

Z-score -1.4 ± 0.8) were lower than in the K group ($1.141 \pm 0.09 \text{ g/cm}^2$, $103.6\% \pm 9.0$, Z-score 0.3 ± 0.9) ($p < 0.001$). After 4 years of therapy the bone mass of 38 girls was normal for the age and the weight (Z-score 0.6 ± 0.3), 32 girls were osteopenic (Z-score -1.08 ± 0.3) and 14 girls were still osteoporotic (Z-score -2.6 ± 0.2) (according to the WHO definition).

We concluded that:

1. Estrogen deficiency is only one of the factors that determine low bone mass in girls so even adequate estradiol supplementation may appear insufficient for female adolescents to achieve normal peak bone mass,
2. Low BMI in girls at developmental age should be considered as an early predictive factor of bone mass deficiency and menstrual disorders.

P-05

Przysadka 1

Przewodniczący sesji:
Henryk Stępień, Wojciech Zgliczyński

41

WYNIKI LECZENIA PACJENTÓW Z MAKROGRUCZOLAKIEM PRZYSADKI OPEROWANYCH Z DOSTĘPU PRZEZ NOS I ZATOKĘ KLINOWĄ

Andrzej Sobieraj, Wojciech Maksymowicz, Marcin Konopielko

Klinika Neurochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

Cel pracy: Ocena klinicznych i radiologicznych wyników leczenia makrogruczolaków przysadki operowanych z dostępu przez nos i zatokę klinową.

Materiał i metoda: Badaniom poddano grupę 21 pacjentów operowanych w Klinice Neurochirurgii CSK MSWiA w Warszawie w okresie od lutego 2002 roku do października 2004 roku. Wiek pacjentów wahał się od 33 do 73 lat. W badanej grupie znalazło się 11 mężczyzn i 10 kobiet. U wszystkich pacjentów zastosowano identyczną mikrochirurgiczną technikę operacyjną. Pacjentów kwalifikowano do leczenia operacyjnego na podstawie objawów klinicznych, współistniejących z charakterystycznym obrazem radiologicznym. U wszystkich pacjentów przed operacją wykonano badania rezonansu magnetycznego oraz badania hormonów przysadki. W 15 przypadkach rozpoznano gruczolak nieczynny hormonalnie, w 2 akromegalię, w 2 hiperprolaktynemię, w 1 TSH-oma i 1 FSH-oma. U wszystkich pacjentów przed operacją występowały objawy niedoczynności przedniego płata przysadki. Jako makrogruczolak traktowano guz o średnicy przekraczającej 2 cm. Obraz guza w badaniu rezonansu magnetycznego determinował wybór techniki operacyjnej. Nie kwalifikowano do operacji z dostępu przez nos i zatokę klinową pacjentów z guzem o znamiennej tendencji do rozrostu do przodu od łuku klinowego oraz w kierunku środkowego dołu czaszki. Wymiary guza wahały się od 25 do 45 mm w największym przekroju. Po operacji pacjentów poddano badaniom kontrolnym w okresach 3, 6, 12 i 18 miesięcy. Oceniano stan kliniczny pacjentów oraz obraz i dynamikę ewentualnego rozrostu guza

w badaniu rezonansu magnetycznego. Nie poddawano pacjentów uzupełniającej radioterapii.

Wyniki: W 15 przypadkach guz usunięto w całości w makroskopowych granicach. W pozostałych 6 pozostawiono fragmenty guza naciekające zatoki jamiste. Nie stwierdzono powikłań leczenia chirurgicznego. Bezpośrednio po operacji nie stwierdzono pogorszenia stanu klinicznego u żadnego pacjenta. We wszystkich przypadkach uzyskano poprawę ostrości wzroku i zakresu pola widzenia w okresie objętym obserwacją, tj. od 6 do 32 miesięcy. W obrazach rezonansu magnetycznego w 9 przypadkach obserwowano pozostałość masy guza, zlokalizowaną w zakresie naciekzonej zatoki jamistej. Kolejne kontrolne badania nie wykazywały progresji rozmiarów pozostałości guza. W okresie objętym badaniem nie obserwowano pogorszenia stanu klinicznego u żadnego z pacjentów. Pacjentów po operacji kierowano do ośrodków endokrynologicznych. W 8 przypadkach po przejściowej substytucji hormonów przedniego płata przysadki, po jej odstawieniu uzyskano powrót prawidłowej czynności hormonalnej przysadki. Pozostali pacjenci nadal otrzymują substytucję hormonalną.

Wnioski: W chirurgicznym leczeniu makrogruczolaków przysadki, także w tych przypadkach, gdy ekspansja ponad przepoń siodła jest znaczna, dostęp przez nos i zatokę klinową jest metodą z wyboru. Pozwala na uzyskanie dobrego efektu klinicznego redukując ryzyko różnorodnych form kraniotomii. Pozostawione w trakcie operacji fragmenty gruczolaka w obrębie zatoki jamistej w poddanej analizie grupie nie wykazywały tendencji do odrostu.

Słowa kluczowe: makrogruczolak przysadki, dostęp przez nos i zatokę klinową

42

REJESTR GUZÓW PRZYSADKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO – OPRACOWANIE WSTĘPNE

Dorota Szyska-Skrobot, Aldona Kowalska

Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Kielce

Wstęp. W Polsce brak jest danych epidemiologicznych dotyczących guzów przysadki.

Celem pracy była ocena częstości występowania guzów przysadki wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego od 1999 do marca 2005 roku i założenie Rejestru Guzów Przysadki na tym terenie.

Materiał i metoda. Rejestr powstał na przełomie 2004/2005 roku w oparciu o dokumentację medyczną chorych z Poradni Endokrynologicznych, Oddziałów Endokrynologii i ośrodków diagnostyki obrazowej. Wyodrębniono grupę 240 chorych z guzem przysadki, którzy byli diagnozowani i leczeni w/w ośrodkach w latach 1999-03.2005, w tym 18 dzieci.

Wyniki. Przybliżony współczynnik zapadalności roczny waha się od 1,47 do 1,78. Współczynnik chorobowości na rok 2004 wynosi około 18/100 000. Guzy przysadki częściej występują u kobiet (k-65,6%, m-34,4%), częściej wśród ludności miejskiej (m-63,7%, w-46,3%).

Guzy hormonalnie czynne stwierdzono u 49,8% osób objętych rejestrem, w tym 52,1% to prolaktynoma, 38,6% guzy wydzielające hormon wzrostu i 9,2% guzy wydzielające ACTH. Guzy nieczynne hormonalnie stanowiły 50,2% wszystkich rozpoznanych guzów, w tym 11,6% to craniopharyngioma, 5% meningioma i 2,5% astrocytoma. Większość nieczynnych hormonalnie guzów przysadki to makrogruczolaki (71,4%), a około 28,6 % stanowiły guzki <10 mm, zwykle przypadkowo rozpoznane w badaniach obrazowych wykonywanych ze wskazań neurologicznych. Ok.44% nie miało wykonanej wstępnej diagnostyki hormonalnej przed leczeniem operacyjnym. W 49,8% przyczyną wykonania diagnostyki obrazowej przysadki były objawy wynikające z nadprodukcji hormonów, w 35,9% objawy wynikające z ucisku na nerwy czaszkowe, a w 14,2% badanie wykonano z powodu wskazań neurologicznych. Badanie immunohistochemiczne odnaleziono u 43% chorych poddanych leczeniu operacyjnemu.

Wnioski. Częstość występowania guzów przysadki jest dosyć równomierna na obszarze województwa z przewagą wśród ludności miejskiej. Najczęściej rozpoznawanym guzem czynnym hormonalnie jest prolaktynoma, następnie guz wydzielający GH. Zwraca uwagę, że guzy nieczynne hormonalnie są rozpoznawane późno, kiedy dochodzi do ekspansji na struktury sąsiadujące, będącej przyczyną objawów klinicznych. W większości brak diagnostyki immunohistologicznej. Wielu chorych jest operowanych bez wstępnej diagnostyki hormonalnej, są przekazywani do specjalistycznych ośrodków endokrynologicznych dopiero po operacji.

(Sphygmocor Mx, Atcor Medical, Australia). Na podstawie analizy uzyskanych fal tętna oceniano częstość pracy serca oraz czas trwania skurczu (ED), rozkurczu (DD), skurczowe (SBP) i rozkurczowe (DBP) ciśnienie tętnicze w aortalnej i tętnicy promieniowej. W analizie statystycznej wykorzystano nieparametryczny test Mann-Whitney'a dla zmiennych niepowiązanych. Wyniki przedstawiono jako średnie arytmetyczne \pm SD.

Wyniki. U chorych na akromegalię w porównaniu ze zdrowymi stwierdzono istotnie wyższą częstość pracy serca ($77,0 \pm 11,3$ vs. $69,1 \pm 10,8$ uderzeń/min; $p=0,0058$), skrócenie ED ($303,2 \pm 26,7$ vs. $329,5 \pm 21,0$ ms; $p<0,0001$), DD ($491,9 \pm 101,8$ vs. $561,9 \pm 133,6$ ms; $p=0,0379$), wyższe DBP zarówno w aortalnej ($74,5 \pm 8,5$ vs. $68,4 \pm 11,7$ mmHg; $p=0,0104$) oraz w tętnicy promieniowej ($73,1 \pm 9,2$ vs. $67,2 \pm 11,6$ mmHg; $p=0,0158$), a także nie całkiem istotnie wyższe SBP w aortalnej ($105,3 \pm 11,6$ vs. $100,7 \pm 16,7$ mmHg; $p=0,0803$). Nie stwierdzono istotnych różnic w wielkości SBP w tętnicy promieniowej między chorymi z akromegalią i zdrowymi osobami.

Wnioski: Czynna akromegalia jest związana ze zmianą kształtu i właściwości fali tętna zarówno centralnej jak i obwodowej, co może wiązać się m. in. z podwyższeniem ciśnienia tętniczego, przyspieszeniem częstości pracy serca a także oraz zmianą czasu trwania okresów skurczu i rozkurczu.

THE ASSESSEMENT OF THE AORTIC AND RADIAL PULSE WAVEFORM IN PATIENTS WITH ACROMEGALY AND IN HEALTHY INDIVIDUALS

Daria Baszko-Błaszczk¹, Przemysław Guzik², Tomasz Krauze², A. Wykrętowicz², H. Wysocki², R. Waśko¹, J. Sowiński¹

¹ Department of Endocrinology, Metabolism and Internal Medicine, Karol Marcinkowski University of Medical Sciences, Poznań, Poland

² Department of Intensive Cardiology and Internal Medicine, Karol Marcinkowski University of Medical Sciences, Poznań, Poland

Introduction: Cardiovascular system is controlled by many factors, including hormones. Acromegaly, a state of GH excess, is connected with increased mortality, as the result of the cardiovascular disease. There are only few studies that evaluate the properties of the central and peripheral pulse waveform in acromegalic patients.

Aim: Comparative analysis of pulse waveform at the level of aorta and radial artery in patients with active acromegaly and in healthy controls.

Material and methods: A group of 20 patients with active acromegaly (mean age 43.9 ± 11.3 years; 10 F) and a control group of 146 healthy volunteers (mean age 47.5 ± 15.3 years, 81 F). A continuous noninvasive registration of a pulse wave at the level of radial artery (Colin BMP 7000, Colin Medical, Japan) with the reconstruction of the aortic pulse wave in real time (Sphygmocor Mx, Atcor Medical, Australia) was recorded in all subjects at supine rest. Basing on the analysis of the obtained pulse wave, heart rate, systole duration (ED), diastole duration (DD), systolic (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) were evaluated. In statistical analysis a non parametrical Mann

43

OCENA AORTALNEJ I PROMIENIOWEJ FALI TĘTNA U PACJENTÓW Z AKROMEGALIĄ I OSÓB ZDROWYCH

Daria Baszko-Błaszczk¹, Przemysław Guzik², Tomasz Krauze², A. Wykrętowicz², H. Wysocki², R. Waśko¹, J. Sowiński¹

¹ Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Praca układu krążenia pozostaje pod kontrolą szeregu czynników, w tym hormonalnych. Akromegalia, stan chorobowy związany z nadmiarem GH, wiąże się ze zwiększoną śmiertelnością na skutek chorób sercowo-naczyniowych. Istnieją nieliczne prace oceniające zachowanie się centralnej i obwodowej fali tętna u chorych na akromegalię.

Cel: Analiza porównawcza fali tętna na poziomie aorty i tętnicy promieniowej u chorych z czynną akromegalią i zdrowych osób.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 20 pacjentów z aktywną akromegalią (od 43.9 ± 11.3 lat; 10 kobiet), natomiast grupę kontrolną 146 zdrowych ochotników (47.5 ± 15.3 lat; 81 kobiet). U wszystkich badanych w spoczynku w pozycji leżącej wykonano ciągłą nieinwazyjną rejestrację fali tętna na poziomie tętnicy promieniowej (Colin BMP 7000, Colin Medical, Japonia) z rekonstrukcją w czasie rzeczywistym aortalnej fali tętna

Whitney U test for unpaired variables was used. Results were expressed as mean \pm SD.

Results: In acromegalic patients, in comparison to healthy individuals, there were observed: significantly higher heart rate (77.0 ± 11.3 vs. 69.1 ± 10.8 heart beats/min, $p=0.0058$), shortening of ED (303.2 ± 267 vs. 329.5 ± 210 ms, $p<0.0001$), DD ($491.9 \pm 561.9 \pm 133.6$ ms, $p=0.0379$), higher DBP both in aorta (74.5 ± 8.5 vs. 68.4 ± 11.7 mmHg, $p=0.0104$) and radial artery (73.1 ± 9.2 vs. 67.2 ± 11.6 mmHg, $p=0.0158$), and borderline significantly higher SBP in aorta (105.3 ± 11.6 vs. 100.7 ± 16.7 mmHg, $p=0.083$). There were no significant differences in SBP in radial artery between patients with acromegaly and healthy individuals.

Conclusions: In active acromegaly there is the change of a shape and properties of both central and peripheral pulse waveform, what may be related to an increase of blood pressure, heart rate and change of duration of the systole and diastole.

44

PRZEJŚCIOWA HIPONATREMIA PIERWSZYM OBJAWEM ZESPOŁU MNOGIEJ GRUCZOLAKOWATOŚCI TYPU 1 (MEN 1) ? – PRZYPADK KLINICZNY

Marek Czarkowski, Justyna Dąbrowska

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii AM
w Warszawie

Wstęp: Przemijający charakter nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych bywa tłumaczony błędnym oznaczeniem a samoistna normalizacja wyniku bywa traktowana jako argument przeciwko obecności choroby.

Cel: Prezentowany przypadek jest przykładem jak błędne mogą być takie założenia.

Opis przypadku: 69-letnią kobietę hospitalizowano z powodu osłabienia, gorączki, odwodnienia i hipotoni towarzyszących ostremu zakażeniu dróg oddechowych. Rutynowa diagnostyka wykazała umiarkowaną hiponatremię ($122,6$ mmol/l), która podobnie jak wszystkie objawy kliniczne ustąpiła w trakcie dalszej obserwacji. Badania kontynuowano stwierdzając obniżenie spoczynkowego porannego stężenia kortyzolu we krwi ($4,59$ μ g/dl) oraz dobowego wydalania wolnych kortykoidów z moczem ($16,4$ μ g/24h). Test z Synactenem wskazywał na niepełną stymulację wydzielania kortyzolu. Tomografia uwidoczniała guz przysadki mózgowej (19 mm x 24 mm). Ponadto wykazano podwyższone stężenie wapnia zjonizowanego ($1,46$ mmol/L) oraz parathormonu ($22,3$ pmol/L). Rozpoznano wtórną niedoczynność kory nadnerczy w przebiegu nieczynnego hormonalnie guza przysadki oraz nadczynność przytarczyc nasuwającą podejrzenie zespołu mnogiej gruczolakowatości typu I (MEN I). Usunięto makrogruczolaka przysadki. Utrzymuje się bezobjawowa hiperkalcemia (brak pewnych danych na obecność gruczolaka przytarczyc).

Wnioski: Prezentowany przypadek zespołu MEN 1 jest nietypowy, ponieważ:

1. pierwszym objawem była przemijająca hiponatremia wtórna do guza przysadki podczas gdy zwykle pierwszym i najczęstszym objawem jest nadczynność przytarczyc

2. został rozpoznany w późnym wieku, podczas gdy zwykle występuje u osób młodszych,
3. łagodny przebieg hiperkalcemii wskazuje, że nie u wszystkich chorych w podeszłym wieku pozostawienie przytarczyc wiąże się z pogorszeniem zdrowia.

TRANSIENT HYPONATREMIA – THE FIRST SYMPTOM OF MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE 1 (MEN 1)? – CASE REPORT

Czarkowski Marek, Dąbrowska Justyna

Chair and Department of Internal Medicine and Endocrinology
– Medical University of Warsaw

Introduction: Transient character of laboratory abnormalities is usually explained as a false result of estimation. Spontaneous disappearance of laboratory abnormalities could be recognized as non-important and contradicting serious disease.

Aim: Presented case of multiple endocrine neoplasia Type 1 (MEN 1) denies these assumptions.

Case report: Sixty-nine-year old woman was admitted to the internal department because of weakness, fever, dehydration and hypotension – symptoms accompanying an upper respiratory infection. Moderate hyponatremia (122.6 mmol/l) was found in a routine laboratory examination. All clinical symptoms as well as hyponatremia disappeared during hospitalization. Further laboratory and hormonal investigations were performed. Fasting, morning serum cortisol concentration and 24-hours urinary excretion of free corticosteroids were decreased (4.59 μ g/dl and 16.4 μ g/24h). Synacten stimulation test revealed incomplete cortisol stimulation. Pituitary tumour was found in the CT scan. Moreover blood ionized calcium (1.46 mmol/l) and parathyroid hormone (22.3 pmol/l) were elevated. These results revealed secondary adrenal insufficiency, non-functioning pituitary tumor and hyperparathyroidism. Removal of pituitary adenoma was done. Asymptomatic hypercalcemia persists.

Presented MEN 1 was atypical because:

1. Usually hyperparathyroidism is the first and most frequent symptom while in our patient the first symptom was transient hyponatremia secondary to the pituitary tumor
2. was diagnosed in the old age while the majority of MEN 1 patients are younger
3. asymptomatic course of hypercalcemia indicates that in some of elder patients removal of the parathyroid glands might not be necessary

45

WSPÓŁISTNIENIE AKROME GALII Z PIERWOTNĄ NADCZYNNOSCIĄ PRZYTARCZYC – OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Lizis, Aldona Kowalska

Dział Endokrynologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
w Kielcach

Wstęp: Akromegalia zwykle przebiega ze zwiększoną gęstością mineralną kości (BMD) Osteopenia może występ-

pować u chorych ze współistniejącym hypogonadyzmem.

Celem pracy był opis chorej z akromegalią bez hypogonadyzmu, u której stwierdzono obniżoną BMD z powodu nadczynności przytarczyc.

Materiał i metody: Chora lat 50, po adenomektomii transfenoidalnej z powodu makrogruczolaka przysadki z hipersekrecją GH. W wywiadzie bóle kostno-stawowe i głowy, zmiana rysów twarzy, wzmożona potliwość, nadciśnienie tętnicze, wole guzowate nietoksyczne. Pooperacyjna diagnostyka wykazała nieradykalność zabiegu (HGH: 100,6 μ IU/ml, IGF-1: 2309 ng/ml). Bez upośledzenia funkcji przysadki. W MR guz siodła penetrujący do lewej zatoki jamistej o wym. 19x15x18 mm. Kilkakrotne badania wykazały hiperkalcemię (2,92 mol/l), hiperkalcierię (w DZM – 849 mg/d), PTH: 452 pg/ml. W densytometrii – osteopenia. Scyntygrafia z MIBI uwidoczniła nieprawidłowe gromadzenie znacznika w dolnym biegunie płata prawego tarczycy, sugerujące powiększoną przytarczycę. Dodatkowa diagnostyka (chromogranina A, CT jamy brzusznej) nie wykazała guza neuroendokrynnego. Nie ma obecnie podstaw do rozpoznania zespołu MEN I. Po włączeniu bifosfonianu uzyskano normokalcemię i wykonano paratyreoidektomię przytarczycy dolnej prawej oraz strumektomię subtotałną. W śródoperacyjnym badaniu PTH – stopniowa redukcja: 41,9...18,5 pg/ml. W badaniu histopatologicznym-gruczolak przytarczycy. Obecnie chora jest przygotowywana analogiem somatostatyny do ponownej adenomektomii.

Wnioski:

1. Obniżenie BMD w akromegalii występuje w hipogonadyzmie lub przy obecności nadczynności przytarczyc.
2. Współistnienie akromegalii z pierwotną nadczynnością przytarczyc wymaga diagnostyki w kierunku zespołu MEN I.

Słowa kluczowe: akromegalia, pierwotna nadczynność przytarczyc

46

WSTĘPNY REJESTR GUZÓW PRZYSADKI WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO W LATACH 2000-2004

Beata Matuszek¹, Monika Lenart-Lipińska¹, Wojciech Gernand², Robert Karczmarczyk³, Jadwiga Sierocińska-Sawa⁴, Andrzej Nowakowski¹

¹ Klinika Endokrynologii AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

² Międzywydziałowa Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

³ Klinika Neurochirurgii AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

⁴ Zakład Patomorfologii AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Wstęp: Guzy przysadki stanowią ok. 10% wszystkich guzów wewnątrzczaszkowych, jednak wciąż brak jest dokładnych danych epidemiologicznych na ten temat w naszym kraju.

Celem pracy była ocena częstości występowania guzów przysadki wraz z ich analizą przebiegu klinicznego wśród mieszkańców województwa lubelskiego w latach 2000-2004.

Materiał i metody: Wstępny rejestr został stworzony w oparciu o dokumentację medyczną chorych Kliniki Endokrynologii, Przyklinicznej Poradni Endokrynologicznej oraz Kliniki Neurochirurgii i Zakładu Patomorfologii AM w Lublinie. Uwzględniano czynność wydzielniczą guza, badania hormonalne, obrazowe i histopatologiczne przysadki, oraz rodzaj i przebieg leczenia.

Wyniki: Wyodrębniono grupę 101 osób dorosłych w wieku od 21 do 79 roku życia, z guzem przysadki rozpoznany w latach 2000-2004. Patologia ta występowała częściej u kobiet (k – 54,4%, m – 45,6%). Guzy hormonalnie czynne stwierdzono u 65,3% badanych (k – 38,6%, m – 26,7%). Najczęściej rozpoznawanym nowotworem był prolaktynoma (54,5% w tym k – 49%, m – 42%). Somatotropinoma występował u 17% osób (k – 10,8%, m – 7%), guz wydzielający ACTH – 2,97%, gonadotropinoma – 1,98%. Guzy nieczynne hormonalnie stanowiły 29,7%, były częstsze u mężczyzn (15,8%), niż u kobiet (13,8%). Ok. 72% guzów występujących u mężczyzn to makrogruczolaki, wykazujące ekspansję nadsiodłową. W ok. 42% przypadków nie wykonano badań hormonalnych przed leczeniem operacyjnym, w 32,4% nie oceniono funkcji przysadki po zabiegu chirurgicznym. Większość guzów przysadki była operowana z dostępu przez zatokę klinową. W 38,6% przypadków leczenia chirurgicznego powikłaniem była niedoczynność przedniego płata oraz moczówka prosta – 28,2%. Jedynie u 10 pacjentów zarejestrowano badania immunohistochemiczne.

Wnioski: 1. Najczęściej rozpoznawanym guzem hormonalnie czynnym był prolaktynoma, a następnie somatotropinoma. 2. Większość guzów hormonalnie nieczynnych była operowana bez wstępnej oceny hormonalnej. 3. Wysoki odsetek rozpoznawanych makrogruczolaków w fazie ekspansji nadsiodłowej stwarza konieczność szerszej diagnostyki endokrynologicznej.

47

WPŁYW PRZEWLEKŁEJ TERAPII ANALOGIEM SOMATOSTATYNY O PRZEDŁUŻONYM DZIAŁANIU NA STĘŻENIE GH I IGF-1 U CHORYCH Z AKROMEGALIĄ

Katarzyna Lizis, Aldona Kowalska

Dział Endokrynologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Cel pracy: Ocena wpływu terapii analogiem somatostatyny o przedłużonym działaniu na poziom GH i IGF-1 u chorych z akromegalią w 12-miesięcznej obserwacji.

Materiał i metody: Badaniem objęto 10 pacjentów (8 kobiet, 2 mężczyzn) leczonych analogiem somatostatyny w latach 2002-2005. Wszyscy po nieskutecznej adenomektomii transfenoidalnej z powodu gruczolaka przysadki z hipersekrecją GH, 4 z nich po następczej RTH. Wyjściowy poziom GH wynosił 2,13...100,6 μ IU/ml (śr.: 24,75), IGF-1 473,1...2358,3 ng/ml (śr.: 1142,12). Chorym zastosowano terapię analogiem somatostatyny o przedłużonym działaniu (Sandostatin LAR) w celu obniżenia GH i IGF-1. Analizy stężeń GH i IGF-1 dokonano po 1, 6, 8, 12 miesiącach terapii, oceniając procentową redukcję ich wartości. Wyniki przedstawiono w tabeli:

Czas w miesiącach	HGH		IGF-1	
	Redukcja [%]	Wartości średnie [μ IU/ml]	Redukcja [%]	Wartości średnie [ng/ml]
Po 1-ym	85,5	3,58	59,45	463,2
Po 6-ym	90,11	2,45	61,8	442,3
Po 8-ym	91,08	2,21	62,24	431,3
Po 12-ym	91,24	2,17	64,5	405,6

Wyniki:

1. Istotną redukcję HGH i IGF-1 obserwowaliśmy już po pierwszej iniekcji analogu.
2. Największa supresja dotyczyła chorych, z wysokimi wartościami HGH i IGF-1. U chorego z najwyższym wyjściowym poziomem HGH redukcja wynosiła 87,77%, a IGF-1: 83,53%, podczas gdy u osoby z najniższymi poziomami HGH i IGF-1 odpowiednio: 59,65% i 9,36%.
3. U 3 chorych uzyskano wartości HGH i IGF-1 spełniające kryteria wyleczenia akromegalii.

Wnioski:

1. Przewlekła terapia akromegalii analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu powoduje istotne obniżenie wartości HGH i IGF-1 już po pierwszej iniekcji.
2. Kontynuacja terapii utrzymuje uzyskaną redukcję.

Słowa kluczowe: akromegalia, analog somatostatyny o przedłużonym działaniu

48

NEUROGLIKOPENIA JAKO PIERWSZY OBJAW NIEDOCZYNNOSCI PRZYSADKI – OPIS PRZYPADKU

Beata Matuszek, Andrzej Nowakowski

Katedra i Klinika Endokrynologii Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Wstęp: Neuroglykopenia jest wynikiem zaburzenia homeostazy wewnątrzustrojowej między hormonami hipoglikemizującymi (insulina) i hiperglikemizującymi (glucagon, katecholaminy, kortyzol, hormony tarczycy i hormon wzrostu) a związana jest ze szczególną wrażliwością ośrodkowego układu nerwowego na niedobór glukozy, gdyż pozostaje ona jedynym źródłem energii dla tego narządu.

Celem pracy: jest przedstawienie przebiegu klinicznego nietypowo przebiegającej niedoczynności przysadki mózgowej u dorosłego mężczyzny.

Opis przypadku: Mężczyzna 43-letni, z podejrzeniem wyspiaka trzustki (insulinoma), został przeniesiony do kliniki ze szpitala rejonowego w celu przeprowadzenia diagnostyki stanów hipoglikemicznych. Po raz pierwszy w życiu, przed miesiącem, w stanie pełnego zdrowia wystąpiła utrata przytomności z drgawkami, poprzedzona pobudzeniem psychoruchowym, bez innych typowych objawów hipoglikemii. Epizody tego typu powtarzały się następnie wielokrotnie, najczęściej w godzinach rannych, przy glikemii < 40 mg%.

Mając na uwadze całość obrazu klinicznego oraz wykonane badania dodatkowe wykluczono wstępne podejrzenie wyspiaka i rozpoznano izolowaną niedoczynność

przysadki w zakresie osi kortykotropowej, o niewyjaśnionym mechanizmie. W badaniu MRI stwierdzono obecność hipoplastycznej przysadki o zmniejszonej objętości i grubości płata przedniego. Włączono celowane leczenie substytucyjne, Hydrocortisonem w dawce dobowej 30 mg, uzyskując poprawę stanu pacjenta wraz z utrzymującą się, podczas 4-letniej obserwacji, normoglikemią.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej neuroglykopenii należy brać pod uwagę niedoczynność przysadki.

NEUROGLYCOPIA AS THE FIRST SIGN OF HYPOPITUITARISM – CASE REPORT

Beata Matuszek, Andrzej Nowakowski

Clinic of Endocrinology Skubiszewski Medical University in Lublin, Poland

Introduction: Neuroglycopenia results from disturbed systemic homeostasis between hypoglycaemic (insuline) and hyperglycaemic hormones (glucagon, catecholamines, cortisol, thyroid hormones and growth hormone) and it is associated with specific sensitivity of the central nervous system to glucose insufficiency since it remains the only source of energy for this organ.

Aim of the study is to present the clinical course of atypically proceeding hypopituitarism in an adult male.

Case report: A 43-year-old male with suspected insulinoma was transferred to the clinic from the district hospital for diagnostics of hypoglycaemic condition. For the first time in the patient's life and in the state of full health, loss of consciousness with convulsions occurred a month before, preceded by psychomotor agitation, with no other typical symptoms of hypoglycaemia. Episodes of this character occurred repeatedly later on, especially in the morning at glycaemia < 40 mg%.

On the basis of the overall clinical picture as well as performed accessory investigations initially suspected insulinoma was ruled out and isolated hypopituitarism in the range of the corticotropic axis of unknown nature was identified. MRI examination revealed the presence of hypoplastic pituitary body with decreased volume and thickness of the anterior lobe. Targeted substitutional treatment with Hydrocortisone, 30 mg daily, was introduced, which resulted in improved patient's condition; during a 4-year follow up normoglycaemia was observed in the patient.

Conclusions: In differential diagnostics of neuroglycopenia hypopituitarism should be taken into consideration.

49

OCENA CZĘŚCI MÓZGOWEJ CZASZKI U CHORYCH NA AKROMEGALIĘ NA PODSTAWIE WYBRANYCH POMIARÓW CEFALOMETRYCZNYCH

Bogdan Marek², Przemysław Filipczyk¹, Barbara Liśniewska-Machorowska¹, Halina Borgiel-Marek³, Dariusz Kajdaniuk², Beata Kos-Kudła⁴, Agnieszka Machorowska-Pieniążek¹, Wanda Foltyn⁴, Lucyna Siemińska², Mariusz Nowak², Janusz Strzelczyk⁴

¹ Katedra i Zakład Ortodoncji, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

² Zakład Patofizjologii i *Klinika Endokrynologii Katedry Patofizjologii i Endokrynologii, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

³ Katedra i Klinika Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

Wstęp: Akromegalia jest schorzeniem wywołującym zmiany w obrębie tkanek miękkich i kości oraz zaburzenia metaboliczne. Zmiany wyraźnie manifestują się w obrębie twarzowej części czaszki. W piśmiennictwie brakuje jednak danych dotyczących części mózgowej czaszki. Celem tej pracy jest ocena zmian na bocznych zdjęciach cefalometrycznych przedniej i tylnej części podstawy czaszki oraz siodła tureckiego u osób z akromegalią.

Materiał i metody: Do analizy zmian zostały wykorzystane boczne zdjęcia cefalometryczne 40 chorych na akromegalię oraz zdjęcia 42 zdrowych dorosłych osób. Na zdjęcia nanoszono wybrane punkty, wykreślano płaszczyzny i kąty oraz wykonano pomiary struktur podstawy czaszki.

Wyniki: Chorzy na akromegalię w porównaniu do grupy kontrolnej mają zwiększone wymiary: łuski kości czołowej czaszki oraz wszystkie wymiary siodła tureckiego. Długości kości sitowej, kości klinowej oraz stoku klinowo-potylicznego nie różnią się istotnie u chorych w porównaniu z grupą kontrolną.

Wnioski: W przebiegu akromegalii kości przedniej i tylnej części podstawy czaszki nie wydłużają się. Powiększeniu ulega jedynie łuska kości czołowej. Siodło tureckie zwiększa swoje wymiary we wszystkich kierunkach.

THE ASSESSMENT OF THE NEUROCRANIUM IN PATIENTS WITH ACROMEGALY ON THE BASIS OF THE CHOSEN CEPHALOMETRIC

Bogdan Marek², Przemysław Filipczyk¹, Barbara Liśniewska-Machorowska¹, Halina Borgiel-Marek³, Dariusz Kajdaniuk², Beata Kos-Kudła⁴, Agnieszka Machorowska-Pieniążek¹, Wanda Foltyn⁴, Lucyna Siemińska², Mariusz Nowak², Janusz Strzelczyk⁴

¹ Katedra i Zakład Ortodoncji, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

² Zakład Patofizjologii i *Klinika Endokrynologii Katedry Patofizjologii i Endokrynologii, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

³ Katedra i Klinika Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

Background: Acromegaly is a disease which leads to changes within soft-tissue and bones and to metabolic disorders. Osteal changes are pronounced within the facial skeleton. In literature, however, there is a lack of data concerning the neurocranium. The aim of this study is to assess chosen cephalometric measurements of the anterior and posterior parts of the cranial base and sella turcica in patients with acromegaly.

Material/Methods: The analysis included lateral X-ray cephalograms of 40 patients with acromegaly and 42 healthy adults. The radiograms were marked with points, planes and angles and the structures of the cranial base were measured.

Results: It was found, that patients with acromegaly had increased dimensions of the frontal bone squama and

all dimensions of sella turcica, in comparison with the control group. The length of ethmoid and sphenoid bones and sphenoid-occipital clivus in the patients were not significantly different from those in the control group.

Conclusion: On the basis of the analysis it was found that the bones of anterior and posterior parts of the cranial base do not elongate in acromegaly. Only the frontal bone squama and sella turcica undergo the process of enlargement.

50

WYMIERNY EFEKT LECZENIA DŁUGODZIAŁAJĄCYM ANALOGIEM SOMATOSTATYNY (SANDOSTATIN LAR) U PACJENTKI Z CZYNNĄ AKROMEGALIĄ

Beata Matuszek, Monika Lenart-Lipińska, Andrzej Nowakowski

Katedra i Klinika Endokrynologii Akademii Medycznej im Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Wstęp: Terapia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu umożliwia skuteczne przygotowanie pacjentów z akromegalią do zabiegu operacyjnego ale też stwarza szansę przewlekłego leczenia farmakologicznego, które ma na celu zahamowanie objawów klinicznych i zapobieganie rozwojowi powikłań a także stabilizację wielkości guza, czy rzadziej zmniejszenie jego wielkości.

Celem pracy jest analiza obrazu klinicznego pacjentki z czynną akromegalią i określenie skuteczności przewlekłego leczenia analogiem somatostatyny (Sandostatin LAR).

Opis przypadku: Pacjentka lat 68 z klinicznymi objawami akromegalii w przebiegu makrogruczolaka przysadki została zakwalifikowana do leczenia zgodnie ze schematem diagnostyczno-terapeutycznym Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. Z uwagi na wymierny efekt już po 3 iniekcji Sandostatin LAR pod postacią spadku stężenia GH aż o 94%, a IGF-1 o 67% odstąpiono od leczenia neurochirurgicznego i zdecydowano o kontynuacji leczenia farmakologicznego. Przed leczeniem, po 3,6,9 i 12 iniekcji przeprowadzano badanie kliniczne z subiektywną oceną pacjentki oraz wykonywano badania biochemiczne i hormonalne. Po 6 i 12 iniekcji wykonano kontrolne badanie usg jamy brzusznej, natomiast po 12 badanie MRI oceniające przysadkę.

Wyniki: W obrazie klinicznym uwagę zwracało znaczne zmniejszenie nasilenia objawów klinicznych bądź zupełne ich ustąpienie. W czasie 48 tygodniowej obserwacji pacjentka nie zgłaszała żadnych objawów ubocznych terapii, chociaż w kontrolnym badaniu usg jamy brzusznej stwierdzono zagęszczenie żółci, bez obecności złożeń, czego nie potwierdzono w badaniu końcowym. Jednak najbardziej zaskakującym efektem zaobserwowanym w badaniu kontrolnym MRI była pełna regresja, opisywanej poprzednio, patologicznej zmiany części gruczolowej przysadki mózgowej.

Podsumowanie: Leczenie farmakologiczne długodziałającym analogiem somatostatyny może skutecznie „kontrolować” przebieg akromegalii.

NOTABLE EFFECT OF TREATMENT WITH LONG-PERFORMANCE ANALOG OF SOMATOSTATIN (SANDOSTATIN LAR) IN A FEMALE PATIENT WITH ACTIVE ACROMEGALY

Beata Matuszek, Monika Lenart-Lipińska, Andrzej Nowakowski

Chair and Clinic of Endocrinology, Skubiszewski Medical University in Lublin, Poland

Introduction: Therapy with the use of long-performance analogs of somatostatin enables not only effective preparation of patients with acromegaly for surgical treatment but also long-term pharmacological treatment which aims at blocking clinical signs and preventing development of complications as well as stabilizing the tumour's size or, less commonly, its reduction.

The aim of the study is to analyse the clinical picture of a female patient with active acromegaly and evaluate efficacy of long-term therapy with an analog of somatostatin (Sandostatin LAR).

Case report: A 68-year-old female patient with symptoms of acromegaly in the course of macroadenoma of the pituitary gland qualified for treatment according to the diagnostic-therapeutic scheme elaborated in agreement with the guidelines of the Polish Endocrinological Society. Since a notable effect in the form of GH concentration drop by as much as 94% and IGF-1 drop by 67% was observed right after administration of three injections of long-performance analog of somatostatin (Sandostatin LAR), neurosurgical treatment was ruled out and continuation of pharmacological treatment was decided. Before treatment was undertaken, after 3, 6, 9 and 12 injections, a clinical examination with the patient's subjective assessment was carried out, biochemical and hormonal examinations were also performed. After 6 and 12 injections, a control ultrasound examination of the abdominal cavity was performed, whereas in order to evaluate the pituitary gland, MRI was performed after 12 injections.

Results: The clinical picture drew attention to markedly reduced intensity of clinical signs or their full regression. During a 48-hour observation period the patient did not report any side effects, although the control ultrasound examination of the abdominal cavity revealed higher bile density, with no deposits, which was not confirmed by the final examination. However, full regression of the previously described pathological change in the glandular part of the pituitary body was the most remarkable effect.

Summary: Pharmacological treatment with long-performance analog of somatostatin may "control" effectively the course of acromegaly.

51

PODWYŻSZONE STĘŻENIE ADIPONEKTYNY U CHORYCH Z AKROMEGALIĄ UTRZYMUJE SIĘ POMIMO NORMALIZACJI HORMONU WZROSTU I IGF-1 W CZASIE 6-MIESIĘCZNEJ OBSERWACJI

Anna M. Makowska¹, Anna Baran¹, Agnieszka Kondracka¹, Janusz Sierdziński², Ewa Bar-Andziak¹

¹ Klinika Endokrynologii Akademii Medycznej w Warszawie

² Zakład Informatyki Medycznej Akademii Medycznej w Warszawie

Wstęp: Podwyższone stężenie hormonu wzrostu (GH) w akromegalii prowadzi do zwiększenia masy tkanki mięśniowej i redukcji tkanki tłuszczowej. W stanach zwiększonego wydzielania hormonu wzrostu należałoby się spodziewać zmian w stężeniach adiponektyny i leptyny, jako hormonów syntetyzowanych w tkance tłuszczowej. Dotychczas nie ustalono, po jakim czasie od wyleczenia akromegalii dochodzi do całkowitego ustąpienia zaburzeń metabolicznych wynikających z przewlekłego działania nadmiaru hormonu wzrostu.

Celem pracy była ocena stężeń leptyny i adiponektyny u chorych z aktywną akromegalią i w okresie 6-miesięcznej remisji.

Materiał i metodyka: Spośród 31 kobiet z czynną akromegalią, u 15 w wyniku leczenia chirurgicznego uzyskano remisję objawów klinicznych, normalizację stężenia IGF-1 i prawidłowy wynik testu hamowania glukozy. Porównano stężenie adiponektyny [$\mu\text{g/ml}$], leptyny [ng/ml] oraz BMI [kg/m^2] u chorych z aktywną akromegalią i w 6 miesięcy po skutecznym leczeniu chirurgicznym. Grupę kontrolną stanowiły 24 zdrowe kobiety, wyselekcjonowane na podstawie wieku i BMI.

Wyniki: BMI chorych z aktywną i wyleconą akromegalią nie różniły się w sposób statystycznie istotny. Stężenia leptyny wzrosły po skutecznym leczeniu choroby: 16.1 ± 11.6 vs 22.2 ± 14.7 , $p < 0.05$. Stężenia adiponektyny były statystycznie istotnie wyższe w czynnej akromegalii niż w grupie kontrolnej: 13.4 ± 5.9 vs 10.13 ± 6.0 , $p < 0.05$. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w stężeniach adiponektyny u chorych i wyleczonych. Nie wykazano korelacji pomiędzy stężeniem leptyny i adiponektyny, zarówno w grupie chorych z aktywną postacią choroby, jak i w okresie remisji.

Wnioski: Zarówno w fazie aktywnej akromegalii, jak i w okresie półrocznej remisji stężenie adiponektyny pozostaje podwyższone w porównaniu do grupy kontrolnej. Prawdopodobnie 6-miesięczny okres klinicznej remisji jest niewystarczający, by w pełni ustąpiły zaburzenia metaboliczne wynikające z przewlekłej ekspozycji tkanek na nadmiar hormonu wzrostu.

INCREASED ADIPONECTIN CONCENTRATION IN ACROMEGALY PERSISTS SIX MONTHS AFTER SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT DESPITE GROWTH HORMONE AND IGF-1 NORMALIZATION

Anna M. Makowska¹, Anna Baran¹, Agnieszka Kondracka¹, Janusz Sierdziński², Ewa Bar-Andziak¹

¹ Department of Endocrinology, Medical Academy of Warsaw

² Department of Medical Informatics, Medical Academy of Warsaw

Introduction: In acromegaly chronic excess of growth hormone (GH) has been reported to lower body fat and increase muscle mass. Thus it is hypothesized that adipocyte hormone secretion, including leptin and adiponectin might be affected in this clinical condition. So far it has not been established how long time is necessary for

apparently cured acromegalics to achieve total remission of metabolic complications of the disease.

The aim of the study was to determine leptin and adiponectin concentrations in patients with active acromegaly and after six-month clinical remission.

Material and methods: Thirty one female patients with active acromegaly were reviewed. In 15 of them clinical remission, IGF-1 normalization and appropriate GH suppression during oral glucose tolerance test were achieved. BMI [kg/m²], leptin [ng/ml] and adiponectin [µg/ml] concentrations were compared in active acromegaly and 6 months after successful surgical treatment. Twenty four age and BMI-matched healthy females were included in the study as a control group.

Results: There were no significant differences in BMI between active and cured acromegalic patients. Leptin levels increased after successful acromegaly treatment: 16.1±11.6 vs 22.2 ± 14.7ng/ml, p<0.05. Adiponectin concentrations were significantly increased in active acromegaly compared to control subjects: 13.4±5.9 vs 10.13±6.0, p<0.05. No significant differences in adiponectin concentration between active and recovered acromegalics were revealed. No correlations between leptin and adiponectin either in active or in recovered patients were found.

Conclusions: Adiponectin concentration persists elevated in both active acromegalics and apparently cured patients. It can be suggested that 6-month period of clinical and biochemical remission is not enough to exclude metabolic complications of chronic GH excess in acromegaly.

51-1 ZASTOSOWANIE ENDOSKOPU ORAZ ETMOIDEKTOMII TYLNEJ W DOSTĘPIE PRZEZ NOS I ZATOKI KLINOWE W USUWANIU WEWNĄTRZJAMISTYCH CZĘŚCI GRUCZOLAKÓW PRZYSADKI

*Wiesław Bonicki, Paweł Poppe, Jacek Kunicki,
Radosław Michalik*

*Klinika Nowotworów Układu Nerwowego, Centrum Onkologii
– Instytut, Warszawa*

Cel pracy: Ocena poprawy radykalności operacyjnej gruczolaków przysadki mózgowej zajmujących zatoki jamiste.

Materiał i metody: Do oceny zakwalifikowano 6 chorych. 3 chorych przeżyło wcześniej leczenie z dostępu przez nos i zatoki klinowe a kontrolne badania obrazowe i hormonalne wykazały obecność pozostawionej części guza w jednej zatoce jamistej. Pozostali 3 chorzy było operowani po raz pierwszy, a przedoperacyjny rezonans magnetyczny wykazywał obecność gruczolaka położonego w linii pośrodkowej oraz zajmującego jedną z zatok jamistych.

Wyniki: U wszystkich chorych zastosowanie endoskopu w połączeniu z etmoidektomią tylną pozwoliło uzyskać szeroki, przedni wgląd w wypełnioną gruczolakiem zatokę jamistą. W przypadku chorych reoperowanych uwidoczniło się części gruczolaka, które nie były widoczne za pierwszym razem. U 2 chorych (jedna operowana po raz pierwszy, druga reoperowana) z aktywną akromega-

lią uzyskano normalizację poziomu hormonu wzrostu. Zastosowanie endoskopu wyeliminowało konieczność używania tradycyjnych rozwieraczy nosowych zmniejszając uraz nosa i skracając pobyt chorego w szpitalu.

Wnioski: Zastosowanie endoskopu oraz tylnej etmoidektomii pozwala poszerzyć tradycyjne pole operacyjne i uzyskać przedni dostęp do zatoki jamistej. Kluczowym aspektem operacji transspenoidalnych z zastosowaniem endoskopu jest współpraca neurochirurga i laryngologa biegłego w endoskopii jamy nosowej.

Słowa kluczowe: gruczolak przysadki, endoskop, zatoka jamista, etmoidektomia tylna.

ENDOSCOPY ASSISTED TRANSSPHEOIDAL AND POSTERIOR TRANSETHMOIDAL APPROACH FOR REMOVAL OF INTRACAVERNOUS PARTS OF PITUITARY ADENOMAS

*Wiesław Bonicki, Paweł Poppe, Jacek Kunicki,
Radosław Michalik*

*Department of Neurooncology, Oncology Center – Institute,
Warsaw*

Objective: To estimate the improvement of pituitary adenoma removal extent.

Material and Methods: 6 patient were qualified to the study. Of them 3 were previously operated via transspheoidal route and the control MRI and hormonal examinations revealed residual adenoma in one of cavernous sinuses. Remaining 3 patients were operated on for the first time due to midline adenoma with extension into one of cavernous sinuses.

Results: The use of the endoscope and posterior ethmoidectomy allowed to visualize both not-seen before residual parts of previously operated adenomas and intracavernous parts of adenomas operated for the first time. In 2 cases with acromegaly of which one was reoperated the normalization of GH level was achieved. The use of endoscope resulted with decrease of nasal postoperative complications and days of stay in the hospital.

Conclusions: The implementation of posterior ethmoidectomy and endoscopy resulted with extension of traditional transspheoidal field of view with anterior approach to the cavernous sinus. The cooperation of skilled in endoscopy laryngologist and neurosurgeon is the key to success of endoscopy assisted transspheoidal approach to cavernous sinus.

Key words: pituitary adenoma, endoscopy, cavernous sinus, posterior ethmoidectomy.

51-2 ZRÓŻNICOWANA ODPOWIEDŹ PROLAKTYNY W TEŚCIE Z METOKLOPRAMIDEM U MŁODYCH KOBIET LECZONYCH ANTYPSYCHOTYCZNIE

Sławomir A. Mucha¹, Zbigniew Barszcz²

¹ *Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

² *Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Cel pracy: Ocena wydzielania prolaktyny (PRL) w teście z metoklopramidem (MCP) u młodych kobiet przyjmujących różne leki antypsychotyczne w przebiegu zaburzeń psychicznych (głównie schizofrenii) oraz ocena skuteczności stosowania preparatu bromokryptyny w leczeniu polekowej hiperprolaktynemii.

Pacjenci i Metody: Do badania zakwalifikowano 28 kobiet w wieku 17-43 lata (śr. wieku 25,8 lat), leczonych lekami antypsychotycznymi przez 7-168 m-cy (śr. 47,5 m-ca). Większość z pacjentek przyjmowała risperidon (60,7%), natomiast pozostałe otrzymywały olanzapinę lub sulpiryd. Wydzielanie prolaktyny oceniano stosując test z MCP.

Wyniki: Najwyższe stężenia PRL obserwowano u pacjentek przyjmujących risperidon (343 ng/ml) i sulpiryd (169 ng/ml). Krzywe wydzielania PRL w teście z metoklopramidem były u naszych chorych bardzo zróżnicowane i sugerowały obecność rozmaitych przyczyn: idiopatyczną hiperprolaktynemię czynnościową, pseudoprolaktynoma, mikro- czy nawet makroprolaktynoma. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy rodzajem leku antypsychotycznego a charakterem wydzielania PRL. Ponadto, badanie to potwierdziło wcześniejsze obserwacje dotyczące „oszczędzającego” działania olanzapiny na uwalnianie prolaktyny. U dwóch chorych z najwyższymi stężeniami PRL, wskazującymi na makrogruczolak prolaktynowego, wykonano badanie rezonansu magnetycznego, które nie potwierdziło obecności guza ani nawet przetrętu przysadki. Mlekoktok obserwowano u 50% pacjentek (także u leczonych olanzapiną). Wszystkim chorym zalecono stosowanie preparatu bromokryptyny (Bromergon), agonisty dopaminergicznego, pod kontrolą stężeń PRL. Obserwacja jest nadal prowadzona, a dotychczas stwierdzono istotne obniżenie stężeń prolaktyny u większości chorych, bez równoczesnego pogorszenia stanu psychicznego pacjentek.

Wnioski: Równoczesne stosowanie leków antypsychotycznych i stosowanie agonisty dopaminergicznego wydaje się być bezpieczne. Bardziej korzystne jest jednak przejście na nowe, atypowe preparaty antypsychotyczne. Objawowa hiperprolaktynemia powinna być diagnozowana w ośrodku endokrynologicznym, a równoczesne stosowanie leków antypsychotycznych i agonistów dopaminergicznych wymaga ścisłej współpracy psychiatry i endokrynologa.

DIFFERENTIAL PROLACTIN RESPONSE TO THE METOCLOPRAMIDE TEST IN YOUNG WOMEN TREATED WITH ANTIPSYCHOTIC DRUGS

Sławomir A. Mucha¹, Zbigniew Barszcz²

¹ Department of Clinical Endocrinology, Medical University of Łódź

² Department of Psychiatry, Medical University of Łódź

Aim of the study was to evaluate prolactin (PRL) response to the metoclopramide (MCP) test in a group of young women treated with various antipsychotic drugs for different psychiatric disorders (mainly schizophrenia) and to assess the efficacy of drug-induced hyperprolactinemia (HPRL) treatment with bromocriptine.

Patients and Methods: Twenty-eight women at the age 17-43 yrs (mean age 25.8 yrs), treated with antipsychotics for a period of 7-168 months (mean 47.5 months), were enrolled. Most of the patients were treated with risperidone (60.7%), the other with olanzapine or sulpiride. The pattern of PRL secretion was evaluated by the test with metoclopramide.

Results: The highest levels of PRL were observed in patients on risperidone (343 ng/ml) and sulpiride (169 ng/ml). Prolactin response to metoclopramide was quite different in our patients and suggested the presence of various causes: functional HPRL, pseudoprolactinoma, micro- or even macroadenoma. No correlation between the type of an antipsychotic and the pattern of PRL release was found. Moreover, our study confirmed earlier observations on "prolactin-sparing" properties of olanzapine. In the two women with the highest levels of PRL, suggesting a macroprolactinoma, a MRI scan was performed, which excluded the presence of a tumor or at least a pituitary hypertrophy. Galactorrhea was stated in 50 % of patients (even on olanzapine). All our patients were placed on a dopamine agonist bromocriptine and the observation on its effects on PRL secretion and psychiatric status has been continued. Until now, sustained decrease in PRL concentrations without any deterioration of psychiatric symptoms were observed.

Conclusions: Simultaneous treatment with an antipsychotic drug and a dopamine agonist seems to be safe. However, the use of new atypical antipsychotics has been suggested. Symptomatic hyperprolactinemia should be diagnosed in an endocrine unit and the treatment of such patients requires close cooperation between a psychiatrist and an endocrinologist.

P-06

Tarczycyca 1

Przewodniczący sesji:
Jerzy Sowiński, Maria Górka

52

CHOROBOWOŚĆ TARCZYCY W POPULACJI DOROŚLYCH MIESZKAŃCÓW KRAKOWA I JEJ ZMIANY W CIĄGU 10-LETNIEJ OBSERWACJI

Monika Buziak-Bereza, Filip Gołkowski, Zbigniew Szybiński, Bohdan Huszno

Katedra i Klinika Endokrynologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Na stan chorobowości tarczycy w populacji polskiej w ciągu ostatnich dwudziestu lat wpłynęły trzy istotne wydarzenia: zaprzestanie jodowania soli kuchennej od 1980 do 1986 roku, awaria elektrowni atomowej w Czarnobylu w 1986 roku oraz wprowadzenie obligatoryjnego modelu profilaktyki jodowej w 1997 roku.

Cel. Określenie stanu niedoboru jodu i częstości wola oraz chorobowości gruczolu tarczowego w populacji ludzi dorosłych miasta Krakowa badanych w latach 1998-99 oraz porównanie uzyskanych wyników z badaniami tej samej grupy, przeprowadzonych w latach 1989-90.