

Diferenciální diagnostika hyperkortizolismu

(podle doporučení ČES)

Průkaz hyperkortizolismu:

- 1) opakovaně (minimálně 2x po sobě) nález zvýšeného odpadu volného kortizolu v moči za den
- 2) Kortizolémie: ranní > 550 nmol/l, večerní: > 190 nmol/l

Diferenciální diagnostika hyperkortizolismu:

- 1) Dexamethasonový zkrácený supresní test (9 hod po 1 mg p.o.):
 - a. Kortizolémie < 80 nmol/l = normální nález
 - b. Kortizolémie se nemění = asuprese (deprese, pseudocushing??) → DST 8 mg
- 2) Dexamethasonový zkrácený supresní test (9 hod po 8 mg p.o.):
 - a. Kortizolémie < 80 nmol/l → ACTH↑↑, po Synactenu ACTH ↑↑
→ **Hypofyzární lokalizace:** MRI selly, SPIs c/p (odběry ACTH v hypofyzární a periferní krvi)
 - b. Kortizolémie se nemění=asuprese → ACTH↓↓ → **Adrenální lokalizace:** CT (sono), náběr adrenální krve dx/sin
 - c. Kortizolémie se nemění=asuprese → ACTH↑↑ → **Ektopická lokalizace:** CT břicha, plic, krku

Provedení zkráceného DST: podává se 1 či 8 mg DST se podává ve 23.00 hod, v 8.00 se provádí odběr na kortizol v séru.

Hodnocení:

- 1) správná reakce = suprese = kortizol < 80 nmol/l.
V případě vyššího ACTH jde o centrální hyperkortizolismus (makroadenom)
- 2) v případě asuprese po 1 mg se provádí následující den test s 8 mg DST
 - a. v případě suprese = kortizol < 80 nmol při zvýšení ACTH jde centrální hyperkortizolismus (makroadenom)
 - b. v případě asuprese = kortizol < 80 nmol jde o periferní adenom (Ca), karcinoid, nebo ektopický zdroj ACTH (nacházíme extrémní hodnoty ACTH)