



Roma, 8-11 novembre 2018

Ipofoisiti autoimmuni



ITALIAN CHAPTER



MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'IPOFISI PRIMARIE (linfocitica, granulomatosa, xantomatosa, IgG4-correlata, necrotizzante e forme miste), O SECONDARIE (farmaci tra cui inibitori di check point immunitari, interferone, ribavirina; malattie intracraniche o sistemiche)

A parte la terapia per panipopituitarismo, quale terapia primaria?

Outcome?



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII Congresso Nazionale AME

“Quelli che...l’endocrinologia (oh yes)”



ITALIAN CHAPTER



UN’IPOFISITE PRECEDENTE L’INSORGENZA DI UN LINFOMA NON HODGKIN DEL CLIVUS SFENOIDALE

Felicia Visconti¹, Chiloiro Sabrina¹, Bima Chiara¹, Rossi Laura¹, Giampietro Antonella¹, Bianchi Antonio¹, Cuccaro Annarosa², D’ Alò Francesco², Hohaus Stefan², Anile Carmelo³, Pontecorvi Alfredo¹, De Marinis Laura¹

Endocrinologia Università Cattolica del Sacro Cuore¹, Ematologia Università Cattolica del Sacro Cuore², Neurochirurgia Università Cattolica del Sacro Cuore³



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che...l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato-Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni NON ho avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.



Roma, 8-11 novembre 2018

Storia clinica



ITALIAN CHAPTER



J.M.M., donna, 55 anni

Anamnesi familiare Padre deceduto per carcinoma della prostata a 96 anni.

Madre deceduta per incidente stradale a 80 anni.

Anamnesi patologica remota Celiachia, psoriasi palmo-plantare, litiasi della colecisti, emorroidectomia

Anamnesi fisiologica Tunisina, menopausa all'età di 53 anni. Allergia ad acari, polveri, polline di ulivi. Fumatrice fino all'età di 53 anni di 10 sigarette al giorno. Bevitrice occasionale. Sposata, 2 gravidanze a termine con parto eutocico. Alvo stitico

Anamnesi patologica prossima

Da circa 4 anni la paziente riferiva episodi di cefalea, per cui nel maggio 2018 eseguiva RMN ipofisi ed encefalo con mdc, e veniva posta presso altro centro diagnosi di ipofisite, trattata con prednisone 60 mg die.



Luglio 2018

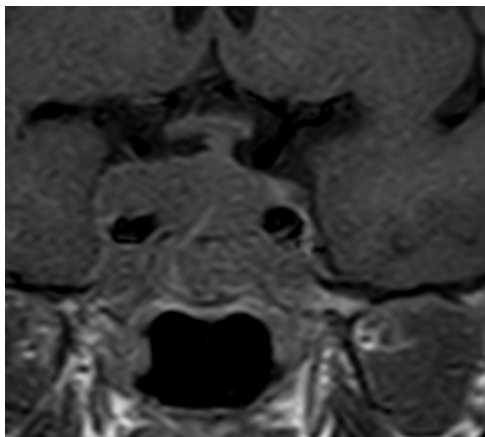


ITALIAN CHAPTER

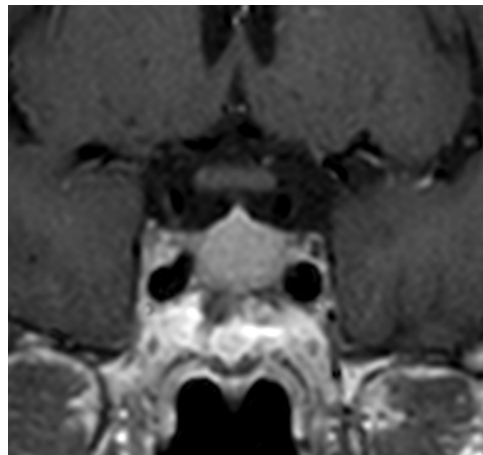
Roma, 8-11 novembre 2018

Luglio 2018: la paziente giungeva alla attenzione della nostra Unità Operativa Semplice di patologia ipofisaria

RMN maggio 2018



RMN giugno 2018



Esami ormonali	Valori
TSH	0,71 μ UI/mL (0,35-3,20)
FT3	1,3 pg/mL (2,4-4,2)
FT4	6,7 pg/mL (8,5-16,5)
Cortisolo	70 ng/mL (60-220)
ACTH	35 pg/mL (10-55)
Prolattina	127 ng/mL (3,5-26,5)
IGF-1	134
FSH	3,7 mU/mL
LH	0,4 mU/mL
17-beta estradiolo	<15 pg/mL



Diagnosi di ipofisite



Criteri diagnostici di ipofisite

1. insorgenza di ipopituitarismo e / o iperprolattinemia e / o diabete insipido e / o deficit del campo visivo e / o cefalea
2. esclusione di lesioni / masse focali ipotalamo-ipofisarie, ipertrofia ipofisaria fisiologica o iperplasia ipofisaria a causa di deficit ormonali primari;
3. identificazione dei reperti tipici di PAH, mediante risonanza magnetica (MR), come ingrossamento ipofisario in assenza di lesioni focali / ghiandolari focali e / o gonfiore dell'ipofisi con assenza del "punto luminoso" dell'ipofisi posteriore su T1-pesato (T1 -w) immagini;



Settembre 2018



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

La paziente giungeva nuovamente all'attenzione della nostra unità di Patologia Ipotalamo-ipofisaria, riferendo **calo ponderale** di circa 5 Kg nell' ultimo mese, **edema periorbitale** e **chemosi congiuntivale**.

Referto

Data Esame

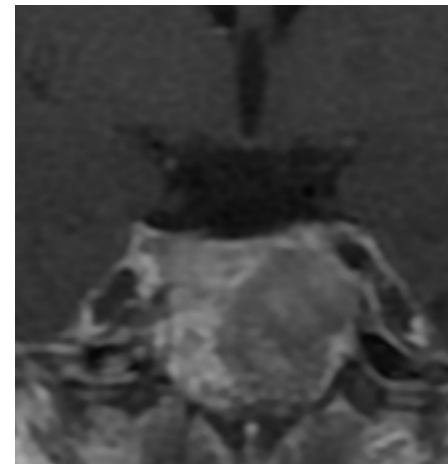
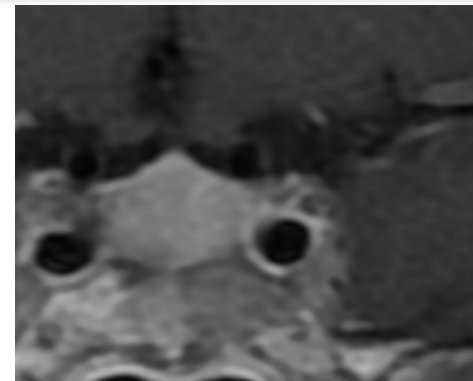
24/09/2018

RM ENCEFALO (S/C MDC)

Tecnica: FSE, FLAIR, DWI, SWAN, FIESTA e 3D-FSPGR, prima e dopo somministrazione endovenosa di mdc (ProHance 0,2 ml/kg). Valutazione a confronto con il precedente TC del 21/09/2018 e con l'atra precedente indagine RM del 24-08-2018 eseguita in altra sede.

Descrizione: l'esame odierno documenta una lesione espansivo-infiltrativa (dLL 22,5 x dAP 20 x dCC 20 mm) con epicentro verosimilmente nella porzione mediana e paramediana sinistra del clivus, caratterizzata da segnale ipointenso nelle immagini T1 e T2/FLAIR, con modesta impregnazione contrastografica. La lesione determina erosione della corticale ossea della porzione sinistra del pavimento sellare e della parete posteriore del clivus e si estende con le seguenti caratteristiche:

- superiormente protrude nella sella turcica e disloca verso destra la ghiandola ipofisaria, che appare compressa ma non mostra chiari segni di infiltrazione.
- lateralmente filtra il seno cavernoso sinistro, circondando a 180° l'arteria carotide interna.
- infero-lateralmente si estende verso il ganglio di Gasser, che appare compresso ma non infiltrato.
- posteriormente protrude ad ampio raggio nella cisterna prepontina, giungendo in prossimità dell'arteria basilare, pervia e di calibro normale.





Dall'endocrinologia...all'ematologia



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

MATERIALE IN ESAME

BIOPSIA ESCISSORIALE OSSO SFENOIDE -lesione del clivus Osso sfenoide, NAS

NOTIZIE CLINICHE

Lesione del clivus.

UNITA' DI CURA RICHIEDENTE:

NEUROTRAUMATOLOGIA (10N)

MEDICO RICHIEDENTE:

DESCRIZIONE

Macroscopica

Esame macroscopico e riduzione del materiale eseguiti dal c.....

Multipli frammenti brunastri di cm 1.5x0.9x0.4 circa, inclusi in toto.

Microscopica

Si osservano piccoli frammenti di neoplasia costituita da blasti linfoidi di grossa taglia

CD20+/MUM1+/CD5+/BCL2+/MYC+ con debole espressione di BCL6. Le cellule sono CD10 - e Ciclina-D1 -.

Indice proliferativo (MIB1) 85% circa.

DIAGNOSI

Reperto istologico coerente con linfoma NH, diffuso a grandi cellule immunofenotipo B, CD5+, "activated type".

La paziente veniva, pertanto, sottoposta a videat ematologico. Effettuava TC total body, che escludeva altre localizzazioni di malattia, e biopsia del midollo osseo, risultata essere negativa.

Si iniziava quindi regime chemioterapico secondo schema R-CODOX