



Simposio 17: sabato 9 novembre h 8.30



Bari,
7-10 novembre 2013

Apoplessia ipofisaria: riconoscerla e gestirla

Take home messages

Roberto Attanasio

Ambulatorio Endocrinologia, Istituto Galeazzi IRCCS, Milano



Fisiopatologia e clinica



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Cosa sappiamo:** quadro clinico acuto con cefalea e disturbi visivi/oculomotori derivanti da emorragia/infarto in un adenoma ipofisario
- **Cosa vorremmo sapere:**
 - C'è sempre un adenoma ipofisario pre-esistente? Noto/ignoto?
 - Esistono fattori di rischio? Mito o realtà?
 - Esiste uno spettro di sfumature cliniche?
 - Quanto la sola clinica (PAS?) orienta sulla diagnosi? Cos'altro dobbiamo ipotizzare/escludere?
 - Esiste una diagnosi di laboratorio?



Fisiopatologia e clinica-2



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Definizione:** emergenza medica acuta con cefalea grave, disturbi visivi, alterazione della coscienza, segni meningei
- **Meccanismo:** emorragia/infarto nell'ipofisi che causa discrepanza acuta fra il volume del contenitore (sella) e del contenuto (ipofisi in rapida espansione) con circolo vizioso
- **Frequenza:** 2-3% degli adenomi



Fisiopatologia e clinica-3



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Fattori predisponenti/scatenanti:**
 1. ipertensione, anti-coagulanti
 2. interventi chirurgici (soprattutto by-pass Ao-Co), diabete, coagulopatie, test di stimolo, anti-aggreganti, GnRH-analoghi, dopamino-agonisti, estro-progestinici, trauma cranico, gravidanza, sesso maschile



Fisiopatologia e clinica-4



Bari,
7-10 novembre 2013

Diagnosi

- Pensarci!!
- Sapere dell'esistenza di un adenoma aiuta, ma nella maggior parte dei casi l'adenoma non è già noto
- Valutare equilibrio emodinamico e idro-elettrolitico
- Esami per ipopituitarismo: urgenti Na, glicemia, cortisolemia, poi FT4, PRL
- Radiologica: RM urgente



Dal sospetto alla diagnosi



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Cosa sappiamo:** bisogna “rizzare le antenne” e avere un atteggiamento collaborativo con altri specialisti
- **Cosa vorremmo sapere:**
 - Quando e come la neuroradiologia ci può essere d’aiuto?? Dobbiamo tirare giù dal letto il neuroradiologo?
 - Il rilievo di segni di sanguinamento all’interno di un adenoma (già noto o no) è sufficiente per la diagnosi?

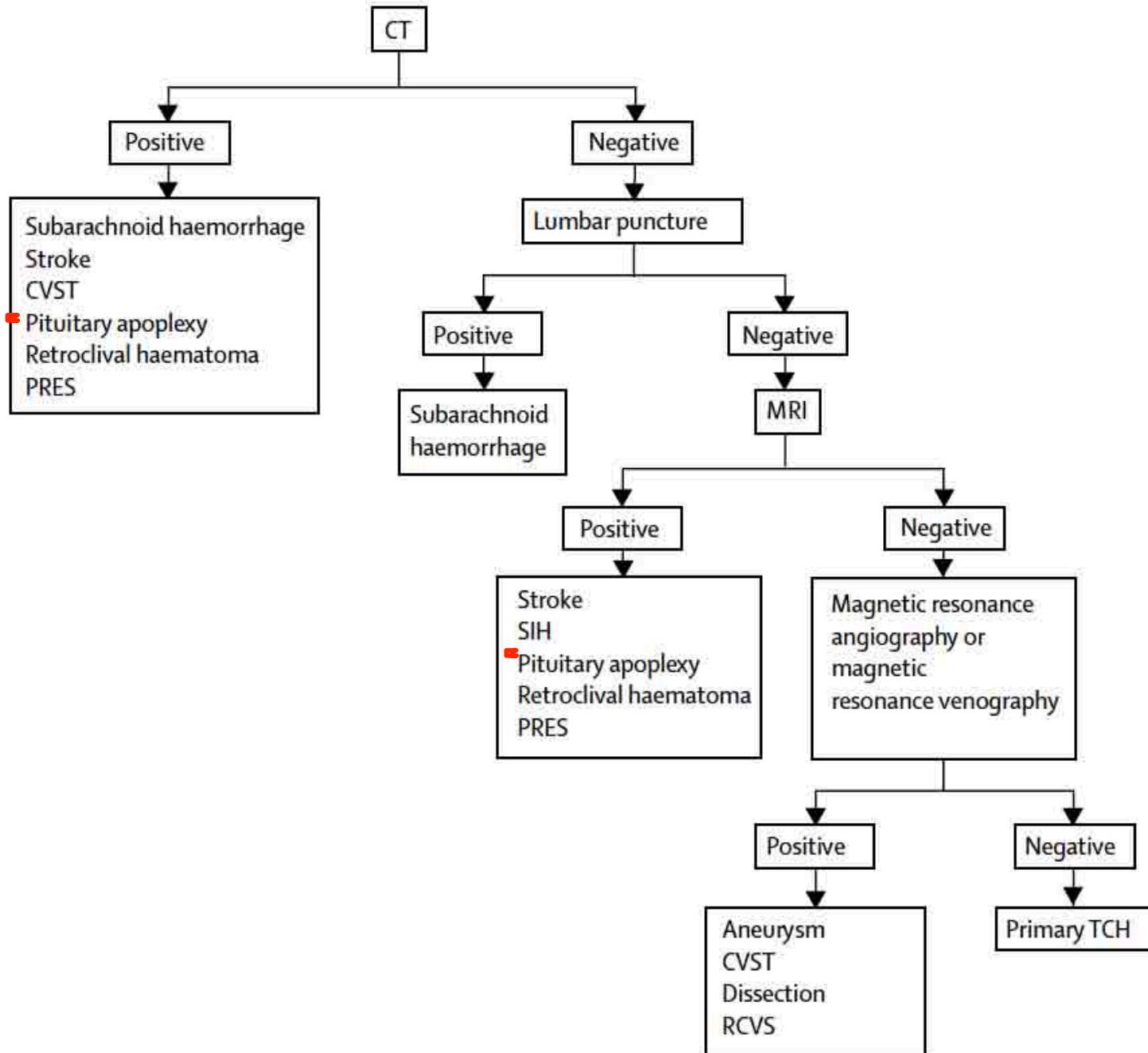


Dal sospetto alla diagnosi-2



Bari,
7-10 novembre 2013

- Il 20-25% degli adenomi ha emorragie silenti, ma queste non sono l'apoplessia
- TC: lesione iperdensa (in relazione al sangue) ma potrebbe essere negativa
- RM: da fare sempre, ma non esiste un quadro patognomonico
- Il segnale del sangue varia con il tempo trascorso dal sanguinamento:
 - fino a 7 giorni iso in T1 e ipo in T2
 - poi diventa iperintenso in T1 e T2
 - può esserci un livello





Terapia e follow-up



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Cosa sappiamo:** poco, ogni caso è a sé!
- **Cosa vorremmo sapere:**
 - Quando e se il paziente deve andare al tavolo operatorio?
 - Chi lo decide? In base a cosa?
 - Superata la fase acuta, cosa succede dopo?
Come e quando lo seguiamo?



Terapia e follow-up-2



Bari,
7-10 novembre 2013

- La gestione deve essere multidisciplinare: endocrinologo e neurochirurgo (almeno)
- Stabilizzazione emodinamica e somministrazione di steroidi
- Valutare il paziente acuto sintomatico inizialmente ogni ora, successivamente ogni 4-6 ore allorchè le condizioni cliniche divengano stabili o in miglioramento



Terapia e follow-up-3



Bari,
7-10 novembre 2013

In sala operatoria se:

- segni neuro-oftalmologici gravi: acuità visiva severamente ridotta, deficit del campo visivo severi e persistenti o in peggioramento
- deterioramento progressivo del livello di coscienza
- persistenza o peggioramento dell'oftalmoplegia dopo 4-7 giorni dall'inizio della terapia conservativa
- comparsa o peggioramento del quadro neuro-oftalmologico o deterioramento dello stato di coscienza in corso di terapia conservativa

- Severely reduced visual acuity
- Severe and persistent or deteriorating visual field defects
- Deteriorating level of consciousness

Yes

No

Consider surgical management

Conservative management
Close monitoring (Neurological, visual and endocrine)

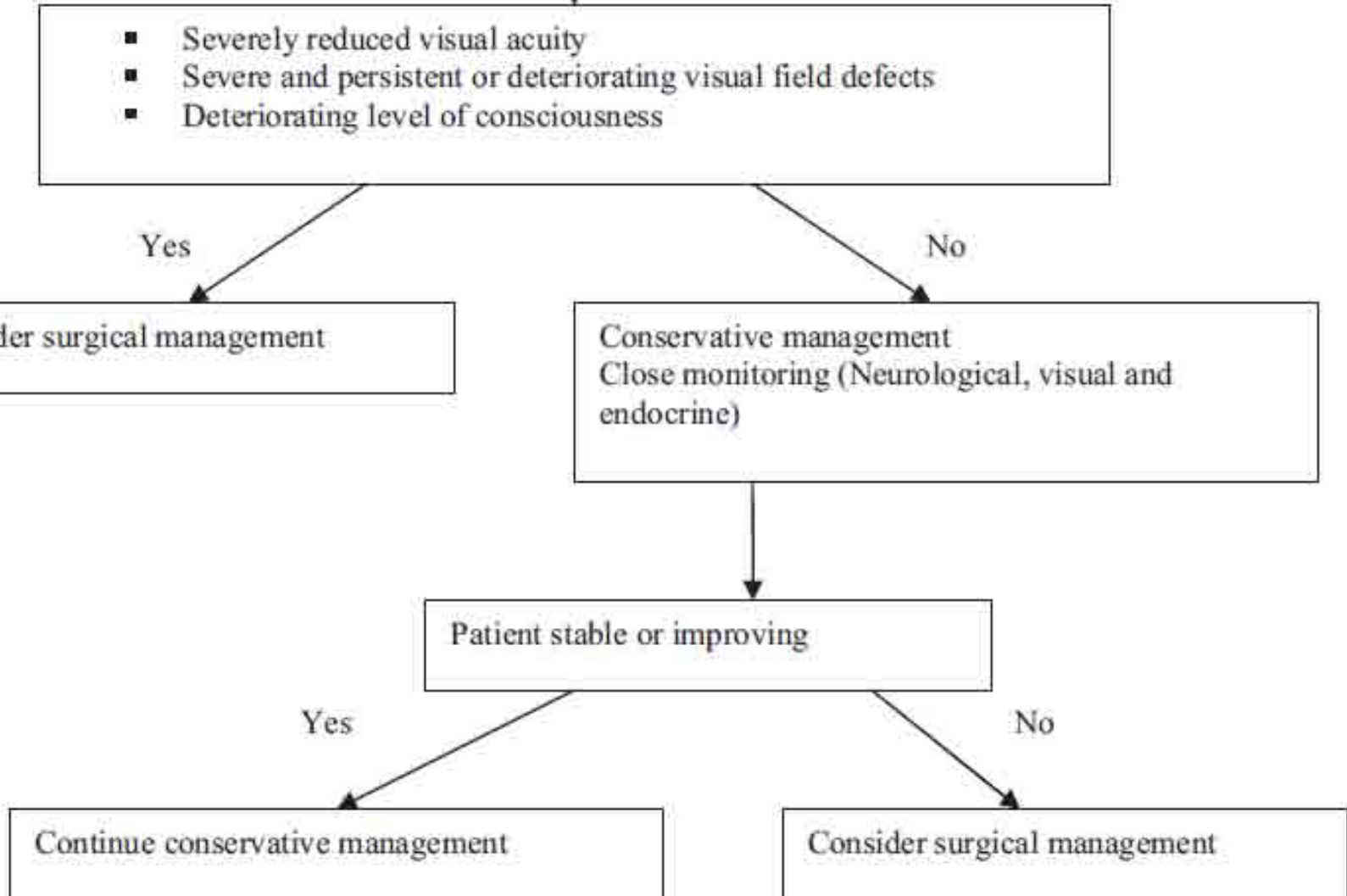
Patient stable or improving

Yes

No

Continue conservative management

Consider surgical management





Terapia e follow-up-4



Bari,
7-10 novembre 2013

- Non esistono differenze di risultati (funzione visiva e ipofisaria) fra trattamento conservativo e chirurgico, ma il bias di selezione è elevato
- Un adenoma secernente può “guarire” (ma un adenoma apoplettico può anche ricrescere a distanza)
- Follow-up clinico e radiologico a 3-6 mesi e poi annuale



Apoplessia ipofisaria



Bari,
7-10 novembre 2013

**Grazie ai relatori e a tutti
voi per l'attenzione**