

krinologických komplikací léčby. Dle klinických studií je její incidence 1,8–17 % (9–11).

Diagnostika

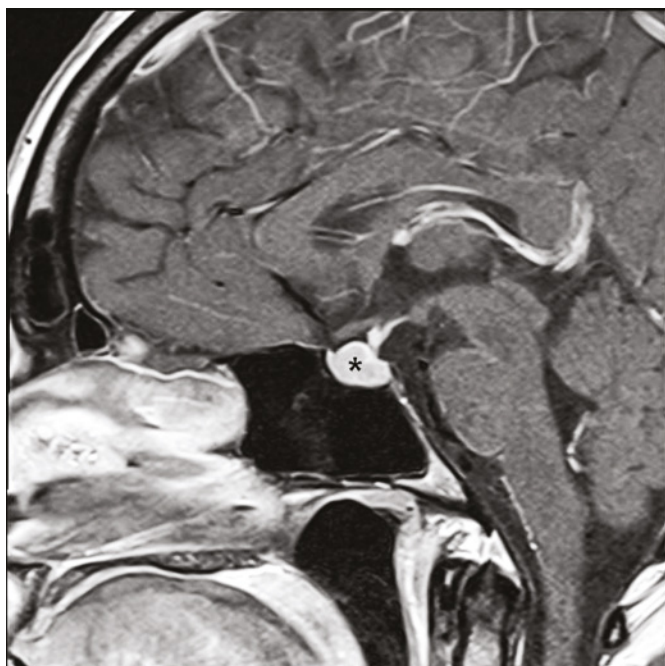
Klinický obraz

Symptomy zvětšení hypofýzy jsou do značné míry nespecifické. Typickým nálezem je porucha zraku vznikající při tlaku na chiasma optikum. Vnímání výpadku v zorném poli je ale interindividuálně značně rozdílné, proto někteří pacienti přichází až s pokročilými nálezy. Dalším možným příznakem je bolest hlavy obvykle lokalizovaná do oblasti za kořenem nosu. Při paraselární propagaci procesu s infiltrací kavernozního splavu mohou být projevem i další neurologické symptomy vyplývající z útlaku okoohybných nervů. Symptomy vyplývající z hormonální nedostatečnosti jsou dané chybějícím hypofyzárním trojným hormonem. Při deficitu TSH je projevem centrální hypothyreóza, která se svými projevy neliší od periferní hypothyreózy. Centrální hypokortikalismus vznikající při deficitu ACTH se může projevit únavou, bolestmi kloubů, nauzeou a hubnutím. Hypogonadismus se u žen manifestuje výpadky v menstruačním cyklu (oligo-amenorrhea), u mužů jsou klinickými projevy erektilní dysfunkce, pokles libida, úbytek ochlupení a svalové hmoty a nižší svalová síla.

Zobrazovací vyšetření

Standardním vyšetřením pro hodnocení morfologického nálezu na hypofýze je magnetická rezonance cílená na selární oblast – tedy s tenkými řezy a v případě absence kontraindikací s podáním kontrastní látky. Počítačová tomografie má nízkou senzitivitu, a proto ji používáme pouze výjimečně v případech, kdy je vyšetření magnetickou rezonancí kontraindikované.

Obr. 3. Kontrolní magnetická rezonance mozku (sagitální řez v postkontrastním T1-váženém obraze) po 3 měsících substituční hormonální léčby, hvězdička zobrazuje regresi hyperplazie hypofýzy



Oční vyšetření

V případě nálezu selární expanze, která je v kontaktu s chiasma optikum, je třeba provést oční vyšetření se zhodnocením perimetru. Při útlaku zrakové dráhy expanzí v selární oblasti je typickým nálezem bitemporální hemianopsie. V klinické praxi jsou výpadky v zorném poli často asymetrické s akcentací postižení na jednom oku.

Laboratorní diagnostika

Nález zvětšené hypofýzy na zobrazovacím vyšetření (nejčastěji MR) by měl být vždy indikací k laboratornímu zhodnocení hypofyzárních funkcí. Cílem je vyloučit deficit hypofyzárních hormonů (hypopituitarismus). Kromě základních odběrů, jako je krevní obraz, mineralogram, glykemie, je dále zapotřebí stanovit ranní hladinu kortizolu, TSH, fT4, prolaktinu, FSH, LH, estradiolu u žen a testosteronu u mužů. Pro centrální poruchy je charakteristická nízká hladina periferních hormonů (fT4, kortizol, testosteron/estradiol). Hladiny hypofyzárních hormonů (TSH, ACTH, gonadotropiny) mohou být u pacientů s hypopituitarismem v normě. Hodnoty ranní kortizolemie jsou často nedignostické a pokud je hladina ranního sérového kortizolu v rozmezí 200–450 nmol/l, je k vyloučení hypokortikalismu nutné doplnit stimulační test (nejčastěji ACTH stimulační test či inzulinový toleranční test). Podrobnosti stran přesných indikací, kontraindikací a provedení jednotlivých testů přesahují svým rozsahem zaměření toho článku. Pokud je v rámci diferenciální diagnostiky zvažován adenom, pak je třeba doplnit příslušná vyšetření k vyloučení hormonální aktivity expanze. Tedy zejména stanovit hladinu prolaktinu (k vyloučení prolaktinomu) a IGF-1 jako screeningový test k vyloučení akromegalie.

Deficit hypofyzárních hormonů může postihovat pouze některé osy, či všechny funkce – pak hovoříme o panhypopituitarismu. U adenomů hypofýzy, i jiných selárních nádorů, dochází typicky iniciálně k poklesu

Obr. 4. Kontrolní magnetická rezonance mozku (frontální řez v postkontrastním T1-váženém obraze) po 3 měsících substituční hormonální léčby, hvězdička zobrazuje regresi hyperplazie hypofýzy

