

Kurs
Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego

opis przypadku 8



partner kursu: **MERCK**
(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)

Pan Mirosław I. 49 dotychczas nie leczony z powodu chorób przewlekłych zgłosił się do lekarza POZ z powodu utrzymujących się od kilku miesięcy objawów pod postacią: zmniejszonej tolerancji wysiłku, złego samopoczucia, ciągłego uczucia gorąca, rozdrażnienia, wzmożonej potliwości oraz bólu głowy.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych:

- TSH 6,14 mIU/l (n. 0,4-4,9), fT3 27,3 pmol/l (n. 3,0- 7,0)
fT4 47.0 pmol/l (n.12-22)

- W badaniu przedmiotowym HR ok. 100/min. RR 110/75 mmHg

- Gruczoł tarczowy w badaniu palpacyjnym powiększony, niebolesny, bez wyczuwalnych zmian guzkowych.

➤ Zaskoczony powyższą konstelacją hormonów lekarz rodzinny zlecił powtórzenie badań, otrzymując wynik bardzo zbliżony do poprzedniego i zdecydował o skierowaniu Pacjenta do specjalisty endokrynologa.

Jak powinna przebiegać dalsza diagnostyka w Poradni Endokrynologicznej??

- A. Oznaczenie przeciwciał przeciwarczycowych
- B. Wykonanie usg tarczycy
- C. Scyntygrafia tarczycy
- D. Wszystkie odpowiedzi prawidłowe

Jak powinna przebiegać dalsza diagnostyka w Poradni Endokrynologicznej??

- A. Oznaczenie przeciwciał przeciwarczycowych
- B. Wykonanie usg tarczycy
- C. Scyntygrafia tarczycy
- D. Wszystkie odpowiedzi prawidłowe

- Oznaczenie przeciwciał p/tarczycowych.
 - p/ciała TSI, anty – TPO, anty-TG w zakresie wartości referencyjnych
- Wykonanie usg tarczycy
 - Usg gruczołu tarczowego wykazało obecność wola guzkowego. Gruczoł tarczowy w całości powiększony
- Badanie scyntygrafii tarczycy
 - W scyntygrafii tarczycy z użyciem technetu 99 (^{99}Tc) : „Wole o niejednorodnej zdolności do gromadzenia technetu.”

Jakie jest najmniej prawdopodobne wstępne rozpoznanie?

- A. Pierwotna nadczynność tarczycy
- B. Wtórna nadczynność tarczycy
- C. Przysadkowa oporność na hormony tarczycy
- D. Obwodowa oporność na hormony tarczycy

Jakie jest najmniej prawdopodobne wstępne rozpoznanie?

A. Pierwotna nadczynność tarczycy

B. Wtórna nadczynność tarczycy

C. Przysadkowa oporność na hormony tarczycy

D. Obwodowa oporność na hormony tarczycy

Komentarz:

A. Pierwotna nadczynność tarczycy jest tu właściwą sugestią. Czynność tarczycy i przysadki pozostaje w ścisłej zależności określanej jako ujemne sprzężenie zwrotne. Podwyższone stężenie hormonów tarczycy powoduje zmniejszenie uwalniania TSH przez przysadkę czego nie obserwujemy w powyższych wynikach badań.

B. Na wtórną postać nadczynności tarczycy mogą wskazywać zwiększone lub prawidłowe stężenia TSH towarzyszące objawom hipertyreozы.

Guz tyreotropinowy jest bardzo rzadką przyczyną nadczynności tarczycy (ok.1% wszystkich guzów przysadki), często pomijaną w diagnostyce różnicowej.

Za jego rozpoznaniem przemawiają:

- Gruczolak przysadki widoczny w MRI lub TK
- Osłabione wydzielanie TSH w teście stymulacji TRH
- Zwiększone stężenie SHBG – hormony tarczycy mają bowiem wpływ na wątrobową produkcję SHBG

Za jego rozpoznaniem przemawiają:

- Gruczołek przysadki widoczny w MRI lub TK
- Osłabione wydzielanie TSH w teście stymulacji TRH
- Zwiększone stężenie SHBG – hormony tarczycy mają bowiem wpływ na wątrobową produkcję SHBG
- Wzrost stosunku molarnego *alfa-SU: TSH*

U 80% pacjentów z guzem tyreotropinowym przysadki stwierdza się zwiększone stężenie podjednostki *alfa* w surowicy. W różnicowaniu z innymi formami hipertyreozy pomocne jest określenie ilorazu stężeń molowych podjednostki *alfa* i TSH – wartość >1 przemawia za rozpoznaniem przysadkowej przyczyny nadczynności tarczycy

C./D. Za rozpoznaniem oporności na hormony tarczycy przemawia natomiast przede wszystkim wywiad rodzinny. Charakterystyczna jest zmienność obrazu klinicznego.

- W postaci oporności przysadkowej przeważają objawy tyreotoksykozy podczas gdy w oporności obwodowej dominuje hipotyreoza.
- W teście z TRH stwierdza się pobudzenie wydzielania TSH po stymulacji, natomiast stężenie podjednostki *alfa* nie jest zwiększone, a iloraz stężeń molowych podjednostki *alfa* do TSH wynosi <1 .

Wskaż dalsze postępowanie:

- A. Z uwagi na kliniczne i laboratoryjne wykładniki hipertyreozy wskazane jest niezwłoczne rozpoczęcie leczenia tyreostatycznego.
- B. Należy skierować pacjenta na leczenie radiojodem (^{131}I).
- C. Zasadna jest dalsza diagnostyka hormonalna w warunkach szpitalnych celem różnicowania tyreotropinoma i oporności na hormony tarczycy.

Wskaż dalsze postępowanie:

- A. Z uwagi na kliniczne i laboratoryjne wykładniki hipertyreozy wskazane jest niezwłoczne rozpoczęcie leczenia tyreostatycznego.
- B. Należy skierować pacjenta na leczenie radiojodem (^{131}I).
- C. Zasadna jest dalsza diagnostyka hormonalna w warunkach szpitalnych celem różnicowania tyreotropinoma i oporności na hormony tarczycy.

W celu różnicowania obecności tyreotropinoma z RTH, przeprowadzono test z TRH, który wykazał brak wzrostu wydzielania TSH w surowicy w kolejnych pomiarach, co wskazuje na autonomię wydzielania TSH.

Wysłano badania dodatkowe: podjednostkę *alfa* i SHBG:

podjednostka *alfa* 1,0 j.m./l (norma 0–0,8);

iloraz stężeń molowych podjednostki *alfa* i TSH wynosił 8,54

W dalszej diagnostyce wykazano:

Badaniach hormonalne:

FSH 2,49 mIU/ml (n. 1,4-18,1)

LH 1,00 mIU/ml (n. 1,5-9,3)

Testosteron 95 ng/dl (n. 241-827)

PRL 4,0 ng/ml (n. 2,1-17,7)

IGF-1 47,2 ng/ml (n. 94-137)

ACTH g.8:00 12,0 pg/ml (n. 7,2-63.6)

Kortyzol g.8:00 3,2 ug/dl (n. 4,3-22,4)

Kortyzol g. 23:00 2,1 ug/dl

Jakie rozpoznanie można postawić na podstawie powyższej konstelacji hormonów?

- A. niedoczynność przysadki w osi adreno-, gonado- i somatotropowej
- B. wyłącznie hipogonadyzm hipogonadotropowy
- C. pierwotną niewydolność nadnerczy i hipogonadyzm hipergonadotropowy
- D. pierwotną niewydolność nadnerczy i gonad

Jakie rozpoznanie można postawić na podstawie powyższej konstelacji hormonów?

A. niedoczynność przysadki w osi adreno-, gonado- i somatotropowej

B. wyłącznie hipogonadyzm hipogonadotropowy

C. pierwotną niewydolność nadnerczy i hipogonadyzm hipergonadotropowy

D. pierwotną niewydolność nadnerczy i gonad

Jaki powinien być kolejny krok diagnostyczno-leczniczy?

- A. Wykonanie badania MR przysadki
- B. Wykonanie testów stymulacji z CRH i GnRH
- C. Włączenie leczenia substytucyjnego testosteronem
- D. Konieczny test OGTT

Jaki powinien być kolejny krok diagnostyczno-leczniczy?

A. Wykonanie badania MR przysadki

B. Wykonanie testów stymulacji z CRH i GnRH

C. Włączenie leczenia substytucyjnego testosteronem

D. Konieczny test OGTT

Wielohormonalna niedoczynność przysadki może sugerować obecność guza, dlatego też konieczne było wykonanie badania MR.

MR przysadki wykazało obecność rozległego guza o wymiarach 37x33x34mm wypełniającego siodło tureckie oraz zbiorniki nadsiodłowe, naciekającego lejek przysadki oraz powodującego kompresję skrzyżowania nn. wzrokowych.

Wybierz dalsze postępowanie

- A. Należy rozpocząć leczenie tyreostatyczne
- B. Rozpocząć leczenie substytucyjne niedoczynności przysadki
- C. Przygotowanie pacjenta analogami somatostatyny celem wykonania przezklinowej resekcji guza przysadki
- D. Prawidłowa B i C

Wybierz dalsze postępowanie

- A. Należy rozpocząć leczenie tyreostatyczne
- B. Rozpocząć leczenie substytucyjne niedoczynności przysadki
- C. Przygotowanie pacjenta analogami somatostatyny celem wykonania przezklinowej resekcji guza przysadki
- D. Prawidłowa B i C

- Konieczna jest operacja po wcześniejszym przygotowaniu analogami somatostatyny (test z krótkodziałającą somatostatyną wykazał 40% spadek stężenia TSH).

- Około miesiąc po ostatniej iniekcji analogu somatostatyny w wykonano operację przezklinowej resekcji makrogruczolaka przysadki. Przebieg pooperacyjny niepowikłany.
- W uzyskanym badaniu hist.-pat. potwierdzono gruczołowe utkanie guza.
- W wykonanych odczynach immunohistochemicznych: TSH (+), GH (+/-), PRL (-), ACTH (-), FH (-), LH (-), podjednostka alfa silnie (+), MIBI <1%.
- W preparatach mikroskopowo – elektronowych stwierdzono ultrastrukturalne cechy tyreotropowego gruczolaka przysadki mózgowej.