



# Il sessione Tumori dell'ipofisi tra certezze e criticità Indicazioni per la pratica clinica

**Roberto Attanasio**

Ambulatorio di Endocrinologia,  
Istituto Galeazzi IRCCS, Milano

- La diagnosi
- La terapia
- Il follow-up
- I “problemi”



[www.settemuse.it](http://www.settemuse.it)

Gustav Klimt: Ritratto di Adele Bloch Bauer -I- (1907)

# Patologie della regione ipotalamo-ipofisaria

- Adenomi ipofisari
  - Adenomi clinicamente non funzionanti
  - Prolattinomi e iperprolattinemie patologiche
  - Acromegalia e gigantismo
  - M. di Cushing e s. di Nelson
  - TSHoma
  - Apoplessia ipofisaria
  - Adenomi familiari e sindromici
  - Adenomi aggressivi e carcinoma ipofisario
- Iperplasia e ipertrofia ipofisaria
- Craniofaringioma
- Empty sella
- Ipofisiti
- Ascetti ipofisari
- Diabete insipido
- Ipopituitarismo
  - Ipotiroidismo centrale
  - Iposurrenalismo centrale
  - Ipogonadismo ipogonadotropo
  - Deficit di GH
- Lesioni granulomatose e infiammatorie: TBC, sarcoidosi, aspergillosi, Wegener, mucocele
- Lesioni malformative: cisti di Rathke, epidermoidi, dermoidi, amartomi, diverticoli aracnoidei, cisti intermedie
- Lesioni neoplastiche: pituitomi, coristomi, gliomi, germinomi, linfomi, metastasi, cordomi, condromi, condrosarcomi, istiocitosi, meningiomi, paragangliomi, lipomi, schwannomi, gangliocitomi
- Lesioni vascolari: aneurismi, trombosi
- (Lesioni doppie)

Effetto massa

Sindrome



**Paziente**



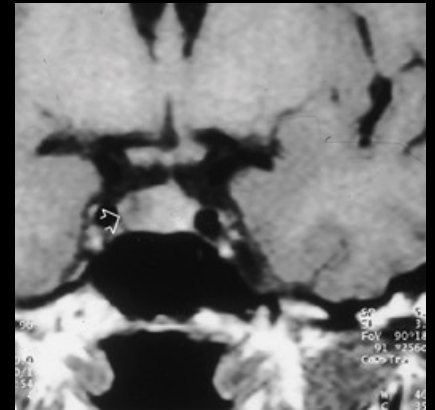
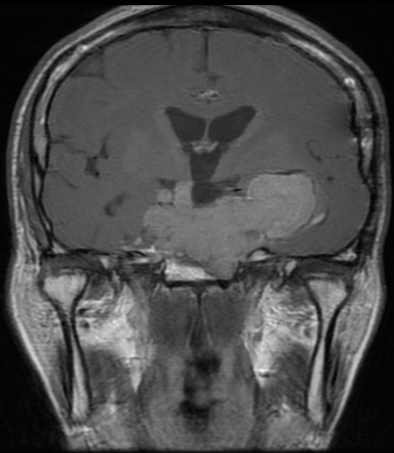
Riscontro incidentale



# Approccio diagnostico-terapeutico

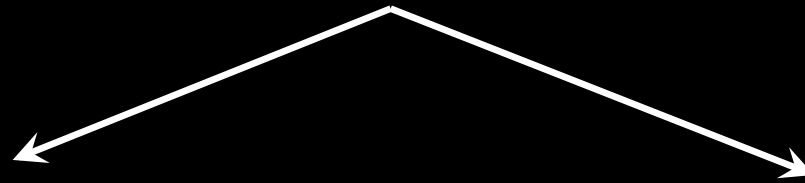
Orientato secondo:

- presentazione clinica
- dimensioni
- epidemiologia



# Quali esami eseguire?

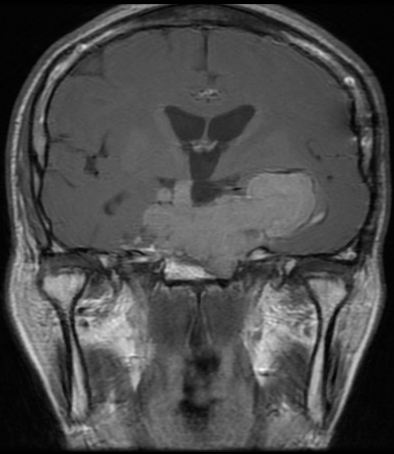
1. C'è un deficit di secrezione ormonale?
2. C'è ipersecrezione ormonale?
3. C'è coinvolgimento delle vie ottiche o compromissione del campo visivo?



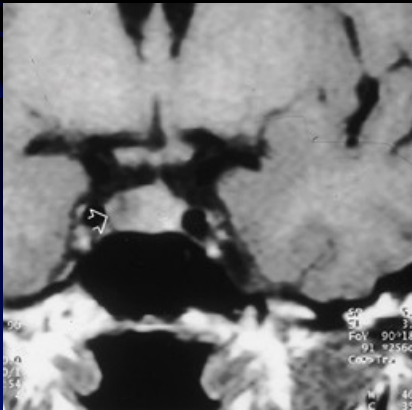
Esami di laboratorio

Esami strumentali

# Esami ormonali



ipo- o ipersecrezione ormonale



ipersecrezione ormonale

# Per una diagnosi biochimica corretta

- PRL
- Cortisolemia (CL)
- TSH, FT4
- Amenorrea E2/Testosterone (terza settimana del ciclo o in menopausa)
- IGF-1
- Diabete insipido

Raro il diabete insipido nel pre-intervento: indagarne sempre la presenza perché di solito indica qualcosa di diverso dall'adenoma

Considera

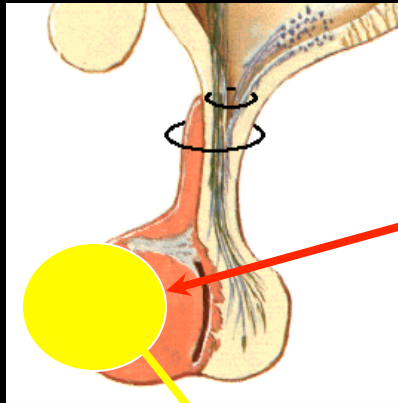
- Miprolattina: se pz sintomatico

nel sospetto Cushing la successione dei test deve essere corretta:

1. diagnosi ipercortisolismo
2. diagnosi ACTH dipend/indipendenza
3. diagnosi localizzazione



# Opzioni terapeutiche



## Terapie ablative:

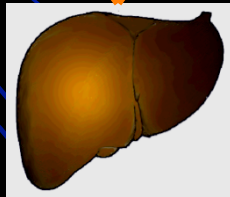
- neurochirurgia
- radioterapia

## Terapie farmacologiche:

- agonisti dopaminergici
- analoghi somatostatina
- antagonisti GHR

GH

GH recettore



IGF-I

# Terapie

- Neurochirurgica
  - Farmacologica
  - Radiante
  - Altre
- 

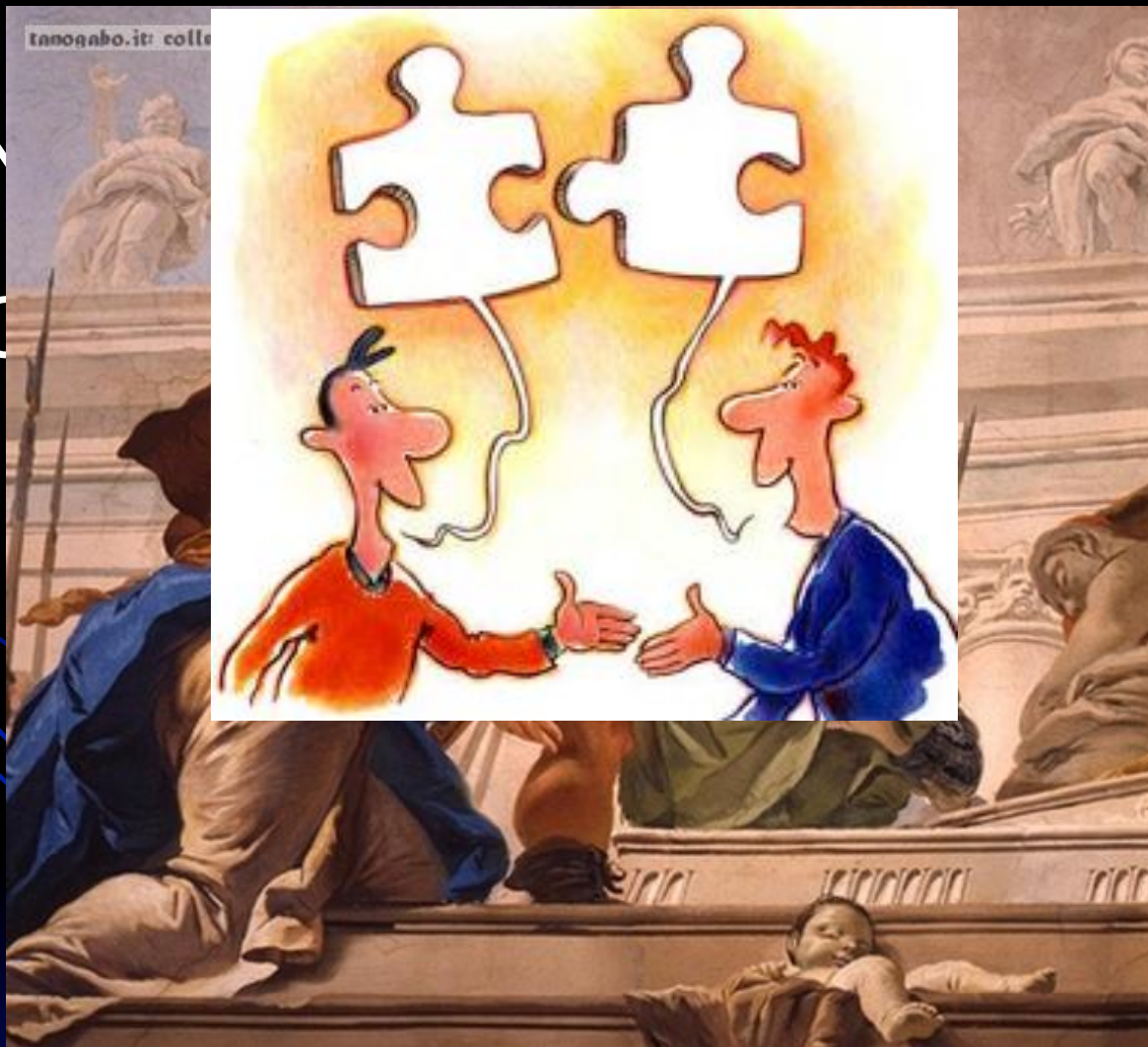
# Attori

- Endocrinologo
- Neurochirurgo
- Radioterapista
- Oncologo
- Medico-nucleare

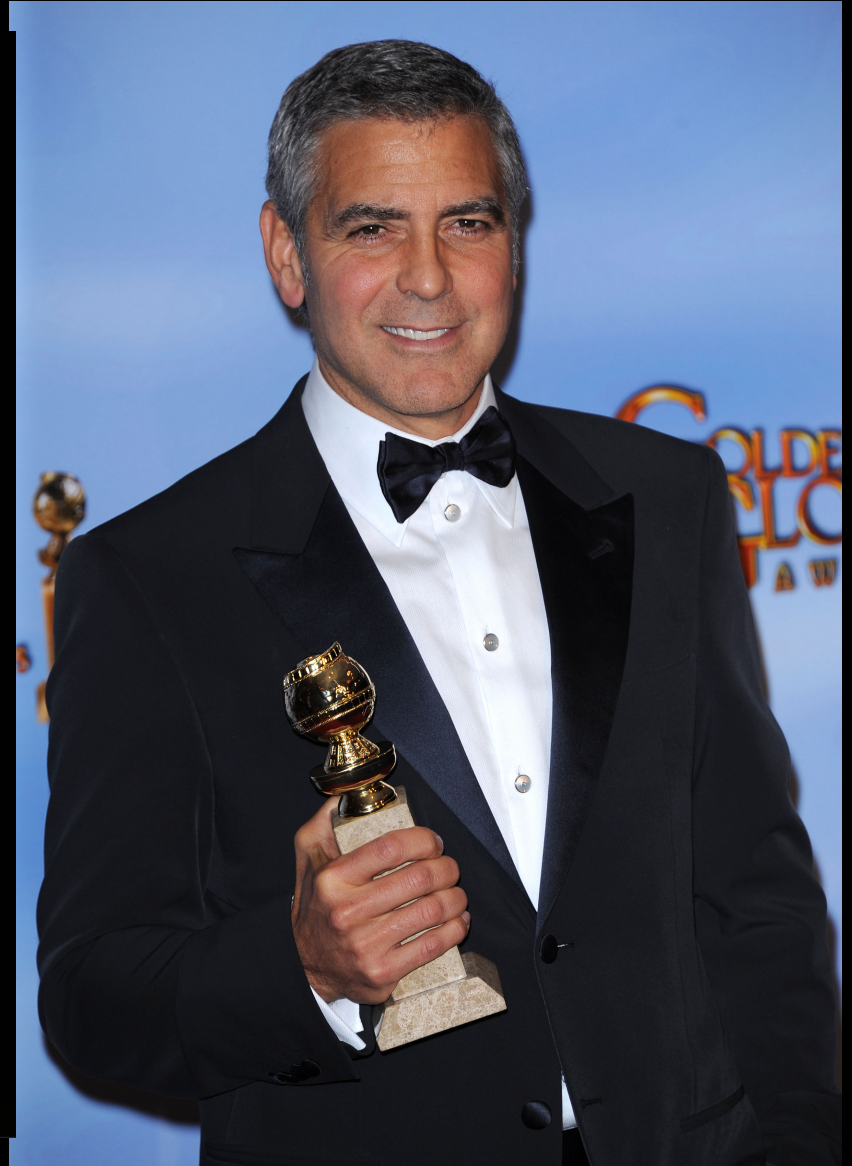
# NCH

# Endocrinologo

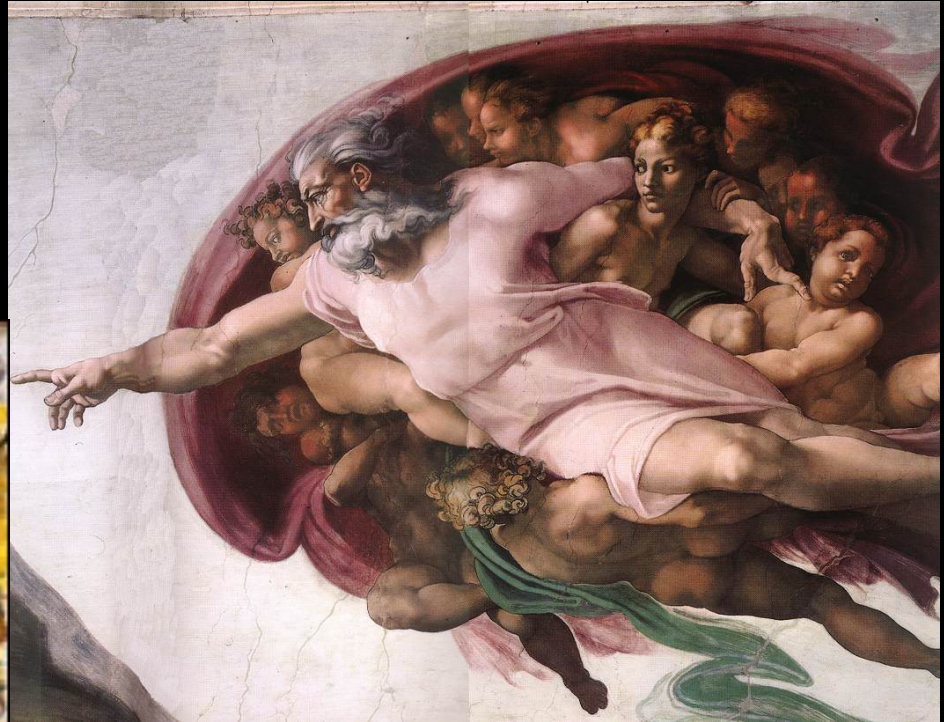
- N
- C



ma



**Qualunque strategia si adotti, non deve rimanere scolpita sulla pietra,**



**ma deve essere sottoposta ripetutamente alla verifica dei fatti**

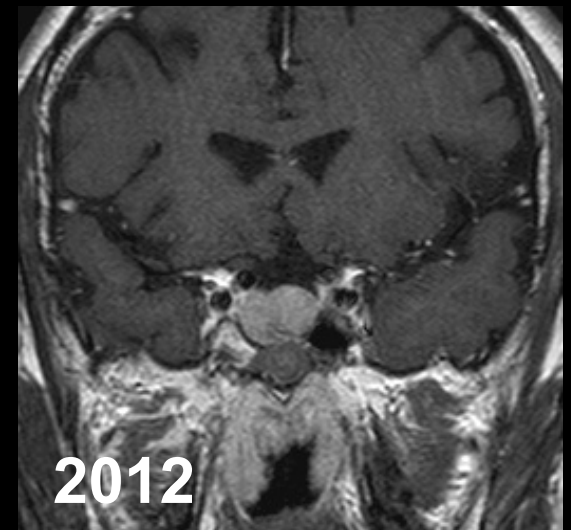
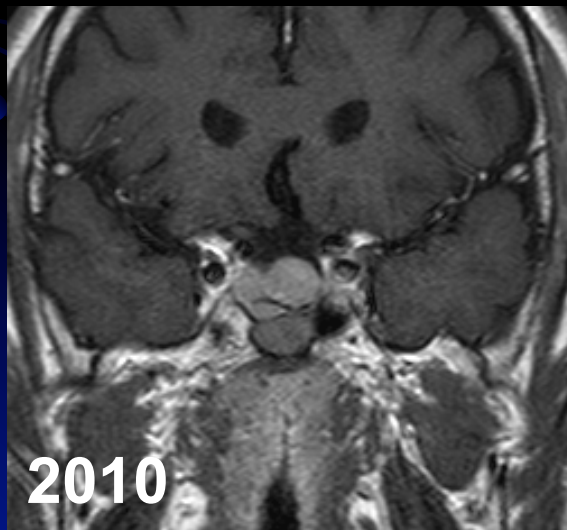
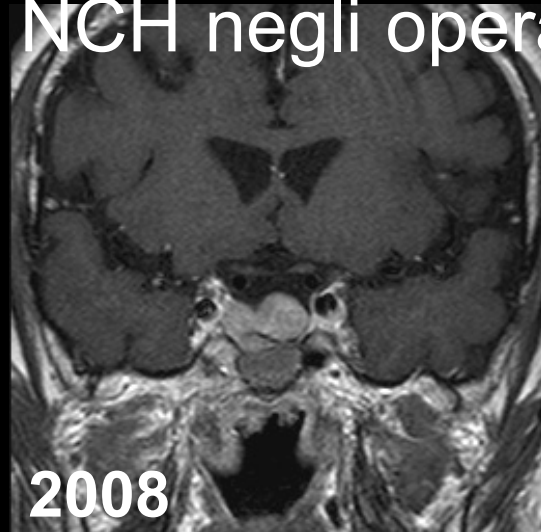
# II follow-up biochimico

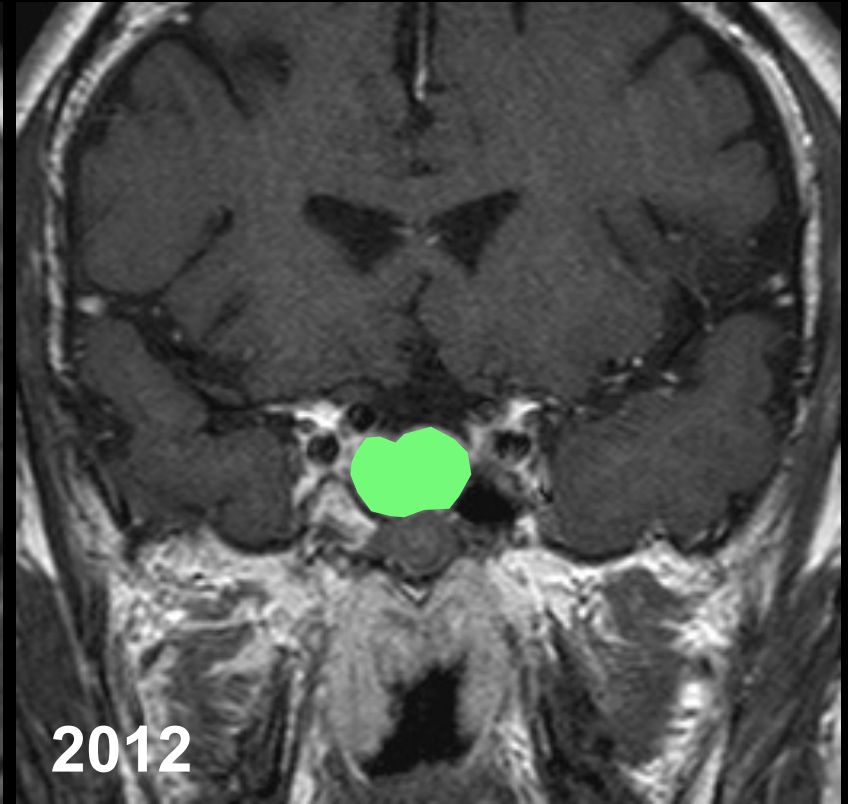
## Marcatore secondo patologia

- PRLoma: PRL
- Acromegalia: IGF-I (OGTT solo post-NCH)
- Cushing: CLU, Nugent (ACTH, desmopressina)
- TSHoma: TSH, FT3, FT4
- NFPA: solo RM (e CV)
- Ipopituitarismo:
  - HPT: FT4
  - HPA: clinica, QE, glicemia, PA, (cortisolemia)
  - HPG: testosterone/cicli
  - Asse GH-IGF: (IGF-I)
- Diabete insipido: diuresi, QE

# Il follow-up strumentale

Confronto con prima RM (alla diagnosi nei non operati e dopo 3-4 mesi da NCH negli operati) e non solo con la precedente!!!







# Il follow-up strumentale

## Incidentaloma

- Micro: ripetere RM dopo 12 mesi (e poi dopo 2-3 aa)
- Macro: ripetere RM e valutazione ipopituitarismo dopo 6-12 mesi e poi annuale
- Operare quelli che crescono

## Secernenti

- La dissociazione fra controllo biochimico e volumetrico è rara ma esiste

# I casi particolari e difficili

- Quando indagare la famiglia e richiedere genetica
- Quando essere aggressivi



# Indagini familiari e genetiche

- Anamnesi familiare!!!
- Nei giovani
- In quelli con altri tumori
- Pensare (e indagare) MEN, FIPA, Carney
- Specificità alta (e consente di escludere con sicurezza la malattia nei parenti) ma sensibilità bassa: l'esame negativo non esclude la diagnosi (e bisogna seguire anche i parenti)

# Quando essere “aggressivi”

- Nei giovani
- Nei tumori grossi
- In quelli che non si comportano “bene”
- In particolare quelli che cambiano comportamento nel corso del follow-up
- Temozolomide è farmaco orale, maneggevole, ben tollerato, approvato per gli adenomi aggressivi



**Renato Cozzi  
Giovanni Lasio  
Liana Cortesi  
Alessandro Bozzao**

***Grazie a***

***tutti i relatori  
e tutti per  
l'attenzione***

