Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00520&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00520. Пухлини гіпофіза

Автор: Saara Metso
Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari
Дата останнього оновлення: 2017-08-09

Основні положення

- Близько 90% пухлин гіпофіза — доброякісні аденоми, тобто залозисті пухлини.
- Пухлини можуть бути гормонально активними і проявлятись клінічними синдромами, що виникають внаслідок надлишкової продукції гормонів.
- Неактивні аденоми невеликого розміру зазвичай не викликають симптомів і часто виявляються випадково.
- Великі макроаденоми можуть викликати симптоми, що не пов’язані із секрецією гормонів, та виникають внаслідок локальної компресії (особливо дефекти поля зору та/або порушення зору), або вони можуть порушувати секрецію гормонів.

Епідеміологія

- Близько 10–38% пухлин є випадковими знахідками (інцинденталомами) на МРТ, що проводилось з інших причин.
- Частота виникнення — близько 77 випадків на 100 000 осіб. Третина діагностованих пухлин — аденоми, що не функціонують.

Симптоми та ознаки пухлини гіпофіза

- Симптоми дефіциту гормонів

    - У чоловіків — втрата лібідо, імпотенція, наприклад; у жінок — вторинна аменорея (недостатність гонадотропіну)
    - Надмірна втомлюваність (гіпокортицизм, гіпотиреоз)
    - Спрага та часте сечовипускання (недостатність антидіуретичного гормону)
    - Також необхідно пам’ятати про те, що пухлина гіпофіза може бути причиною
        - гіпотиреозу (диспропорційно низький рівень тиреотропного гормону)
        - гіпонатріємії (гіпокортицизм).
- Симптоми надлишкової секреції гормонів
    - Симптоми гіперпролактинемії, такі як галакторея та аменорея
    - Збільшення розміру взуття та каблучки, пітливість, головний біль, проблеми із суглобами та зміна прикусу як симптоми акромегалії
    - Збільшення маси тіла, округлення обличчя, схильність до утворення синців, м’язова атрофія, втрата кісткової маси, підвищення артеріального тиску, підвищення рівня глюкози в крові, зміни настрою як прояви синдрому Кушинга
- Симптоми компресії навколишніх тканин
    - Найчастіше — порушення зору (бітемпоральний дефект полів зору, ослаблення зору, парез м’язів очного яблука)
    - Головний біль
- Дуже рідко — назальна ліквореа.
- Збільшення розмірів турецького сідла є випадковою радіологічною знахідкою
- Гострий головний біль та диплопія як симптоми крововиливу в гіпофіз (апоплексія гіпофіза)

Гіпопітуїтаризм

- Нестача гормонів проявляється в наступному порядку:
    - Гормон росту
    - Гонадотропін, як наслідок — гіпогонадизм
        - Менструальні порушення у жінок, аменорея

        - У чоловіків — зниження лібідо, імпотенція, зменшення росту бороди, м’язова слабкість, зниження енергії, зниження концентрації гемоглобіну
    - Тиреотропний гормон, як наслідок — гіпотиреоз середньої важкості
        - Рівень тиреотропного гормону для гіпотиреозу непропорційно низький. Якщо у пацієнтів з гіпотиреозом рівні тиреотропного гормону знижуються диспропорційно, то слід підозрювати центральне порушення
    - АКТГ, як наслідок — гіпокортицизм
        - Симптоми помірніші, ніж при хворобі Аддісона
        - Загальна гіпонатріємія

Ознаки гіпоталамічних розладів

- Недостатність антидіуретичного гормону (АДГ), внаслідок якої розвивається нецукровий діабет. Симптоми включають в себе часте сечовипускання та сильну спрагу.
- Гіперпролактинемія виникає внаслідок ураження лійки гіпофіза (зазвичай помірна гіперпролактинемія, < 600 мОд/л)
    - Пролактинома є більш поширеною причиною гіперпролактинемії, ніж ураження лійки гіпофіза; вона призводить до значного підвищення рівнів пролактину.

Симптоми надлишкової секреції гормонів

- Пролактинома — найбільш поширена пухлина гіпофіза.
    - При мікроаденомі рівні пролактину сироватки зазвичай 1000–4000 мОд/л, при макроаденомі — чітко підвищені (>5 000 мОд/л).
    - У жінок виникає галакторея, гіпогонадотропний гіпогонадизм, порушення менструального циклу, аменорея та безпліддя.
    - У чоловіків — втрата лібідо, імпотенція, безпліддя.
    - Слід пам’ятати що гіпотиреоз може бути причиною гіперпролактинемії, тому цей діагноз слід виключити.
    - Майже всі психотропні препарати (крім бензодіазепіну) та метоклопрамід спричиняють гіперпролактинемію.

    - Гіперпролактинемія, спричинена психотропними препаратами, зазвичай помірна. Рівні пролактину — 1000–2000 мОд/л. Вона не є серйозною проблемою у пацієнтів, які не мають симптомів (немає галактореї чи порушення менструального циклу).
    - Безсимптомна гіперпролактинемія може бути спричинена нешкідливою макропролактинемією (пролактин у вигляді неактивного полімеру можна виявити за допомогою аналізу крові).
- Акромегалія
    - Ранніми ознаками є товста, жирна шкіра та гіпергідроз.
    - Потовщення губ, збільшення носа та язика
    - Збільшення дистальних частин тіла (підборіддя, руки, ноги)
    - Гіпертензія, діабет
    - Пітливість, втомлюваність, хропіння, артралгія, головний біль
- Хвороба Кушинга
    - Типовий зовнішній вигляд (центральне ожиріння, жирові “подушки” в надключичних ділянках, атрофія проксимальних м’язів, тонка шкіра, схильність до утворення синців)
    - Гіпертензія, діабет внаслідок розвитку інсулінорезистентності
    - Остеопороз
    - Порушення менструального циклу
    - Психічна лабільність
- Тиреотропінома (ТТГ-продукуюча аденома)
    - Гіпертиреоз, дифузний зоб
    - Не дивлячись на підвищення рівнів вільного Т4 та вільного Т3, рівень ТТГ не знижується.

Діагноз

- При підозрі на гіпопітуїтаризм визначте концентрації периферичних гормонів та регулюючих гормонів гіпофіза (вільний Т4 та ТТГ, ранковий сироватковий кортизол, АКТГ, тестостерон та лютеїнізуючий гормон)
- При підозрі на надлишкову секрецію гормонів
    - Пролактинома: пролактин

    - Акромегалія: гормон росту (соматотропний гормон, СТГ), інсуліноподібний фактор росту-1 (ІФР-1); 2-годинний глюкозотолерантний тест, у разі потреби — з визначенням рівнів глюкози крові та СТГ. Оцінка результатів потребує певного рівня кваліфікації, тому при підозрі на акромегалію слід проконсультуватись зі спеціалістом.
    - Хвороба Кушинга: для діагностики — тест з 1,0 мг або 1,5 мг дексаметазону і/або визначення рівня вільного кортизолу в добовій сечі.
        - У пацієнтів, які приймають препарати естрогену: Визначення рівня вільного кортизолу в добовій сечі, так як естроген перешкоджає визначенню рівня кортизолу сироватки
        - Інші дослідження призначаються лікарем спеціалізованої медичної допомоги.
- Візуалізаційні дослідження
    - МРТ ділянки турецького сідла (на вторинній ланці)

Виявлення гіпофізарної інцинденталоми

- Крім аденоми пухлина гіпофізу може бути, наприклад, краніофарингіомою, менінгіомою, пітуіцитомою, семіномою, лімфомою, метастазами інших пухлин, кістою кишені Ратке, гіпофізитом.
- Дослідження випадкових знахідок у гіпофізі — інцинденталом — слід проводити на спеціалізованій медичній допомозі, де нейрорадіологи та ендокринологи зможуть виявити радіологічне та гормональне походження пухлини.
- Якщо патологічне утворення нагадує аденому розміром більше 10 мм, то слід дослідити гіпо- чи гіперактивність гіпофіза та симптоми стиснення зорового тракту у спеціалізованій допомозі. Якщо пухлина не секретує гормон та не стискає зорове перехрестя, то на спеціалізованій допомозі за нею спостерігають з інтервалами у 6–12 місяців.
- Якщо розмір інцинденталоми менше 10 мм, то слід виключити пролактиному, гіпотиреоз (вільний Т4) та гіпокортицизм (кортизол). Якщо у пацієнта немає симптомів, то проводити візуалізаційні дослідження не потрібно взагалі. У більшості випадків через 12 місяців проводять контрольне візуалізаційне дослідження для виключення тенденції росту пухлини.

Лікування

- Оперативна резекція пухлини у відділенні, в якому є мультидисциплінарна команда (нейрохірург, нейрорадіолог, ендокринолог) з досвідом діагностики та лікування пухлин гіпофіза.
- Медикаментозне лікування
  - Каберголін, бромокриптин, хінаголід при пролактиномі
  - Октреотид, ланреотид, каберголін, бромокриптин, пегвісомант та пасиреотид при акромегалії
- У окремих випадках — променева терапія

Пов’язані ресурси

- Література [пов'язані 00457|Pituitary tumours – Rela…]

Джерела інформації

R1. Raappana A, Koivukangas J, Ebeling T et al. Incidence of pituitary adenomas in Northern Finland in 1992-2007. J Clin Endocrinol Metab 2010;95(9):4268-75. [PubmedID|20534753]

R2. Fernandez A, Karavitaki N, Wass JA. Prevalence of pituitary adenomas: a community-based, cross-sectional study in Banbury (Oxfordshire, UK). Clin Endocrinol (Oxf) 2010;72(3):377-82. [PubmedID|19650784]

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00520 Ключ сортування: 024.067 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-08-09

Автор(и): Saara Metso Автор(и) попередніх версій статті: Ritva Kauppinen-MäkelinRisto Pelkonen Редактор(и): Hanna Pelttari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Endocrinology Gynaecology Neurology Neurosurgery Otorhinolaryngology

Ключові слова індексу
mesh: Hyperprolactinemia mesh: Hypopituitarism mesh: Acromegaly mesh: Prolactinoma Prolactin
mesh: pituitary neoplasms speciality: Endocrinology speciality: Gynaecology speciality: Internal medicine
speciality: Neurosurgery mesh: Estrogens mesh: Adrenal Insufficiency mesh: Hypogonadism mesh: microadenoma
mesh: Glucose Tolerance Test mesh: Hypothyroidism mesh: gonadotropin deficiency mesh: Vasopressins mesh: Adenoma
mesh: Adrenocorticotropic Hormone mesh: dexamethasone test mesh: Pituitary ACTH Hypersecretion mesh: Hydrocortisone
mesh: Thyrotropin speciality: Neurology speciality: Otorhinolaryngology icpc-2: T73 icpc-2: T99