

# Μακροχρόνια παρακολούθηση εφήβου με κεντρικό άποιο διαβήτη και αναστολή ενήβωσης

Παλιούρα Ε (1), Ρηγανά Μ (1), Κατσαφυλούδη Μ (1), Κονιδάρης Α (1), Βρυωνίδου Α (1)  
(1) Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ε.Ε.Σ., Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο κεντρικός άποιος διαβήτης είναι μια σπάνια κλινική οντότητα που οφείλεται στη μειωμένη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης (ADH). Στα παιδιά και στους εφήβους η παρουσία του εντάσσεται συνήθως στο πλαίσιο σοβαρής υποκείμενης νόσου και η διαφορική διάγνωση απαιτεί πληθώρα εργαστηριακών και απεικονιστικών ελέγχων και μακροχρόνια παρακολούθηση.

**Περιστατικό:** Έφηβος 16<sup>8/12</sup> ετών με συμπτωματολογία πολυουρίας και πολυδιψίας από 5ετίας

• Ημερήσιο ισοζύγιο: Προσλαμβανόμενα ≈9 lt / Αποβαλλόμενα ≈8-9lt

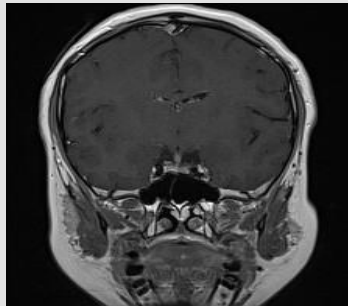
• Παιδιατρικό ιστορικό: **Αναστολή ανάπτυξης:** Πώση στην καμπύλη ύψους: 50η Ε.Θ. (12 ετών) → 3η Ε.Θ. (16<sup>8/12</sup> ετών) / αμετάβλητη καμπύλη βάρους (50<sup>η</sup> Ε.Θ.) / Οστική ηλικία: 15<sup>3/12</sup> ετών

• Κλινική εξέταση: **Αναστολή ενήβωσης:** Ανάπτυξη γεννητικών οργάνων: Tanner III/ Βόρχων: 12 cc

## ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΥΔΑΤΟΣ → ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΑΠΟΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

	Έναρξη	Προ DDAVP	Μετά 2μg DDAVP
Ωσμωτικότητα Ούρων (mmol/kg)	140 (E.B.1002)	203 (E.B.1005)	436 (E.B.1011)

## MRI → ΕΣΤΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΗ ΜΙΣΧΟΥ ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΗΜΑΤΟΣ ΝΕΥΡΟΥΠΟΦΥΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΑΔΕΝΟΥΠΟΦΥΣΗΣ



**Πορεία:** Εκτενής εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος → χωρίς ανάδειξη έτερης παθολογίας -πιθανότερη διάγνωση → αποδραμούσα υποφωσιτίδα

• Έναρξη δεσμοπρεσίνης (60mcg x3) & τεστοστερόνης διαδερμικά (10mg/ημερησίως με τιτλοποίηση στα 30mg)

• ≈3 έτη μετά → σταδιακή αύξηση ύψους κατά 9.5 cm (τελικό ύψος=172 cm, 20η Ε.Θ.) και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου συνέχισαν να αναπτύσσονται

• ≈4 έτη μετά → πλήρης **ανάκαμψη υποθαλαμο-υποφυσιο-γοναδικού άξονα** (όγκος όρχων: 20ml)

• ≈8 έτη μετά → κεντρικός άποιος διαβήτης καλά ελεγχόμενος

**Συζήτηση:** Έφηβοι με κεντρικό άποιο διαβήτη χωρίς τεκμηριωμένη διάγνωση κατά την αρχική εκτίμηση απαιτούν μακροχρόνια παρακολούθηση.

### Βιβλιογραφία:

Fenske W, Allolio B. Clinical review: Current state and future perspectives in the diagnosis of diabetes insipidus: a clinical review. J Clin Endocrinol Metab. 2012

	Χρόνος 0	Μετά 4ετίας	Μετά 8ετίας
ΥΨΟΣ (εκ)	<b>162.5</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
FSH (mIU/ml) (φ.τ. 1,0 - 8,0)	<b>2.23</b>	4.67	5.19
LH (mIU/ml) (φ.τ. 2.0 - 12.0)	<b>3.03</b>	3.60	3.02
TTesto (ng/ml) (φ.τ. 2.0 - 8.5)	<b>0.961</b>	6.710	5.59
SHBG (nmol/l) (φ.τ. 14.5-50)	52.8	35.4	28.1
Κορτιζόλη (μg/dl) (φ.τ. 6-20)	19.29	15.65	25.78
ACTH (pg/ml) (φ.τ. 9-52)	46	39.2	66.4
IGF-1 (ng/ml) (φ.τ. 185-617) (Tanner 3)	<b>196</b>	264 (φ.τ. 140-385)	
ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ (ng/ml) (φ.τ. 3.2-19)	10.03	7.15	13.31
TSH (μIU/ml) (φ.τ. 0.3-4.2)	2.66	1.18	1.32
FT4 (ng/dl) (φ.τ. 0.7-1.5)	1.12	1.4	1.23