

**KISMİ APOPLEKSİ VE NEKROZ İLE BİRLİKTE SEYREDEN BÜYÜME
HORMONU ADENOMU**

Altaş M*, Aras M*, Altaş ZG**, Üstün İ***, Davran R****, Gökçe C***
*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı
**Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
***Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı
****Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Geliş Tarihi / Received: 14.02.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 24.03.2011

ÖZET

Pituiter apopleksi yaşamı tehdit eden klinik bir sendromdur. Apopleksi ile birlikte olan kanamalı nekroz literatürde son derece nadirdir. Birçok yazar akut pituiter apopleksinin vasküler adenom içine primer kanamadan ziyade genişleyen pituiter adenomun ani iskemisi, nekrozu ve kanamasının sonucu geliştiğini düşünmektedir. Biz bu çalışmada kısmi apopleksi ile gelişen ve kanamaya bağlı nekrozun eşlik ettiği olguyu literatür ışığında tartıştık.

Anahtar kelimeler: Pituiter apopleksi, büyüme hormonu adenomu

**THE COMBINATION OF PARTIAL APOPLEXY AND NECROSIS WITH
GROWTH HORMONE ADENOMA**

SUMMARY

Pituitary apoplexia is a life threatening syndrome of the life. Apoplexia associated with hemorrhagic necrosis is a very rare event in the literature. Many authors think that pituitary apoplexia is a result of the sudden ischemia, necrosis, and hemorrhage due to an enlarging pituitary adenoma rather than a primary hemorrhage into the vascular adenoma. We discussed a case of pituitary apoplexia associated with hemorrhagic necrosis under the light of literature in the present study.

Key words: Pituitary apoplexia, growth hormone adenoma

Giriş

Pituiter apopleksi (PA), yaşamı ciddi tehdit eden klinik bir sendromdur. Bunun nedeni, pituiter kitlenin tümüyle ekspansiyonudur. 1898'de Bailey tarafından rapor edilmiştir. Karakteristik olarak baş ağrısı, bulantı, kusma, görme bozuklukları, 3.sinir parezisi, konfüzyon ve komaya kadar değişen bulgularla kendini gösterir. PA nadir bir durumdur ve çok geniş serilerde insidansı %1.6 olarak rapor edilmiştir (1). Son yıllarda literatürde üç geniş

seri yayınlanmış ve bu serilerde analiz edilen 77 PA hastasının sadece üçünde akromegali tespit edildiği bildirilmiştir.

Bu yazıda, daha önce tanı konmamış kısmi apopleksi ile gelen, ameliyat edilen ve patoloji sonucu büyüme hormonu adenomu ve kanamaya bağlı nekrozun eşlik ettiği bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

Otuz bir yaşında 2 yıl öncesine kadar hiç bir yakınması olmayan bayan hastada baş ağrısı, terleme, sinirlilik yakınmaları başlamış. Daha sonra el ve ayaklarda, yüzde, burunda büyüme, dişler arası mesafede açılma yakınmaları başlamış ve bu yakınmalar giderek artmış. İlk adetini 12 yaşında görmeye başlayan hasta 18 yaşına kadar adetlerini 20-21 günde bir düzenli olarak görüyormuş. 18 yaşında evlenen hasta adetlerini 2-3 ayda bir kez görmeye başlamış. 24 yaşından sonra 6 ayda bir adet görmeye başlamış. Kadın Doğum Hastanesinde medikal tedaviyle adetleri düzelen hasta akromegali ön tanısıyla tetkik edildi. Fizik muayenesinde kan basıncı 110/70, nabız 84/dk, ateş 36.5°C idi ve baş boyun muayenesinde tiroid sol lobda 0.5x1.0 cm çaplı nodül mevcuttu.

Tartışma

PA insidansı ve predispozan faktörleri ile ilgili değişik raporlar bildirilmiştir. PA ile ilgili olarak radyasyon, intrakranial basınç gradienti değişiklikleri, minör kafa travması, hormonal terapi, gebelik, diabetes mellitus gibi sebepler bildirilmiştir. Fakat çoğu vakada sebep hala belirsizdir (2). PA, pituiter bezin kanama ve nekrozun sebep olduğu ani klinik bir sendromdur. PA aynı zamanda pituiter adenomlardaki benzer patolojik değişiklikler içinde kullanılır. PA'nın etiopatogenezi hala tartışmalıdır. Bazı yazarlar hızlı tümöral büyüme olduğunu düşünmektedir. Gerçektende bu patolojik süreçte olayın bir birincil kanamamı yoksa gerçek bir infarktüs mü olduğu belirsizdir. Adenom boyutu önemli olmasına rağmen daha küçük adenomlarda da kanama olduğu bilinen bir gerçektir. Bizim olgumuzda şiddetli baş ağrısının ve görme bozukluğunun olması ayırıcı tanıda ilk etapta subaraknoid hemorajiyi ikinci olarak MSS enfeksiyonunu düşündürmüştür. Olgumuzda ilk olarak apoplexi akla gelmemiştir. Bu nedenle ayırıcı tanıda apoplexi, morbidite ve mortalite mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Adenom olmaksızın infarkta bağlı hipofizer apopleksili olgularda, genişlemiş hipofiz bezi T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens ve T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens izlenir. Kontrastlı görüntülerde periferik kontrast tutulumu saptanır. Bu olgularda kronik evrede bezde

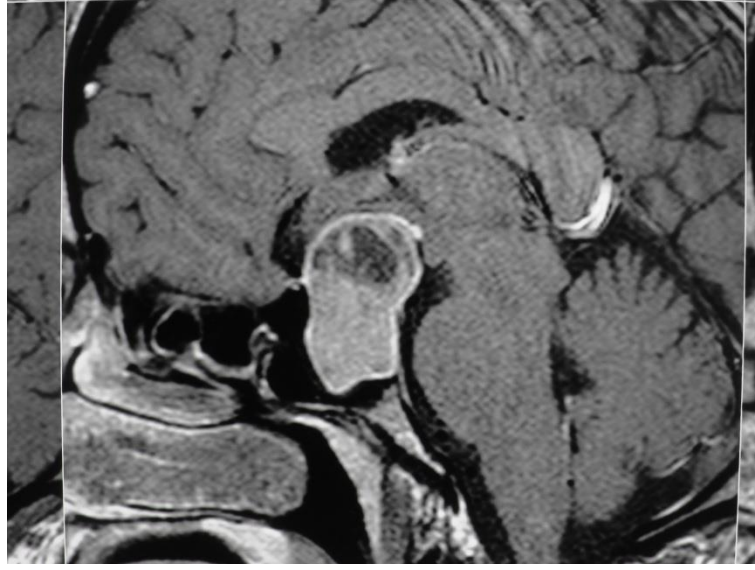
atrofi ve empty sella gelişmektedir. Hipofiz bezinde adenom olmaksızın nekroz gelişen olgularda prognoz daha iyidir ve endokrin fonksiyonlarda düzelme olabilir.

Pituiter adenomlu 324 olguluk bir seride, 41 olguda (%12.3) nekrozlu veya nekrozsuz cerrahi veya histopatolojik kanama varlığı görülmüş ve bunların 29 tanesi akut semptomlar vermiştir. Bu çalışma cerrahi sırasında kanama olmayan, soluk nekrotik doku rastlanan 15 hasta (37.7) üzerinde odaklanmıştır. Büyük serilerin %6-10 arasında pituiter adenomların semptomatik hemorajik enfarktı rapor edilmiştir. Birçok literatürde pituiter adenomların içine kanama veya pituiter adenomların hemorajik nekrozundan bahsedilirken kanamasız nekrozu detaylı olarak tartışmamıştır (2-4)

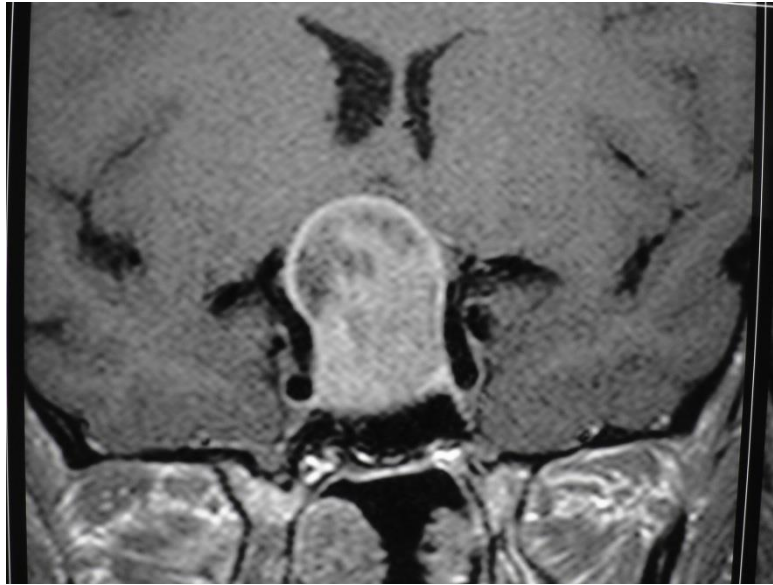
Semple ve arkadaşları 55 olguluk serilerinin 22'sinde PA'nin sebebi olarak enfarkt olduğunu rapor etmiştir, ancak bu diğer birçok çalışmaya göre yüksek orandadır. Pituiter bez ve etrafındaki dokuların tümör olmadan saf enfarktı nadirdir, ancak saf enfarktın belirtileri ciddi değildir (1). Rovit ve arkadaşları yeni gelişen bir PA'nin vasküler adenom içine primer kanamadan ziyade genişleyen pituiter adenomun ani iskemisi, nekrozu ve kanamasının sonucu olarak düşünmüşlerdir (5). Cardoso ve arkadaşları (6) bu teoriyle hemfikir değildirler, çünkü anjiyografik çalışmalar pituiter adenomların kan kaynağını superior hipofizer arterden değil inferior hipofizer arterden beslendiğini göstermiştir. Buna ek olarak elektron mikroskop çalışmaları tümör damarlarının parçalanmış bazal membranlarıyla anormal fenestrasyonları kanamaya öncülük etmiş olabilir. Yinede apopleksi ile cerrahi arasındaki süre uzun olduğunda (>8 hafta) soluk enfarkt çoğu zaman inoperatif bulgu olarak karşımıza çıkar. Eğer bu süre 8 haftadan az ise, kanama görülür. Bu soluk debrisin kanama ve kanamalı nekrozu takip eden rezorpsiyon sürecinin bir basamağı olduğunu gösterir.

Sonuç olarak, PA tanı konmamış fonksiyone hipofiz adenomunda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Aynı zamanda cerrah, pituiter adenomların hemorajik nekrozunun doğal seyirinden haberdar olmalı, çünkü operasyon sırasında bulunan soluk nekrotik doku beyaz materyal içeren epidermoid kist veya kraniofangiom ile karıştırılabilir.

Şekil 1: Sajital (a) ve koronal (b) T1 manyetik rezonans görüntülerde sellayı ekspanse ederek kavernoöz sinüsü invaze eden, suprasellar sisternayı tıkayarak üçüncü ventrikül ve optik kiazmaya bası oluşturan, heterojen, hiperintens (kanama) hipofiz makroadenomu dikkati çekmektedir



Şekil 2: Operasyon sonrası koronal (a) ve sağital (b) T1 manyetik rezonans görüntülerde adenomun suprasellar ve sella sol kesiminde tama yakın çıkartıldığı ve sella sağ yanında hipointens kalıntı, stalkta sola kayma ve operasyon sonrası değişiklikler dikkati çekmektedir



Kaynaklar

1. Semple PL, De Villiers JC, Bowen RM, Lopes MB, Laws ER. Pituitary apoplexy: do histological features influence the clinical presentation and outcome? J Neurosurg 2006; 104: 931-7.

2. Dubuisson AS, Beckers A, Stevenaert A. Classical pituitary tumour apoplexy: Clinical features, management and outcomes in a series of 24 patients. *Clin Neurol Neurosurg* 2007; 109: 63-70.
 3. Wakai S, Fukushima T, Teramoto A, Sano K. Pituitary apoplexy: its incidence and clinical significance. *J neurosurg* 1981; 55: 187-93.
 4. Kim JT, Park BJ, Sung JN, Kim YJ, Cho MK : Clinical analysis of pituitary apoplexy. *J Korean Neurosurg Soc.* 2001; 30 : 724-8.
 5. Rovit RL, Fein JM. Pituitary apoplexy : a review and reappraisal. *J Neurosurg.* 1972; 37: 280-8.
 6. Cardoso ER, Peterson EW. Pituitary apoplexy: a review. *Neurosurgery* 1984; 14: 363-73.
-