

Nejčastější endokrinologické choroby a jejich léčba

Klasicky patří mezi endokrinologické choroby onemocnění, která postihují žlázy s vnitřní sekrecí – hypofýzu, štítnou žlázu, příštítná tělíska, nadledvinovou kůru a dřeň, vaječníky a varlata. Zvláštní osud postihl Langerhansovy ostrůvky pankreatu. Ty také tvoří žlázu s vnitřní sekrecí, ale dostaly se do péče diabetologů, kteří se u nás z endokrinologie oddělili, ačkoli nyní spolu oba obory opět konvergují.

Žlázy s vnitřní sekrecí produkují hormony, které buď ovlivňují tvorbu dalších hormonů, nebo řídí tělesnou homeostázu, metabolismus, růst a reprodukci. Stejně či podobné hormony se však tvoří a vylučují i v tkáních, které mezi žlázy s vnitřní sekrecí nepočítáme – klasicky je to mozek, gastrointestinální trakt, játra, cévní a srdeční endotel, tuková tkáň, tkáň četných nádorů, placenta apod. V tomto přehledu zůstaneme věrni klasické endokrinologii.

Hypofýza

Nejčastějším postižením hypofýzy jsou hypofyzární adenomy. Vyskytují se u 10–20% obyvatel. Většinou se jedná o adenomy velmi malé – pikoadenomy (do 2 mm v průměru), které neohrožují nositele ani svým růstem, ani svou případnou sekrecí. Jen u některých agresivnějších adenomů dochází k pokračujícímu růstu a k útlaku okolních orgánů jako zdravé hypofýzy, zrakové dráhy, okohybných nervů, později i mozkové tkáně, či se adenom projevuje příznaky z nadměrné hormonální sekrece.

Nemocných s adenomy, jež vyžadují léčbu, je pouze 0,1% naší populace. Dvě třetiny z nich představují adenomy tvořící prolaktin, na druhém místě jsou klinicky afunkční adenomy. V četnosti následují hormony tvořící růstový hormon a způsobující akromegalii či v dětství gigantismus, adenomy se sekrecí adrenokortikotropního hormonu, způsobující hyperkortisolismus (Cushingovu chorobu), a se sekrecí tyreotropního hormonu, způsobující centrální formu hypertyreózy.

V léčbě se uplatňují tři metody: neurochirurgické operace, ozáření a medikamentózní léčba. Ta je možná u většiny prolaktin secernujících adenomů a u akromegalií. Jako ozáření upřednostňujeme stereotaktické ozáření Leksellovým gama nožem, případně lineárním urychlovačem. Ozáření Leksellovým gama nožem umožňuje

na adenom přesně zacílit vysokou radiační dávku bez poškození tkání, kterými záření prochází, a bez poškození zdravé hypofýzy.

Štítná žláza

Velmi častým postižením štítné žlázy je její zvětšení – struma. Stěžejní je při vzniku strumy zvýšená proliferativní aktivita buněk štítné žlázy – tyreocytů – způsobená nedostatkem jodu nebo jinými strumigenními stimuly či autoimunitním zánětem. Asi 20% obyvatelstva má ve štítné žláze uzly. Jsou častější u žen a jejich frekvence narůstá s věkem. Při jejich vzniku se uplatňují degenerativní změny ve štítné žláze. Malé uzly obvykle jen sledujeme, ale nezapomínáme, že u 2% z nich je přítomen karcinom štítné žlázy. Proto každý podezřelý uzel musíme nechat vyšetřit cytologicky ze vzorku tkáně získané biopsií tenkou jehlou. Uzly s pozitivním či podezřelým nálezem jsou indikací k operaci. Stejně tak jsou indikací k operaci velké strumy, zejména když tlačí na okolní tkáň a zužují tracheu, a tzv. „horké uzly“, které vytvářejí v nadbytku hormony štítné žlázy a způsobují hypertyreózu.

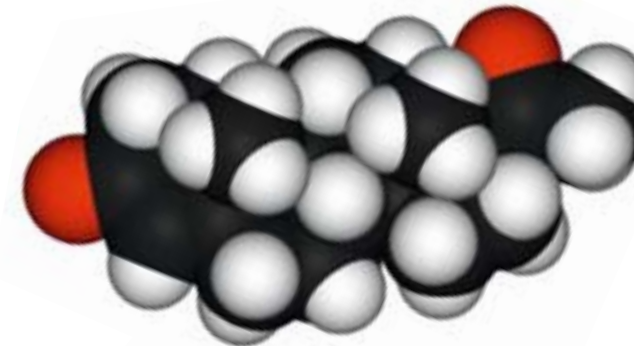
Asi 5% populace středního věku a až 10–15% žen přes sedmdesát let věku trpí sníženou činností štítné žlázy – hypothyreózou, která má buď svou mírnou – subklinickou – formu, nebo formu s plně vyvinutými příznaky. Ale i subklinická forma má svoje příznaky – stoupá hladina cholesterolu, zhoršuje se demence u seniorů, snižuje se možnost otěhotnění a především poškozuje plod, pokud se rozvine u gravidní ženy. Proto je nutné u žen na počátku gravidity testovat hladiny hormonů štítné žlázy. Hlavní příčinou hypothyreózy je dnes u nás autoimunitní zánět štítné žlázy. Léčí se hormony štítné žlázy.

Méně častá je zvýšená činnost štítné žlázy – hypertyreóza. Nejčastější příčinou je také autoimunitní původ, způsobený pro-

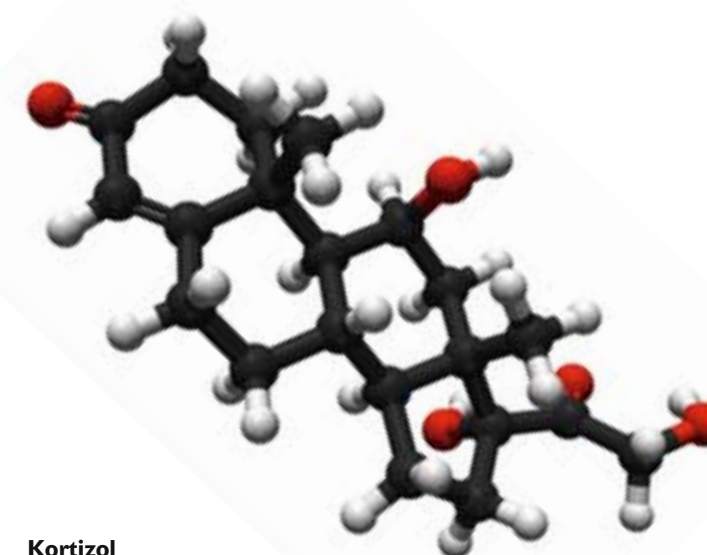
Možnosti volby? Operace, ozáření a medikamentózní léčba.



Testosteron



Progesteron



Kortizol

tilátkami proti receptoru hypofyzárního tyrotropinu v buňkách štítné žlázy. Léčbou prvé volby je normalizace zvýšené tvorby hormonů štítné žlázy skupinou léků, jež blokují jejich syntézu. Pokud tak nedojde k vyléčení, připadá v úvahu ozáření štítné žlázy radioizotopem jodu 131 či chirurgické odstranění celé štítné žlázy.

Příštítná tělíska

Nejčastější chorobou příštítných tělísek je jejich hyperfunkce – primární hyperparatyreóza, která vzniká buď z adenomu jednoho nebo více tělísek (86%), či z jejich hyperplazie. Takto postiženo je 0,2% populace. Nadbytek parathormonu způsobuje vyplavování vápníku z kostí a jeho zvýšené vstřebávání. Důsledkem je jeho zvýšená hladina v krvi a zvýšené vylučování močí. To má četné klinické příznaky – od postižení kostí odvápněním (hyperparatyreózní osteodystrofie) přes tvorbu ledvinových kamenů, svalové slabosti, vředovou chorobu žaludku a duodena, záněty slinivky břišní, sklonu k hypertenzi až k neuropsychickým změnám. Léčba je operační.

Nadledviny

Kůra nadledvin může být postižena již kongenitálně – enzymovým defektem, který vyvolává adrenální hyperplazii a vede u žen k virilizaci a těžší formy u obou pohlaví k minerálové dysbalanci. Takto je postiženo 0,015% novorozenců. Léčba je hydrokortizonem či v dospělosti též jeho analogem dexametazonem.

Získané poruchy funkce nadledvin mohou vyústit v hypofunkci či hyperfunkci. Primární hypofunkce nadledvinové kůry je u nás nyní nejčastěji na autoimunitním podkladě. Její prevalence je přibližně padesát onemocnění na milion obyvatel. Léčba probíhá substitucí hormonů nadledvinové kůry – sekrece kortizolu je nahrazena podáváním hydrokortizonu a sekrece aldosteronu podáváním fludrokortizonu.

Nadbytek tvorby nadledvinového kortizolu má za následek Cushingův syndrom (prevalence deset nemocných na milion obyvatel) s typickou „pavoučí“ obezitou a celou řadou život ohrožujících metabolických změn. Stejný důsledek má i nadměrné léčebné podávání analogů kortizolu. Jeho léčba je podle příčiny: nejčastější příčinou je adenom hypofýzy, dále jsou to adenomy nebo karcinomy nadledvinové kůry a třetí možností pak ektopická sekrece adrenokortikotropního hormonu z nádorových buněk.

Nadbytek aldosteronu způsobuje Connův syndrom, projevující se především hypertenzí. Jeho výskyt je udáván v populaci mezi 0,5 až 2%. Mezi nemocnými s hypertenzí se vyskytuje přibližně v 6%. Je-li způsoben adenomem nadledviny, je léčba operativní, je-li příčinou hyperplazie, je léčen medikamentózně (především spironolaktone).

Nádor dřeně nadledvin – feochromocytom – je charakterizován vyplavováním katecholaminů s hypertenzí, tachyarytmie a jejich orgánovými projevy. Léčba je operační. ■

Každý podezřelý uzel ve štítné žláze musíme vyšetřit!