



Redazione web

## **Che cos'è il tumore ipofisario**

I tumori ipofisari colpiscono l'ipofisi, una ghiandola endocrina posta alla base del cervello, in stretta connessione con l'ipotalamo, con cui costituisce l'unità ipotalamo-ipofisaria, che nel complesso produce numerosi ormoni in grado di controllare svariate funzioni dell'organismo, dalla crescita corporea in età evolutiva alla modulazione delle funzioni di altre ghiandole endocrine (tiroide, ghiandole surrenaliche, gonadi), dalla regolazione del senso della fame e della sazietà al controllo dell'equilibrio idro-salino.

I tumori ipofisari sono neoplasie abbastanza rare, ma non eccezionali. Se si includono anche le forme asintomatiche e di rilievo incidentale o autoptico, la prevalenza stimata complessiva è di circa il 15%. Tuttavia, se vengono considerate solamente le neoplasie che danno segno di sé dal punto di vista clinico, la prevalenza scende molto (da 20 a 100 casi/100.000 abitanti). L'istotipo più frequente è l'adenoma ipofisario, che rappresenta il 15-20% di tutti i tumori intracranici (il terzo in ordine di frequenza).

I tumori della regione ipotalamo-ipofisaria sono neoplasie assai eterogenee, quasi sempre benigne (anche se non mancano casi aggressivi localmente o neoplasie francamente maligne), più frequenti dalla quarta alla settima decade di vita, più rare, ma neppure eccezionali, in pazienti anziani e in bambini. La grande maggioranza è costituita dagli adenomi ipofisari. Non vanno comunque dimenticati i craniofaringiomi, che rappresentano circa il 5-15% di tutte le neoplasie intracraniche del bambino e nel complesso hanno una prevalenza da malattia rara (0.13-2 casi/100.000 abitanti).

I disturbi che possono derivare dallo sviluppo di questi tumori variano secondo le dimensioni, la sede, la capacità di secernere in eccesso uno o, eccezionalmente, più ormoni ipofisari o, al contrario, di determinare una condizione di deficit parziale o completo della funzione dell'unità ipotalamo-ipofisaria. Nel caso in cui il tumore produca un eccesso di ormone adrenocorticotropo (ACTH), la sindrome clinica che ne deriva è nota come sindrome di Cushing. Quando l'ormone secreto in eccesso è il somatotropo (GH), avremo l'acromegalia (nell'adulto) o il gigantismo (se l'eccesso di secrezione di GH ha avuto inizio nel bambino o nell'adolescente, prima della saldatura delle epifisi). Quando il tumore produce in eccesso prolattina, la sindrome clinica più nota è la sindrome amenorrea-

galattorrea nella donna, mentre nell'uomo l'eccesso di questo ormone determina non raramente riduzione della libido e disfunzione erettile.

Queste neoplasie sovente non producono ormoni in eccesso e in questi casi i sintomi di presentazione sono solitamente dovuti alle dimensioni del tumore o alla comparsa di un quadro clinico di insufficienza ipofisaria o, più di rado, di diabete insipido centrale. Le dimensioni cospicue della neoplasia, e/o la sede della crescita neoplastica, condizionano l'esordio dei tumori non secernenti, che può essere

rappresentato da disturbi visivi, sintomi da ipertensione endocranica, sintomi da compressione dei nervi cranici posti nel seno cavernoso.

Problematiche affatto particolari riguardano poi, la gestione cliniche dei tumori ipofisari in gravidanza.

Infine, non va dimenticato che disordini dell'equilibrio idrosalino (iponatremia, ipernatremia) non raramente condizionano negativamente la gestione clinica di questi pazienti.