

Etiologie

Vzhledem k tomu, že naprostá většina pacientů s nálezem incidentalomu hypofýzy není indikována k chirurgickému řešení, nemáme k dispozici zcela přesné údaje o jejich etiologii. V sestavách pacientů indikovaných k chirurgickému řešení se jednalo přibližně v 91 % o adenomy hypofýzy a v 9 % o expanze, které nevycházely z hypofyzární tkáně, nejčastěji o kraniofaryngeomy a Rathkeho cysty (7). V další studii s 29 pacienty s incidentalomy hypofýzy se u 23 jednalo o adenom hypofýzy, u 4 o Rathkeho cystu a u 2 o kraniofaryngeom. Při imunohistochemickém vyšetření adenomů bylo 50 % negativních na přítomnost hormonů, 20 % plurihormonálních, 15 % gonadotropních a 10 % somatotropních adenomů (1, 2). Pokud však hovoříme obecně o etiologii selárních expanzivních procesů, pak musíme diferenciativně diagnosticky uvažovat o daleko širším spektru možností. Souhrn možných příčin selárních expanzí je uveden v tabulce 1 (6).

Klinický obraz

Jak vyplývá z definice incidentalomů, jejich klinický obraz je němý nebo nenápadný tak, že neupozorní pacienta ani lékaře na možnost onemocnění hypofýzy. Pokud před sebou však máme pacienta s, byť náhodným, nálezem hypofyzární léze, musíme ho vyšetřit a pátrat po možných příznacích hypofyzárního tumoru či poruchy funkce hypofýzy. Mezi klinické příznaky, po kterých musíme aktivně pátrat, patří příznaky endokrinologické a u makroadenomů, resp. větších expanzí i příznaky vyplývající z expanzivního chování.

Endokrinologické příznaky, po kterých musíme klinicky aktivně pátrat, jsou příznaky z možné hypersekrece hormonů hypofýzy (prolaktinom,

akromegalie, Cushingova choroba, centrální hyperthyreóza), nebo naopak z nedostatečné produkce hypofyzárních hormonů (hypopituitarismus).

Příznaky vyplývající z expanzivního chování jsou uvedeny formou tabulky 2 (8).

Diagnostika a diferenciativní diagnostika

Doporučení pro diagnostiku a diferenciativní diagnostiku jsou upravena s použitím doporučených postupů americké Endocrine Society z roku 2011 (3).

U všech pacientů s nálezem incidentalomu hypofýzy má být provedena kompletní anamnéza a kompletní klinické vyšetření zaměřené na přítomnost klinických projevů hypersekrece či nedostatečné sekrece hormonů hypofýzy. Pokud zjistíme přítomnost klinických příznaků, následuje provedení příslušného cíleného kompletního biochemického vyšetření. Při nepřítomnosti klinických obrazů provádíme pouze vyšetření skříninkové.

Rovněž u všech pacientů, včetně pacientů bez klinických projevů dysfunkce hypofýzy, má být provedeno laboratorní vyšetření k odhalení případné hormonální nadprodukce a/nebo hypopituitarismu.

Laboratorní vyšetření zaměřené na nadprodukcí hormonů zahrnuje vyšetření sekrece prolaktinu, růstového hormonu (GH) a adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Hypersekreci prolaktinu vyloučíme stanovením sérových koncentrací prolaktinu za příslušných podmínek. Krev na stanovení koncentrace prolaktinu je nutné odebrat minimálně 90 min po probuzení a při hodnocení je nutné vyloučení fyziologických a polékových elevací prolaktinu. U velkých makroadenomů je dopo-

Obr. 1. MR obraz mikroadenomu hypofýzy (archiv autora a Radiodiagnostické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze)



Obr. 2. MR obraz makroadenomu hypofýzy (archiv autora a Radiodiagnostické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze)

