

# Anestesia-rianimazione e chirurgia dell'ipofisi

B. Szekely, S. Gaillard, N. Liu, M. Dupuy, F. Karnycheff, M. Fischler

*La chirurgia dell'ipofisi per via trans-sfenoidale è il trattamento degli adenomi ipofisari intrasellari. Questa via d'accesso rispetta le vie ottiche e permette l'adenomectomia selettiva con conservazione di una funzionalità anteipofisaria normale. La procedura per via endoscopica si è diffusa. Le manifestazioni cliniche degli adenomi ipofisari dipendono dall'esistenza o meno di una sindrome tumorale e/o di un'ipersecrezione ormonale. La sostituzione ormonale perioperatoria si è semplificata e le sue modalità differiscono a seconda dello stato endocrino. L'intervento è di breve durata e si esegue in posizione semiseduta. La difficoltà di gestione delle vie aeree domina il periodo intraoperatorio nel paziente acromegalico. Le complicanze sono rare e sono soprattutto di ordine metabolico (diabete insipido).*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Tumori dell'ipofisi; Acromegalia; Malattia di Cushing; Diabete insipido; Neurochirurgia

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Sintomatologia clinica e classificazione radiologica</b>	1
Sintomatologia clinica	1
Classificazione radiologica	2
■ <b>Valutazione preoperatoria</b>	2
Valutazione in funzione del tipo di adenoma ipofisario	2
Valutazione cardiovascolare	4
Screening della malattia di Creutzfeldt-Jakob	4
■ <b>Terapie preoperatorie</b>	5
Premedicazione	5
Terapia antibiotica profilattica perioperatoria	5
Ormonoterapia sostitutiva perioperatoria (eccetto il diabete insipido)	5
■ <b>Anestesia</b>	6
Monitoraggio	6
Controllo delle vie aeree	6
Tecnica di anestesia	7
Installazione chirurgica	7
Periodo di risveglio	7
■ <b>Tecnica chirurgica</b>	7
■ <b>Complicanze intraoperatorie</b>	8
Complicanze emodinamiche	8
Embolia gassosa	8
■ <b>Monitoraggio e postumi postoperatori</b>	9
■ <b>Complicanze postoperatorie</b>	9
Complicanze chirurgiche	9
Complicanze metaboliche	10
■ <b>Conclusioni</b>	11

## ■ Introduzione

I tumori dell'ipofisi rappresentano circa il 10% dei tumori cerebrali; si tratta, praticamente in tutti i casi, di adenomi (Tabella 1). La loro classificazione si è affinata negli ultimi anni grazie all'immunomarcatura. Le difficoltà della gestione di questi pazienti sono legate soprattutto alla varietà delle patologie endocrine. La gestione delle vie aeree superiori domina il periodo intraoperatorio nell'acromegalico e il rischio di comparsa di un diabete insipido durante il periodo postoperatorio.

## ■ Sintomatologia clinica e classificazione radiologica

### Sintomatologia clinica

Le manifestazioni cliniche degli adenomi ipofisari dipendono dall'esistenza di una sindrome tumorale e da quella di un'ipersecrezione ormonale.

### Sindrome tumorale

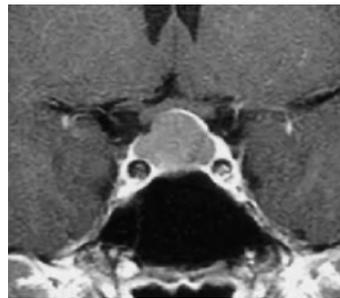
Essa è, il più delle volte, dovuta ad adenomi non secernenti<sup>[1]</sup>. I segni clinici sono, di solito, tardivi e associano dei segni visivi, delle cefalee croniche e dei segni di ipopituitarismo; questo spiega il fatto che la loro diagnosi sia spesso posta allo stadio di macroadenoma. La sindrome tumorale visiva (riduzione dell'acuità visiva, emianopsia bitemporale, offuscamento papillare sul fondo dell'occhio, diplopia) testimonia l'importanza dell'espansione soprasellare dell'adenoma, soprattutto in alto e in avanti, con compressione delle vie ottiche, e, più raramente, lateralmente nel seno cavernoso, accompagnandosi, allora, alla

**Tabella 1.**

Serie chirurgica di adenomi ipofisari: ospedale Foch, dal 1960 al 2007 (6 408 casi).

Adenomi a prolattina	33,7%
Adenomi a GH	20,9%
Adenomi ad ACTH	17,8%
Adenomi a TSH	0,7%
Adenomi non funzionali e gonadotropi	26,7%

GH: *growth hormone*; ACTH: *adrenocorticotrophic hormone*; TSH: *thyroid stimulating hormone*.



**Figura 1.** Risonanza magnetica preoperatoria di un adenoma a *growth hormone* (grado 2).

compressione dei nervi oculomotori. Le altre estensioni extrasellari sono, in genere, asintomatiche. L'estensione tumorale intrasellare comprime o distrugge il tessuto ipofisario sano, spiegando i segni di ipopituitarismo.

I segni che testimoniano un'ipertensione intracranica sono rari, a causa dello sviluppo lento dell'adenoma.

Infine, in rari casi, alcuni tumori ipofisari sono diagnosticati in presenza di un quadro clinico acuto legato a una necrosi tumorale. Il quadro di apoplezia (necrosi emorragica) associa cefalee, nausea, vomiti, disturbi visivi importanti e sindrome di insufficienza ipofisaria acuta. Esso è favorito da un trattamento anticoagulante ed estrogenico o, ancora, dalla gravidanza. L'indicazione operatoria è urgente in caso di riduzione importante dell'acuità visiva.

### Sindrome di ipersecrezione ormonale

Gli adenomi funzionali sono abitualmente costituiti da un solo tipo cellulare e si manifestano con un'ipersecrezione mono-ormonale (adenomi a prolattina, somatropo, corticotropo, tireotropo o gonadotropo). Esistono, tuttavia, alcuni adenomi misti, i più classici dei quali sono degli adenomi a *growth hormone* (GH) e a prolattina. Peraltro, un'iperprolattinemia secondaria moderata (inferiore a 200 ng/ml) può comparire per perdita dell'inibizione tonica della secrezione di prolattina qualunque sia il tipo tumorale (iperprolattinemia funzionale o da disconnessione).

### Classificazione radiologica

La risonanza magnetica (RM) cerebrale, esame di riferimento, permette la localizzazione degli adenomi di più di 5 mm e la valutazione della loro estensione (Fig. 1) [2].

La classificazione francese stabilita da Derome et al. [3] comporta cinque gradi:

- grado 0: microadenoma con deformità localizzata della sella turcica, senza aumento del suo volume;
- grado 1: ingrandimento della sella turcica senza espansione soprasellare;
- grado 2: espansione soprasellare senza alterazione visiva;
- grado 3: estensione soprasellare con lesione visiva o espansione a livello del seno sfenoidale (grado 3');
- grado 4: adenoma gigante.

Si possono anche classificare gli adenomi in tre categorie: microadenoma di meno di 10 mm e macroadenoma di più di 10 mm intrasellare o con un'estensione extrasellare (Fig. 2).

## Valutazione preoperatoria

### Valutazione in funzione del tipo di adenoma ipofisario

Oltre agli elementi di solito ricercati in visita anestesologica, certi elementi sono più specificamente ricercati in funzione del tipo di adenoma ipofisario.

#### Adenomi non secernenti o gonadotropi

Questi due tipi di adenoma sono simili, poiché gran parte degli adenomi non funzionali è, in realtà, costituita da adenomi gonadotropi. I deficit corticotropo o tireotropo devono essere correttamente sostituiti.

#### Adenomi a prolattina

Il terreno, soggetto giovane, non pone problemi di anestesia.

#### Adenomi somatotropi

Gli adenomi somatotropi (a GH) sono responsabili di quasi tutti i casi di acromegalia. Questi pazienti sono ad alto rischio di intubazione difficile [4-6], di sindrome di apnee del sonno [7] e di ipossiemia postoperatoria. Ciò si spiega con la sindrome dismorfica facciale (ipertrofia del naso, prognatismo e allargamento dei mascellari), la macroglossia e l'ipertrofia delle mucose faringea e laringea, che favoriscono l'ostruzione respiratoria durante il sonno, in particolare quando esistono un aumento delle dimensioni dell'epiglottide e delle corde vocali e un'ipertrofia dei turbinati. Le due casistiche importanti della letteratura sono concordanti, con una prevalenza di intubazione difficile del 9,1% [5] e del 10% [4]. Questo rischio è nettamente superiore rispetto a quello riscontrato in pazienti operati per un adenoma ipofisario non funzionale, che è del 2,6% [5]. Il rischio di intubazione difficile è aumentato se si constata un punteggio di Mallampati 3 o 4 [4], ma questo segno non ha una forte specificità. La valutazione dell'estensione cervicale non permette di migliorare la previsione dell'intubazione difficile [8].

Peraltro, più del 50% dei pazienti acromegalici ha un'ipertensione arteriosa sistolica/diastolica, che testimonia una ritenzione idrosalina con ipervolemia. Una cardiomegalia è sempre presente, in rapporto con una splancnomegalia o legata a un'insufficienza cardiaca, in genere ad alta gittata. È frequente una coronaropatia, che può essere responsabile di infarto del miocardio. La prognosi della lesione cardiaca è tanto più sfavorevole quanto più il soggetto è giovane. Un diabete di tipo 2 è frequente e può evolvere verso un diabete insulinodipendente. Le alterazioni anatomiche delle mani si accompagnano a neuropatie periferiche (sindrome del tunnel carpale) e a rimaneggiamenti delle arcate palmari che possono compromettere la vascolarizzazione della mano, se è posizionato un catetere radiale [9].

Alcuni pazienti beneficiano di un trattamento preoperatorio con un analogo della somatostatina (Sandostatina®), che inibisce la secrezione dell'ormone della crescita e del *thyrotropin stimulating hormone* (TSH). Lo studio della letteratura mostra dei dati parcellari e contraddittori [10-18]. La valutazione di questo trattamento preoperatorio rimane difficile, a tutt'oggi, in quanto le varie pubblicazioni non utilizzano tutte, in funzione dei periodi, gli stessi criteri di guarigione e le stesse dosi e durate di trattamento. Dal punto di vista chirurgico, in occasione dell'International Congress of Endocrinology/Endocrine Society (ICE/ENDO 2014), che si è tenuto a Chicago dal 21 al 24 giugno del 2014, gli esperti hanno proposto la chirurgia per via trans-sfenoidale come il trattamento di prima intenzione dell'acromegalia. Essi si sono mostrati contrari al trattamento preoperatorio con agonisti somatostatinerfici, tranne in caso di apnea del sonno marcata, di edema faringeo o di disturbi cardiovascolari importanti. Questa è anche la conclusione del nostro centro, che ha ripreso una serie di pazienti acromegalici operati, con o senza preparazione. Per i microadenomi, il tasso di remissione è dell'81% senza preparazione e del 64% con preparazione con analoghi. Per i macroadenomi, i tassi rispettivi sono del 63% e del 60%. Sembra, quindi, che la preparazione con analoghi non abbia migliorato i risultati endocrini o che abbia, addirittura,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756893>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756893>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)