

30 měsíců (22). Hormonální aktivitu Cushingovy choroby je možné tlumit medikamentózní léčbou. Medikamentózní léčba je indikována u pacientů s přetrvávající hormonální aktivitou po neúspěšném neurochirurgickém výkonu nebo po radioterapii, kdy čekáme na nástup jejího účinku. Zvláštní indikací je léčba před chirurgickým řešením – předoperační příprava pacientů s těžkou floridní formou Cushingovy choroby k ovlivnění metabolických odchylek a zlepšení klinického stavu. V medikamentózní léčbě se využívají centrálně působící léky, blokátory steroidogeneze nebo léčba kombinovaná. Centrálně působící léky ovlivňují na úrovni neuroendokrinní sekreci ACTH. Do této skupiny patří dopaminergní agonisté, využíván je neúčinnější kabergolin, a somatostatinová analoga, v léčbě Cushingovy choroby je neúčinnější pasireotid. Blokátory steroidogeneze působí na buňky kůry nadledvin, ve kterých inhibují aktivitu enzymů adrenální steroidogeneze. Do této skupiny patří ketokonazol, metyrapon, mitotan, osilodrostat. Z nežádoucích účinků se při podávání metyraponu může vyskytovat nechutenství, nauzea, zvracení, bolesti břicha, arteriální hypertenze, hepatopatie, u žen v důsledku vzestupu hladin androgenů hirsutismus a akné. U ketokonazolu je nejzávažnějším nežádoucím účinkem hepatotoxicita.

V medikamentózní léčbě Cushingovy choroby se často využívá kombinační léčba, která umožňuje snížení dávek jednotlivých preparátů a tím snížení rozvoje nežádoucích účinků a zároveň zvýšení účinnosti medikamentózní léčby.

Výjimečně se u pacientů s refrakterní Cushingovou chorobou s přetrvávající hormonální aktivitou neřešitelnou jinými léčebnými postupy uplatňuje bilaterální adrenalectomie.

Je nutné zdůraznit, že u pacientů s Cushingovou chorobou přetrvává zvýšené kardiovaskulární riziko i po normalizaci hyperkortizolismu. Péče o tyto pacienty musí komplexní a celoživotní (20).

## Jak přistupovat k hypopituitarismu?

Hypopituitarismus je porucha sekrece hormonů předního laloku hypofýzy – adenohipofýzy. Příčinou může být útlak stopky hypofýzy vedoucí k poruše zásobení předního laloku stimulačními hormony z hypothalamu anebo ischemie a útlak samotné adenohipofýzy.

Hypopituitarismus se většinou rozvíjí postupně a pomalu. Klinické příznaky jsou často nenápadné, dominuje slabost, únava, nevykonnost, zhoršení paměti a koncentrace, u mužů snížení libida, u žen ve fertilním věku rozvoj sekundární amenorey.

Po stránce laboratorní se hypopituitarismus často projevuje hypoparatiemii.

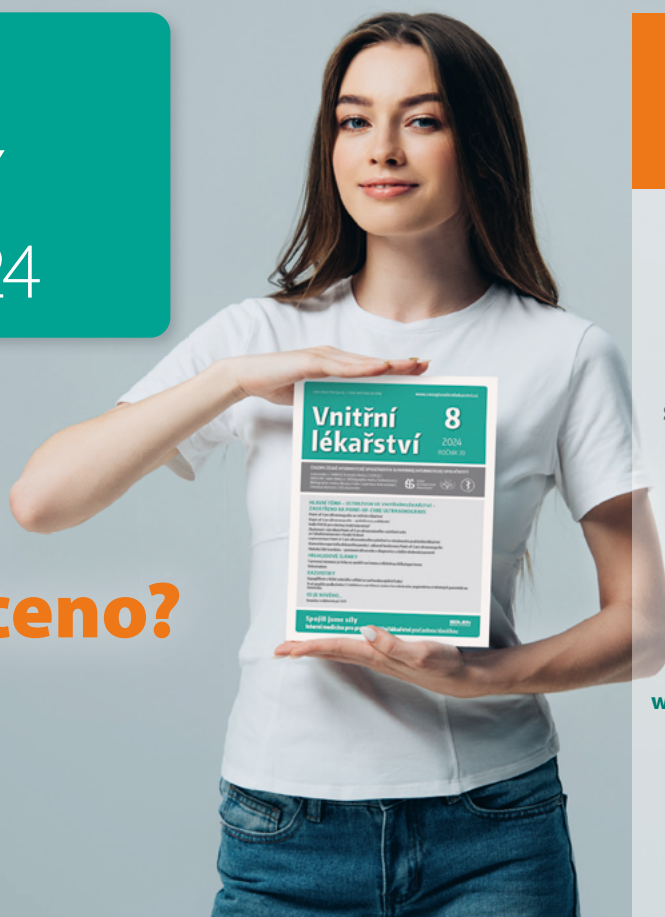
Základem diagnostiky deficitu ACTH (centrální adrenokortikální insuficience, hypokortikalismus), TSH (centrální hypotyreóza), LH a FSH (centrální hypogonadismus) je vyšetření hormonů příslušné periferní žlázy.

K posouzení funkce osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny se stanovují ranní koncentrace kortizolu. Při hodnotě bazálního ranního kortizolu pod 100 nmol/l je adrenokortikotropní insuficience prakticky

# Vnitřní lékařství na rok 2024

## Už máte předplaceno?

 SOLEN  
let s vámi

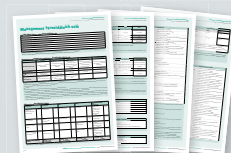


**PŘEDPLATNÝM  
ČASOPISU  
NA ROK 2024  
ZÍSKÁTE**

**8 čísel ve vaší schránce**

**Tematická suplementa**

**Přístup k archivu PDF  
s praktickými tabulkami  
pro internisty**



**OBJEDNÁVEJTE**

[www.casopisvnitrnilekarstvi.cz](http://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz)

[predplatne@solen.cz](mailto:predplatne@solen.cz)

585 204 335

