

SIADH: non sempre è per sempre

Un caso di SIADH acuta trattata con Tolvaptan

Laura Lizzul, Francesca Sanguin, Marialuisa Zilio

Servizio di Endocrinologia, UOC Medicina Generale, ULSS3 PO di Dolo (Venezia)

Corrispondenza: lizzul.laura@gmail.com

INTRODUZIONE e BACKGROUND

La sindrome da inappropriata secrezione di ADH (SIADH) è caratterizzata da eccesso di ormone antidiuretico (ADH). Tra le cause più comuni vi sono sindromi paraneoplastiche, disordini dell'encefalo, disordini polmonari, farmaci. Spesso tuttavia l'etiologia resta misconosciuta. La diagnosi si pone per presenza di iponatremia ipoosmolare euvolemica con sodiuria >30mmol/L, senza poliuria. Nei casi in cui il supplemento di sodio venoso o orale e la restrizione idrica risultino inefficaci, è indicata terapia con vaptani (antagonisti del recettore renale di ADH). Anche la cerebral salt wasting syndrome (CSWS) si presenta con iponatremia, che tuttavia è associata a ipovolemia e aumentata diuresi.

PRESENTAZIONE DEL CASO

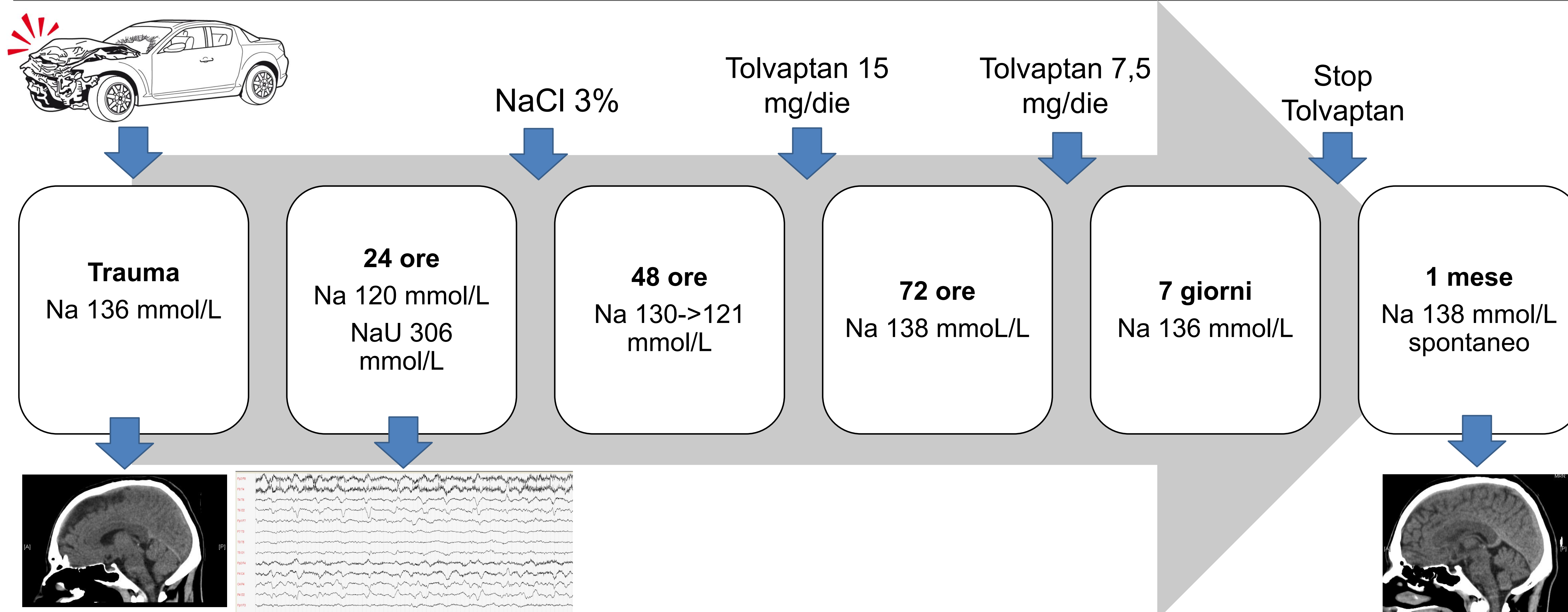
Giovane uomo di 23 anni con politrauma della strada, anamnesi patologica muta. Emorragia subaracnoidea (ESA) frontale alla TC, stabile nelle 48 ore successive; non indicazioni neurochirurgiche. Nei primi giorni di ricovero in rianimazione il paziente appariva progressivamente più soporoso. Un EEG mostrava rallentamento aspecifico dell'attività e veniva riscontrata grave iposodiemia (Na 120 mmol/L) ipoosmolare con natriuresi 306 mmol/L e diuresi conservata.

TRATTAMENTO E FOLLOW UP

Si correggeva con NaCl 3% fino al raggiungimento di Na 130 mmol/L; alla sospensione tuttavia si ripresentava iposodiemia severa (Na 121 mmol/L), non responsiva a supplemento orale di sodio e alla restrizione idrica. Veniva posto in trattamento con Tolvaptan 15 mg con progressivo recupero della natremia. Dopo 48 ore, la dose veniva ridotta a 7,5 mg die per riscontro di Na 138 mmol/L. A distanza di 7 giorni, i livelli di natremia erano stabilmente >135 mmol/L per cui si scalava Tolvaptan a 7,5 mg a di alterni con cui il paziente veniva dimesso a domicilio. Ad un mese dal trauma Na 139 mmol/L per cui veniva sospeso Tolvaptan. A 10 gg eunatremia spontanea, confermata anche ad un mese dalla sospensione di Tolvaptan.

DISCUSSIONE

In seguito a trauma commotivo cranico con ESA il paziente ha sviluppato SIADH con grave iponatremia sintomatica. Abbiamo supportato il progressivo recupero della normale secrezione di ADH con Tolvaptan con dosi a scalare. A due mesi dal trauma la sodiemia spontanea è stabilmente nella norma.



CONCLUSIONI

Spesso ci confrontiamo con casi di SIADH cronica poiché l'agente etiologico non è rimovibile o è misconosciuto. Questo caso clinico ci insegna che la terapia con vaptano può anche essere intesa a supporto temporaneo della ripresa della normale sodiemia in SIADH da cause acute.

BIBLIOGRAFIA

- Peri A *et al.* SIADH: differential diagnosis and clinical management. *Endocrine*. 2017
- Krisanapan P *et al.* Safety and Efficacy of Vaptans in the Treatment of Hyponatremia from Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion (SIADH): A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2023
- Moon RJ *et al.* Syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone due to hypothalamic hamartoma: use of tolvaptan. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2023