ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELL'IPOFISI

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

INTRODUZIONE

Questo opuscolo è stato realizzato per fornirvi una lettura sintetica e allo stesso tempo esaustiva sulla patologia neoplastica dell'ipofisi; tra gli scopi principali vi sono la descrizione degli approcci terapeutici più moderni, mediante anche l'ausilio di immagini esplicative, per una migliore comprensione della patologia e di cosa succede durante la chirurgia in modo da prepararvi, in quanto protagonisti attivi, al periodo di convalescenza.

L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

La patologia dell'ipofisi, ed in particolare quella neoplastica, è affrontata attualmente in maniera multidisciplinare, ed il suo approccio si fonda sulla collaborazione stretta e fattiva di due specialisti principali che sono: l'endocrinologo che rappresenta la figura chiave nella diagnosi, screening e terapia medica dei pazienti, che comunque opera in collaborazione con l'altra figura professionale che è il neurochirurgo.

A tale scopo a Trieste è stato istituito un ambulatorio combinato per la "diagnosi e trattamento medico-chirurgico della patologia neoplastica ipofisaria".

Una/due volte al mese questi 2 specialisti si riuniscono per discutere e valutare i pazienti e di volta in volta decidere collegialmente, dopo una attenta valutazione globale, quale è il trattamento più idoneo e mirato per ciascun caso.

ANATOMIA

La ghiandola ipofisaria è situata in una piccola loggia posta alla base del cervello. È sospesa attraverso un peduncolo in una posizione che praticamente è dietro al naso e gli occhi ed è costituita da due lobi che controllano molte funzioni dell'organismo. La parte anteriore controlla la

produzione di ormoni sessuali, tiroidei, surrenalici e della crescita; la parte posteriore è coinvolta nella regolazione dell'equilibrio idrico-salino dell'organismo.

I SINTOMI

Le lesioni a carico dell'ipofisi possono causare disturbi della vista fino alla cecità legati alla compressione diretta dei nervi ottici e del chiasma e/o segni legati all' alterata produzione ormonale quali infertilità, alterazioni del ritmo mestruale, galattorrea nelle donne e/o calo della libido (in caso di prolattinoma), disturbi della crescita tipo gigantismo e acromegalia (a seconda dell'età d'insorgenza), ipertensione arteriosa, alterazioni cutanee e, in casi eccezionali, aumento della diuresi.

TRATTAMENTO

Alcune volte i tumori della ghiandola ipofisaria possono essere trattati o tenuti sotto controllo con la semplice terapia medica specifica. Altre volte, e questo dipenderà dal tipo di tumore, dalla sua estensione (grandezza) e disturbi clinici del paziente, sarà necessario un intervento chirurgico.
La procedura che al momento attuale viene praticata più comunemente è l'approccio transfenoidale.

Il paziente viene posizionato supino sul letto operatorio in anestesia generale. Sotto controllo radioscopico e/o con l'ausilio del neuronavigatore (simile al G.P.S.) si crea un piccolo canale a livello del setto nasale e/o attraverso una

via naturale che è l'ostio sfenoidale . Quest'ultimo è costituito da due fori che si trovano nella parte posteriore del naso. Da qui si raggiunge la sella turcica dove è situata l'ipofisi. Quindi identificato il tumore, viene asportato rispettando le strutture anatomiche circostanti.
Recentemente, con l'intento di minimizzare ulteriormente questo tipo di intervento, viene utilizzato il neuroendoscopio.

Alla fine della procedura, la camera ipofisaria viene riparata apponendo piccoli pezzi di muscolo, grasso (prelevati dal paziente stesso), pezzetti di cartilagine del setto nasale e/o di tessuto artificiale e sigillata con una speciale colla biologica. Alcune volte può anche essere necessario posizionare un drenaggio lombare esterno.
Questo approccio è relativamente sicuro e non lascia ferite visibili al volto. In casi particolari, potrà essere necessario ripetere la via transfenoidale o effettuare un approccio per via trascranica (craniotomia).

I RISCHI

Nonostante vengano applicate tutte le precauzioni per prevenire complicazioni, è possibile incorrere in infezioni, emorragie, perdita di liquido cerebro-spinale dal naso (rinoliquorrea), meningite, disturbi visivi e reazioni avverse all'anestesia. Nel caso di una craniotomia i rischi chirurgici sono intorno al 3-5%.
Le statistiche correnti indicano che questi rischi sono poco frequenti ma, considerato che possono portare a gravi conseguenze, ciascun paziente deve discuterne apertamente ed esserne edotto delle stesse dal chirurgo.

LO STAFF NEUROCHIRURGICO È COMUNQUE SEMPRE PRONTO A FORNIRE INFORMAZIONI, SPIEGAZIONI E CHIARIMENTI AI PAZIENTI.

RISULTATI

La patologia neoplastica ipofisaria è, in genere, benigna ed i risultati della chirurgia sono generalmente eccellenti. I disturbi della vista vengono risolti o migliorati. Per quanto riguarda i disturbi ormonali non sempre recuperano totalmente e quindi si rende necessaria una terapia ormonale di tipo sostitutivo. Se il tumore viene totalmente asportato, le recidive sono improbabili. Alcune volte il paziente può venir trattato con radioterapia.

LA CONVALESCENZA OSPEDALIERA

Nelle prime 24-48 ore sarà attentamente monitorato il bilancio idrico, visto che la manipolazione dell'ipofisi può determinare il cosiddetto diabete insipido (perdita di notevoli quantità di liquidi).

Il paziente può sentire un leggero dolore oltre che una sensazione di fastidio al naso. Le narici vengono generalmente occluse con dei tamponi che si rimuovono in terza-quinta giornata. Nel caso di intervento con l'endoscopio i tamponi non vengono posizionati.

I pazienti restano a letto per 12 - 24 ore dopo l'intervento e successivamente vengono mobilizzati fino al 4°- 6° giorno quando vengono dimessi. Nel caso di una craniotomia la convalescenza è di circa dieci giorni.

LA CONVALESCENZA DOMICILIARE E I CONTROLLI CLINICI

I pazienti ritornano gradualmente a svolgere la loro normale vita quotidiana nell'arco di un mese. In questo periodo è consigliato di evitare sforzi fisici, di soffiarsi il naso e di tossire energicamente.

Il paziente sarà poi sottoposto a controlli clinici periodici in maggior parte a cura dell'endocrinologo, ma anche del neurochirurgo. Il primo controllo è programmato dopo 6 settimane, il secondo a tre mesi e poi successivamente con cadenza variabile a seconda dei casi e necessità specifiche. Il paziente inoltre viene sottoposto ad esame RM encefalo di controllo, il primo dei quali avviene generalmente dopo 6 mesi dall'intervento.

Ci auguriamo che queste brevi delucidazioni possano esservi d'aiuto per introdurvi nel mondo della patologia e del trattamento delle lesioni della ghiandola ipofisaria; lo staff neurochirurgico sarà comunque sempre a vostra disposizione per supportarvi in qualunque fase della vostra malattia rispondendo ad ogni domanda e fornendo tutti i chiarimenti e l'aiuto necessari.

A tale scopo a Trieste è stato istituito un ambulatorio combinato per la "diagnosi e trattamento medico-chirurgico della patologia neoplastica ipofisaria".

Numeri utili

- Reparto: 040 – 399 4414, 040 – 399 4514

  i numeri sono attivi 24 ore su 24

- Day Hospital: 040 – 399 4041

  il Day Hospital è attivo dalle ore 9.00 alle ore 15.00

NOTE

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP ASUGI su testo fornito dalla Struttura Complessa Neurochirurgia

Struttura Complessa di NEUROCHIRURGIA
Direttore: dott. Leonello TACCONI MD, FRCS Ed (SN)
Professore a contratto in Neurochirurgia presso
l'Università di Modena per l'anno accademico corrente
Tel: 040 – 399 4411; Fax: 040 – 399 4057
e mail: neurochirurgia.direzione@asugi.sanita.fvg.it

Revisione 01 – maggio 2022