

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Akromegalia – niedoceniony problem zdrowotny w praktyce lekarza rodzinnego**Acromegaly – an underestimated health problem in the family medicine care**WOJCIECH ZIELENIEWSKI^{A, B, D, F}, RENATA MICHALAK^{B, C, E}Klinika Endokrynologii, Katedra Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. Jan Komorowski**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Akromegalia jest przewlekłą chorobą spowodowaną najczęściej przez gruczolak przysadki, stąd jest postrzegana jako jednostka chorobowa „przypisana” endokryнологom i neurochirurgom. Niemniej jednak z racji swej długotrwałości i związanych z nią powikłań szczególna rola w opiece nad chorymi z akromegalią przypada lekarzom rodzinnym. Poza typowymi zmianami w wyglądzie chorego, akromegalia prowadzi do licznych zmian metabolicznych i narządowych obejmujących zaburzenia gospodarki węglowodanowej, lipidowej i białkowej. Pojawiają się powikłania ze strony układu krążenia, układu oddechowego, narządu ruchu oraz częstsze występowanie nowotworów złośliwych, stąd konieczność skrupulatnej, wieloletniej opieki nad tą grupą chorych. Celem pracy była ocena częstości powikłań występujących u chorych z akromegalią.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 34 chorych, 19 kobiet i 15 mężczyzn, u których kliniczne podejrzenie akromegalii potwierdzono oceną stężenia hormonu wzrostu (GH) po doustnym obciążeniu glukozą i stężenia insulino-podobnego czynnika wzrostowego typu I (IGF-I). W badaniu rezonansu magnetycznego (MR) u wszystkich chorych stwierdzono gruczolak przysadki.

Wyniki. W analizowanej grupie chorych dominowały objawy ze strony układu krążenia, nadciśnienie tętnicze u 11, choroba niedokrwienna serca u 10 i niewydolność serca u 3 chorych. Zmiany w układzie kostnym stwierdzono u 12 pacjentów, cukrzycę u 11 a zaburzenia lipidowe u 9 chorych. U jednej chorej rozpoznano raka piersi.

Wnioski. Poza typowymi zmianami fenotypowymi akromegalia powoduje wiele powikłań ze strony innych narządów, co w istotny sposób rzutuje na jakość życia i przeżywalność chorych z akromegalią. Chociaż jest to stosunkowo rzadka jednostka chorobowa, to z racji jej przewlekłości i następstw choroby ci powinni być objęci również wnikliwą opieką lekarza rodzinnego.

Słowa kluczowe: akromegalia, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, dyslipidemia.

Summary Background. Acromegaly is a chronic disease caused usually by a pituitary tumor, therefore, it is generally treated by endocrinologists and neurosurgeons. However, as it evokes several systematic complications and is life-long, primary care physicians play also a very important role in its treatment. Apart from typical physical changes, acromegaly leads to disturbances in carbohydrates, lipid and protein metabolism. Moreover, the frequency of cardiovascular, skeletal, pulmonary and oncological diseases is greatly enhanced, so acromegalic patients require careful medical supervision. In this study we tried to assess the frequency of complications of acromegaly.

Material and methods. We examined 34 patients with acromegaly, 19 women and 15 men. The diagnosis was confirmed by measuring growth hormone (GH) in oral glucose tolerance test and insulin-like growth factor I (IGF-I) concentrations. The nuclear magnetic resonance (MRI) revealed pituitary adenoma in all patients.

Results. Cardiovascular disease predominated in this group. Hypertension in 11, coronary artery disease in 10 and heart failure in 3 patients. Skeletal abnormalities were observed in 12 patients, diabetes in 11 and dyslipidaemia in 9 patients. Breast cancer was found in one woman.

Conclusions. In addition to typical phenotype changes acromegaly evokes also several other complications which reduce the quality of life and life span in acromegalic patients. Although it is a quite rare disease, the patients should be carefully screened and treated also by primary care physicians.

Key words: acromegaly, heart failure, hypertension, diabetes, dyslipidaemia.

Wstęp

Akromegalia jest chorobą rozwijającą się skrycie, której przyczyną jest gruczolak przysadki wydzielający hormon wzrostu (GH). Następstwem są wysokie stężenia insulinopodobnego czynnika wzrostu typu I (IGF-I). Leczenie akromegalii jest leczeniem skojarzonym, obejmującym leczenie operacyjne, farmakoterapię oraz radioterapię. Celem leczenia jest utrzymywanie stężenia GH w surowicy po doustnym obciążeniu glukozą < 1 ng/ml oraz zmniejszenie stężenia IGF-I do wartości prawidłowych dla płci i wieku, usunięcie guza lub zmniejszenie jego masy oraz zapobieganie jego nawrotowi, jak również poprawa w zakresie istotnych powikłań choroby, zwłaszcza sercowo-naczyniowych, płucnych, metabolicznych i onkologicznych [1, 2].

Odległe powikłania akromegalii dotyczą zarówno zaburzeń metabolicznych, jak i narządowych [3]. W zakresie gospodarki węglowodanowej obserwuje się nietolerancję glukozy lub cukrzycę [4]. Może występować hipercholesterolemia lub mieszana hiperlipidemia [5]. Dochodzi do dodatniego bilansu azotowego z nasileniem białkomoczu [6]. Szczególnie groźne są powikłania ze strony układu krążenia, w postaci kardiomiopatii z niewydolnością serca, zaburzeń rytmu [3], nadciśnienia tętniczego [7], przyspieszenia tworzenia blaszek miażdżycowych i choroby niedokrwiennej serca [8]. Opisanie są również przypadki bezdechu sennego i niewydolność oddechowa [9].

Najpoważniejszymi komplikacjami akromegalii są nowotwory złośliwe, głównie przewodu pokarmowego, ale także innych narządów [10, 11].

Całość obrazu stanowi, że akromegalia nie dotyczy jedynie choroby jednego gruczolu (przysadki), ale jest przewlekłą chorobą dotyczącą praktycznie wszystkich narządów i układów.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 34 chorych (19 kobiet, tj. 56%, i 15 mężczyzn, tj. 44%) hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii UM w Łodzi. Wiek chorych wahał się między 23. a 80. rokiem życia, średnia 48,2 lata. Czynną akromegalię rozpoznawano na podstawie testu obciążenia glukozą, stężenia IGF-I i badania MR okolicy siodła tureckiego. U chorych wykonano podstawowe badania biochemiczne, w tym lipidogram, monitorowanie ciśnienia krwi, zapisy EKG, radiogramy stóp, dłoni i kręgosłupa. U kobiet dodatkowo USG piersi, a w przypadku zmian ogniskowych mammografię.

Wyniki

Pośród 34 chorych u 19 (56%) wykryto makrogruczolaka, u 15 (44%) mikrogruczolaka przysadki.

22 chorych (65%) poddano leczeniu operacyjnemu, u 8 chorych (36%) zastosowano również radioterapię. U 4 pacjentów (8%) uzyskano biochemiczne cechy wyleczenia akromegalii.

Powikłania po leczeniu obserwowano u 14 chorych (41%) w postaci niedoczynności przedniego płata przysadki, zespołu pustego siodła lub moczówki prostej.

U 11 chorych (32%) obserwowano nadciśnienie tętnicze, u 10 (30%) chorobę niedokrwinną serca, u 3 (7%) niewydolność serca w przebiegu kardiomiopatii, u 5 (14%) hipercholesterolemię, u 4 (12%) mieszaną hiperlipidemię, a cukrzycę u 11 (32%). Zmiany zwyrodnieniowe w układzie ruchu stwierdzono u 12 (35%) chorych, u jednej pacjentki rozpoznano raka piersi.

Dyskusja

W opisanym materiale klinicznym stwierdzono dominację makrogruczolaków przysadki, co jest zgodne ze światową statystyką [12]. Kryteria pełnego wyleczenia uzyskano jedynie u 8% chorych, co również znajduje odzwierciedlenie w piśmiennictwie i świadczy o trudnościach diagnostyczno-terapeutycznych w tej jednostce chorobowej [1, 13].

Pośród powikłań narządowych dominowały choroby układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzenia metaboliczne predysponujące do ich wystąpienia. Ma to zasadnicze znaczenie dla ryzyka nagłych zgonów w populacji chorych z akromegalią [14]. Choroby układu ruchu z kolei stanowią o inwalidztwie chorych wymagającym adekwatnej rehabilitacji. Podkreśla się zwiększoną częstość występowania nowotworów jelita grubego [15], z kolei w naszym materiale zaobserwowano złośliwy nowotwór piersi.

Podsumowując, należy podkreślić, że chory z akromegalią wymaga oceny również innych narządów, a nie tylko samej przysadki.

Wnioski

1. Akromegalia jest przewlekłą chorobą prowadzącą nie tylko do typowych zmian fenotypowych, lecz także do licznych powikłań ze strony innych narządów i układów, co znacząco wpływa na jakość i długość życia tych chorych.
2. Chorzy z akromegalią wymagają stałej opieki lekarskiej obejmującej nie tylko czynność przysadki i wielkość pozostałości/odrostu guza, lecz także kompleksowej oceny stanu metabolicznego, czynności układu krążenia, oddechowego i stanu narządu ruchu.
3. Z racji powyższego w przewlekłej opiece nad chorymi z akromegalią szczególnie istotna rola przypada lekarzom rodzinnym.

Piśmiennictwo

1. Melmed S. Medical progress: acromegaly. *N Engl J Med* 2006; 355: 2558–2573.
2. Freda PU. Current concepts in the biochemical assessment of the patient with acromegaly. *Growth Horm IGF Res* 2003; 13: 171–184.
3. Colao A. *Long-term complications of acromegaly*. In: Wass JAH, editor. *Acromegaly*. Bristol: BioScientifica; 2009: 55–77.
4. Kreze A, Kreze-Spirova E, Mikulecky M. Risk factors for glucose intolerance in active acromegaly. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34: 1429–1433.
5. Nikkila EA, Pelkonen R. Serum lipids in acromegaly. *Metabolism* 1975; 24: 829–838.
6. Baldelli R, De Marinis L, Bianchi A. Microalbuminuria in insulin sensitivity in patients with growth hormone-secreting pituitary tumor. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 710–714.
7. Colao A, Ferone D, Marzullo P. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. *Endocr Rev* 2004; 25: 102–152.
8. Hermann BL, Brandt-Mainz K, Saller B. Myocardial perfusion abnormalities in patients with active acromegaly. *Horm Metab Res* 2003; 35: 183–188.
9. Dostalova S, Sonka K, Smahel Z. Craniofacial abnormalities and their relevance for sleep apnea syndrome aetio-pathogenesis in acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2001; 144: 491–497.
10. Rokkas T, Pistiolas D, Sechopoulos P. Risk of colorectal neoplasm in patients with acromegaly: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 3484–3489.
11. Collao A, Marzullo P, Ferone D. Prostatic hyperplasia: an unknown feature of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 1986–1991.
12. Beckers A, Daly AF. *The epidemiology of acromegaly*. In: Wass JAH, editor. *Acromegaly*. Bristol: BioScientifica; 2009: 13–18.
13. Colao A. The GH-IGF-I axis and the cardiovascular system: clinical implications. *Clin Endocrinol* 2008; 69: 347–358.
14. Renehan AG, Bhaskar P, Painter JE. The prevalence and characteristics of colorectal neoplasia in acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 3417–3424.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Wojciech Zieleniewski

Klinika Endokrynologii UM

ul. Sterlinga 3

91-425 Łódź

Tel.: (42) 633-19-31

E-mail: wz1964@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.03.2011 r.

Po recenzji: 4.04.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2011 r.