МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

*Проф. д-р **М. Боянов**, дмн, гл. редактор*
*Проф. д-р **Цв. Танкова**, дмн, Доц. д-р **И. Цинликов**, дм*

Оригинални статии, литературни обзори и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД
БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.
Endokr. zabol.

Год. XLIII **2014** **Брой 2**

Ако терминът е близо, предизвикването на раждане е оправдано, преди да се пристъпи към неврохирургичната операция.

М. Ванкова

ИНЦИДЕНТАЛОМ НА ХИПОФИЗАТА – КЛИНИЧНИ ПРЕПОРЪКИ НА ЕНДОКРИННОТО ДРУЖЕСТВО (В РЕЗЮМЕ)

F r e d a , P. et al. Pituitary incidentaloma: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. – J. Clin. Endocrinol. Metab., **96**, 2011, № 4, 894-904.

Случайно установен тумор на хипофизата се нарича инциденталом. Определенията за хипофизен инциденталом са различни – в някои се имат предвид само аденомите, а в други – всички образувания, включително кистите. В настоящите препоръки под хипофизен инциденталом се имат предвид всички лезии, включително кистозните. Под микроинциденталом се разбира тумор с размери под 1 cm, а под макроинциденталом – с размери поне 1 cm.

Пациентите с хипофизен инциденталом трябва да бъдат насочено изследвани за хормонална свръхсекреция, за намален хормонален резерв или хормонален дефицит (хипопитуитаризъм). *Дори при липса на насочваща клинична картина се провежда пълният набор от хормонални изследвания, оценяват се всички ендокринни оси*. Независимо от това, подробната анамнеза и пълният физикален статус остават неотменна част от диагностичния процес и са важни за интерпретацията на лабораторните резултати. Ако туморът опира в зрителния нерв или хиазмата, се налага оценка на зрителните полета – периметрия.

Показани за оперативно отстраняване на инциденталома са всички пациенти с данни за стеснени зрителни полета от периметрията; при други нарушения в зрението, дължащи се на притискане на околните структури от тумора – например офталмоплегия; при неврологичен дефицит, дължащ се на притискане от тумора; при тумор, опиращ в зрителните нерви или зрителната хиазма; при хипофизна апоплексия с влошаване на зрението. Оперират се също всички доказано

хормоносекретиращи инциденталоми с изключение на пролактиномите.

Пациентите с инцидентaлом на хипофизата, които не са показани за оперативно лечение, подлежат на проследяване посредством периодична клинична оценка и следните методи:

– Магнитнорезонансна томография (МРТ) на хипоталамохипофизна област:

- на всеки 6 месеца при макроинцидентaлом;
- веднъж годишно при микроинцидентaлом, а при липса на динамика в туморния размер през годините – и по-рядко.

– Периметрия:

- само при инциденталоми, опиращи в зрителните нерви или хиазмата – на всеки 6 месеца, впоследствие – веднъж годишно.

– Хормонална оценка:

- само при макроинциденталоми – първоначално на 6 месеца, след което веднъж годишно.

Препоръките в резюме

1. Първоначална оценка

Първоначалната оценка на пациентите с хипофизен инцидентaлом включва снемане на подробна анмнеза и физикален статус, като се търсят някакви признаци или симптоми на хипопитуитаризъм или хормонална свръхсекреция. При наличие на такива се пристъпва към целенасочени биохимични изследвания:

– Препоръчва се всички пациенти с инцидентaлом на хипофизата, включително и тези без симптоматика, да бъдат изследвани клинично и биохимично за хормонална свръхпродукция и хормонален дефицит (хипопитуитаризъм) (1,+++).

– При всички пациенти с хипофизен инцидентaлом, който се визуализира на МРТ като опиращ в оптичните нерви или хиазма оптикум, да се проведе периметрия (1,++++).

– Ако инцидентaломът е установен посредством компютърна томография (КТ), се препоръчва по възможност да се направи и МРТ, за да се оценят по-точно произходът и съотношението на тумора с околните структури (1,++++).

2. Проследяване

При липса на критерии за пристъпване към оперативно лечение на инциденталома се налага проследяване (2,++), което включва клинична оценка и следните тестове:

– МРТ на хипофизата след 6 месеца при макроинциденталом и след 1 година при микроинциденталом (1,++). При липса на динамика в размерите на тумора в следващите три години се провеждат контролни МРТ веднъж годишно при макроинциденталом и на всеки 1-2 години – при микроинциденталом. След това постепенно интервалите се удължават (2,++).

– Ако на контролната МРТ се установи нарастване на тумора, така че той опира или притиска зрителните нерви или хиазмата, се провежда периметрия (1,++++). При хипофизни инциденталоми, които не са разположени в близост до тези структури и при липса на нова симптоматика, периметрията не е задължителна част от проследяването. Достатъчни са контролните МРТ на посочените интервали (2,+).

– Периодична клинична и биохимична оценка за новопоявил се хипопитуитаризъм се извършва само при пациентите с макроинциденталом на хипофизата, 6 месеца след началното изследване, след което веднъж годишно. Логично е рискът от поява на хипопитуитаризъм да се повиши, ако на контролните МРТ се установи нарастване на тумора (1,++). При пациентите с микроинциденталом, без динамика в анамнезата, клиничната картина и образа на МРТ, не се налага периодична оценка за хипопитуитаризъм (2,++).

– При установяване на динамика в клиничната картина, която може да бъде обвързана с хипофизния инциденталом, или туморът нараства по размер на МРТ, са показани по-чести и подробни изследвания според клиничните индикации (1,++).

3. Индикации за оперативно лечение на хипофизен инциденталом: (1,++++):

– дефект в периметрията, дължащ се на тумора;

– други зрителни или неврологични нарушения (офталмоплегия), дължащи се на притискане от тумора;

– данни от МРТ за тумор, опиращ или притискащ зрителните нерви или хиазмата;

– хипофизна апоплексия с нарушение в зрението;

– доказан хормоносекретиращ тумор с изключение на пролактиномите*.

Оперативното лечение може да се обсъди като терапевтична възможност и в следните случаи (2,++):

– клинично значимо нарастване на тумора;

– загуба на ендокринна функция;

– тумор, намиращ се на близко отстояние от оптичната хиазма при жена, планираща бременност;

– непрестанно главоболие.

В поредица от селарни лезии, показани за операция, 91% са били хипофизни аденоми, а 9% – други образувания с извънхипофизен произход, повечето краниофарингеоми и кисти на Ратке. В друго проучване са оцветени имунохистохимично 20 аденома – 50% са негативни на оцветяването, 20% са доказани като секретиращи няколко хормона – плурихормонални аденоми, 15% произвеждат гонадотропини, 10% – растежен хормон (РХ). Честотата на хипофизните аденоми е около 10,6%, ако се съди по данните от аутопсии. Приживе вероятността такъв да се установи случайно е по-голяма, ако образното изследване, направено по някакъв повод, е МРТ на глава – 4-20% от микроинциденталомите се установяват при КТ, 10-38% – при МРТ. При проследяване на пациентите се правят контролни МРТ, със и без контраст, съдържащ гадолиний. Преди контрастното образно изследване се оценява бъбречната функция.

При всички пациенти с инциденталом на хипофизата трябва да се изследва серумният пролактин. Дали да се правят по-подробни хормонални изследвания при всички пациенти с хипофизен инциденталом, независимо от липсата на симптоматика – това е въпрос, по който и авторите на настоящите препоръки не са единодушни. Някои от тях, доверявайки се на собствения си опит, поддържат тезата за необходимостта от цялостна хормонална оценка с цел търсене на „тихи", клинично безсимптомни, т.нар. субклинични форми, на хормоносекретиращи аденоми. Имат се предвид тихият

*За изключения виж препоръки на Ендокринното дружество в същия брой (бел.реф.)

соматотропин-секретиращ тумор (измерва се инсулиноподобен растежен фактор-1, IGF-1) и субклиничната форма на болестта на Cushing (измерва се плазмено ниво на аденокортикотропния хормон, ACTH). Макар и редки, тези тихи форми на хормонална свръхпродукция могат да причинят редица системни заболявания – да повишат риска от развитие на захарен диабет, остеопороза или артериална хипертония, а установени рано, те са напълно лечими (оперативното отстраняване е първо средство на избор) и затова търсенето им е оправдано. Що се отнася до хормононесекретиращите инциденталоми, решението за оперативно лечение е до известна степен индивидуално. Например, ако при контролната МРТ се установи нарастване на инциденталома с 1 mm, значение има колко бързо е станало и до какво би довело. Ако един интраселарно разположен микроаденом с размери 5 mm, нарасне с 1 mm, това може да не е клинично значимо, освен ако растежът му не е бърз – за 1-2 години. Ако един микроинциденталом отстои на 3 mm от хиазма оптикум и нарасне с 1 mm, това е индикация за операция, защото се повишава рискът от загуба на зрение. Относително показани за оперативно лечение са пациентите с новопоявил се хипопитуитаризъм, както и тези с упорито главоболие. Причините са липса на достатъчно доказателства и литературни данни, както и непредвидимост на резултата от операцията.

М. Ванкова

БРИТАНСКИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ХИПОФИЗНА АПОПЛЕКСИЯ (В РЕЗЮМЕ)

Rajasekaran, S. et al. UK guidelines for the management of pituitary apoplexy. Pituitary Apoplexy Guidelines Development Group: May 2010. – Clinical Endocrinology, **74**, 2011, 9-20.

Класическата хипофизна апоплексия е спешно състояние. Това е клиничен синдром, характеризиращ се с остро появили се главоболие, повръщане, зрителни нарушения и промяна в съзнанието, причинени от кръвоизлив и/или инфаркт в хипофизната жлеза. Типично е внезапното начало на главоболието, като могат да се изявят и други неврологични синдроми, ако бъдат засегнати II, III, IV и VI черепномозъчен нерв.