

Tab. 1. Přehled příčin selárních expanzí. Upraveno dle: Vasilev V, Rostomyan L, Daly AF et al. Pituitary „incidentaloma“: neuroradiological assessment and differential diagnosis. *Eur J Endocrinol* 2016;175(4):R171-R184

Tumory předního laloku hypofýzy	Adenom hypofýzy Hyperplazie hypofýzy Karcinom hypofýzy
Tumory zadního laloku hypofýzy	Pituicytom Tumor z granulárních buněk
Benigní paraselární tumory	Meningeom Kraniofaryngeom Neurinom Lipom
Maligní tumory	Gliom Germinom Lymfom Chordom Chondrosarkom Chondrom Ependymoblastom Plasmocytom Hypofyzární metastázy
Malformace/hamartomy	Rathkeho cysta Dermoidní cysta Epidermoidní cysta Arachnoidální cysta Hamartom
Zánětlivé a granulomatózní léze	Lymfocytární hypofyzitida Granulomatózní hypofyzitida Histocytóza Tuberkulóza Sarkoidóza Absces
Cévní léze	Aneuryzma Kavernózní hemangiom Trombóza kavernózního splanu

ručeno doplnit i vyšetření v ředění séra 1 : 100 k vyloučení tzv. hook efektu. Při pouze mírně zvýšené ptolaktinonii (do 200 ng/ml) musíme vyloučit tzv. pseudoprolaktinom, tedy tumor, který prolaktin neprodukuje a který vede útlakem stopky hypofýzy k desinhibici sekrece prolaktinu. Doporučeným skríninkovým vyšetřením na hypersekreci GH je vyšetření sérových koncentrací inzulinu podobného růstového faktoru 1 (IGF-1). V případě zjištění jeho zvýšených koncentrací nebo při klinickém podezření na akromegalii (i u pacientů s normální koncentrací IGF-1), má být doplněno kompletní vyšetření zaměřené na sekreci GH. Doporučeným skríninkovým vyšetřením na autonomní nadprodukcí ACTH, resp. kortizolu, je provedení dexametazonového supresního testu s nízkou dávkou dexametazonu (LDDST). U pacientů s klinickým podezřením na Cushingovu chorobu a/nebo nedostatečnou supresibilitou kortizolemie v LDDST je doporučeno doplnění kompletního vyšetření zaměřeného na diagnostiku a diferenciální diagnostiku autonomní nadprodukce kortizolu.

Doporučení týkající se skríninku hypopituitarismu nejsou jednotná. Vhodným vyšetřením je vyšetření ranních koncentrací TSH, FT4, kortizolu, IGF-1, LH, FSH a u mužů testosteronu, u žen anamnézu menstruačního krvácení. V případě klinického a/nebo biochemického podezření na hypopituitarismus je doporučeno doplnit další příslušná vyšetření či dynamické testy. U pacientů, u kterých je na MR přítomen kontakt tumoru/expanze se zrakovou dráhou, či její útlak, je doporučeno provést vyšetření rozsahu zorného pole (perimetru).

U pacientů s nálezem incidentalomu pouze při CT vyšetření je doporučeno provedení MR vyšetření.

Tab. 2. Přehled poruch a příznaků vznikajících z expanzivního chování tumorů tureckého sedla. Upraveno dle: Melmed S. Evaluation of pituitary masses. In: DeGroot LJ, Jameson JL (eds.) *Endocrinology*. 5th Edition, 2006, Elsevier Saunders: Philadelphia, USA 2006:387-395. ISBN: 978-9997636768

Utlačovaná struktura	Klinické příznaky
Tractus opticus	Porucha vidění červené barvy Bitemporální hemianopie Horní kvadrantové nebo bitemporální defekty zorného pole Slepota Skotomy
Hypothalamus	Poruchy termoregulace Poruchy příjmu potravy Obezita Poruchy příjmu tekutin a pocitu žízně Diabetes insipidus centralis Poruchy spánku Poruchy chování Dysfunkce vegetativního nervového systému
Sinus cavernosus	Ptóza Diplopie Ophthalmoplegie Poruchy čítí v obličejí
Frontální lalok	Poruchy osobnosti Poruchy čichu
Temporální lalok	Temporální epilepsie
Útlak centrálních partií	Bolesti hlavy Hydrocefalus Psychózy Demence Záchvaty smíchu

Tab. 3. Skríninková vyšetření na poruchu funkce hypofýzy

Skrínink na hypersekreci hormonů	
Hormon	Vyšetření
Prolaktin	S-prolaktin
Růstový hormon (GH)	S-IGF-1
ACTH	S(P) – kortizol v dexametazonovém supresním testu s nízkou dávkou dexametazonu (LDDST)
TSH	TSH, FT4
Skrínink na nedostatečnou sekreci hormonů (hypopituitarismus)	
Hormon	Vyšetření
TSH	TSH, FT4
ACTH	S(P) – kortizol (ranní)
LH, FSH	LH, FSH, testosteron (muži), anamnéza menstruačního cyklu (ženy)

ACTH – adrenokortikotropní hormon; FSH – folikulostimulační hormon; FT4 – volný thyroxin; GH – růstový hormon (growth hormone); IGF – I – inzulinu podobný růstový faktor – 1; LH – luteinizační hormon; TSH – thyreostimulační hormon

U pacientů, u kterých máme z rodinné nebo osobní anamnézy podezření na možnost výskytu syndromu mnohočetné endokrinní neoplazie (MEN), je doporučeno provedení příslušných skríninkových vyšetření na přítomnost přidružených poruch a v případě jejich zjištění doplnění genetického vyšetření.

Léčba a sledování

Doporučení pro léčbu a sledování jsou upravena dle relevantních publikací (3, 6).