



Salvatore Raia, Antonella Giampietro, Pierpaolo Mattogno, Liverana Lauretti, Marco Gessi, Guido Rindi, Francesco Doglietto, Antonio Bianchi, Sabrina Chiloiro, Alfredo Pontecorvi

Fondazione policlinico universitario A. Gemelli IRCCS –UCSC  
corrispondenza: [salvatore.raia1@unicatt.it](mailto:salvatore.raia1@unicatt.it)

### Introduzione:

I meningiomi del tuberculum sellae originano nella regione diencefalo-ipofisaria e possono manifestarsi clinicamente con alterazioni endocrine, disturbi visivi e problematiche neurologiche. Il trattamento d'elezione, necessario in caso di dimensioni rilevanti o di crescita volumetrica del tumore, è la chirurgia, che può però comportare a sua volta alterazioni endocrine, visive e neurologiche.

### Metodi:

In questo studio, condotto presso il nostro ospedale universitario, abbiamo valutato retrospettivamente 17 pazienti diagnosticati con meningioma del tuberculum sellae dal 1999 al 2023, con particolare attenzione ai deficit endocrini presenti alla diagnosi e post-operatori, nonché ai sintomi visivi e neurologici, raccogliendo dati sulla durata media del follow-up e sulle comorbilità esistenti.

### Risultati:

Lo studio ha incluso 10 donne e 7 uomini, con un'età media di 54,6 anni alla diagnosi. La dimensione media del tumore alla diagnosi era di circa 2,48 cm. La maggior parte di questi tumori risultava invasiva, coinvolgendo spesso il chiasma ottico e i nervi. Alla diagnosi, solo l'11,7% dei pazienti presentava alterazioni endocrine, principalmente a carico dell'asse cortisolemico. I sintomi visivi erano comuni: 9 pazienti mostravano deficit del campo visivo, 7 avevano una ridotta acuità visiva, e 1 paziente risultava completamente cieco all'occhio destro. Dopo l'intervento chirurgico, il 58,8% dei pazienti ha sviluppato nuovi deficit ormonali: in 8 casi l'asse cortisolemico, in 3 casi il panipopituitarismo (1 solo l'ipofisi anteriore e 2 sia l'anteriore sia il posteriore). Gli esiti neurologici includevano epilessia in 2 pazienti, deficit visivi persistenti in 1 paziente e emiparesi in 2 pazienti. La recidiva tumorale si è verificata nel 29,4% dei casi, con alterazioni endocrine aggiuntive nel 20% di questi pazienti. In 3 casi la recidiva si è verificata molti anni dopo la chirurgia iniziale: in un paziente dopo 288 mesi, in un altro paziente dopo 228 mesi e in un terzo paziente dopo 132 mesi. La durata media del follow-up per i nostri pazienti è stata di 18,6 mesi (range: da 3 a 288 mesi), permettendoci di valutare gli esiti endocrini a lungo termine.

### Conclusioni:

Per quanto riguarda le alterazioni endocrine, in questa serie di pazienti abbiamo osservato che i deficit endocrini alla diagnosi sono rari e principalmente legati all'asse cortisolemico. La maggior parte dei deficit si è verificata post-chirurgicamente ed è risultata più frequente nei pazienti con meningiomi di dimensioni maggiori e più invasivi o dopo recidive. I problemi endocrini post-operatori più frequenti hanno interessato l'asse cortisolemico, seguiti dal panipopituitarismo. I sintomi visivi, come i deficit del campo visivo e dell'acuità, sono molto comuni al momento della diagnosi. Altre complicazioni, come epilessia, deficit visivi persistenti e emiparesi facciale, possono ulteriormente influenzare gli esiti post-chirurgici. Un follow-up a lungo termine è essenziale, poiché le recidive tumorali possono manifestarsi molti anni dopo l'intervento, sottolineando la necessità di monitorare questi pazienti nel lungo periodo. In conclusione, sono necessari ulteriori studi su gruppi di pazienti più ampi per migliorare le strategie di trattamento e i programmi di follow-up per questi pazienti.

Tabella. Caratteristiche dei 17 Pazienti con Meningioma del Tuberculum Sellae

Paziente	Sesso	Età alla diagnosi	Sintomi all'esordio	Dimensioni Tumore (cm)	Deficit Ormonali alla Diagnosi	Deficit Ormonali Post-Operatori	Recidiva Chirurgica	Durata Follow-Up (mesi)	Comorbilità
1	F	35	2 OD	2	-	-	1	226	1 DM
2	F	52	2 OS	2	0	1 cortisolo	-	8	1 Tiroidite cronica
3	F	48	2 OD	2	0	0	-	18	-
4	F	57	1	2.5 cm	0	1 cortisolo	-	3	-
5	M	75	-	2	1 cortisolo e DI	1 tiroide, cortisolo e DI	1 ott 2023 per idrocefalo	4	1 FAP, TVP
6	F	59	2	-	0	0	-	7	1 steatosi epatica
7	F	47	2 OS	2	0	1 panipo	1 2023	120	1 MGUS, FAP
8	M	57	2	2	0	0	-	6	1 DM
9	M	44	2	2	0	1 cortisolo	1 2023	288	1 IA
10	M	63	2 già da 2020	2	0	1 cortisolo	-	17	1 Parkinsonismo, Deficit congenito fattore VIII coag
11	F	65	2 già da 2021	1	0	0	-	6	1 asma
12	F	54	2	2	0	0	-	30	1 pregresso altro meningioma convessità sinistra IC gennaio 2022, PA, isterectomia per fibromatosi
13	F	50	2 OS visus + campo	2 3.5 cm	1 iperPRL (peduncolare-100 ng/ml)	0	-	16	1 IA + colecistectomia
14	F	58	1 + vertigini	1 15 mm	0	1 cortisolo	-	10	1 IA
15	M	62	2 cecità OD + campo OS	2	0	1 cortisolo	-	60	1 dislipidemia, IA
16	M	20	2	2	-	1 panipo ant	1 2005 e 2014	240	1 osteoporosi
17	M	83	2 visus	-	0	1 cortisolo	-	65	-

### Legenda:

- Sesso: M = Maschio, F = Femmina
- Dimensioni: 0<1cm, 1>1cm, 2>2 cm
- Sintomi all'Esordio: Indica il sintomo primario di presentazione, con note dettagliate nei singoli casi. 1=deficit campimetrico, 2=visus(occhio sinistro, destro o entrambi), + eventuali altri sintomi
- Deficit Ormonali alla Diagnosi e Deficit Post-Operatori: Specifica gli assi ormonali coinvolti, ad esempio cortisolo, ADH (DI), ormoni tiroidei, panipopituitarismo (panipo)
- Recidiva Chirurgica: Data recidiva / numero di recidive per pazienti con recidiva post-chirurgica
- Comorbilità: Altre condizioni mediche rilevanti, ad esempio diabete mellito (DM), dislipidemia, ipertensione arteriosa (IA), Parkinson, Epilessia,...