



## COMISSÃO NACIONAL DE NORMALIZAÇÃO DA HORMONA DO CRESCIMENTO (CNNHC)

### TRATAMENTO COM SOMATROFINA NO ADULTO

#### INTRODUÇÃO

A deficiência grave da secreção de Somatotrofina (ST) na idade adulta (SDSSTA) por doença hipotálamo-hipofisária ou secundária a traumatismo crânioencefálico ou hemorragia subdural associa-se com um quadro clínico bem caracterizado, que inclui 1) alteração da composição corporal (diminuição da massa magra e aumento da massa gorda), 2) redução da qualidade de vida, 3) osteopenia ou osteoporose, 4) aumento de risco cardiovascular.

Esta síndrome melhora após terapêutica com ST.

A prevalência estimada de SDSSTA é de 1 caso por 10000 adultos. O tratamento deverá ser comparticipado apenas nas situações adiante indicadas.

Por acarretar custos elevados para o Serviço Nacional de Saúde, impõe-se garantir aos cidadãos a possibilidade de tratamento nas indicações estabelecidas, assegurando a prevenção do seu uso indevido pelo que também se recomenda que este tratamento esteja disponibilizado gratuitamente únicamente em ambiente hospitalar e em centros de referência específicos.

#### 1. Indicações para tratamento com ST

Deficiência grave de secreção de ST de qualquer etiologia e com repercussão clínica na qualidade de vida (documentada).

Com base na evidência disponível, a **definição de deficiência grave** deve ser estabelecida de acordo com os seguintes pressupostos:

- a. Na presença de **lesões estruturais irreversíveis hipotálamo-hipofisárias acompanhadas de hipopituitarismo** com pelo menos 3 défices estabelecidos das hormonas segregadas na hipófise (de ST e outras duas hormonas) e níveis de IGF1 inferiores aos valores de referência para a idade e género (< -2DP).
- b. Perante um quadro clínico compatível com a SDSSTA na sequência de **traumatismo crânio-encefálico ou hemorragia sub-aracnoideia**.

- c. Existência de défice de ST diagnosticado na infância e persistente na idade adulta (segundo as recomendações do protocolo da fase de transição do protocolo da idade pediátrica).

## 2. Avaliação

O doente deve ser submetido a uma prova de estimulação para confirmar a deficiência de secreção de ST quando o défice de secreção de ST for acompanhado por menos de 2 outros défices hormonais ou na situação da alínea b). Neste caso a prova recomendada é a de hipoglicemia insulínica, podendo ser substituída, se houver contra-indicação\*, pela prova de glucagon.

\* Epilepsia, DCI, AVC

Nas situações incluídas na alínea a) o diagnóstico não carece de confirmação por provas de estimulação da secreção.

Nos casos da alínea b), por a deficiência de secreção poder ser transitória, os doentes devem ser avaliados mais de 12 meses depois do evento primário.

A deficiência de secreção de ST é determinada por um pico de resposta após estímulo inferior a 3 ng/mL (Imunoquimiluminescência).

## 3. Contra-indicações ao uso de ST em idade adulta

- a. Idade > 65 anos
- b. Gravidez
- c. Neoplasia activa
- d. Diabetes mellitus não controlada
- e. Insuficiência hepática e renal

## 4. Posologia recomendada no tratamento com somatropina

A dose diária de ST deve ser individualizada.

A dose inicial deve ser baixa e ajustada pela idade:

- a) 0,1-0,2 mg/dia - > 60 anos
- b) 0,2-0,3 mg/dia - 30-60 anos
- c) 0,4-0,5 mg/dia - < 30 anos

por administração subcutânea com titulação (1, 3 e 6 meses) até se atingirem níveis de IGF 1 normais para género e idade (média ou  $DP > 0$ ), sem despertar efeitos colaterais. Em doentes com diabetes ou anomalia da glicemia em jejum, iniciar com 0,1-0,2 mg/dia.

## 5. Monitorização

Atingida a dose de manutenção, semestral ou anualmente, devem ser monitorizados os níveis de glicose em jejum, HbA1c, IGF1, níveis dos lípidos, T4 livre, TSH, cortisol, testosterona (se indicado), IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, frequência cardíaca e ECG, avaliação da Qualidade de Vida (score)..

## 6. Duração do tratamento

O tratamento poderá manter-se até aos 65 anos desde que se obtenha melhoria clínica e não surjam efeitos adversos.

Se for interrompido, os doentes devem ser reavaliados quanto à Qualidade de Vida, 6 meses após a suspensão.

## 7. Vigilância de complicações

Nos doentes com patologia hipotálamo-hipofisária tumoral deve ser feita RM-CE e hipotalamo-hipofisária periódica.

Deve ser mantida vigilância clínica de diabetes mellitus, de doença cardiovascular, de neoplasias (côlon, mama, leucemia, outro) ou outras eventuais alterações.

## Bibliografia

1. <http://www.aace.com/pub/pdf/guidelines/GrowthHormoneGuidelines.pdf>
2. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11504/32665/32665.pdf>
3. [http://www.endo-society.org/guidelines/final/upload/042506\\_CG\\_HormoneBook.pdf](http://www.endo-society.org/guidelines/final/upload/042506_CG_HormoneBook.pdf)
4. [http://www.agingbetter.com/pdf/Quality\\_of\\_Life.pdf](http://www.agingbetter.com/pdf/Quality_of_Life.pdf)