

## INCIDENTALOMI IPOFISARI: QUALE APPROCCIO?

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

L'incidentaloma ipofisario è una lesione riscontrata "incidentalmente" nel corso di esami radiologici eseguiti per indicazioni non riconducibili alla presenza di patologie dell'ipofisi. La maggiore accessibilità a esami neuroradiologici a elevata sensibilità ha reso tale condizione sempre più frequente. Resta tuttavia ancora aperto il problema legato alle modalità di inquadramento diagnostico e di *follow-up*, dal momento che sono ancora pochi i dati relativi alla storia naturale di tali lesioni. Una recente linea guida pubblicata dall'*Endocrine Society* ha cercato di fare chiarezza in tal senso, lasciando tuttavia ancora dubbi relativi alla gestione ottimale di questi pazienti.

Il lavoro di Ali Imran e collaboratori, recentemente pubblicato sull'*European Journal of Endocrinology*, ha valutato la storia naturale di **328 incidentalomi ipofisari** seguiti presso un Centro di riferimento canadese, con una mediana di **follow-up di 3.02 anni**.

Gli autori hanno dimostrato come nel **73%** dei casi queste lesioni (riscontrate prevalentemente per sintomi come cefalea, vertigini, TIA o traumi cranici) fossero **adenomi** ipofisari, nel 14% cisti della tasca di Rathke, nel 5% craniofaringiomi o cisti ipofisarie, confermando quanto già riportato in piccole casistiche. Va ricordato come, nella diagnostica differenziale, vadano escluse le **varianti ipofisarie fisiologiche**: l'altezza dell'ipofisi (normale fino a 6 mm) può giungere fino a 9 mm nell'8% della popolazione sana, soprattutto di sesso femminile in età fertile. Inoltre è stato osservato, in contrasto con la letteratura, come tali lesioni fossero in più del 70% casi di dimensioni > 10 mm e con uguale distribuzione nei due sessi.

Tutti i pazienti sono stati studiati estensivamente dal punto di vista endocrinologico: la funzione ipofisaria è stata valutata sia in condizioni basali che dopo test dinamici, in contrasto con quanto riportato dalla linea guida dell'*Endocrine Society* che suggerisce, in assenza di sintomatologia specifica, l'esecuzione di pochi e selezionati esami (TSH, FT<sub>4</sub>, IGF-1, PRL) per escludere una condizione di iperfunzione ipofisaria. Secondo la stessa linea guida, la determinazione di ACTH e cortisolo sarebbe indicata solo in presenza di un quadro clinico suggestivo per la presenza di ipercortisolismo. Analizzando però questo lavoro e una recente pubblicazione di Toini e collaboratori, emerge che la prevalenza dell'ipercortisolismo negli incidentalomi ipofisari è intorno al 5%, dato che giustificherebbe l'esecuzione di un **test di soppressione con desametasone a basse dosi in tutti** i pazienti con incidentaloma ipofisario.

Un quadro di **ipopituitarismo** alla diagnosi era presente nel 36% dell'intero gruppo di questi pazienti (ipogonadismo nel 29%, ipotiroidismo nel 13%, GHD nel 12%, iposurrenalismo nel 6% dei pazienti), ma anche nel 9% di quelli con lesioni < 5 mm, osservazione in contrasto con la raccomandazione della linea guida dell'*Endocrine Society*, che consiglia lo *screening* per ipopituitarismo solo nelle lesioni > 6 mm.

Per quanto riguarda le **dimensioni**, nessuno dei micro-incidentalomi < 5 mm è cresciuto nel tempo, mentre è aumentato il 14% dei micro-incidentalomi tra 6 e 10 mm e il 25% degli adenomi > 10 mm, a conferma dell'opportunità di un monitoraggio neuroradiologico di questi tumori, indipendentemente dalle dimensioni iniziali.

In conclusione, anche da questo studio emerge la necessità di studi prospettici su più ampie casistiche, per identificare l'approccio più corretto per l'*iter* diagnostico-terapeutico dell'incidentaloma ipofisario.

### Bibliografia

1. Freda PU, et al. Pituitary incidentaloma: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [2011, 96: 894-904.](#)
2. Imran SA, et al. Analysis and natural history of pituitary incidentalomas. *Eur J Endocrinol* [2016, 175: 1-9.](#)
3. Lania A, et al. Pituitary incidentalomas. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [2012, 26: 395-403.](#)
4. Chanson P, et al. Normal pituitary hypertrophy as a frequent cause of pituitary incidentaloma: a follow-up study. *J Clin Endocrinol Metab* [2001, 86: 3009-15.](#)
5. Toini A, et al. Screening for ACTH-dependent hypercortisolism in patients affected with pituitary incidentaloma. *Eur J Endocrinol* [2015, 172: 363-9.](#)
6. Cozzi R, Attanasio R. Incidentaloma ipofisario. [Endowiki.](#)



**Andrea Lania** ([andrea.lania@humanitas.it](mailto:andrea.lania@humanitas.it))

Endocrinologia, Istituto Humanitas IRCCS, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università Humanitas, Rozzano (MI)