

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas



STUDENTŲ MOKSLINĖS VEIKLOS TINKLO LXXVI KONFERENCIJA



Vilnius, 2024 m. gegužės 13–17 d.

PRANEŠIMŲ TEZĖS

Leidinį sudarė

VU MF Mokslo ir inovacijų skyriaus

inovacijų specialistas Kristijonas PUTEIKIS ir

administratorė Rima DAUNORAVIČIENĖ



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2024

Mokslo komitetas:

doc. dr. Valdemaras Jotautas
dr. Diana Bužinskienė
prof. dr. Violeta Kvedarienė
prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas
Indrė Sakalauskaitė
Laura Lukavičiūtė
dr. Agnė Abraitienė
doc. dr. Jūratė Pečeliūnienė
prof. dr. Vaiva Hendrixson
doc. dr. Ieva Stundienė
prof. dr. Eglė Preikšaitienė
doc. dr. Birutė Zablockienė
prof. dr. Pranas Šerpytis
Artūras Mackevičius

dr. Žymantas Jagelavičius
doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
prof. dr. Marius Miglinas
Žilvinas Chomanskis
doc. dr. Kristina Ryliškienė
prof. dr. Vilma Brukienė
doc. dr. Saulius Galgauskas
Andrius Žučenka
doc. dr. Birutė Brasiūnienė
doc. dr. Jaunius Kurtinaitis
prof. dr. Eugenijus Lesinskas
doc. dr. Goda Vaitkevičienė
prof. dr. Alvydas Navickas
doc. dr. Rima Viliūnienė
prof. dr. (HP) Edvardas Danila

prof. dr. Nomedą Rima Valevičienė
Teresė Palšytė
doc. dr. Vytautas Tutkus
doc. dr. Danutė Povilėnaitė
dr. Viktorija Andrejevaitė
prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
dr. Arnas Bakavičius
prof. dr. Gilvydas Verkauskas
prof. dr. Sigitą Lesinskienė
doc. dr. Marija Jakubauskienė
prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė

Organizacinis komitetas:

Kristina Marcinkevičiūtė
Viktorija Rakovskaitė
Austėja Grudytė
Justina Semenkovaitė
Matas Žekonis
Rokas Žekonis
Milvydė Marija Tamutytė
Augustė Senulytė
Miglė Miglinaitė
Rokas Bartuška
Damian Luka Mialkowskyj
Karina Mickevičiūtė
Jovita Patricija Druta
Emilija Šauklytė

Austėja Račytė
Tadas Abartis
Mindaugas Smetaninas
Rafal Sinkevič
Gerda Šlažaitė
Kamilė Čeponytė
Einis Novičenko
Benas Matuzevičius
Gabriela Šimkonytė
Ieva Ruzgytė
Milda Mikalonytė
gyd. rez. Valentinas Kūgis
gyd. rez. Gabrielė Bielinytė
Vėjas Vytautas Jokubynas

Deivilė Kvaraciejūtė
Julija Pargaliauskaitė
Paulius Montvila
Rūta Bleifertaitė
Alicija Šavareikaitė
Julija Kondrotaitė
Gediminas Gumbis
Joana Leščevskaja
Gabrielė Bajoraitė
Augustinas Stasiūnas
Odeta Aliukonytė
Robertas Basijokas
Elvin Francišek Bogdzevič

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2024

© Vilniaus universitetas, 2024

INVAZINĖ GIGANTINĖ PROLAKTINOMA. KLINIKINIO ATVEJO ANALIZĖ IR LITERATŪROS APŽVALGA

Darbo autorė. Gabija RAZIŪNAITĖ, V kursas.

Darbo vadovas. Dr. Agnė ABRAITIENĖ, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Vidaus ligų, šeimos medicinos ir onkologijos klinika, VUL SK Endokrinologijos centras.

Darbo tikslas. Aprašyti ir pristatyti gigantinės prolaktinomos klinikinį atvejį bei apžvelgti literatūrą apie gigantinių prolaktinomų gydymą.

Darbo metodika. Klinikinis atvejis nagrinėtas gavus paciento sutikimą ir Santaros klinikų leidimą nagrinėti nuasmenintus paciento duomenis. Literatūros paieška atlikta „MEDLINE“ duomenų bazėje naudojant raktažodžius: „(prolactinoma) OR (prolactin-secreting pituitary adenoma) OR (macroadenoma)“. Atrinkti straipsniai, kurie išleisti 2019–2024 metais anglų kalba bei aprašo gigantines prolaktinomas.

Atvejo aprašymas. 2015 metais 45 m. pacientas kreipėsi į gydymo įstaigą dėl metų trunkančio galvos skausmo, pablogėjusio regėjimo. Klinikinio ištyrimo metu stebėtas maistinis I laipsnio nutukimas, sumažėjęs plaukuotumas barzdos ir ūsų srityje, egzoftalmas ir homoniminė hemianopsija dešinėje. Laboratoriniais tyrimais nustatyta hiperprolaktinemija (prolaktinas (mU/l) – 79784,7), panhipopituitarizmas, antrinė hipotirozė, antrinis antinksčių nepakankamumas, antrinis hipogonadizmas. Atlikus galvos magnetinį rezonansą nustatytas 34/48/49 mm dydžio darinys hipofizėje, peraugantis į kitas struktūras. Atliktas hipofizės makroadenomos pašalinimas transfrontaliai, gautas histologinis atsakymas – hipofizės adenoma, prolaktinoma. Paskirtas hipotirozės, antinksčių nepakankamumo, hipogonadizmo gydymas bei Bromocriptini po 2.5 mgx2d. Po mėnesio – prolaktino kiekis serume ženkliai sumažėjo, ilgainiui pasiekė normos ribas.

2022 m. pacientui pradėjo skaudėti dešinį šoną, todėl pacientas vaistų vartojimą nutraukė. 2023 m. balandį kreipėsi į gydymo įstaigą, skundėsi nepastoviu galvos skausmu, pykinimu, prastu regėjimu dešine akimi. Po apsilankymo pacientui atnaujintas hipotirozės, hipogonadizmo ir antrinio antinksčių nepakankamumo gydymas bei, dėl įtariamo prolaktinomos recidyvo, paskirtas kabergolinas 0,25 mg/sav. 2023m. gegužės mėn. atliktame magnetinio rezonanso tyrime – turkiabalnio dorzalinėje dalyje išryškėjo 13x10x6mm dydžio židiny, įtartas nedidelis recidyvas. Tęstas paskirtas gydymas. 2024 m. sausio mėnesį atlikto magnetinio rezonanso tyrimo metu nustatyta, jog darinys dinamiškoje mažėja (7x3,5 mm). Kabergolino dozė sumažinta iki 0,25 mg kas 2 sav. 2024 m. sausio mėnesį pacientas jautėsi gerai, pradėjus vartoti paskirtą gydymą išnyko galvos skausmas, pykinimas ir svaigimas, prastas regėjimas dešine akimi išliko. Tarpdisciplininio aptarimo metu nuspręsta tęsti medikamentinį gydymą, chirurginis prolaktinomos recidyvo gydymas nerekomenduojamas esant efektyviam medikamentiniam gydymui.

Rezultatai. Prolaktiną išskiriančios adenomos (prolaktinomos) yra dažniausios hipofizės adenomos, pasitaikančios 5 iš 10 000 asmenų. Gigantinės prolaktinomos, kurių dydis >40mm, yra retos, sudaro 1–5 proc. visų prolaktinomų ir yra dažnesnės vyrams nei moterims (9:1). Gigantinės prolaktinomos dažnai būna invazyvios, galinčios plisti į kavernozius sinusus, pažeisti regos nervą. Nepaisant agresyvios išvaizdos, šios adenomos dažniausiai yra gerybinės ir gerai reaguoja į gydymą kabergolinu, todėl pirmaeilis gigantinių prolaktinomų gydymas – dopamino agonistai (bromokriptinas arba kabergolinas), operacinis gydymas taikomas rečiau. Operaciją kaip pirmaeilį gydymą galima taikyti esant greitai progresuojančiam regėjimo praradimui, siekiant užtikrinti greitą regos nervų dekompresiją. Chirurginio gydymo sėkmingumas priklauso nuo prolaktinomos dydžio ir invazyvumo – kuo prolaktinoma didesnė ir labiau išplitusi, tuo didesnė rizika recidyvui, taip pat vyriška lytis didina recidyvų ir atsparumo medikamentiniam gydymui riziką. Invazinių gigantinių prolaktinomų remisija po operacijos pasiekama tik 23,5 proc. atvejų, todėl dažnai gydymą dopamino agonistais reikia tęsti net ir po sėkmingo chirurginio adenomos pašalinimo.

Išvados. Gigantinės prolaktinomos yra retos, dažniau pasitaiko vyrams. Jų optimali gydymo taktika tebėra diskusijų objektu, daugelis ekspertų rekomenduoja medikamentinį gydymą kaip pirmo pasirinkimo gydymo metodą, nes gigantinių prolaktinomų atsakas į dopamino agonistus dažniausiai yra geras. Pristatytas klinikinis atvejis iliustruoja ribotą chirurginio gydymo efektyvumą gydant gigantinę prolaktinomą, todėl prieš renkant šį gydymo būdą reikėtų išbandyti medikamentinio gydymo galimybes.

Raktažodžiai. Prolaktinoma; hipofizės makroadenoma; hiperprolaktinemija.