

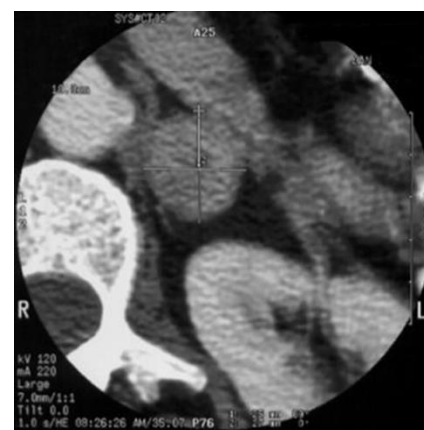
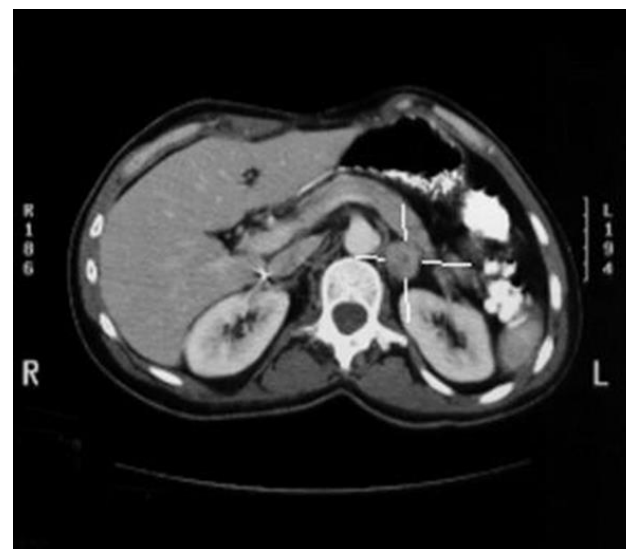
Адренални тумори инциденталоми

Адренални тумори - инциденталомии

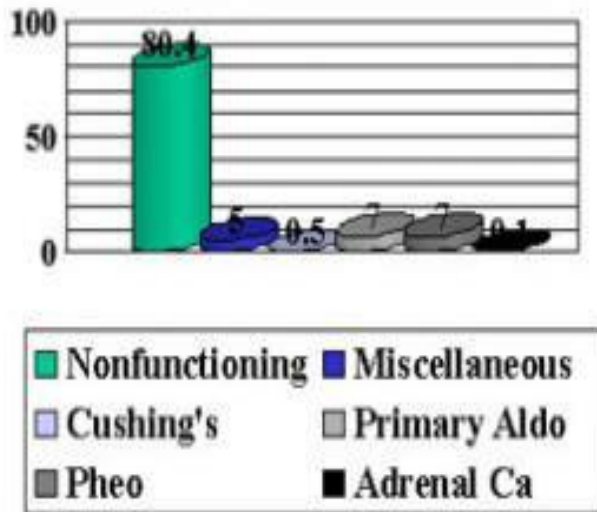
- Случајно откриени адренални тумори >1cm.
- Мали - со дијаметар 1-6cm (2-9% од аутопсии).
- Тумори со дијаметар >6cm (вообичаено малигни).
- Нови критериуми >4cm може да се малигни (1малиген:8).
- Имиџинг процедури - при други испитувања (1-5%)
- Испитување при суспектност на адренална болест (CS)
- Најчесто неми во клиничка смисла, не покажуваат симптоми и знаци за хормонска хиперактивност.
- Чести кај општата популација.
- Локално – болка, слабеење и палпабилна маса.
- Често асоцирани со ХТА и дијабетес.

Адренален кортикален аденом и карцином

- Најчесто кај возрасни, но и во било која возраст
- Бениген тумор
- 25% адренална метастаза при постоење на примарен тумор (карцином на плуќа, адренална маса сугерира метастаза).
- Адреналните карциноми се често поголеми од 6 cm во дијаметар, со неправилна маргина. Тие се еднострани, понекогаш со локална инвазија и лимфаденопатија и метастази.



Adrenal Incidentaloma by Disease type



Нефункционални 85%

(хормонски неактивни)

Останати 15%

- функционални или

- малигни (понатамошна
евалуација и третман)

Често се откриваат на аутопсија

Феохромоцитомите 1/4 се
откриваат на аутопсија,

90% со хормонска активност,

29% починале за време на
операција,

27% починале од

кардиоваскуларна компликација,

17% цереброваскуларна болест



ДИЈАГНОЗА

Феохромоцитом

Почест отколку што се мислело

- ДГ често се занемарува
- Непрепознавањето доведува до смрт
- ХТА, катехоламински симптоми
- Катехоламини, метанефрин (урина и плазма слободен метанефрин, ВМА и креатинин (24ч. урина) (1-10%)

Кушингов синдром (субклинички)

- Слободен кортизол 24ч урина, брз дексаметазонски тест - кортизол (прекуноќен 1mg дексаметазонски тест) cortisol > 138nmol/l (5µg/dL)

ХТА - Хипералдостеронизам

- Скрининг за хипералдостеронизам, ↓К, ↓PRA, aldosteron > 18ng/dl, плазма алдостерон/ренин > 30

Адренокортикален карцином

- Слабеење.
- Вирилизација кај жени – андроген продуцирачки тумор
- Феминизација кај мажи – естроген секретирачки тумор
- ↑Уринарни 17 - ketosteroids

Системски болести

- Амилоидоза, грануломатозни болести, фунгална или ТБЦ инфекција

Билатерална адренална маса

- Хеморагија (коагулопатија, антикоагулантна терапија)

Миелолипом

ДИЈАГНОЗА

Физикален наод

- Висок крвен притисок,
- Постурална хипотензија
- Тахикардија
- Хипертензивна ретинопатија
- Хирзутизам и стрии
- Централна дебелина
- Гинекомастија

Визуализација

- **УЗ** – примарен скрининг,
- **КТ** – поекономично, одредува големина, облик, и изглед.
- **MRI** - еднакво ефикасна за разликување бенигни од малигни лезии, супериорна во откривање на феохромоцитомите.

PET (positron-emission tomography) претходна историја на малигнитет и суспектен малигнитет.

Iodine-131 metaiodobenzylguanidine (MIBG).

Тенкоиглена пункциона биопсија

- помага да се идентификува метастатска, системска и хеморагична болест на надбубрежните жлезди.
- Феохромоцитом секогаш треба да биде исклучен, за да се избегне потенцијална хипертензивна криза.
- треба да се користи само кога адреналниот инциденталом не може да се дијагностицира клинички или хормонално.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА И ТЕРАПИЈА

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Примарни, метастатски, бенигни, малигни
- Адренален кортикален аденом
- Адренална кортикална хиперплазија
- Адренална кортикална неоплазма
- Инфилтративни болести
- Метастатски болести
- Тератоми, атипични
- Соседните структури кои наликуваат на адренални инциденталомии

ТЕРАПИЈА

Хируршки третман

- не треба да се изведува кај пациенти со асимптоматска, нефункционална еднострана адренална маса и очигледни бенигни карактеристики на дг. визуализациски снимки.

Отворена адреналектомија

- унилатерална адренална маса
- малигнитет со локална инвазија
- Тумор - хормонска активност
- Тумор >5cm (нов критер.>4cm)

Лапараскопска адреналектомија

- унилатерална адренална маса,
- радиолошка суспектност за малигнитет без локална инвазија
- Дијаметар $\leq 6\text{cm}$
- Терапија - зависи од клеточниот тип, раширеноста и локализација на примарниот тумор.

ПРОГНОЗА

- Бенигни - 100% излекување.
- Малигни - 50% (5 годишно преживување)
- Хиперкортизолизмот (особено субклиничкиот) е најверојатно хормонално нарушување кое се развива во периодот на следење.
- Феохромоцитом - долготрајно следење (стапка на повторување 10-15%)
- Адренална инсуфициенција - при билатерална адренална болест, лимфом, хеморагија, постоперативно еднострана адреналекомија (аденом) → кортикотропен дефицит, потребна супституција

