

ADRENOKORTIKOTROOPNE HORMOON PLASMAS

Lühend	P-ACTH
Mõiste	Adenohüüföüsi polüpeptiidne hormoon, mis reguleerib neerupealiste koore hormoonide (eelkõige glükokortikoidide) sünteesi. ACTH sekretsiooni tähtsaim stimuleerija on kortikotropiini vabastajahormoon (CRH), mille mõjul on ACTH eritumine ööpäevase rütmiga (variatsioon 150–200%) ja episoodiline (pulsatiivne). Suurimad väärtused veres on varahommikul, väikseimad keskööl. Kortisooli ööpäevarütm kaob Cushingi tõve ja ektoopilise ACTH-sündroomi korral. Füüsikaline, emotsionaalne ja keemiline (hüopoglükeemia) stress suurendavad ACTH sisaldust veres nii CRH kui vasopressiini vahendusel. Kortisool inhibeerib ACTH vabanemist (negatiivne tagasiside). Cushingi tõve, ektoopilise ACTH-sündroomi, stressi korral kortisooli poolt inhibeerimist ei toimu.
Näidustused	<ul style="list-style-type: none"> ▪ primaarse ja sekundaarse neerupealiste koore puudulikkuse diferentsiaaldiagnostika ▪ Cushingi sündroomi diferentsiaaldiagnostika, vajadusel lisaks stimulatsioonitest (CRH-test) ▪ abiuuring kaasasündinud neerupealiste koore hüperplaasia diagnostikas
Patsiendi ettevalmistus	Vajadusel ettevalmistus funktsionaalseks uuringuks. Uuringut ei teostata infektsiooni, operatsiooni- või traumajärgsel ajal. Veri võtta enne glükokortikoidasendusravi alustamist (ka Addisoni kriisi korral).
Proovivõtu vahendid	EDTA (K2/K3E) katsuti, eeljahutatud
Materjali säilivus ja transport	Plasma: 22 °C 2 tundi, –20 °C 1 kuu Pärast verevõttu tuleb katsuti kohe jäävette asetada ja kohe (< 5 minuti jooksul) laborisse tuua või eraldada plasma ja saata see laborisse külmutatult.
Teostamise aeg ja koht	Argipäeviti, kliinilise keemia, Ravi 18
Mõõtmismeetod	Elektrokemoluminestsents
Referentsvahemikud	Hommiikul kell 7–10: 1,6 – 13,9 pmol/L
Tõlgendus	<p>ACTH↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ primaarne neerupealise koore puudulikkus (Addisoni tõbi) ▪ ektoopiline ACTH-sündroom ▪ Cushingi tõbi (hüüföüsi ACTH-d sekreteeriv tuumor) ▪ kongenitaalne neerupealiste hüperplaasia ▪ rasedus, vastsündinud, füüsiline koormus <p>Segavad tegurid: stress (hüopoglükeemia, infektsioonid, trauma jt), alkohol, ravimid (östrogeen, kortikosteroidid, levodopa, liitium)</p> <p>ACTH↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sekundaarne neerupealiste koore puudulikkus (hüpopituitarism) ▪ neerupealiste primaarne hüperplaasia ▪ neerupealise koore kasvaja ▪ kaalulangus, imetamine <p>Segavad tegurid: pikaajaline glükokortikoidravi</p>
Konsultatsioon	Liisa Kuhi
HK hinnakirja koodid	66706
Kirjandus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Välimäki M, Sane T, Dunkel L jt (2003) Endokrinoloogia, Duodecim (2000), tõlge eesti keelde Medicina: 31; 41–44; 239–266 2. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 152–154 3. Greenspan FS, Baxter JD (1994) Basic & Clinical Endocrinology, 4th Edition: 74–75; 307–342
Koostaja	Liisa Kuhi