

Akromegalie

MUDr. Eva Motyková

Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Med. praxi 2012; 9(6–7): 306

Obrázek 1, 2. Typický habitus pacienta s agromegalií; výrazné nadočnicové oblouky, nos a dolní čelist, plné rty, dlouhý ušní boltec



Zvýšená hypofyzární produkce růstového hormonu v době před ukončením růstu vyvolává gigantismus, projevující se nadměrným růstem celého těla, a to proporcionálně symetricky. Pokud zvýšená sekrece růstového hormonu přetrvává či začne až po ukončení růstu, dochází k rozvoji (giganto-) akromegalie. Při tomto vzácném onemocnění, které má v naší populaci incidenci přibližně čtyři případy na milion obyvatel ročně, extrémně rostou akrální části těla a vnitřní orgány. Pozorujeme typické zvětšení uší, nosu, rtů, nadočnicových oblouků, mandibuly a prstů – na základě těchto změn mají postižení pacienti zcela typický vzhled. Kromě změn ve vzhledu nemocného dochází ke zvětšování vnitřních orgánů, které má za následek zvýšenou morbiditu i mortalitu. Významné je především postižení kardiovaskulárního systému, které se klinicky projevuje kardiomyopatií, arteriální hypertenzí a akcelerovanou aterosklerózou. Dále u akromegaliků můžeme pozorovat postižení pohybového aparátu (akromegaliká artropatie s předčasným rozvojem artrózy), cefaleu, hypertrofii potních žláz se zvýšeným pocením, makroglosii, zvýšenou retenci tekutin s následným rozvojem otoků, inzulinovou rezistenci pod-

miňující vyšší riziko budoucího rozvoje diabetu a mnoho dalších příznaků.

Příčinou onemocnění je téměř vždy adenom hypofýzy s izolovanou sekrecí růstového hormonu či kombinovanou sekrecí, kdy je současně ve zvýšeném množství produkován prolaktin, případně TSH, následně s pestřejší klinickou symptomatologií.

Při podezření na onemocnění akromegalií je k definitivní diagnóze nezbytné prokázat zvýšenou produkci růstového hormonu. Základním screeningovým vyšetřením je stanovení koncentrace IGF-I, jehož hodnoty v průběhu dne jsou stabilní, u nemocných akromegalií standardně zvýšené, závislé ovšem na věku a pohlaví. Sekrece růstového hormonu je epizodická, jednorázové vyšetření není spolehlivé, a proto je nutné pacientovi vyšetřovat hladinu růstového hormonu opakovaně v průběhu dne. Další možností je provedení dynamického testu, tedy stanovení koncentrací růstového hormonu v průběhu oGTT, přičemž u zdravého člověka hladina růstového hormonu v průběhu testu klesá. Pokud laboratorním vyšetřením zjistíme vyšší koncentrace růstového hormonu, je nezbytné vyšetření magnetickou rezonancí k vylouče-

ní přítomnosti adenomu hypofýzy. Vyšetření na perimetrem je přínosné jen v případě přítomnosti makroadenomu, který svou velikostí působí útlak v oblasti křížení zrakových drah.

Léčba akromegalie je v první řadě neurochirurgická, v případě potřeby doplněná radiační a medikamentózní terapií, kdy lze použít agonisty dopaminu, případně analoga somatostatinu.

Nezbytnou součástí léčby je monitorace nemocných a důsledná terapie přidružených onemocnění.

Vzhledem k závažnosti onemocnění má včasná diagnóza zásadní význam pro pacientovu prognózu, proto by typický habitus neměl uniknout pozornosti a vést k podrobnějšímu endokrinologickému vyšetření.

Článek přijat redakcí: 5. 6. 2012

Článek přijat k publikaci: 15. 6. 2012

MUDr. Eva Motyková

Centrum preventivní kardiologie, I
II. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2
e.motykova@gmail.com

