

## **SURRENE (1)**

Malattia di Cushing:  
gestione delle recidive

**Moderatori**

*G. Reimondo, V. Toscano*

- **Caso clinico**

*R. Pivonello*

- **Rischio di recidiva**

*G. Arnaldi*

- **Difficoltà diagnostiche**

*A. Pia*

- **Opzioni terapeutiche**

*M.C. Zatelli*

- **Take-home messages**

*G. Reimondo*

# TAKE HOME MESSAGES

**LE CARATTERISTICHE DEL  
TUMORE IPOFISARIO E  
L' ESPERIENZA DEL  
NEUROCHIRURGO SONO I  
DUE FATTORI PRINCIPALI  
CHE INFLUENZANO LA  
GUARIGIONE.**

# Fattori che influenzano il rischio di recidiva

- Migliori risultati si hanno nei microadenomi non invasivi.
- La visualizzazione del tumore al momento dell' intervento sembra migliorare la prognosi contrariamente alla sua localizzazione RMN.
- La conferma istologica sembra essere un fattore prognostico positivo ma in alcuni casi si ottiene una remissione/guarigione anche in casi con istologia negativa.

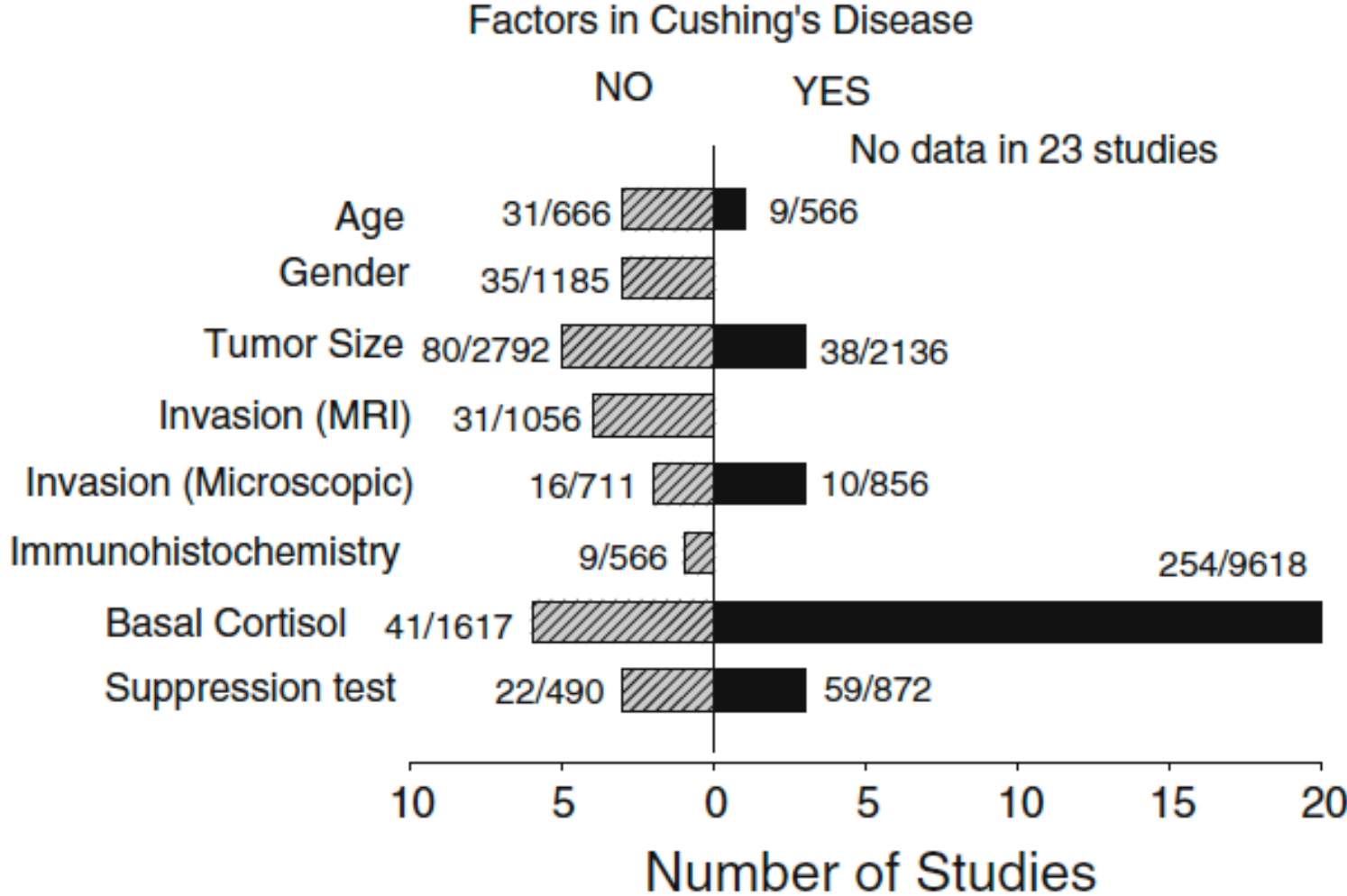
# Fattori che influenzano il rischio di recidiva

- Alcuni studi hanno indicato altri fattori prognostici quali l'età (peggiore prognosi per i giovani), la presenza di depressione maggiore e la necessità del trattamento sostitutivo (prognosi migliore quando necessaria per lungo tempo).
- I pazienti con ipercortisolismo ciclico presentano un particolare rischio di recidiva.

# Clinical factors involved in the recurrence of pituitary adenomas after surgical remission: a structured review and meta-analysis

Ferdinand Roelfsema · Nienke R. Biermasz · Alberto M. Pereira

Pituitary (2012) 15:71–83





scuola  
AMIE



Roma,  
9-11 novembre 2012

# DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICHE

# Follow-up m. di Cushing operato

## Quali esami richiedere?



Due situazioni nel follow-up post-intervento:

1) Iposurrenalismo

2) Cortisolo normale - subnormale

1) Iposurrenalismo. Valutazione di:

- **Cortisolo ore 8** (dopo 18-24 h dall'ultima dose di cortone/HC)  
serve per valutare la ripresa dell'asse HPA e stabilire terapia  
steroidica sostitutiva.

Considerare: → Cortisolo ore 8:  $< 2 \mu\text{g/dl}$  o  $< 5 \mu\text{g/dl}$ ?  
→ Deficit isolato o panipopituitarismo?

**NB: Non fidarsi della ↓ cortisolemia per escludere la recidiva**

- ACTH basale ore 8: poco utile

# Follow-up m. di Cushing operato

## Quali esami richiedere?



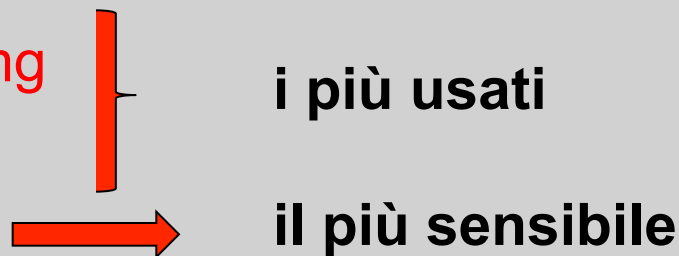
Due situazioni nel follow-up post-intervento:

- 1) Iposurrenalismo
- 2) Cortisolo normale - subnormale

### 2) Valutazione di:

Cortisolo ore 8 e ACTH ore 8: poco utili per diagnosi di recidiva

- Cortisolo ore 8 dopo Dex 1 mg
- Cortisoluria 24 h
- Cortisolo ore 24



CRH e/o DDAVP nel post-op. o nella rivalutazione della recidiva



# Diagnosi recidiva M. di Cushing:

- Nel paziente operato per m. di Cushing, anche in presenza di iposurrenalismo, parlare di «remissione» più che di guarigione
  - No linee guida su tempi e modi per il follow-up

Per la tempistica considerare:

- tipo di remissione + altri fattori di rischio per recidiva

**NB: La clinica può precedere le alterazioni dei test !**

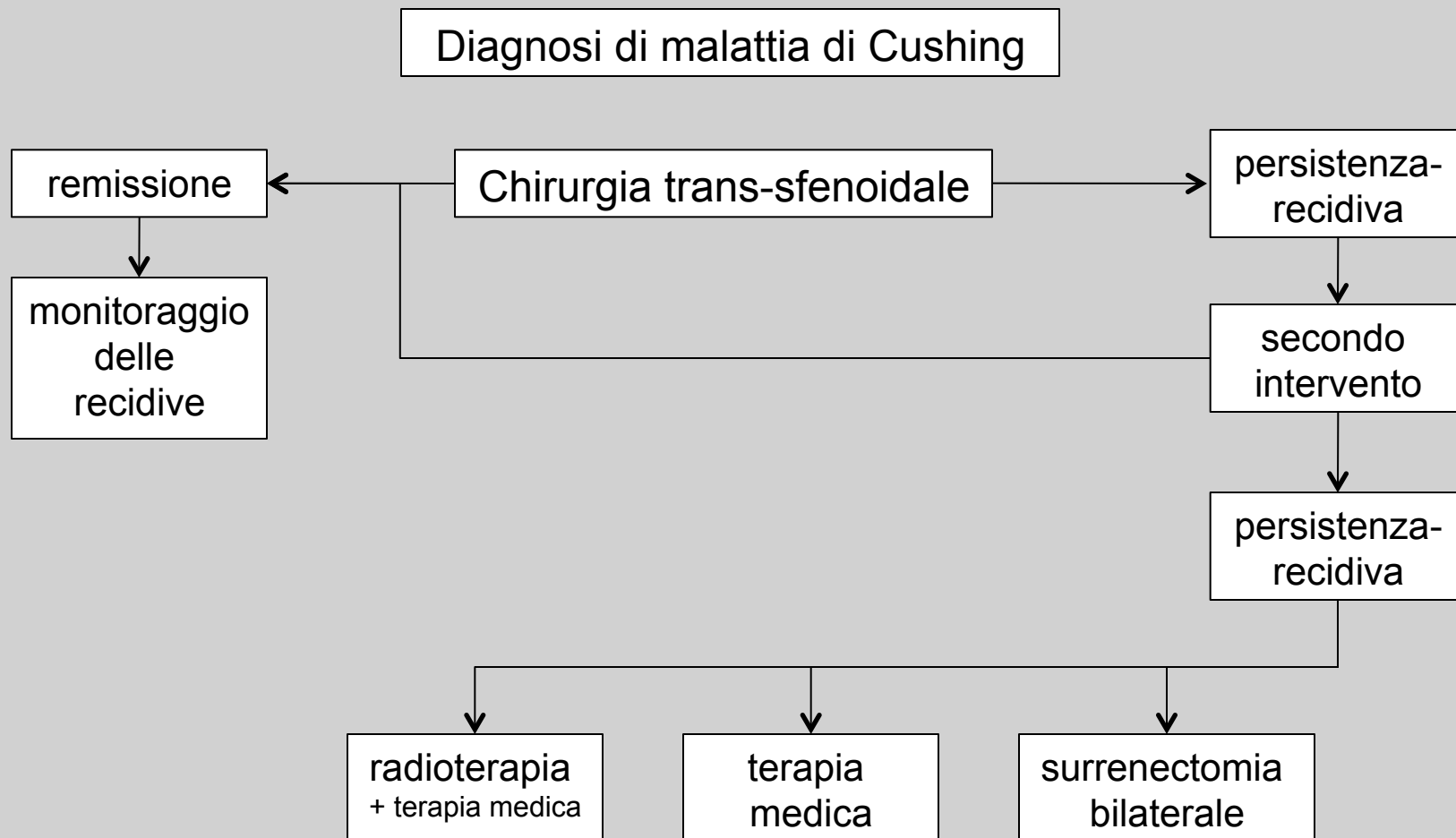
Per gli esami:

- Nugent e cortisoluria: i più usati
- Cortisolo salivare ore 24: promettente per diagnosi precoce

- Follow-up a lungo termine.... per tutta la vita.

# OPZIONI TERAPEUTICHE

# Flow-chart



Antagonisti del recettore dei glucocorticoidi	mifepristone
Modulatori dell'ACTH (a livello dell'adenoma ipofisario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasireotide</li> <li>• Bromocriptina</li> <li>• Antagonisti della serotonina</li> <li>• Antagonisti del recettore adrenergico <math>\alpha_1</math></li> </ul>
Inibitori della steroidogenesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketoconazolo</li> <li>• Mitotane</li> <li>• Metopirone</li> <li>• Aminoglutetimide</li> <li>• Trilostane</li> <li>• LCI</li> </ul>
Combinazioni di farmaci	Pasireotide + cabergolina + ketoconazolo

**KETOCONAZOLO**

**PASIREOTIDE**

**CABERGOLINA**

**MITOTANE**

**PASIREOTIDE + CAB + KET**

**LCI**