

Hypofysincidentalom

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Sammanfattning

Rutinen baseras på [NFPA – Non-Functioning Pituitary Adenoma - RCC Kunskapsbanken](#)¹ och omfattar anamnes, klinisk status, prover, åtgärder och uppföljning vid utredning av hypofysincidentalom.

Bakgrund och syfte

Syftet är att underlätta korrekt handläggning av tillståndet för både kollegor inom andra specialiteter och randande/ nya ST läkare på endokrinmottagning.

Definition

Med termen ”hypofys incidentalom ” avses en förändring i hypofysen som upptäcks vid röntgenundersökning utförd av annan orsak än misstanke om hypofyssjukdom.

Förekomst

Bland vuxna som genomgår radiologisk undersökning (DT eller MR) av olika skäl annat än utredning av hypofysen upptäcks mellan 4–38% hypofysincidentalom <10 mm². Naturförloppet är oftast benignt. Incidentalom fördelas i två grupper beroende på storlek, <10mm i diameter (mikroincidentalom) och ≥10mm i diameter (makroincidentalom). Ett mikroincidentalom växer sällan däremot har ett makroincidentalom en tillväxtpotential och bör följas noggrant avseende tillväxt och komplikationer (synpåverkan och hypofyssvikt).

Etiologi²

Vanligaste orsaker:

NFPA: icke-hormonproducerande adenom (55%)

Rathkes cysta (14%)

Hormonproducerande adenom (Prolaktinom, GH-producerande, ACTH-producerande) (18%)

Annat

Handläggning

-> Remiss till endokrinmottagning vid nyupptäckt hypofysincidentalom

-> Det är ytterst viktigt att patienten informeras från behandlande läkare att fyndet är nästan alltid benignt och kräver sällan kirurgiskt ingrepp (transsfenoidalt). Var god se bifogade ”patientinformation” dokument nedan.

Obs! Vid makroincidentalom som når /påverkar chiasma bör endokrinkonsult på SÅS kontaktas telefonledes (kontorstid) och endokrinjour på SU (jourtid) för snabbt omhändertagande. Eventuellt ska neurokirurg på SU kontaktas.

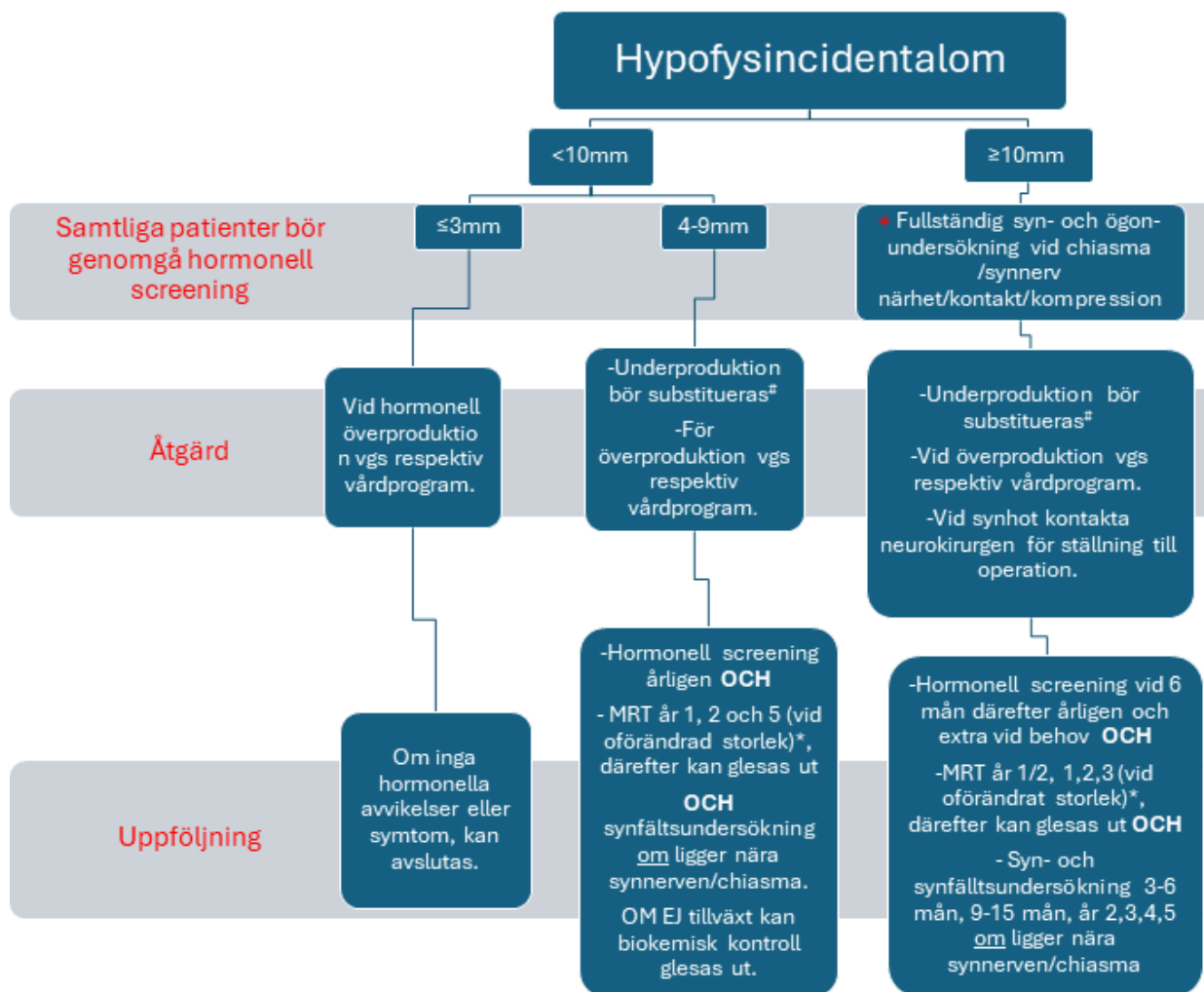
Klinisk status:

Hypertoni? svettningar? akromegala drag? Cushingoida tecken? huvudvärk? synnedsättning? synfältsdefekter (bitemporal hemianopsia)? menstruationsrubbningar? galaktorre? infertilitet? kortisolbrist symtom? Trötthet? nedsatt libido? Viktförändringar? polyuri?

Hormonell screening:

S-kortisol (kl 08), S-Prolaktin, TSH, ft4, LH, FSH, SHBG och S-testosteron (män) eller S-östradiol (kvinnor), S-IGF1

Övriga prover: H1, P1



Vid samtidig kortisolsvikt och central hypotyreos, **bör kortisonbehandling alltid inledas först** och i senare skede Levaxin

*Vid storleksökning ska MR undersökning tidigareläggas

Relaterad information

[Patientinformation hypofysincidentalom .pdf](#)

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Ilona Kiourtzidou, ST läkare endokrinologi och diabetes, SÄS

Källförteckning

1. Nationellt vårdprogram för hypofystumörer. Regionala cancercentrum i samverkan [NFPA – Non-Functioning Pituitary Adenoma - RCC Kunskapsbanken](#)
2. Uptodate: Pituitary incidentalomas

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Medicinklinik

Innehållsansvar: Ilona Kiourtzidou, (iloki1), Underläkare, ST

Granskad av: Ilona Kiourtzidou, (iloki1), Underläkare, ST

Godkänd av: Katarina Zamac, (katlu3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9632-70098801-4

Version: 1.0

Giltig från: 2025-04-30

Giltig till: 2027-04-30