Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Cretinetti e l'ADH che non andava
Data 10 marzo 2006 alle 12:39:00
Autore R. Rossi

CRETINETTI E L'ADH CHE NON ANDAVA

Cretinetti ha tra i suoi pazienti anche un vicino di casa, un omaccione di 82 anni che faceva l'operaio in una fonderia, appassionato di bicicletta. Fino a qualche anno fa si faceva senza nessuna fatica 100 - 120 km in una giornata. Purtroppo ultimanente hanno cominciato a comparire alcune magagne. Prima un diabete tipo 2, controllato però con glibenclamide, e una ipercolesterolemia che ha costretto Cretinetti a prescrivere simvastatina. Poi, circa 5-6 anni fa, in seguito alla comparsa di un TIA e al riscontro di una stenosi carotidea dell'80% Cretinetti ha inviato il paziente da un chirurgo vascolare per eseguire una endoarteriectomia. Dopo l'intervento è comparsa anche ipertensione arteriosa per cui sono stati prescritti enalapril e amlodipina. Ovviamente Cretinetti, in ossequio alle linee guida, non ha mancato di aggiungere alla terapia già in atto dell'asa a basse dosi.
La situazione precipita circa due mesi fa quando il paziente viene ricoverato una domenica per comparsa di ritenzione urinaria acuta da ipertrofia prostatica. Avendo una prostata grossa come un melone (stranamente non aveva fino a quel monento mai provocato disturbi) gli urologi si vedono costretti ad un intervento di resezione endoscopica della prostata. Tecnicamente l'intervento riesce alla perfezione e non si verificano complicanze particolari.
Durante il ricovero compare però una intensa e grave poliuria. Una TAC cerebrale, oltre a mostrare un quadro di encefalopatia multinfartuale, evidenzia una sella turcica vuota; viene fatto il dosaggio dell'ADH e in seguito, dopo un ricovero di più di un mese in lungodegenza, il paziente viene dimesso con la diagnosi di diabete insipido e alla terapia già in atto viene aggiunta desmopressina 0,1 mgx2/die.Nonostante la terapia però la poliuria continua e anzi si fa più intensa. Cretinetti annaspa perchè è la prima volta che si trova davanti ad un diabete insipido, comunque aumenta la dose della desmopressina a 0,2x2/die. Non c'è verso però di far recedere la poliuria così Cretinetti invia il paziente da un endocrinologo il quale a sua volta aumenta la dose a 0,4x2.
Però la nuova dose non sortisce alcun effetto: il paziente, che dopo l'intervento di TURP, è affetto anche da incontinenza urinaria, deve cambiare circa 25 pannoloni al giorno.
Una mattina, mentre Cretinetti annaspa in mezzo ad un ambulatorio affollatissimo, la moglie del poveraccio lo chiama al telefono, è disperata in quanto non riesce piu' a dormire la notte perchè deve continuamente cambiare il marito, le lenzuola, le coperte.
Cretinetti non sa che pesci pigliare, sta per consigliare una nuova visita endocrinologica, quando improvvisamente gli si accende una lampadina. Dice alla moglie di aspettare un attimo, controlla una certa cosa da cui deriva la conseguente decisione. Dice alla moglie di venir a ritirare una ricetta e come per incanto la poliuria quasi sparisce nel giro di qualche giorno.
Commento

Cretinetti si è chiesto come mai una dose elevata di desmopressina non riuscisse a controllare la poliuria del paziente. Non poteva essere uno scompenso del diabete mellito in quanto glicemia ed emoglobina glicata erano su valori più che accettabili. Altre ipotesi (un diabete insipido ADH resistente oppure una concomitante tubulopatia renale) erano troppo difficili per il povero Cretinetti che però ad un certo punto pensa che potrebbe essere anche una qualche interazione farmacologica ad impedire alla desmopressina di fare il suo dovere. In due minuti controlla la scheda tecnica della desmopresina e trova che effettivamente la glibenclamide potrebbe avere un effetto inibente. Ordina quindi alla moglie di sospendere la glicenclamide e di passare in studio a ritirare la ricetta per un'altra sulfanilurea (dopo aver controllato che non siano segnalate interazioni). In effetti dopo un paio di giorni si assiste ad un drammatico miglioramento della poliuria.