

Tab. 1. Výsledky laboratórných vyšetrení v priebehu ochorenia

Laboratórne vyšetrenia	Vstupne	6 mesiacov po 1. operácií	Pred 2. reoperáciou	Po reoperácií	Aktuálne
Kortizol v sére o 8:00 nmol/l N: (118,6–618)	851	680,7	1117,9	690,1	404,0
Voľný kortizol v moči nmol/l 24 hod N: (153,2–789,4)	1946,3	1125,4	1122,1	1070,8	753,4
Adrenokortikotropný hormón pg/ml N: (0,00–46,0)	49,3	33,0	74,0	35,1	32,3
Inzulínu podobný rastový hormón ng/ml N: (109–284)	189	345	171	211	135
Rastový hormón ng/ml N: (0,00–10,00)	4,2	5,29	1,87	1,2	8,0
Luteinizačný hormón IU/l N: (1,9–12,5)	3,21	5,64	4,55	3,27	6,35
Folikulostimulačný hormón IU/l N: (2,5–10,2)	4,89	7,14	3,31	5,28	5,41
Testosterón celkový nmol/l N: (0,46–2,96)	2,24	2,12	1,92	1,96	1,08
Androstendión nmol/l N: (1,4–14,3)	14,6	13,8	13,9	14,5	8,68
SHBG nmol/l N: (27,0–146,0)	22,36	20,03	11,2	15,1	18,6
DHEA-s μ mol/l N: (0,7–12,46)	16,28	15,4	14,31	12,65	10,78
Estradiol nmol/l N: (0,07–0,517)	0,194	0,309	0,605	0,342	0,359
Progesterón nmol/l N: (0,48–4,45)	2,85	2,61	3,3	3,27	6,35
17-OH progesterón nmol/l N: (0,52–7,97)	3,37	-	-	-	-
Prolaktin mIU/l N: (44,52–375,24)	178,928	267,968	198,856	245,496	173,416
Tyreotropín mIU/l N: (0,35–5,10)	1,24	3,29	1,23	1,2	1,15
Tyroxín (voľný) pmol/l N: (10,5–22,7)	13,61	11,18	12,98	14,37	15,89

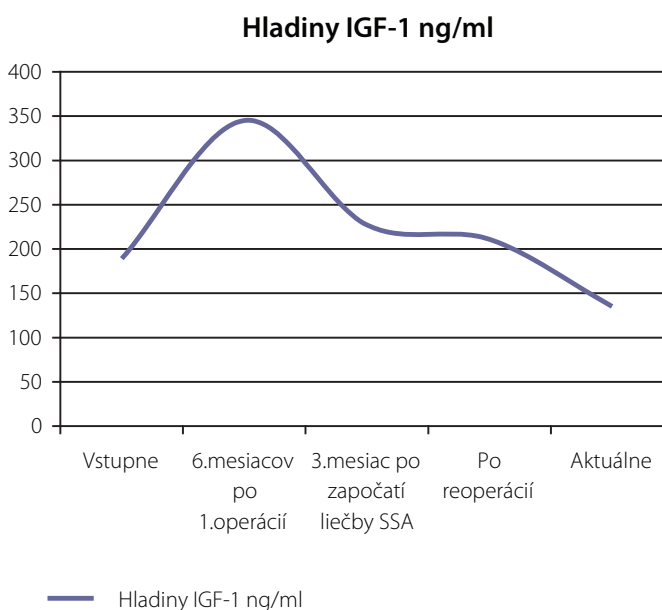
Tab. 2. Výsledky dexametazónových blokáde vstupne

Dexametazónová blokáda	2 mg	8 mg
Kortizol v sére nmol/l N: (118,6–618)	474,4	-
Voľný kortizol v moči nmol/l/24 hod. N: (153,2–789,4)	538,3	89,3
Diuréza za 24 hod.	2400	1800

Tab. 3. Výsledok oGTT s RH (po 75 g glukózy p.o.)

oGTT s RH	0. minúta	60. minúta	120. minúta
Glykémia (mmol/l)	4,9	11,39	6,39
RH (ng/ml)	2,09	3,9	5,2
IGF-1 (ng/ml)	370,0	-	-

ložisková štruktúra s rozmermi 3×4 mm. Ložisko je v T2W sekvenciách diskretné hyperintenzívne, na postkontraštných sekvenciách sa javí ako relatívne hypointenzívne. Supreselárna oblasť je bez expanzie, optochiazmatické štruktúry sú bez kompresie. Opakovane konzultovaný chirurg, ktorý odporúča reoperáciu, s ktorou pacientka v tom čase nesúhlasila. Pre pretrvávanie hyperkortizolizmu bol pridaný do liečby Ketokonazol v dávke 200 mg tbl 1/2-0-1, avšak bez významného efektu na klinické prejavy ochorenia ako aj bez supresie hyperkortizolizmu. Liečba Pasireotidom nebola iniciovaná pre nesúhlas pacientky. Realizované denzitometrické vyšetrenie s kostnou hustotou v norme pre daný vek a pohlavie. S odstupom 3 rokov po 1. operácií bola po súhlase pacientky realizovaná endoskopická revízia rezídua. Histologicky a imunohistochemicky potvrdené nenádorové tkanivo adenohipofýzy so zachovanou acinárnou architektúrou (retikulín a kolagén IV), Ki 67 prakticky nulové, expresia všetkých hypofýzárnych hormónov, niekoľko málo je expandovaných - mohlo by ísť o nodulárnu hyperpláziu tkaniva adenohipofýzy. Pozákróvo ale nedošlo k znormálnovaniu plazmatických hladín IGF-1 s pretrvávaním hyperkortizolizmu. Bola opätovne začatá liečba somatostatínovými analógmi (lanreotid) v dávke 120 mg každých 42 dní ako aj Ketokonazolom s navýšením dávky 200 mg na

Graf. 1. Hladiny IGF-1 v priebehu ochorenia

3-krát 1 tbl. Na uvedenej liečbe došlo v priebehu 6 mesiacov k zlepšeniu klinických ťažkostí pacientky (redukcia hmotnosti -5 kg, ústup slabosti, pokles TK s redukciami antihypertenzívnej liečby) s poklesom kortizolémie a kortizolúrie a normalizáciou hladiny IGF-1.

Diskusia

Súčasný výskyt akromegálie a Cushingovho syndrómu je vzácny. V našej kazuistike popisujeme zriedkavý prípad funkčného mikroadenómu hypofýzy s ACTH-RH sekréciou, ktorých výskyt bol doposiaľ popísaný v literatúre v 20 prípadoch (3). Plurihormonálne adenómy (PHA) predstavujú 10–15% všetkých funkčných adenómov hypofýzy. Niektoré štúdie však naznačujú prevalenciu až 31–36% u chirurgicky odstránených nádorov (4). Histologicky sú PHA monomorfné (rôzne hormóny