,8% (n=2)
Cirurgia + SSA+ PEG + RT	1,9% (n=1)

SSA: análogos de somatostatina; AD: agonistas dopaminérgicos; RT: radioterapia; PEG: pegvisomant



DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

A abordagem terapêutica da acromegalia é complexa, sendo frequente a necessidade de terapêutica multimodal para alcançar o controlo da doença. À semelhança de estudos previamente publicados, cerca de um terço dos doentes não atingiu o controlo da doença. Verificou-se maior prevalência de controlo de doença, aos 12 meses, em doentes com adenomas não invasivos e em doentes submetidos apenas a tratamentos cirúrgicos.

BIBLIOGRAFIA

Katznelson L, Laws ER, Jr., Melmed S, Molitch ME, Murad MH, Utz A, et al. Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(11):3933-51. Epub 2014/10/31; Melmed S. Medical progress: Acromegaly. N Engl J Med. 2006;355(24):2558-73. Epub 2006/12/15; Holdaway IM, Bolland MJ, Gamble GD. A meta-analysis of the effect of lowering serum levels of GH and IGF-1 on mortality in acromegaly. Eur J Endocrinol. 2008;159(2):89-95. Epub 2008/06/06; Ribeiro-Oliveira AJR, Barkan A. The changing face of acromegaly— advances in diagnosis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2012; 8:605–611; Paiva I., Acromegaly – Portuguese Epidemiology Data, ENDO 2006; Giustina, A. et al. A consensus on the medical treatment of acromegaly Nat. Rev. Endocrinol. 10, 243–248, 2014; Melmed S, et al. Guidelines for acromegaly management: an update. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2009 94 1509–1517; Giustina A et al. A consensus on criteria for cure of acromegaly. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2010 95 3141–3148; Schöfl C et al, Long-term outcome in patients with acromegaly: analysis of 1344 patients from the German Acromegaly Register. European Journal of Endocrinology 2013 168 39–47; Bex M et al, AcroBel – the Belgian registry on acromegaly: a survey of the ‘real-life’ outcome in 418 acromegalic subjects, European Journal of Endocrinology (2007) 157 399–409