jistá, bazální koncentrace kortizolu vyšší než 450 nmol/l AI vylučují (23, 24). Při hodnotách mezi uvedenými limity se provádí stimulační dynamický test. Nízká koncentrace volného tyroxinu při nízkých nebo nezvýšených koncentracích TSH svědčí pro centrální hypotyreózu. Obdobně nízké koncentrace sexagenů (estradiolu u žen, testosteronu u mužů) a nízké nebo nezvýšené koncentrace LH a FSH prokazují centrální hypogonadismus. Pro diagnostiku deficitu růstového hormonu v dospělosti se používají dynamické testy. IGF – 1 není v dospělosti spolehlivým ukazatelem nedostatku růstového hormonu, je normální u 60 % jedinců s prokázaným deficitem růstového hormonu.

Léčba hypopituitarismu spočívá v substituci chybějících hormonů periferních žláz. Pokud je současně přítomný centrální hypokortikalismus a hypotyreóza, pak substituční léčba hypokortikalismu musí vždy předcházet zahájení substituční léčby hypotyreózy (CAVE: riziko rozvoje hypokortikální krize). Při centrálním hypokortikalismu podáváme glukokortikoidy – hydrocortison obvykle v dávce 15–20 mg denně ve dvou až třech dávkách s maximem ráno. Pacient musí být dobře a opakovaně poučen o zvyšování dávky a způsobu aplikace glukokortikoidů v zátěžových situacích (fyzický a psychický stres, interkurentní onemocnění, zvracení a průjmy, operační výkon), aby se předcházelo riziku rozvoje život ohrožující hypokortikální krize.

Jak koordinovat péči o pacienty s adenomy hypofýzy?

Pro stanovení správné diagnózy a léčby adenomů hypofýzy je nezbytná mezioborová spolupráce, tedy dobře fungující multidisciplinární tým zahrnující endokrinologický a neurochirurgický tým, neuroradiologa, neuropatologa, radiačního onkologa a neurooftalmologa.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: **Prohlášení o původnosti:** Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Ostrom QT, Cioffi G, Waite K, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2014–2018. Neuro Oncol. 2021;23(suppl3):1-105.
2. Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, et al. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. Cancer. 2004;10 (3):613-9.
3. Daly AF, Rixhon M, Adam C, et al. High prevalence of pituitary adenomas: a cross-sectional study on the province of Liege, Belgium. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(12):4769-75.
4. Fernandez A, Karavitaki N, Wass JA. Prevalence of pituitary adenomas: a comminity-based, cross-sectinal study in Banbury (Oxfordshire, UK). Clin Endocrinol. 2010;72(3):377-82.
5. Briet C, Salenave S, Bonneville JF, et al. Pituitary apoplexy. Endocr Rev. 2015;36(6):622-45.
6. Molitch ME. Pituitary tumours: pituitary incidentalomas. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2009;23(5):667–75.
7. Almutairi RD, Muskens IS, Cote DJ, et al. Gross Total Resection of Pituitary Adenomas after Endoscopic vs. Microscopic Transsphenoidal Surgery: A meta analysis. Acta Neurochir. 2018;160(5):1005-21.
8. Delgrange E, Daems T, Verhelst J, et al. Characterization of resistence to the prolactin-lowering effects of cabergoline in macroprolactinomas: a study in 122 patients. Eur J Endocrinol. 2009;160:747-752.
9. Webster J, Piscitelli G, Polli A, et al. A comparison of cabergoline and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemic amenorrhea. Cabergoline comparative study group. N Engl J Med. 1994;331(14):904-909.
10. Colao A, Ferone D, Marzullo P, Lombardi G. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. Endocr Rev. 2004;25(1):102-152.
11. Holdaway IM, Bolland MJ, Gamble GD. A meta-analysis of the effect of lowering serum levels of GH and IGF-I on mortality in acromegaly. Eur J Endocrinol. 2008; 159(2):89-95.
12. Melmed S, Bronstein MD, Chanson P, et al. A Consensus Statement on acromegaly therapeutic outcomes. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(9):552-561.
13. Giustina A, Chanson P, Bronstein MD, et al. Acromegaly Consensus Group. A consensus on criteria for cure of acromegaly. J Clin Endocrinol Metab. 2010; Jul;95(7):3141-8.
14. Jane jr. JA, Starke RM, Elzoghby MA, et al. Endoscopic transsphenoidal surgery for acromegaly: remission using modern criteria, complications and predictors of outcome. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(9):2732-2740.
15. Starke RM, Raper DM, Payne SC, et al. Endoscopic vs microsurgical transsphenoidal surgery for acromegaly: outcomes in a concurrent series of patients using modern criteria for remission. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(8):3190-3198.
16. Caron PJ, Bevan JS, Petersenn S, et al. Tumor shrinkagewith lanreotide autogel 120 mg as primary therapy in acromegaly: results of a prospective multicenter clinical trial. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(4):1282-1290.
17. Giustina A, Mazziotti G, Torri V, et al. Meta-analysis on the effects of octreotide on tumor mass in acromegaly. PLoS One. 2012;7(5):e36411.
18. Giustina A, Bonadonna S, Bugari G, et al. High-dose intramuscular octreotide in patients with acromegaly inadequately controlled on convenctional somatostatin analogue therapy: a randomised controlled trial. Eur J Endocrinol. 2009;161(2):331-338.
19. Schreiber I, Buchfelder M, Droste M, et al. Treatment of acromegaly with the GH receptor antagonist pegvisomant in clinical practice: safety and efficacy evaluation from the German Pegvisomant Observational Study. Eur J Endocrinol. 2007;156(1): 75-82.
20. Ferrau F, and Korbonits M. Metabolic comorbidities in Cushing's syndrome. Eur J Endocrinol. 2015;173(4):M133-157. doi: 10.1530/EJE-15-0354.
21. Pivonello R, De Leo M, Cozzolino A, Colao A. The treatment of Cushing's disease. Endocr Rev. 2015;36(4):385-486.
22. Marek M, Jezkova J, Hana V, et al. Gamma knife radiosurgery for Cushing's disease and Nelson's syndrome. Pituitary. 2015;18 (3)376-384
23. Kazlauskaite R, Evans ATm Villabona CV, et al. Corticotropin test for hypothalamic-pituitary-adrenal insufficiency: a metaanalysis. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93:4245-4253.
24. Schmidt IL, Lahner H, Mann K, Petersenn S. Diagnosis of adrenal insufficiency: evaluation of the corticotropin-releasing hormone test and basal serum cortisol comparison to the insulin tolerance test in patients with hypothalamic-pituitary-adrenal gland disease. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88:4193-8.