

***Kurs***  
***Polskiego Towarzystwa***  
***Endokrynologicznego***

opis przypadku 12



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

# Opis przypadku

24-letni Pacjent przyjęty do Kliniki Endokrynologii celem potwierdzenia wysuniętego ambulatoryjnie podejrzenia hipogonadyzmu hipogonadotropowego.

Pacjent skarżył się na obniżone libido, zaburzenia erekcji, nadmierną potliwość pojawiającą się szczególnie w godzinach nocnych. Objawy występowały od ok. 8 miesięcy.

Pacjent dotychczas leczony z powodu astmy oskrzelowej, trądziku młodzieńczego, w wywiadzie ponadto obniżony nastrój.

Przebieg dojrzewania prawidłowy.

W badaniu fizykalnym: wzrost – 182cm masa ciała – 77kg

BMI – 23,2kg/m<sup>2</sup> RR- 128/78

Budowa ciała prawidłowa, brak typowego męskiego zarostu na twarzy, przy prawidłowym owłosieniu łonowym i pachowym.

Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych ambulatoryjnie:

LH : 4,20 mIU/ml ( 1,5 – 9,3 )

FSH : 4,93 mIU/ml ( 1,4 – 18,10 )

TT : 131,96 ng/dl ( 241 - 827 )

Jakie badania laboratoryjne należy wykonać u pacjenta?

- A) powtórzyć oznaczenie LH, FSH oraz testosteronu, celem wykluczenia błędu laboratoryjnego
- B) wykonać badanie USG jąder
- C) rozszerzyć panel badań o pozostałe osie tropowe przysadki
- D) wszystkie powyższe

# Odpowiedź D – wszystkie powyższe

Komentarz: Chory wymaga oceny czynności przysadki we wszystkich osiach tropowych (wykluczenie niedoczynności w pozostałych osiach) oraz oceny USG gonad celem wykluczenia ich uszkodzenia

W badaniu USG jąder potwierdzono ich prawidłową objętość.

# Przeprowadzono pełną diagnostykę hormonalną układu podwzgórzowo-przysadkowego

## Oś adrenokortykotropowa

ACTH : 30,8 pg/ml ( 7,20 – 63,60 )

kortyzol 7.30: 13,10 ug/dl

kortyzol 22.00: 4,20 ug/dl

Kortyzol w dobowej zbiorce moczu: 242,90 ug/d

## Oś laktotropowa

PRL : 22,60 ng/ml (2,10 – 17,70)

## Oś somatotropowa

IGF-1: 814,3 ng/ml (197 – 333)

GH: 25,10 ng/ml (0,10 – 5,00)

## Oś gonadotropowa

- FSH : 8,43 mIU/ml (1,40 – 18,10)
- LH : 4,00 mIU/ml (1,50 – 9,30)
- TTE : 182,89 ng/dl (241 – 827)
- E2 : 85,00 pg/ml (0,00 – 39,80)

## Oś tyreotropowa

- TSH : 1,345 mIU/L (0,55 – 4,78)
- FT4 : 1,15 ng/dl (0,89 – 1,76)
- aTG : 59,0 U/ml (0,0 – 60,0)
- aTPO : 267,0 U/ml (0,0 – 60,0)

Wybierz kolejny krok diagnostyczny:

- A) powtórzyć oznaczenie GH i IGF-1 w teście z Metoclopramidem
- B) wykonać test hamowania GH z 75 g glukozy
- C) rozszerzyć panel badań o testy stymulacyjne układu podwzgórzowo-przysadkowego
- D) wszystkie powyższe



# Odpowiedź B

Uzyskane podwyższone stężenia GH (ponad 5 razy) oraz IGF-1 (ponad 2.5 razy) były wskazaniem do wykonania testu OGTT

## OGTT

- GH 0': 25.10 ng/ml (0,10 - 5,00)
- GH 30': 15.70 ng/ml
- GH 60': 16.20 ng/ml
- GH 120': 19.90 ng/ml

Brak hamowania wydzielania GH w teście OGTT

Co dalej?

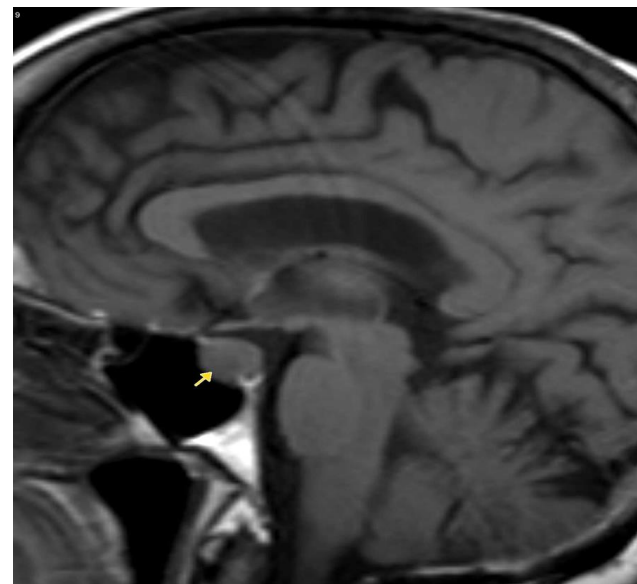
- A) Obserwować Pacjenta i skierować na powtórzną diagnostykę, Pacjent nie prezentuje typowych objawów
- B) Rozszerzyć diagnostykę i wykonać badanie obrazowe MRI głowy

# Odpowiedź B

Komentarz: Kolejnym krokiem w diagnostyce akromegalii jest potwierdzenie obecności gruczolaka przysadki, dlatego najlepszym wyborem jest wykonanie bad. MRI przysadki

# Diagnostyka obrazowa

W wykonanym badaniu MRI potwierdzono obecność makrogruczolaka przysadki o wym. 30x35x20 mm z ekspansją do zatoki klinowej, lewej zatoki jamistej, uciskiem i modelowaniem skrzyżowania nerwu wzrokowego



# Rozpoznanie

Akromegalia w przebiegu makrogruczolaka przysadki o nietypowym przebiegu i braku typowych cech fenotypowych

Niedoczynność gonadotropowa przysadki

# Co dalej?

- A) zabieg operacyjny-adenomektomia transfenoidalna
- B) terapia wyłącznie agonistą receptorów dopaminergicznych
- C) radioterapia
- D) farmakoterapia z użyciem długodziałającego analogu somatostatyny
- E) A+D

# Prawidłowa odpowiedź E

Adenomektomia transfenoidalna jest leczeniem z wyboru, po poprzednim przygotowaniu długodziałającym analogiem somatostatyny.

U Pacjenta z akromegalią w przebiegu makrogruczolaka przysadki nie ma wskazań do leczenia agonistą receptorów dopaminergicznych, ponieważ nieznacznie podwyższona PRL jest wynikiem ucisku guza na lejek przysadki.

Pacjent został zakwalifikowany do przezklinowej resekcji makrogruczolaka po zastosowaniu 6 iniekcji długodziałającego analogu somatostatyny przed zabiegiem.

Dodatkowo w leczeniu otrzymywał testosteron 1 amp. im co dwa tygodnie (łącznie 3 iniekcje)

Przebieg operacji niepowikłany.



# Przypadkowo wykryta akromegalia o nietypowym przebiegu

Akromegalia jest rzadką endokrynopatią charakteryzującą się typowymi cechami fenotypowymi oraz towarzyszącymi chorobami metabolicznymi. Najczęściej jest wykrywana u Pacjentów po 40 roku życia. Jednym z problemów jest późne rozpoznanie choroby od wystąpienia pierwszych objawów (szczególnie u mężczyzn) i tym samym opóźniony czas rozpoczęcia odpowiedniego leczenia.

W każdym przypadku podejrzenia hipogonadyzmu gonadotropowego należy przeprowadzić pełną ocenę funkcji układu podwzgórzowo-przysadkowego, w tym oznaczyć stężenie IGF-1.

Zaprezentowany przypadek potwierdza niestandardowy przebieg akromegalii, z brakiem typowych objawów wskazujących na obecność choroby.