

*PAOLA
SENES
Endocrinologia, Università Cattolica, Roma*

*ROBERTO
IEZZI
Radiologia, Università Cattolica, Roma*

*VITTORIA
RUFINI
Medicina nucleare, Università Cattolica, Roma*

*PIETRO
LOCANTORE
Endocrinologia, Università Cattolica, Roma*

*ELISA
CUMBO
Endocrinologia, Università Cattolica, Roma*

*ROSA MARIA
PARAGLIOLA
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: SINDROME DI CUSHING DA CARCINOIDE POLMONARE ACTH SECERNENTE TRATTATA CON TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA (RFA).

La secrezione ectopica di ACTH è responsabile del 5-10% dei casi di sindrome di Cushing. Il trattamento di questa patologia deve essere tempestivo per evitare l'insorgenza di complicanze metaboliche e cardiovascolari e consiste, quando possibile, nell'asportazione chirurgica della neoplasia secernente ACTH.

La paziente di 44 anni è giunta alla nostra osservazione per insorgenza, da circa quattro mesi, di segni e sintomi suggestivi di ipercortisolismo severo. All'ingresso la paziente presentava condizioni generali scadute con ipertensione, ipokaliemia severa, diabete mellito, anemia, polmonite con severo deficit respiratorio restrittivo e sindrome depressiva con tendenze suicide.

Gli esami ormonali evidenziavano incremento della cortisoloria, perdita del ritmo circadiano e mancata soppressione del cortisolo dopo LDDST, confermando così il sospetto clinico di sindrome di Cushing. Gli elevati livelli di ACTH, la mancata soppressione del cortisolo dopo HDDST e la mancata risposta al test al

CRH erano indicativi di una secrezione ectopica di ACTH. La paziente ha pertanto effettuato una TAC total body con riscontro di un nodulo polmonare di 8 mm localizzato nel lobo medio. E' stata inoltre effettuata una ⁶⁸Ga-PET risultata negativa ed una ¹⁸F-FDG-PET che mostrava captazione del tracciante da parte del nodulo. E' stata posta quindi indicazione chirurgica all'intervento di lobectomia media ed iniziata la terapia medica con ketoconazolo.

Tuttavia, a causa del severo deficit respiratorio di tipo restrittivo, l'intervento chirurgico risultava controindicato e si è pertanto deciso di optare per la RFA del tumore polmonare.

In seguito alla procedura si è verificato un immediato crollo dei livelli di cortisolo e ACTH e la ¹⁸F-FDG-PET effettuata a 7 giorni dalla procedura ha mostrato completa risposta metabolica al trattamento. La paziente ha sospeso la terapia con ketoconazolo ed iniziato la terapia con idrocortisone. Dopo quattro settimane l'intervento di lobectomia è stato effettuato senza complicanze. L'esame istologico ha mostrato ampia area di necrosi con focolaio residuo di 7 mm di carcinoide tipico ACTH produttore.

L'utilizzo della RFA dei tumori polmonari ACTH secernenti può essere considerata per un iniziale approccio terapeutico in pazienti in cui l'intervento chirurgico sia controindicato e le dimensioni e la localizzazione del tumore consentano l'impiego della procedura.