

USO APPROPRIATO DI iGRO

Utilizzo del confronto tra la risposta di crescita effettiva e quella prevista

Il confronto tra la risposta di crescita effettiva e quella prevista utilizza i modelli predittivi pubblicati per fornire una rappresentazione visiva della crescita effettiva di un paziente rispetto alla crescita prevista in risposta a un trattamento con l'ormone della crescita (GH) in base ai modelli pubblicati. La risposta alla terapia con ormone della crescita varia in base alla diagnosi ed è relativamente maggiore nei pazienti affetti da deficit idiopatico di ormone della crescita (IGHD) rispetto ai pazienti con sindrome di Turner (TS) o a quelli in sottopeso per l'età gestazionale (SGA).

Esiste inoltre una variabilità significativa nella reazione degli individui anche all'interno di queste diverse categorie diagnostiche. È importante notare che i modelli di previsione della crescita utilizzati in iGRO per il deficit di ormone della crescita possono essere applicati solo ai pazienti affetti da IGHD.

Le variazioni nella reazione possono essere influenzate da fattori quali una diagnosi inappropriata, la presenza di disordini endocrini, nutrizionali o sistemici, la mancata aderenza al trattamento o una sensibilità compromessa all'ormone della crescita. Per la valutazione della risposta di crescita dei pazienti e la modifica del loro piano di trattamento, i medici devono basarsi sulle proprie conoscenze e sul proprio giudizio.

Limitazioni del confronto tra la risposta di crescita effettiva e quella prevista

L'utilizzo del confronto tra la risposta di crescita effettiva e quella prevista è limitato da una serie di fattori. La crescita è un processo complesso e sono molteplici i fattori noti e sconosciuti che possono alterare la risposta di crescita al trattamento con ormone della crescita. Infatti, le variabili che risultano associate alla risposta di crescita nei modelli predittivi, che si basano tutti sull'analisi dei dati di regressione multipla provenienti da KIGS, spiegano il 30-70% della variabilità nella risposta di crescita e, in alcuni casi, la percentuale è più vicina al 30% (30-70% per IGHD, 30-68% per TS, 30-52% per SGA).¹⁻³

Inoltre, l'analisi dei dati relativi alla regressione multipla di ampie popolazioni di pazienti può fornire informazioni importanti su queste popolazioni, ma la rilevanza per il singolo paziente può essere limitata in quanto il valore previsto per un singolo paziente può deviare notevolmente rispetto al valore osservato (ad es. per il modello IGHD del 1° anno l'intervallo di confidenza al 95% per una singola previsione è di $\pm 2,6$ cm).¹⁻³

Inoltre, i modelli predittivi non tengono conto della presenza di sottogruppi all'interno di una determinata categoria diagnostica, ad esempio nella TS, dove esistono sottogruppi basati sul cariotipo. Considerate queste limitazioni, è importante che i modelli predittivi vengano utilizzati da esperti che siano al corrente delle statistiche e dell'esperienza nel trattamento con ormone della crescita nei bambini.

Dosaggio di ormone della crescita

Qualsiasi dose di ormone della crescita prescritta deve essere conforme al relativo RCP del prodotto.

Riferimenti bibliografici

1. Ranke MB et al. J Clin Endocrinol Metab 1999;84:1174-83.
2. Ranke MB et al. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:4212-18
3. Ranke MB et al. Horm Res Paediatr 2013;79:51-67