



Roma, 9-12 novembre 2017

X-FACTOR in Endocrinologia

AME 2017



ITALIAN CHAPTER



UN CASO INSOLITO DI IPER E IPO: QUANDO GLI OPPOSTI SI ATTRAGGONO

L Mattia, I Samperi, A Marolla, V Toscano, M Poggi

UOC Endocrinologia - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea



Roma, 9-12 novembre 2017

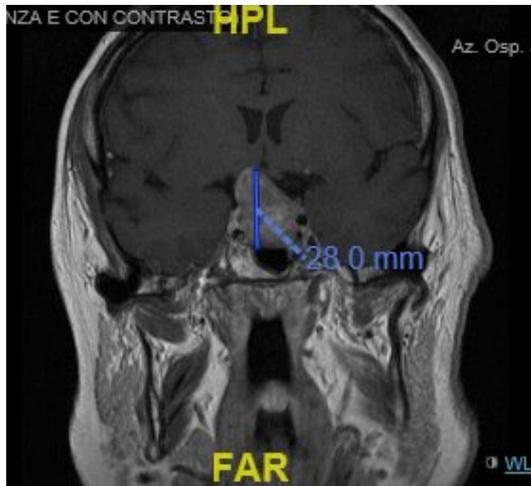
Alessandro, 53 anni



ITALIAN CHAPTER

Giugno 2014:

Giunge presso l'ambulatorio di patologia ipofisaria per macroadenoma ipofisario, riscontrato alla TC total body eseguita su indicazione del MMG per calo ponderale (circa 20 Kg) e intensa astenia.



RMN 2014: «macroadenoma che occupa interamente la cavità sellare, che appare slargata [...], comprime e solleva il chiasma maggiormente a destra con diametro di 27-28mm».



Alessandro, 53 anni



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Anamnesi familiare: gozzo con ipotiroidismo (linea paterna)

Anamnesi fisiologica: forte fumatore. Coniugato con 2 figli. Alvo regolare, diuresi fisiologica. Nessuna terapia in atto

Anamnesi patologica remota:

- ipotiroidismo trattato con L-tiroxina, sospesa da 10 giorni alla luce degli ultimi esami ormonali eseguiti
- disfunzione erettile da circa 1 anno

Esame obiettivo:

Peso 66 Kg, Altezza 173 cm

BMI 22 kg/m²

PA 130/90 mmHg

FC 110 bpm, ritmico

Fini tremori a braccia protese

Esami ematochimici di routine:

- Creatinina 1.2 mg/dl
- Sodio 143 mmol/L
- Potassio 4.2 mmol/L
- Glicemia 87 mg/dl

TSH	<0,004 μ UI/ml	←
FT4	2,5 ng/dl (0,7-1,48)	
Cortisolo	6,2 μ /dl	
LH	0,6 mUI/ml	
FSH	0,9 mUI/ml	
Testosterone	31,9 ng/dl (142-923)	←
PRL	28,9 ng/ml (<17)	
TPOAb	+	

Inizia terapia con Testosterone gel
Si richiede Campo visivo
Si programma DH per eseguire prove dinamiche



Percorso diagnostico-terapeutico



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Day Hospital Luglio 2014

Esami ematici:

TSH <0.01 uUI/ml FSH 0.97 mUI/ml
 FT4 2.1 ng/dl (0.7-1.48) Testosterone 5.1 ng/ml
 FT3 9.9 (1.71-3.74) PSA totale 0.79 ng/ml
 IGF-1 77,07 ng/dl (53-225) ACTH 15 pg/ml (4.7-48.8)

Campo visivo: nella norma

Diagnosi:

*Ipopituitarismo parziale caratterizzato da iposurrenalismo e ipogonadismo
 Tireotossicosi in attesa di definizione diagnostica*

Test ACTH 1 µg

Tempo	0'	30'	60'
Cortisolo (nmol/l)	185	342	419

Pr/ Hydrocortison 10 mg
 S/1 cp ore 8:00 + ½ ore 15:00
 Continua terapia con Testosterone gel 4 puff/die



Percorso diagnostico-terapeutico

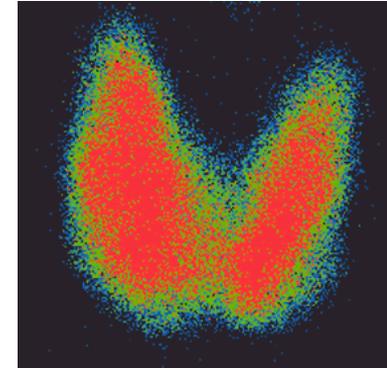


ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Agosto 2014: Il paziente riferiva miglioramento dello stato di salute ma a distanza di due mesi dalla sospensione della terapia con L-T4 persisteva tireotossicosi. Si richiedeva pertanto:

- Ecografia tiroidea che mostrava un quadro di tiroidite
- Tireoscintigrafia: quadro di ipercaptazione come da Basedow
- Anticorpi anti-recettore TSH (TRAb): **12,4 U/L** (<0,5)



Diagnosi:

Ipertiroidismo a patogenesi autoimmune

Inizia terapia con Metimazolo 20 mg/die progressivamente scalato fino al raggiungimento dell'eutiroidismo.



Terapia chirurgica



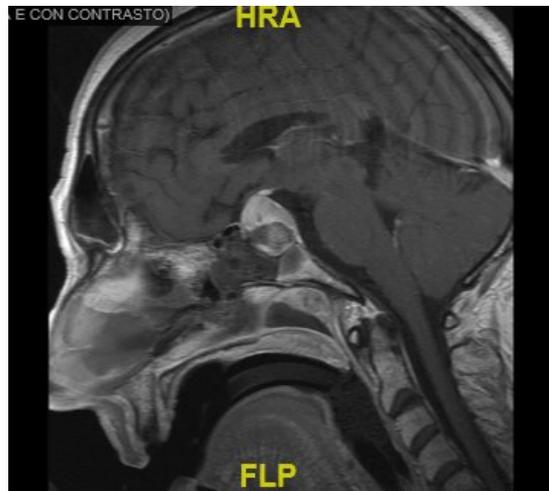
ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Giugno 2015:

Intervento NCH di adenomectomia ipofisaria endoscopica per via trans sfenoidale

RMN post-operatoria



*Esame istologico:
Adenoma ipofisario (G1 sec.
WHO) [...] negativa per
ormoni organo-specifici.
MIB-1 pari 3%, p53
negativa.*

«...asportazione dei due terzi inferiori del tessuto patologico sellare e episellare con persistenza di un residuo nella porzione più craniale (che presenta dimensioni cranio-caudali max. di circa un centimetro). È ridotto l'effetto compressivo sul chiasma dei nervi ottici. Il peduncolo ipofisario appare deviato verso destra.»



Follow-up



Ai successivi controlli ambulatoriali, il paziente riferiva progressivo miglioramento dello stato di benessere. Sospesa la terapia tireostatica, il paziente è attualmente in remissione per l'ipertiroidismo.

Ultima visita ambulatoriale a Luglio 2017:

Terapia domiciliare: Hydrocortison 10 mg $\frac{3}{4}$ cp + $\frac{1}{4}$ cp, Testosterone 2% gel 4 puff/die, Nebivololo e Telmisartan/Idroclorotiazide.

EO:

Peso 84 Kg. BMI 28 kg/m²

PA 110/80 FC 78 bpm

Esami ematochimici:

Glicemia 101 mg/dl

Creatinina 1,5 mg/dl

Sodio 141 mmol/l

TSH 2,7 μ UI/l

FT3 2,1 pg/ml

FT4 10 pmol/l

Testosterone 2 ng/ml



Conclusioni



Alessandro, affetto da:

- **Ipopituitarismo multiplo (ipocorticosurrenalismo, ipogonadismo, deficit di GH)** in esito a macroadenoma ipofisario non secernente, residuo parzialmente all'approccio neurochirurgico attualmente in buon compenso con le terapie sostitutive.
- **Morbo di Basedow-Graves** in remissione clinica dopo terapia con Metimazolo.





Roma, 9-12 novembre 2017

Take Home Message



ITALIAN CHAPTER



- ▶ L'endocrinologo che si occupa di patologia ipofisaria è spesso chiamato a dover interpretare alterazioni ormonali e quadri clinici sfumati che possono tra loro sovrapporsi, determinando ripercussioni sui delicati equilibri e rapporti multi-ghiandolari
- ▶ In particolare la necessità di un'attenta valutazione del compenso corticosurrenalico, sia in preparazione di chirurgia sia nel caso di compensi tiroidei non corretti (ipertiroidismo endogeno/terapia esogena)
- ▶ Importante sempre prestare attenzione alla valutazione funzionale ipofisaria nel riscontro di una lesione, specialmente se "macro", talvolta solo apparentemente incidentale