

Da: Antonella Russo [mailto:a.russo@fasiweb.com]

Inviato: giovedì 13 ottobre 2011 10:32

A: franco.grimaldi@aliceposta.it

Oggetto: 1° Congresso Endocrinologia Oncologica - Roma, 26/28 ottobre 2011

Roma, 13 ottobre 2011

Chiar.mo Prof. Grimaldi,

La informiamo che al Suo abstract dal **titolo IL RISCHIO ONCOLOGICO NEL PAZIENTE ACROMEGALICO** è stato assegnato il numero: **PP02**

Il Suo lavoro scientifico sarà oggetto di una **breve discussione orale** accanto al Suo poster, che si terrà il **27 ottobre** p.v., dalle ore **13.30** alle ore **15.00**, nell'Area Poster.

Le ricordiamo altresì le seguenti indicazioni:

- 1) Ad ogni poster sarà riservato uno spazio contrassegnato dal codice corrispondente.
 - 2) A ciascun poster dovrà corrispondere una quota di iscrizione e sarà possibile affiggerlo solo se questa risulterà saldata. Qualora non avesse già provveduto per il pagamento, può utilizzare l'apposita scheda allegata.
- NB: Ogni autore/presentatore potrà presentare al massimo 2 lavori. Per presentare ulteriori contributi scientifici, bisognerà iscrivere almeno un altro degli autori indicati.
- 3) Sarà possibile affiggere il poster a partire dalle ore **8.30** del **27 ottobre** p.v. nell'Area Poster dell'NH Vittorio Veneto (Corso d'Italia, 1).
 - 4) Si dovrà ritirare il poster entro le ore **12.00** del **28 ottobre** p.v. (si prega di considerare che i poster non rimossi saranno eliminati).
 - 5) La dimensione del poster non dovrà essere superiore a 90 cm di base e 120 cm di altezza.
 - 6) Ogni autore dovrà provvedere autonomamente ai materiali necessari all'affissione (nastro adesivo e/o biadesivo e forbici).

Rimanendo a Sua disposizione per qualsiasi ulteriore informazione Le occorra, La invitiamo a visitare il sito www.endo-onco.it, dove troverà a partire dalla settimana prossima il programma definitivo del congresso.

Distinti saluti,

Antonella Russo

I CONGRESSO NAZIONALE DI ENDOCRINOLOGIA ONCOLOGICA - POSTER

Argomento: Endocrinologia Clinica

Settore di interesse: Ipofisi

Età anagrafica dell'autore presentatore: 27 anni

Il rischio oncologico nel paziente acromegalico

Macrini S.¹, Fasola G.², Mazzolini A.¹, Pellegrini A.¹, Puglisi F.², Purinan A.¹, Tonutti L.¹, Trianni A.³,
Vescini F.¹, Grimaldi F.¹

SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo¹, Clinica Oncologica², Fisica Sanitaria³, Azienda
Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia, Udine

Introduzione

L'acromegalia è una patologia endocrina determinata prevalentemente da un tumore ipofisario secernente GH, associata ad un aumento dell'incidenza di neoplasie secondarie, associazione che questo studio si propone di indagare.

Metodi

È stata costituita una coorte di 202 soggetti acromegalici valutati presso l'Endocrinologia e Malattie del Metabolismo di Udine, dal 1/1/1970 al 31/12/2010, la cui storia è stata ricostruita retrospettivamente basandosi sulle cartelle cliniche e sul programma di gestione clinica G2. I dati sono stati analizzati statisticamente utilizzando i test di Kruskal-Wallis (One way ANOVA) per l'associazione tra variabili continue e variabili dicotomiche, e le tabelle di contingenza rapportate ai test di Pearson e Fisher per variabili discrete.

Risultati

Utilizzando diverse classificazioni per le neoplasie riscontrate, sono state verificate associazioni statisticamente significative tra IGF-1 e GH all'ultimo controllo e una serie di tumori da 2 a 6; tra range di durata dell'acromegalia e numero di tumori da 1 a 6 (associazione inversa); tra terapia radiante e numero di tumori da 2 a 6; tra insorgenza, numero dei tumori e terapie combinate (associazione inversa), nonostante queste non siano associate al controllo dell'acromegalia. Sono state individuate 141 neoplasie, 60 nelle donne e 81 negli uomini, con preponderanza di quelle colon-rettali (22 pazienti), epatiche (9 pazienti), cutanee (8 pazienti), gastriche, surrenali e prostatiche (7 pazienti per istotipo).

Non è stata riscontrata alcuna associazione tra insorgenza e numero dei tumori con il diametro dell'adenoma ipofisario alla RM alla diagnosi (non completamente escludibile) e con la terapia neurochirurgica, nonostante l'ottimo controllo della malattia esercitato da quest'ultima.

Conclusioni

Risulta fondamentale conseguire il controllo dell'acromegalia, soprattutto dell'IGF-1, e ridurre al minimo la durata della patologia in fase "attiva", in quanto associati allo sviluppo di neoplasie secondarie e di tumori multipli. La terapia neurochirurgica, esercitando un ottimo controllo ormonale, potrebbe risultare protettiva, mentre quella radiante è risultata associata con l'insorgenza di tumori multipli, facendo ipotizzare che svolga un ruolo favorente. Le terapie combinate ottengono probabilmente un ruolo protettivo in quanto inversamente associate allo sviluppo dei tumori. È stato infine riscontrata la presenza di tutti gli istotipi neoplastici, associati in letteratura all'acromegalia, confermando la preponderanza dei tumori colon-rettali.