

# Shrinkage tumorale in neoplasia ipofisaria a secrezione mista



Luigi Demarchis<sup>1</sup>, Sabrina Chiloiro<sup>1</sup>, Antonella Giampietro<sup>1</sup>, Pier Paolo Mattogno<sup>2</sup>, Liverana Lauretti<sup>2</sup>, Laura De Marinis<sup>1</sup>, Francesco Doglietto<sup>2</sup>, Antonio Bianchi<sup>1</sup>, Alfredo Pontecorvi<sup>1</sup>

1. Pituitary Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.
2. Neurosurgery, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

*Corresponding Author: Luigi Demarchis*

**Introduzione:** l'ultima classificazione WHO dei tumori ipofisari suddivide in due sottocategorie i tumori neuroendocrini ipofisari (Pitnets) a secrezione mista di prolattina (PRL) e ormone della crescita (GH): i Pitnets mammosomatotropi, composti da una popolazione unicellulare della linea Pit1, e i Pitnets somatotropi-lattotropi, composti da due differenti popolazioni cellulari (somatotropa e lattotropa). Diversi studi in letteratura evidenziano un comportamento più aggressivo di questi tumori rispetto ai tumori secernenti solo GH

**Caso clinico:** paziente maschio di 62 anni giungeva a osservazione per riscontro elevato di prolattina, 243 ng/mL, in corso di accertamenti in previsione di bypass gastrico. In anamnesi: ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2, fibrillazione atriale, ipotiroidismo in seguito a chirurgia per gozzo tossico multinodulare. Veniva eseguita una curva della prolattina che mostrava livelli sierici persistentemente alti: 0' - 360 ng/mL, 30' - 368 ng/mL, 60' - 410 ng/mL. I restanti esami ematochimici mostravano IGF-1 180 ng/mL (vn 0-248 ng/mL) e normali livelli sierici di ACTH, cortisolo ed elettroliti. Il paziente era quindi sottoposto a RM ipofisi s/c MdC che evidenziava: *“alterazione espansiva di aspetto tissutale di 13 x 17 x 15 mm in sede sellare- parasellare che avvolge per più di 180° il sifone carotideo omolaterale e giunge in continuità con la parete inferiore del tratto sovraclinoideo dell'arteria carotide interna omolaterale. Non compressioni chiasmatiche né significative impronte sul parenchima cerebrale temporale di sinistra. Reperto compatibile con macroadenoma ipofisario. L'adenoiipofisi appare dislocata verso destra con stiramento e shift omolaterale del peduncolo ipofisario”*.

Veniva quindi posta diagnosi di prolattinoma e data l'estensione della lesione e le comorbidità veniva impostata terapia con Cabergolina a dosaggio complessivo di 1.5 mg a settimana. A distanza di 12 mesi gli esami ematochimici mostravano prolattina 36 ng/mL e IGF-1 216 ng/mL; il quadro radiologico rimaneva invariato. Si decideva quindi di proseguire terapia con cabergolina allo stesso dosaggio e di impostare un programma di follow-up ogni sei mesi; si assisteva a una stabilità degli esami ematochimici e del quadro radiologico per ulteriori 24 mesi. Dopo 36 mesi di terapia, gli esami ematochimici mostravano una prolattina di 24 ng/mL e un'IGF-1 di 290 ng/mL; contestualmente si osservava una notevole riduzione del volume della lesione, il cui diametro massimo all'ultima risonanza dell'ipofisi era di 11 mm.

In considerazione dei livelli sierici di IGF-1 elevati veniva eseguita curva da carico di glucosio con dosaggio del GH che mostrava livelli sierici persistentemente alti (0' - 0.8 ng/mL, 15' - 0.7 ng/mL, 30' - 0.7 ng/mL, 60' - 0.7 ng/mL, 90' - 0.8 ng/mL). Dopo valutazione multidisciplinare, in considerazione dello shrinkage tumorale e delle comorbidità del paziente, si decideva di iniziare octreotide.

**Conclusioni:** il caso clinico presentato enfatizza la notevole riduzione del volume tumorale in corso di terapia solo con cabergolina, anche in casi di tumori secernenti GH e prolattina, considerati generalmente più aggressivi. Inoltre, come si può evincere dalla descrizione dell'iter diagnostico-terapeutico, è importante valutare il profilo ipofisario durante tutto l'iter diagnostico-terapeutico al fine di identificare correttamente la natura della lesione e impostare la terapia appropriata riducendo ulteriormente l'eventuale ritardo diagnostico.

Livelli sierici Prolattina e IGF-1 (ng/mL)

