



4i
incontri
italiani
ipotalamo
ipofisari

Napoli, 16-18 febbraio 2012
VI Edizione

Roma, 26 gennaio 2012

Egregio Dott. Franco Grimaldi,

siamo lieti di informarLa che il Comitato Scientifico ha accettato il Suo abstract dal titolo "IL RISCHIO ONCOLOGICO NEL PAZIENTE ACROMEGALICO" e potrà presentarlo come **Poster**.

Il numero definitivo assegnato al Suo poster è **PP04**.

La preghiamo voler prendere attenta visione delle seguenti indicazioni relative alla presentazione:

- 1) Ad ogni poster sarà riservato uno spazio contrassegnato dal numero corrispondente.
- 2) A ciascun poster dovrà corrispondere una quota di iscrizione e sarà possibile affiggerlo solo se questa risulterà saldata. Qualora il pagamento della quota di iscrizione non fosse stato già effettuato, Le ricordiamo che versandola entro il 31 gennaio p.v. sarà possibile usufruire della quota ridotta, ossia quella ufficialmente scaduta lo scorso 30 novembre. Oltre il 31 gennaio saranno applicate le quote a tariffa piena attualmente in vigore. Per il pagamento della quota 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 15.30 del 16 febbraio nell'Area Poster.
- 4) Il poster dovrà essere ritirato entro le ore 12.00 del 18 febbraio p.v. (si prega di considerare che i poster non rimossi saranno eliminati).
- 5) La dimensione del poster non dovrà essere superiore a 70 cm di base e 100 cm di altezza.
- 6) Ogni autore dovrà provvedere autonomamente ai materiali necessari all'affissione (nastro adesivo o biadesivo).
- 7) Il suo poster sarà inoltre oggetto di una breve discussione orale che si terrà il 17 febbraio dalle ore 13.00 alle ore 15.00 presso l'Area Poster. Gli autori sono pregati di farsi trovare accanto al proprio poster.

La informiamo che i lavori accettati saranno inseriti nel cd-rom abstract distribuito in sede congressuale a tutti i partecipanti regolarmente iscritti.

Si ricorda che l'abstract verrà inserito così come è stato inviato. E' a cura e responsabilità degli autori verificarne l'esattezza dei contenuti.

Rimaniamo a completa disposizione per qualsiasi ulteriore informazione Le occorra.

Distinti saluti,
Antonella Russo
Project Assistant



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
FASI Srl
Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Tel. 0697605628/Fax 0697605650
E-mail: a.russo@fasiweb.com
www.fasiweb.com

4I- INCONTRI ITALIANI IPOTALAMO IPOFISARI - POSTER

Argomento: Endocrinologia Clinica

Settore di interesse: Ipofisi

Età anagrafica dell'autore presentatore: 27 anni

Il rischio oncologico nel paziente acromegalico

Macrini S¹., 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.