

APOPLESSIA IPOFISARIA TUMORALE

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

L'apoplessia ipofisaria è una condizione **rara ma potenzialmente fatale**.

La gestione dell'apoplessia è suggerita principalmente da revisioni, fra cui la più recente è di Capatina et al (1). I suoi punti salienti sono:

1. chiara **definizione** di apoplessia, quale **evento acuto** dovuto a **improvvisa emorragia/ischemia all'interno della massa ipofisaria, con rapida compressione delle strutture vicine** (deficit campimetrici, deficit di nervi cranici, alterazioni della coscienza), comparsa di deficit ipofisari ed eventuali segni di irritazione meningea (cefalea, febbre). Ciò la differenzia nettamente dalla semplice presenza di fenomeni emorragici negli adenomi ipofisari, condizione che si osserva frequentemente all'*imaging* con RMN (2) o all'atto chirurgico e che è clinicamente silente;
2. obbligatorietà della **gestione multi-disciplinare** al momento della diagnosi e nel *follow-up* dei primi giorni (neuroradiologo, neurochirurgo, neuro-oftalmologo, endocrinologo);
3. necessità nei primi giorni di **attenta sorveglianza dell'evoluzione** del quadro clinico;
4. necessità di un **prolungato follow-up**.

Poiché quasi tutti i casi di apoplessia si verificano in una massa ipofisaria patologica (nella grandissima maggioranza adenomi ipofisari, che hanno maggior tendenza al sanguinamento, rispetto alle altre neoplasie cerebrali), gli autori hanno preferito usare il termine di apoplessia di massa ipofisaria (*pituitary tumour apoplexy*).

Fattori generali di rischio sono rappresentati da sesso maschile e da macroadenoma, ma può presentarsi anche nei microadenomi. Sebbene **in più di metà dei casi non vi siano apparenti fattori o cause scatenanti**, bisogna ricordare che alcune situazioni cliniche e alcune terapie sembrano associarsi all'apoplessia (tabella).

Fattori predisponenti	
Chirurgia maggiore	Cardiochirurgia Chirurgia vascolare Chirurgia addominale Artro-plastica del ginocchio o della spalla
Procedure invasive	Angiografia Anestesia spinale
Farmaci	Analoghi del GnRH Analoghi della somatostatina Agonisti della dopamina Test dinamici che utilizzino TRH, GnRH, CRH, insulina o combinazioni Terapia anti-coagulante o anti-trombotica Estro-progestinici
Ipertensione arteriosa	
Diabete mellito	
Trauma cranico	
Radioterapia	
Altitudine	
Malattie infettive rare (es. febbre emorragica dengue)	

In più di metà dei casi l'apoplessia si verifica in pazienti in cui la patologia ipofisaria è ignota, per cui il quadro clinico iniziale rende complicata la diagnosi differenziale.



Ernesto De Menis (ernesto.demenis@ulssasolo.ven.it)
UO Medicina Interna, Montebelluna

A cura di:
Renato Cozzi

Il paziente con apoplezia accede generalmente al Pronto Soccorso con sintomatologia acuta legata soprattutto a sintomi di massa rapidamente espansiva (cefalea, alterazioni visive ed eventualmente della coscienza) o con sintomi simil-ictali. Per questo in genere è sottoposto **immediatamente a TC cerebrale**: tale esame in questa primissima fase risulta l'esame di prima scelta per il rilievo di emorragia. Il successivo approfondimento richiede la RM, che permette di definire meglio la morfologia della massa e di seguirne l'evoluzione.

In questa fase di acuzie si devono **eseguire subito la valutazione della funzione ipofisaria** (in particolare cortisolemia, bilancio idro-elettrolitico, FT4 e PRL), **gli esami biochimici generali e la valutazione neuro-oftalmologica** (*visus*, campo visivo).

Contemporaneamente deve essere instaurata una **terapia con glucocorticoidi**: si deve utilizzare idrocortisone a dosi adeguate alla situazione di "stress" e per azione anti-infiammatoria (200 mg/die); nei pazienti in cui si ritiene necessaria una terapia anti-edema, si utilizza desametasone (fino 16 mg/die).

L'aspetto più controverso dell'apoplezia è la **scelta terapeutica**, che **richiede una valutazione multidisciplinare da ripetere frequentemente nei primi giorni**. Alcuni autori hanno sostenuto che la chirurgia in urgenza determini un miglior recupero delle funzioni ipofisarie per decompressione sellare (3), ma questa indicazione non è accettata dalla maggioranza. **Sicure indicazioni a chirurgia in urgenza** sono le gravi alterazioni dello stato di coscienza e la presenza di gravi deficit visivi (non la sola oftalmoplegia). Negli altri casi si preferisce una terapia conservativa con rivalutazione frequente, per decidere se proseguire con la terapia medica conservativa o se intervenire chirurgicamente (chirurgia precoce entro una settimana dall'esordio sintomatologico) nel caso di mancato miglioramento campimetrico, peggioramento neurologico o ulteriore ingrandimento sintomatico della massa. I risultati della chirurgia sono certamente buoni sul campo visivo, ma vi sono pochi dati che indichino che possa influire positivamente sul recupero della funzionalità ipofisaria.

La revisione puntualizza anche l'assoluta **indicazione al follow-up** dei pazienti con apoplezia, **indipendentemente dal tipo di trattamento**. In particolare va tenuto presente che:

- la RM è obbligatoria sia per valutare l'effetto dell'apoplezia (riduzione di massa fino a sella vuota) sia perché i pazienti trattati chirurgicamente possono avere una recidiva dell'adenoma;
- la funzionalità ipofisaria deve essere rivalutata a distanza per la possibile regressione dei deficit endocrini (e la scomparsa degli eventuali segni di iperfunzione).

Bibliografia

1. Capatina C, Inder W, Karavitaki K, Wass JAH. Pituitary tumour apoplexy. *Eur J Endocrinol* 2015, 172: R179-90.
2. Sarwar KN, Huda MSB, Van de Velde V, et al. The prevalence and natural history of pituitary hemorrhage in prolactinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2013, 98: 2362-7.
3. Zayour DH, Selman WR, Arafah BM. Extreme elevation of intrasellar pressure in patients with pituitary tumor apoplexy: relation to pituitary function. *J Clin Endocrinol Metab* 2004, 89: 5649-54.
4. Faustini M. Apoplezia ipofisaria. Endowiki.