

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

8-11 gennaio 2020 - Roma



CASO CLINICO

Anamnesi Fisiologica-APR

G.M, ♂, 72aa

Anamnesi Fisiologica

Ex forte fumatore

Nega allergie

Familiarità: padre, fratello e sorella deceduti per patologia oncologica

Non riferita familiarità per patologia tiroidea

APR

Pregressi interventi chirurgici: ernioplastica inguinale destra

Nessuna comorbidità

Nessuna TD

Anamnesi Oncologica

Giugno 2017

Ottobre 2017

Gennaio 2018

Aprile 2018

Maggio-Luglio 2018

31/07/18

Riscontro incidentale di
nodulo polmonare dx
+
duplice lesione renale sx

RT stereoablative sulla
lesione polmonare dx

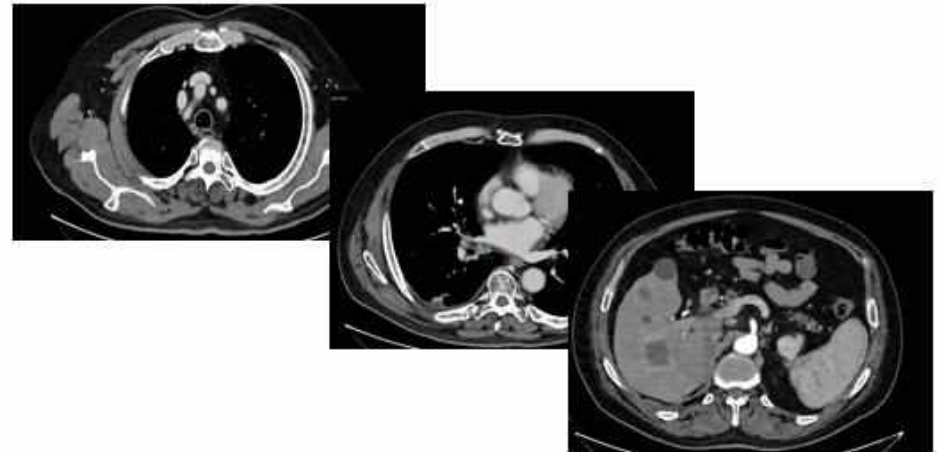
I° linea
Carbo-Gem x3 cicli

**PD linfonodale ed
epatica**

Biopsia lesione polmonare dx:
frustolo di carcinoma
scarsamente differenziato,
verosimile **adenocarcinoma**

Nefrectomia dx
Uretero-pielonefrite cronic
granulomatosa necrotizzante
con aree suppurative e
perinefrite.

**Monitoraggio delle lesioni
renali sx**



31.07.2018
Nivolumab

27.08.2018
(+4w)
Tireotossicosi



FT3 :	↑ 4.6	pg/ml	2.4 - 4.0
FT4 :	↑ 15.4	pg/ml	5.5 - 12.0
TSH :	↓ 0.06	μU/ml	0.25 - 4.50

ENDOCRINOLOGIA

ESAME OBIETTIVO

MV presente con rumori secchi alle basi
Addome globoso trattabile
PA 120/75 mmHg FC 72 bpm/ritmico

ECOGRAFIA TIROIDEA

Tiroide di volume normale a bassa inserzione pari a 11.43 ml ad ecostruttura bilateralmente lievemente ipervascolarizzata (+), ipoecogena (+) e disomogenea (++) per la presenza di aree ipo-ecogene ed alcuni setti fibrosi intraparenchimali senza noduli definiti.

Verifica di ATG, ATPO, ARTSH, ACTH, cortisolo (ore 8.00) e controllo di TSH, FT4, FT3, emocromo, ALT dopo 20 giorni.

Cosa è indicato fare in caso di Tireotossicosi lieve?

- propranololo p.o. 20-40 mg 2-3 volte/die se pz sintomatico e FC > 100 bpm e PA stabile e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia
- propranololo p.o. + prednisone ev 1 mg/kg/die o equivalente orale se pz anziano e/o cardiopatico e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia
- metimazolo+ propranololo p.o.
- propranololo p.o. 20-40 mg 2-3 volte/die se pz sintomatico e FC > 100 bpm e PA stabile e sospendere il successivo ciclo di immunoterapia.

Cosa è indicato fare in caso di Crisi Tireotossica?

- Iniziare terapia con metimazolo e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia
- propranololo p.o. 40-60 mg ogni 6-8 ore (se FC > 100 bpm e PA stabile), prednisone ev 1 mg/kg/die o equivalente orale se pz anziano e/o cardiopatico e sospendere il successivo ciclo di immunoterapia
- propranololo p.o. 40-60 mg ogni 6-8 ore (se FC > 100 bpm e PA stabile) e sospendere il successivo ciclo di immunoterapia
- metimazolo+ propranololo p.o. 40-60 mg ogni 6-8 ore (se FC > 100 bpm e PA stabile) e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia



	24.09.18	22.10.18
TSH μ U/ml (0,25-4,5)	0,01 ↓	29,48 ↑
FT4 pg/ml (5,5-12)	13,5 ↑	3,3 ↓
FT3 pg/ml (2,4-4)	4	3,3
ACTH pg/ml (0-46)	57,6	48,3
Cortisolo ng/ml (67-226)	128	121
ATG e ATPO	neg	



INIZIA TERAPIA CON L-TIROXINA

Per insorgenza di **cefalea, vertigini soggettive e tremori AAll**, il paziente ha eseguito una rivalutazione oncologica urgente: nel sospetto di ipofisite sono stati richiesti RM sella turcica co mdc, esami ormonali e rivalutazione endocrinologica

Esame	Esito	U.M.	Intervalli Riferimento
[0] CORTISOLO :	↓ 31	ng/ml	67 - 226
[0] LH :	0.7	mU/ml	1.2 - 8.6
[0] ACTH :	<u>18.9</u>	pg/ml	0.0 - 46.0
[0] FT3 :	2.7	pg/ml	2.4 - 4.0
[0] FT4 :	< 2.5	pg/ml	5.5 - 12.0
[0] TSH :	1.67	μ U/ml	0.25 - 4.50

RM ENCEFALO SENZA E CON CONTRASTO
RM SELLA TURCICA SENZA E CON CONTRASTO

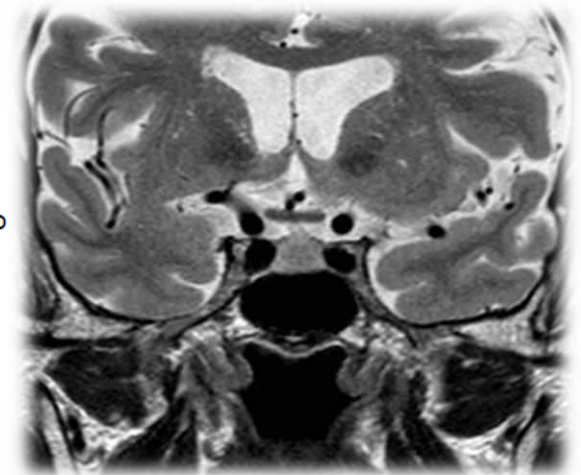
Ghiandola ipofisi globosa ma con normale intensità di segnale sia prima che dopo contrasto.

Il peduncolo ipofisario è corto, ispessito e leggermente deviato a destra.

Libere le cisterne sovrasellari.

Ben visibili gli spazi subaracnoidei della base e della volta.

Cavità ventricolari normoconformate, in asse.

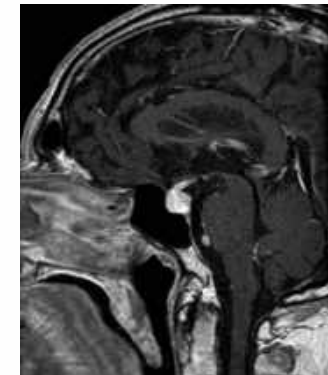


+

CORTISOLO : 31 ng/ml

ACTH : 18.9 pg/ml

+



IPOFISITE CON IPOSURRENALISMO CENTRALE

E' stata data indicazione ad iniziare terapia sostitutiva:

- R) Cortone 25 mg: 1 cpr al mattino dopo colazione + 1 cp al pomeriggio a stomaco pieno (ore 14.00) per 10 giorni poi continua con R) Cortone 25 mg: 1 cpr al mattino dopo colazione + 1/2 cp al pomeriggio a stomaco pieno (ore 14.00) di seguito

Cosa è indicato fare in caso di Ipofisite con Iposurrenalismo Centrale?

- somministrare cortisonici ad alte dosi solo se manifestazioni severe (iponatriemia, cefalea importante, espanso sellare che impronta il chiasma ottico) e sospendere il successivo ciclo di immunoterapia
- somministrare cortisonici ad alte dosi solo se manifestazioni severe (iponatriemia, cefalea importante, espanso sellare che impronta il chiasma ottico) e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia dopo adeguata correzione del deficit ormonale
- somministrare cortisonici ad alte dosi e mantenere il successivo ciclo di immunoterapia dopo adeguata correzione del deficit ormonale
- Iniziare terapia sostitutiva con glucocorticoidi (cortone acetato 37,5 mg/die) solo se confermato un quadro biochimico di iposurrenalismo secondario