

GEBELİK VE FEOKROMOSİTOMA*

Dr.Arif Kökçü**

Dr.Şükrü Çokşenim***

Dr.Naki Ulusoy****

ÖZET

Makalemizde, gebeliğin 37. haftasında hipertansiyon bulgusu ile hastanemize başvuran, kesin tanısı postpartum dönemde konulan, gebelik esnasında görülen bilateral adrenal feokromositoma olgusunu sunduk.

SUMMARY

PREGNANCY AND PHEOCHROMOCYTOMA

In our study, we have presented a case of pheochromocytoma during the course of pregnancy who admitted to our hospital with the finding of hypertension and whose definite diagnosis was made during the postpartum period. We reviewed the related literature.

Key words : Pregnancy, Pheochromocytoma.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Feokromositoma.

GİRİŞ

Feokromositoma, adrenal medüllası ve diğer sempatik sinir sistemi dokularındaki kromafin hücrelerinden gelişen, dopamin, epinefrin ve norepinefrin salgılayan, %95 oranında iyi huylu olan bir tümör-

* Öndckuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Öndckuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

*** Öndckuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Doçenti.

**** Öndckuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

dür¹⁻³. Görülme sıklığının, adult popülasyonda %0.002, hipertansif popülasyonda ise %0.01 ile %0.1 arasında olduğu bildirilmiştir⁴.

Kadınlarda gebelik esnasında feokromositomaya çok nadir olarak rastlanılmaktadır. Literatürde yayınlanmış gebelikte birlikte feokromositoma olgusunun 150'den az olduğu, bunların da 50'den azına gebelik esnasında tanı konulabildiği bildirilmektedir⁵⁻⁸.

Makalemizde, hipertansif gebelerde rutin olarak feokromositoma araştırılması yapılmasının önemini vurgulamak amacı ile, gebelik esnasında görülen bir feokromositoma olgusunu yayınlamayı uygun bulduk.

Vaka takdimi

18 yaşında kadın hasta, el ve ayaklarında şişme ve şiddetli baş ağrısı yakınması ile hastanemize başvurdu. Öyküsünden, gravita:1, para : 0, 36 haftalık gebe olduğu, gebeliği esnasında iki hafta öncesine kadar zaman zaman baş ağrısı dışında önemli bir yakınması olmadığı, iki haftadan beri el ve ayaklarında gittikçe artan şişlik olduğu, baş ağrısının da daha şiddetli olmaya başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde, 10 yaşından beri zaman zaman baş ağrısı, aşırı terleme, çarpıntı ve 11 yaşında geçirilmiş akut eklem romatizması tanımlıyordu. Soygeçmişinden, iki dayısı, üç teyzesi, 10 ve 20 yaşlarında iki kız kardeşinin hipertansiyondan eksitus oldukları öğrenildi.

Fizik İnceleme Bulguları : Bilinç açık, kooperasyon iyi, ateş:36.7°C, nabız: 100/dk. ritmik, kan basıncı:170/120 mmHg, iki pozitif godet bırakan pretibial ödem mevcut, uterus 34 haftalık büyüklükte idi. Çocuk kısımları palpe ediliyor ve çocuk kalp sesleri duyuluyordu (140/dakika). Diğer sistemler ve pelvik inceleme bulguları normaldi.

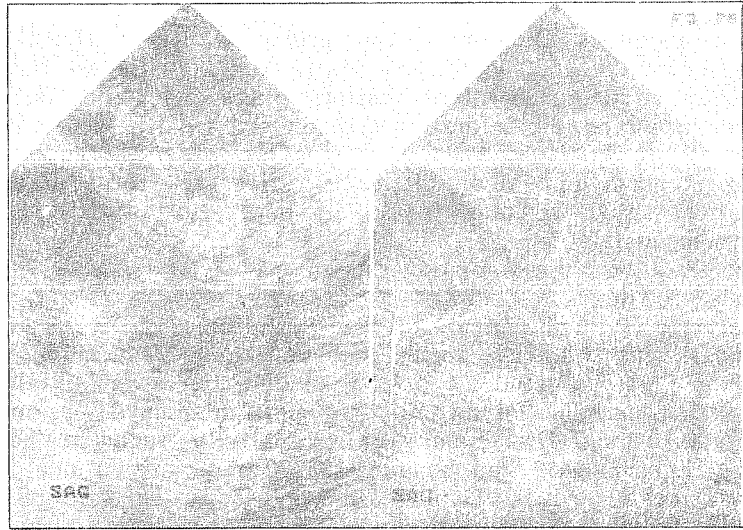
Laboratuvar İnceleme Bulguları: Kan grubu: O Rh(-), Hb:%11.6 gr, Hct: %33, Lökosit: 11800 mm³ idi. Rutin kan biyokimyası incelemeleri, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri, plazma elektrolit düzeyleri normal sınırlar içinde idi. İdrar tetkikinde iki pozitif proteinüri dışında patolojik bulgu yoktu. 24 saatlik idrarda Vanil Mandelik Asit (VMA) düzeyi normaldi. Pelvik ultrasonografide, tek fetüs, baş gelişi, biparietal çap (BPD): 78 mm, fetal kalp hareketleri pozitif; plasenta fundusta yerleşmişti.

Klinik Gidiş ve Tedavi

Hasta şiddetli preeklampsi tanısı ile yatırıldı. Magnesium sulfate (250 ml %5 Dextrose içinde 4 gr İV yükleme dozu verildikten sonra 1000 ml %5 Dextrose içinde 20 gr/gün uygulanmaya başlandı) ve Diazepam (4x10 mg Diazepam oral yolla) ile tedaviye başlandı. Tedavinin ikinci gününde kan basıncı 120/80 mmHg civarında normotansif seyretmeye başladı. Günlük çıkardığı idrar miktarı normaldi. Tedavinin 3. gününden itibaren günde bir iki kez olan, kısa sürede Diazepam ile sedasyona yanıt veren, 180/120 ile 230/140 mm Hg'ya kadar yükselen hipertansiyon atakları olmaya başlaması üzerine

tedaviye ek olarak Prazison 3x1 mg verilmeye başlandı. Tedavinin 4 ve 5. günlerinde de günde birer kez hipertansiyon atakları oldu. Tedavinin 6. gününde hastaya sezeryan ameliyatı yapılarak 2000 gr. ağırlığında, 7 Apgarlı bir kız çocuk doğurtuldu. Postoperatif dönemde kan basıncı normotansif olarak seyretti. Hasta, 5 hafta sonra kontrol için geldiğinde feokromositoma yönünden tekrar araştırılmak üzere, postoperatif 8. günde taburcu edildi. Doğumdan 4 ay sonra hasta, baş ağrısı, çarpıntı ve hipertansiyon yakınması ile hastanemize tekrar başvurdu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde, VMA: 18 mg/24 saatlik idrarda (normal değer: 0.7-6 mg), Metanefrin: 13 mg/24 saatlik idrarda (normal değer: 0.2-0.9 mg) idi. Periferal kanda renin düzeyi normaldi. Diğer kan biyokimyası değerleri normal sınırlar içinde idi. Akciğer grafisi ve İ.V.P. normal görünümde idi. Abdominal ultrasonografide (USG), sağ suprarenal bölgede 5x6 cm boyutlarında tümöral kitle, komputerize aksiyal tomografide (CT), sağ suprarenal bölgede 5x5 cm boyutlarında, böbreği aşağı doğru iten tümöral kitle saptandı (Resim: 1-2). Sol suprarenal bölge normal olarak değerlendirildi.

Preoperatif 10 gün önce başlanan alfa ve beta bloker (Prazosin ve Propanolol) ile kan basıncı normotansif seviyeye getirildikten sonra, feokromositoma tanısı ile hasta ameliyata alındı. Genel Anestezi altında sağ paramedian kesi ile laparotomi yapıldı. Sağ adrenal bezde 5x5 cm, sol adrenal bezde 3x3 cm boyutlarında kapsüllü tümöral oluşum görüldü. Sağda total, solda subtotal adrenelektomi yapıldı. Çıkarılan materyallerin histopatolojik incelemesinde bilateral adrenal feokromositoma tanısı konuldu. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz ve normotansif seyreden hasta 10. günde taburcu edildi. Kortikosteroid tedavisine gereksinim duyulmadı. On aylık takiplerinde kan basıncı normotansifti, preoperatif dönemdeki yakınmaları yoktu, idrarda VMA ve Metanefrin düzeyleri normal sınırlar içinde idi.



Resim 1: Abdominal Ultrasonografide Sağ Suprarenal Bölgede Tümöral Oluşum.



Resim 2: Abdominal CT'de Sağ Suprarenal Bölgede Sağ Böbreği Aşağı Doğru İten Tümöral Oluşum.

TARTIŞMA

Gebelikle birlikte görülen feokromositoma olgularının üçte bir kadarcında gebelik esnasında tanı konulabildiği saptanmıştır⁵⁻⁶. Schenker ve arkadaşları⁵, inceledikleri gebelikle birlikte görülen 89 adet feokromositoma olgusunun 67'sine gebelik esnasında yanlış tanı konulduğunu, bunlardan %43'üne preeklampsi/eklampsi, %16'sına ise kronik hipertansiyon tanısı konulduğunu bildirmişlerdir. Fudge ve arkadaşları 1980 yılına kadar dünya literatüründe rapor edilmiş olan 128 adet gebelikle birlikte feokromositoma olgusunun ancak 42'sine gebelik sırasında doğru tanı konulabildiğini belirtmişler. Jumio ve arkadaşları⁶ 1987 yılına kadar literatürde yayınlanmış, gebelikle birlikte feokromositoma olgusu sayısının 150'den az olduğunu, bunların da 50'den daha azına gebelik esnasında tanı konulabildiğini rapor etmektedirler. Olgumuza da gebelik esnasında kesin feokromositoma tanısı konulamayıp postpartum dönemde tanı konulabilmiştir.

Gebelikle birlikte görülen feokromositoma olgularında, hem maternal hem de fetal mortalitenin %50 civarında olduğu bildirilmiş-

tir . Schenker ve arkadaşları⁷, inceledikleri 89 adet gebelikle birlikte feokromositoma olgusunda, maternal mortalitenin %48, perinatal mortalitenin ise %54 olduğunu rapor etmişlerdir. Maternal mortaliteyi azaltmak için gebelik esnasında tanı konulmasının çok önemli olduğu, maternal mortalitenin, gebelik esnasında tanı konulmamış olgularda %58, tanı konulmuş olgularda ise %17 olarak saptandığı, perinatal mortalitenin ise değişmediği ve %55 civarında olduğu belirtilmiştir¹ . Olgumuzda maternal ve fetal ölüm olmadı.

Feokromositomada görülen başlıca belirtiler, hipertansiyon (olguların %80-90'ında ve çoğunlukla paroksizmal tipte), postural hipotansiyon (olguların %70'inde), taşikardi, aritmi, baş ağrısı, aşırı terleme, ajitasyon, tremor bulantı, kusma, kilo kaybı, görme bozuklukları, senkop, solukluk ve onu takiben kızarıklık ataklarıdır. Kan glikoz düzeyinde artma, glikozüri, proteinüri (olguların %16'sında) görülebilir. Tanı için 24 saatlik idrarda VMA ve Metanefrin ölçümü yapılır. Feokromositomada bu maddelerin idrardaki düzeyleri artmıştır^{1,3,8} . Olgumuz, gebeliği esnasında hastanemize ilk başvurduğunda; hipertansiyonu, pretibial ödemi ve proteinürisi vardı. Bu bulgularla preeklampsi tanısı koyduk. Ancak izlemelerimiz esnasında paroksizmal hipertansiyon ataklarının olması, öyküsünde gebelikten önceki dönemde feokromositomaya uyan belirtiler tanımlaması üzerine, feokromositoma olabileceğini düşündük. Yirmidört saatlik idrarda VMA ölçümü yapıldığında normal olarak bulundu. Olguların %10'unda VMA'nın normal sınırlar içinde olabileceği bildirilmiştir² . Ayrıca olgumuzda postural hipotansiyon ve kilo kaybı yoktu, gebeliği esnasında 14 kg ağırlık kazanmıştı.

Gebelik esnasında feokromositoma tanısı konulduğu zaman, 1-2 hafta süreyle alfa ve beta blokerler ile tedavi uygulanması, gebeliğin hangi döneminde olursa olsun, fetüse yapabileceği riski düşünmeden abdominal CT ile tümörün lokalizasyonunun belirlenmesi, fetüs matür sınırlarda değilse, tümör cerrahi tedaviyle çıkarılıp gebeliğin devamına izin verilmesi, gebelik 32 haftalıktan büyük veya uterusun büyüklüğü tümöre cerrahi yaklaşımı engelleyecek boyutlarda ise sezeryanla doğum yaptırılıp aynı operasyonda tümörün çıkarılması önerilmiştir. Gebeliğin miadı yakın ve hasta uygulanan medikal tedaviye iyi yanıt veriyorsa sezeryan için miada erişinceye kadar beklenebileceği de belirtilmiştir^{1-3,5-9} . Tümöre yapılan baskı ile dolaşıma aniden ve bol miktarda kateşolaminlerin geçmesi fatal hipertansif bir atağa neden olabileceğinden, feokromositoma ile birlikte olan gebeliklerde doğum eylemi ve vajinal doğumdan kesin olarak kaçınılması önerilmektedir^{1-3,5} . Maternal mortalite, vajinal doğum yapanlarda %39, sezeryan ile doğum yapanlarda %19 olarak bildirilmiştir¹ . Olgumuzda laboatuvar bulguları feokromositomayı desteklememesine rağmen, paroksizmal hipertansiyon ataklarının görülmesi, gebelikten önceki öyküsü ve soygeçmişindeki özellikler nedeniyle, olgunun feokromositoma olabileceğini düşünerek, alfa bloker ile tedaviye başlayıp, gebeliğin 37. haftası dolduğu için doğumu sezeryan ile yaptırıldı. Sezeryan esnasında abdominal bir patoloji saptayamadık. Bu durum bizim yetersiz eksplorasyon yapmamıza bağlı olabilir. VMA seviyesi normal değerde olduğundan gebelik esnasında abdominal CT ve abdominal

USG yaptırmayı düşünmemiştik. Ancak postpartum dönemde hasta tekrar başvurduğunda yapılan laboratuvar incelemelerinde, idrar VMA ve Metanefrin düzeyleri yüksek bulundu. Yapılan abdominal USG ve abdominal CT'de sadece sağ suprarenal bölgede tümör saptanmasına karşın, cerrahi eksplorasyonda her iki adrenal bölgede de tümör olduğu görüldü. Bunun üzerine CT kesitleri retrospektif olarak tekrar incelendi. Bu tetkik sırasında hastada aşırı gaz distansiyonu olduğu dikkati çekti. Dalak ve pankreas korusu sol suprarenal bölgeyi maskeleymekteydi. Bu nedenle sol tarafkati lezyonun gözden kaçmış olduğu düşünüldü.

Fekromositoma olgularının %90'ında tümörün adrenal medüllasında görüldüğü, bunların da %10'unun bilateral olarak geliştiği bildirilmektedir¹⁻³. Olgumuzda da tümör bilateral olarak adrenal medüllasından gelişmişti.

Gebelik esnasında çok nadir görülen bir tümör olmasına rağmen, görüldüğü ve erken tanı konulup tedavi yapılmadığı zaman, maternal ve fetal mortalite oranının çok yüksek olması nedeniyle; hipertansiyon (paroksizmal, postural veya devamlı), aritmi, taşikardi, konjestif kalp yetmezliği veya preeklampsi görülen gebeliklerin, feokromositoma yönünden rutin olarak araştırılmasının uygun olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Cruishank DP. Endocrine and metabolic diseases. In Danforth DN Jr (ed), *Obstetrics and Gynecology*, 5 th ed. Philadelphia: J B Lippincott Company, 520-521, 1986.
2. Duhring JL, Dilts PV. Endocrine disorders complicating pregnancy. In Sciarra JJ (ed), *Gynecology and Obstetrics*, Vol 2, Chap 36, Philadelphia: Harper and Row, 6-7, 1978.
3. Benson RC. Medical and surgical complications during pregnancy. In Benson RC (ed), *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 5 th ed. California: Lange Medical Publications, 911-912, 1984.
4. Van Heerden JA, Sheps SG, Hamberger B, et al. Pheochromocytoma: Current Status and Changing Trends, *Surgery* 91 (4): 367-373, 1982.
5. Fudge TL, Mc Kinnon WMR, Geary WL. Current surgical management of pheochromocytoma during pregnancy, *Arch Surg*. 115 (10): 1224-1225, 1980.
6. Juimo AG, Doh AS, Gaggi J. Pheochromocytoma et grossesse: A propos d'un cas, *J Radiol*. 68 (10): 643-646, 1987.
7. Schenker JG, Chowder I. Pheochromocytoma and Pregnancy: Review of 89 cases, *Obstet Gynecol Surv*. 26, 739, 1971.

8. Alvarez RR. Preclampsia-Eclampsia and other Gestational Edema-Proteinuria-Hypertensive Disorders (CEPH). In Benson RC (ed), **Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment**, 5 th ed. California: Lange Medical Publications, 772, 1984.
9. Burgess GE. Alpha blockade and surgical intervention of pheochromocytoma in pregnancy, **Obstet Gynecol.** 53(2): 266-270, 1979.