

## Adenomi ipofisari

- Gli adenomi ipofisari sono lesioni benigne che si sviluppano a carico dell'ipofisi, una ghiandola localizzata all'interno della scatola cranica al di sotto dell'encefalo.
- Gli adenomi ipofisari rappresentano la terza più comune neoplasia intracranica (interessando il 10-15% della popolazione generale), e anche se benigni possono comprimere o invadere le strutture circostanti. I carcinomi ipofisari sono invece molto rari.
- Gli adenomi ipofisari sono più frequenti tra i 30 e i 60 anni.
- Gli adenomi ipofisari possono essere riscontrati incidentalmente in soggetti che non presentano segni e/o sintomi di patologia ipofisaria, e che si sottopongono ad esami neuroradiologici (TC, RM) nell'ambito di accertamenti per patologie non ipofisarie. Si parla in questo caso di "incidentalomi".
- Gli adenomi ipofisari possono essere classificati in base a:
  - ✓ Dimensioni: microadenomi (<10 mm), macroadenomi (>10 mm) e adenomi giganti (>40 mm)
  - ✓ Biochimici: non secernenti (se non producono ormoni attivi) e secernenti (se producono ormoni in eccesso che determinano una sindrome clinica: prolattinomi o adenomi secernenti prolattina, adenomi secernenti TSH, adenomi secernenti ormone della crescita che provocano acromegalia, adenomi ACTH-secernenti che provocano morbo di Cushing, adenomi a secrezione mista di ormone della crescita e prolattina)
- I macroadenomi possono indurre (oltre alla sindrome clinica specifica se secernenti) sintomatologia compressiva da schiacciamento delle strutture circostanti (disturbi visivi, cefalea) e deficit di funzione del restante tessuto ipofisario "sano" (ipopituitarismo).
- La diagnostica degli adenomi ipofisari prevede l'effettuazione di esami ormonali specifici e di una RM con mdc della sella turcica
- Gli adenomi non secernenti che non si accompagnano a sintomi e segni clinici necessitano solo di regolari controlli ematici e radiologici. In tutti gli altri casi la terapia di prima linea è farmacologica (dopamino-agonisti) nei prolattinomi e chirurgica in tutti gli altri casi. In caso di recidiva, in casi selezionati può essere considerata anche il trattamento radiante (radiochirurgia mediante gamma-knife).
- Per il trattamento, i pazienti affetti da adenoma ipofisario dovrebbero essere indirizzati in strutture ospedaliere di secondo livello dove esistano team multidisciplinari (endocrinologo, neurochirurgo, radioterapista, anatomo-patologo, neuroradiologo - Pituitary Unit) che collaborano alla definizione del percorso di cura più adeguato al singolo paziente.