

# **Aile Hekimliği Polikliniğinde Hipofizer Gigantizm Tanısı Konulan Bir Olgu**

## ***A Case Diagnosed As Hypophyseal Gigantism On A Family Medicine Polyclinic***

### **Öz**

Hipofizer gigantizm epifizyal plaklar kapanmadan önce hipofizden fazla miktarda büyüme hormonu salgılanmasına bağlı olarak gelişen, hızlı ve aşırı bir boy uzamasına yol açan nadir bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine voleybol oynamak için sağlık raporu almaya gelen 15 yaşındaki erkek hastanın fiziki özelliklerinden şüphelenilmesi ve araştırılması sonucu hipofizer gigantizm tanısı alan bir hasta tartışılmıştır. Bu vaka ile Aile Hekimliği polikliniklerine farklı hasta gruplarının başvurabileceğine dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

### **Abstract**

Hypophyseal gigantism is a rare disease that develops due to the secretion of growth hormone in excess of the pituitary before epiphyseal plaques are closed, leading to a rapid and extreme height extension. In this case report, a patient was diagnosed with a hypophyseal gigantism who was suspected and investigated physical characteristics of a 15 year old male patient who came to Ordu University Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinic to receive a medical report to play volleyball. In this case, it was tried to draw attention to the fact that different patient groups could apply to Family Medicine polyclinics.

### **Giriş**

Hipofizer gigantizm, epifizyal plakların açık olduğu çocukluk döneminde hipofiz bezinden çok miktarda büyüme hormonunun salgılanmasıyla meydana gelen ve aşırı boy uzamasına neden olan bir durumdur (1). Nadir görülen bu hastalıkta hafif ve orta şiddette obezite görülebilir (2). Bu hastalarda bazal serum büyüme hormonu düzeyi oldukça yüksek seyretmektedir (4). Büyüme hormonu ölçümü tek başına tarama testi olarak kullanılmaz. Bunun nedeni kontrolsüz diyabet, karaciğer hastalığı ve malnutrisyon gibi birtakım hastalıkların büyüme hormonu düzeyinde artışa neden olması ve büyüme hormonu düzeyinin gün içinde değişiklik göstermesidir (5). Altın standart test iste büyüme hormonu supresyon testidir. IGF-1 düzeyi yüksek görülen hastalara kesin tanı koymak için büyüme hormonu supresyon testi yapılır. Gigantizm tanısı koyabilmek için yüklenme testi sonrası büyüme hormonu seviyesi 1 ng/ml'nin altına düşmemesi gerekir (7). Gigantizm genellikle büyüme hormonu salgılayan hipofiz adenomuna bağlı olarak gelişir

**Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT**  
**Ass. Dr. Mustafa KILIÇ**  
**Ass. Dr. Fatma ŞEN**  
Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Birimi

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**  
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği A.D./Ordu

**Tel/phone:** +90 532 231 7499  
**E-mail:** enginyurt72@gmail.com

### **Anahtar Kelimeler:**

Hipofizer adenom, gigantizm, sağlık raporu, aile hekimliği

### **Keywords:**

Hypophyse adenom, gigantizm, Health report, Family Medicine

(8). Çocuklarda görülen adenomlar daha invaziv ve agresif seyretmektedir (9-10). Hipofiz adenomları McCuneAlbright Sendromu (MAS), Carney Kompleksi ve multipl endokrin neoplazi (MEN) tip 1 gibi sendromlarla birlikte görülebilir. Ancak daha çok sporadik olarak ortaya çıkar ve izolelidir (4). MRG’de 10 milimetre ve altındaki hipofiz adenomlarına mikroadenom, 10 milimetrenin üzerindeki adenomlara ise makroadenom denir (12). Optik kiazma sol ve sağ optik siniri çaprazlar. Hipofiz sapı ise optik kiazmanın hemen arkasındadır. Bu komşuluk neticesinde özellikle makroadenomlarda olmak üzere optik kiazmaya baskı sonucu bilateral hemianopsi ile karşılaşılabilir (12). Bu sebeple hipofiz adenomu tespit edilen her hastaya mutlaka görme alanı muayenesi yapılması gerekir (13). Hipofiz adenomlarının tedavisinde birçok alternatif bulunmaktadır. Bunlar transfenoidal cerrahi, farmakolojik ajanlar ve radyoterapidir. Transfenoidal cerrahi mikro ve makroadenomların tedavisinde ilk tercihtir (10). Eğer hastaya cerrahi uygulanamıyorsa veya cerrahi ile kontrol altına alınamıyorsa dopamin analogları, somatostatin analogları ve BH reseptör antagonistleri gibi farmakolojik ajanlar kullanılır (11). Radyoterapi çocuklarda çok tercih edilmez. Bunun nedeni çocuklarda çok ciddi komplikasyonlara yol açabilmesidir.

### Olgu

Olgumuz 15 yaş erkek hasta. Polikliniğimize voleybol oynamak için sağlık raporu almak amacıyla başvurdu. Hastanın boyunun uzun, yüz hatlarının belirgin, burun kökünün geniş, el ve ayaklarının büyük olması gigantizm açısından şüphe uyandırdı. 104 kg ve 193 cm olan hastanın elleri büyük ve ayak numarası 45 idi. Ön tanıya yönelik sorgulamasında kontrolsüz diyabeti yok, ellerde uyuşma ya da diğer tuzak nöropatlere ait bulguları yok, artropati ve aşırı terleme yok. Hastanın bakılan kan tetkiklerinde hg: 15.1, glukoz: 90, ALP: 252 (40-130), karaciğer-böbrek-tiroid fonksiyon değerleri normal, bazal serum BH düzeyi 9.57 ng/ml (0.05-11), İGF-1 düzeyi 788 ng/ml (173-414) olarak ölçüldü. Hipofiz bezinin manyetik rezonans görüntülemesi ‘‘Sella kavitesi normal genişliktedir. Hipofiz gland yüksekliği 10 mm ölçülmüş olup üst konturu konveks görünümündedir. Hipofiz gland santralinde 9\*8 mm boyutunda T1 ve T2A görüntülerde hipointens hafif heterojen alan izlenmiştir (mikroadenom)’’ olarak yorumlandı. Hastada klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularıyla hipofizer gigantizm tanısı düşünüldü. İleri tetkik ve tedavi amacıyla ileri merkeze sevk edildi. 23.03.2018 de Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH de transfenoidal cerrahi uygulanan hasta 25.04.2018 de polikliniğimize kontrole geldi. Bakılan tetkiklerinde bazal serum BH düzeyinin 0.474 e (0.05-11) İGF-1 düzeyinin 355 e (173-414) gerilediği görüldü.

### Tartışma

Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmeti veren birimdir. Tıbbi tüm topluma daha etkin, bütüncül ve üst düzeyde veren bir uzmanlık alanıdır. Bütüncül yaklaşımın esas biyopsikososyal modele dayanmaktadır ve ilk kez psiki-

yatrist olan George Engel tarafından 1977’de gündeme getirilmiştir. Bütüncül yaklaşan bir aile hekimi hastayı bir bütün olarak kabul eder ve hastanın beklentilerini, inançlarını, deneyim ve değerlerini de göz önünde bulundurur. 2008 yılında DSÖ ve WONCA tarafından hazırlanan ‘Birinci Basamak Şimdi Daha da Önemli’ isimli raporda Aile hekimliği ya da birinci basamak uzmanlığının temel tanımları şu şekilde özetlenmiştir:

1. Maddi olarak herkesin ulaşabildiği
2. Geniş spektrumlu
3. Bireylere odaklı
4. Diğer uzmanlıklarla koordine

Bu vaka sunumunda aile hekimleri olarak hastalarımıza anlık şikayet ve isteklere yönelik hizmet vermek değil; onlara bütüncül yaklaşımın önemi vurgulanmak istenmiştir.

### Kaynaklar

1. Eugster EA, Pescovitz OH. Gigantism. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 4379-84.
2. Epstein LH, Wing RR, Valoski A. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 1985; 32:363-79.
3. Whitehead EM, Shalet SM, Davies D, Enoch BA, Price DA, Beardwell CG. Pituitary gigantism: a disabling condition. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1982; 17: 271-7.
4. Backeljauw PF, Dattani MT, Cohen P, Rosenfeld RG. Disorders of growth hormone/insulin-like growth factor secretion and action. In: Sperling MA (ed). *Pediatric endocrinology*. Ed 4. Philadelphia, Saunders, pp 382-384.
5. Katznelson L, Atkinson JL, Cook DM, Ezzat SZ, Hamrahian AH, Miller KK; AACE Acromegaly Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Acromegaly--2011 update: executive summary. *Endocr Pract* 2011; 17: 636-46.
6. Barkan AL, Beitins IZ, Kelch RP. Plasma insulin-like growth factor-I/somatomedin-C in acromegaly: correlation with the degree of growth hormone hypersecretion. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 67: 69-73.
7. Riedl S, Frisch H. Diagnosis of growth hormone excess and hyperprolactinemia. In: Ranke MB, Mullis P-E (eds). *Diagnostics of endocrine function in children and adolescents*. ed 4. Basel, Karger, 2011, pp 183-193.
8. Rhee N, Jeong K, Yang EM, Kim CJ. Gigantism caused by growth hormone secreting pituitary adenoma. *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 2014; 19: 96-9.
9. Melmed S, Jackson I, Kleinberg D, Klibanski A. Current treatment guidelines for acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 2646-52.
10. Abe T, Tara LA, Lüdecke DK. Growth hormone-secreting pituitary adenomas in childhood and adolescence: features and results of transnasal surgery. *Neurosurgery* 1999; 45: 1-10.
11. Andersen M. Management of endocrine disease: GH excess: diagnosis and medical therapy. *Eur J Endocrinol* 2013; 29: 170:R31-41.
12. Vance ML. Pituitary adenoma: a clinician's perspective. *Endocr Pract* 2008; 14: 757-63.
13. Costin G. Endocrine disorders associated with tumors of the pituitary and hypothalamus. *Pediatr Clin North Am* 1979; 26: 15-31.