

## ABSTRACT POSTER

*ALESSANDRO*

*PRETE*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

*ROSA MARIA*

*PARAGLIOLA*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

*PIETRO*

*LOCANTORE*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

*VINCENZO*

*DI DONNA*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma *MARIO*

*ELISA*

*CUMBO*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma *MARIO*

*MARIO*

*GIANNOTTI SANTORO*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

*ALFREDO*

*PONTECORVI*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

*SALVATORE MARIA*

*CORSELLO*

Endocrinologia, Università Cattolica, Roma

TIPOLOGIA: POSTER

ARGOMENTO: CASI CLINICI E VARIE

TITOLO: FEOCROMOCITOMA E GRAVIDANZA: UN'ASSOCIAZIONE INSIDIOSA

Il feocromocitoma diagnosticato durante la gravidanza è un'entità patologica estremamente rara che interessa circa lo 0.007% delle gravidanze: la diagnosi è peripartum/postpartum nel 27% dei casi e prepartum nel 73% dei casi, più frequentemente nel II e III trimestre. Il feocromocitoma in gravidanza costituisce una sfida terapeutica estremamente complessa, rappresentando una condizione potenzialmente mortale per la madre e il feto.

Una donna di 33 anni (gravida 1 / para 1) giungeva alla nostra osservazione alla 26<sup>o</sup> settimana di gravidanza per approfondimento diagnostico di un'ipertensione severa trattata presso altro centro con  $\alpha$ -metildopa con scarso beneficio. La paziente era in condizioni cliniche scadute, con ipertensione arteriosa parossistica associata a cefalea, sudorazione algida e cardiopalmo. Un'ecografia addominale metteva in evidenza una massa surrenalica destra di circa 6 cm, confermata da una successiva risonanza magnetica. Dato il sospetto clinico-strumentale di feocromocitoma la paziente eseguiva: noradrenalina urinaria 1'888  $\mu\text{g}/24\text{h}$  (vn: 12 - 86); normetanefrina urinaria 4'822  $\mu\text{g}/24\text{h}$  (vn: 90 - 445); acido vanilmandelico urinario 22.1 mg/24h (vn: 2.0 - 7.0), cromogranina A 576.3 ng/ml (vn: 19.4 - 98.1). Veniva dunque

confermata la diagnosi di feocromocitoma destro e la paziente iniziava terapia medica  $\alpha$ -bloccante (fenossibenzamina 10 mg x 3/die). Per l'insorgenza di tachicardia e per ottimizzare il controllo pressorio veniva successivamente instaurata terapia con labetalolo (200 mg x 2/die) e nifedipina (30 mg x 2/die). Nel corso del ricovero la paziente sviluppava inoltre un quadro di laboratorio compatibile con iniziale pre-eclampsia: acido urico 6.3 mg/dl (vn: 2.4 – 5.7); presenza di schistociti nel sangue periferico; LDH 449 UI/l (vn: < 250); proteinuria 6.02 g/l (vn: < 0.15). Alla 28° settimana di gestazione si optava per un parto cesareo in urgenza, data la comparsa di alterazioni cardiocografiche: nascita di feto maschio, APGAR 1-7. A distanza di due settimane dal parto cesareo si eseguiva surrenectomia destra laparoscopica transperitoneale in elezione, con outcome materno eccellente.

Il caposaldo della gestione terapeutica del feocromocitoma in gravidanza è la tempestiva diagnosi prenatale. Tale aspetto, associato ad un trattamento medico e chirurgico individualizzato sulla base dell'età gestazionale e delle condizioni materno-fetali, permette di migliorare drasticamente gli outcomes della gravidanza.