

Hipotiroidizm ve Galaktoreli Bir Olguda Yalancı Hipofiz Kitlesinin Medikal Tedavi ile Regresyonu

Alptekin TOSUN ¹, Salih TOSUN²

¹Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Gaziantep, ² Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Hiperprolaktinemi, hipotiroidizm hastalarında görülebilmektedir. 24 yaşında bayan hasta amenore ve galaktore şikayetleri nedeniyle incelemeye alındı. Hastamızda prolaktin ve TSH değerlerinde artış mevcuttu. Ultrasonografik tetkikteyse tiroiditle uyumlu bulgular izlendi. Bilgisayarlı tomografide gland üst konturunda ekspansiyon ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hipofiz gland boyut ve kontrast fiksasyonunda artış mevcuttu. Medikal tedavi sonrasında hormon değerlerinde ve MRG’de gland sinyal intensitesinde normale dönüş saptandı. Geçirilmiş tiroidite sekonder gelişen hipotiroidizm hipofizde hücre hiperplazisine neden olarak radyolojik incelemede yalancı adenom izlenimi verebilmektedir. Sonuç olarak primer hipotiroidizm ve hiperprolaktinemi olgularında hipofiz gland boyutlarında difüz artış mevcut ise cerrahi veya bromokriptin tedavisi öncesinde tiroid hormon replasmanı tedavide ilk basamak olarak uygulanmalı ve klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak takip edilmelidir. Dolayısıyla medikal tedavi bu tip hastalarda yeterli olabildiği göz önünde tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hipotiroidizm, hiperprolaktinemi, galaktore, manyetik rezonans görüntüleme

Regression of pseudo hypophysial mass by medical therapy in a patient with hypothyroidism and galactore

Hyperprolactinemia may have seen in hypothyroidism patients. 24-year-old female patient with amenorrhoea and galactorea had investigated. Prolactin and TSH levels were increased in our patient. Ultrasonographic examination revealed thyroiditis. CT examination revealed expansion on superior contour of gland and MRI showed increased size and contrast material fixation. After medical treatment hormone levels and gland signal intensity on MRI back to normal. Hypothyroidism secondary thyroiditis resulted cell hyperplasia and showed pseudoadenoma on radiological examination. In conclusion, on patients with primary hypothyroidism and hyperprolactinemia although hypophysial gland dimensions increased, hormone therapy have to applied primary before surgery or bromocryptine therapy and pursued by clinical, laboratory and radiological. Therefore medical treatment have considered in this disease.

Key words: Hypothyroidism, hyperprolactinemia, galactorea, MRI

GİRİŞ

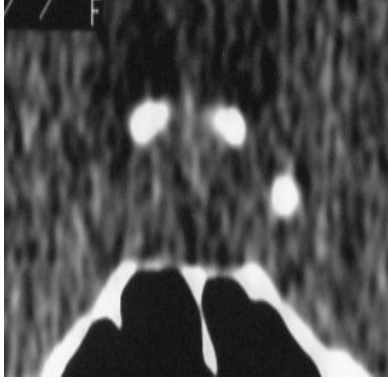
Hipofiz bezinin ön kısmı olan adenohipofizde üretilen prolaktin hormonu sekresyonu hipotalamus tarafından salgılanan stimulator ve inhibitör faktörlerle kontrol edilmektedir. Hiperprolaktinemi, hipotiroidizm olgularında birliktelik gösterebilir. Artmış TRH düzeyi, TSH ve PRL’nin her ikisinde sekresyonunda artmayı uyarır. Bu yüzden uzun süreli primer hipotiroidizm olgularında pitüiter ve sellar genişleme saptanabilmektedir. Sella boyutu vasküler dolasimdaki TSH seviyesiyle koreledir. Hipotiroidizm nedeniyle gelişen tirotrop ve/veya laktotrop hücrelerin hiperplazisine sekonder pitüiter genişleme radyolojik görüntüleme bez lojundaki yalancı hipofiz kitlesi görünümünden sorumludur. Primer nedene yönelik medikal tedaviyle hormon düzeylerinin normale

dönmesi sonucunda MR ve BT görüntülerde hipofiz bezindeki yalancı kitle görünümünde regresyon saptanabilmektedir.

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında bayan hastada, galaktore ve amenore şikayetleri nedeniyle yapılan laboratuvar tetkiklerinde TSH ve prolaktin hormonlarında yükseklik tespit edildi (TSH: >100 ng/ml, PRL: 3159 mU/L). Hipofiz patolojisi şüphesiyle uygulanan koronal plan BT tetkikinde gland üst konturunda suprasellar sisterna yönüne ekspansiyon (Resim 1), sagittal ve koronal planlarda elde olunan T1 ağırlıklı MRG sekanslarında hipofiz gland yüksekliğinde artış (yaklaşık 16mm) ve I.V. gadolinium enjeksiyonu sonrası difüz kontrast fiksasyonu gözlenmekle birlikte net kontur ayrımı yapılabilen kitleye ait ipucu saptanmadı

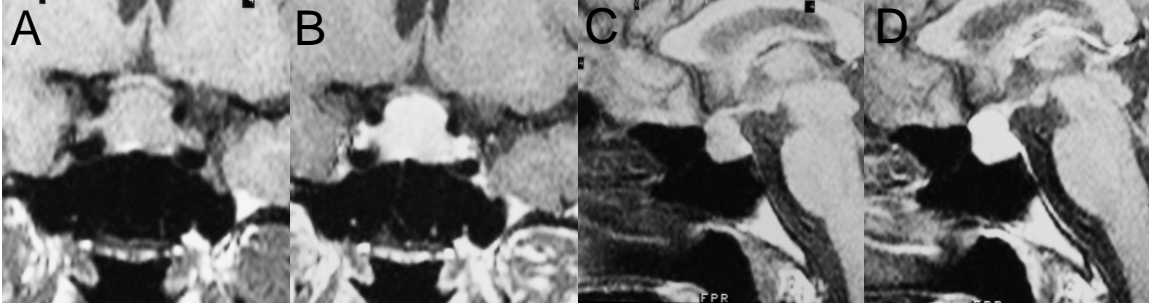
(Resim 2).



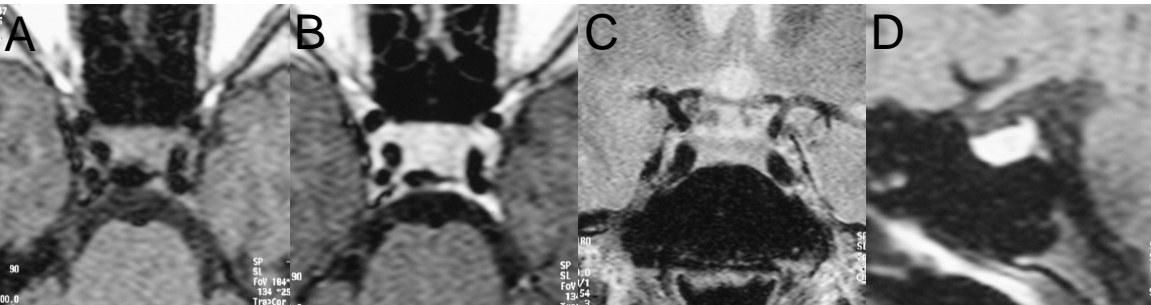
Resim 1. Koronal plan BT görüntüsünde hipofiz gland üst konturunda ekspansiyon görülmektedir.

Bunun üzerine olguya hipofiz hiperplazisi nedeni olan primer hipotiroidizme yönelik medikal tedavi baslandı. Medikal tedavi T4'ün sentetik preparasyonu (L-thyroxine) ile yapıldı.

8 hafta sonraki laboratuvar tetkiklerinde T3, serbest T4, TSH ve PRL değerlerinde normal değerlere dönüş izlendi. Medikal tedaviden 6 ay sonra uygulanan kontrol laboratuvar tetkiklerinde TSH değerinde azalma (0,373 UIu/ml), serbest T4 düzeyinde artış (2,12 ng/dl), anti-tiroglobulin antikor ve anti-TPO antikor değerlerinde artış (sirasıyla 189 IU/ml, 750 IU/ml) tespit edildi. PRL değeri ise normal sınırlar içerisindeydi. Tiroid ultrasonografisinde tiroid gland boyutları normal sınırlarda olup, parankiminde difüz heterojenite ile Doppler incelemede vaskülarizasyonda artış tiroidit lehine yorumlanmıştır. 1 yıl sonra uygulanan kontrol MRG'de hipofiz gland boyutları normal sınırlardaydı. Adenom şüphesini ekarte etmek için yapılan dinamik kontrastlı incelemede gland kontrastlanma paterninde herhangi bir patolojiye rastlanmayıp, normal inceleme olarak raporlandırıldı (Resim 3).



Resim 2. (A) kontrast öncesi, (B) kontrast sonrası aksiyel T1 ağırlıklı, (C) ve (D) kontrast öncesi ve sonrası sagittal T1 ağırlıklı görüntüleme hipofiz gland boyutlarında belirgin artış, suprasellar sisterna yönüne protrüzyon ile postkontrast serilerde normal hipofiz dokusunda kompresyona neden olarak yalancı adenom izlenimi veren difüz homojen gadolinyum fiksasyonu.



Resim 3. (A) prekontrast aksiyel T1 ağırlıklı, (B) postkontrast aksiyel T1 ağırlıklı, (C) koronal T2 ağırlıklı ve (D) postkontrast sagittal T1 ağırlıklı görüntüleme. 1 yıl sonra yapılan kontrol MRG tetkikinde gland boyut ve sinyal intensitesi ile kontrastlanma paterninde normale dönüş.

TARTISMA

Primer hiperprolaktineminin sik nedenleri arasında mikro- ve makroadenomlar gelmekte olup, tedavisiye hem idiyopatik olgularda hemde mikro- ve makroadenom olgularda ilk basamak olarak medikal tedavidir. Hastaligin yavas gelismisi, mikroadenomların nadiren makroadenoma transformasyonu ve kismende spontan düzelme sansindan dolayi çogu yazar primer olarak medikal tedaviyi savunmaktadır (1,2).

Ozbey ve ark. primer hipotiroidizm olgusunda; 2 yillik amenore ve galaktore sikayetleriyle basvuran hastada hiperprolaktinemi, sabahlari düşük bazal kortizol degeri ve MRG’de pituiter makroadenom saptamistir. Medikal tedaviyi takiben düzenli menstruasyon, galaktorede çözülme, hormon seviyelerinde normal seviyelere dönüş ve pituiter makroadenom görüntüsünde kaybolma saptanmistir. Tiroid ve prolaktin hormonlarından sorumlu hücrelerdeki hiperplazi nedeniyle olgumuzda oldugu gibi hipofiz bezinde adeta adenom yani kitle imaji bildirmislerdir. Medikal tedaviyi takiben hormon düzeylerinde normale dönüş ve MRG’de pituiter bezin fizyolojik görünümüne dönmesi ile medikal tedavinin önemine vurgu yapmislardir (3).

Pituiter makroadenom regresyonu nedenleri arasında apoplekside sayilabilir. Armstrong ve ark. bildirisinde genis pituiter adenomda infarkt sonrası gelisen apopleksiye deginmislerdir. Steroidler ile konservatif tedaviyi takiben semptomlarda düzelme ve adenom boyutlarında involüsyon gözlenmistir (4).

Primer hipotiroidizm hastalarının %81’inde sella tursika boyutlarında artis gözlenmektedir. Pituiter genisleme genellikle asemptomatik olmasına ragmen, olgular kiazma kompresyonuna bagli kitle etkisi, bas agrisi ve galaktore sikayetleriyle basvurabilir. BT incelemede pituiter gland boyutlarında 10 mm’yi geçen homojen genisleme sella tabanında erozyon ile stalk deviyasyonu gözlenebilmektedir. MRG tek basına tümör ile hiperplazi ayriminda yetersiz kalmaktadır. Amenore, galaktore ve hiperprolaktinemili hastalarida MRG’nin giderek artan kullanimi pituiter hiperplazi demonstrasyonunda artisa yol açmaktadır. Bununla birlikte radyolojik

inceleme her zaman tümör ile hiperplazi ayrimini yapamamaktadır (5-8).

Sonuç olarak, hipotiroidizm olgularında hipofiz glanda yönelik uygulanan radyolojik tetkikler tümör ile hiperplazi ayriminda yetersiz kalmaktadır. Olgularda klinik muayene, laboratuvar tetkikleri ve ciddi olgu takibi sonucunda öncelikle altta yatan nedene yönelik primer medikal terapiyle gereksiz cerrahi tedavilerden kaçinip, dogru teshise gidilebilmektedir.

Yazisma Adresi: Alptekin Tosun, Degirmişem mah, yamacobali dede cad, kaner apt, no 4, Gaziantep e-posta: tosun_alptekin@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Shimono T, Hatabu H, Kasagi K, Miki Y, Nishizawa S, Misaki T, et al. Rapid progression of pituitary hyperplasia in humans with primary hypothyroidism: demonstration with MR imaging. *Radiology* 213:383-8, 1999.
2. Veldman RG, Berg G, Pincus SM, Frolich M, Veldhuis JD, Roelfsema RG. Increased episodic release and disorderliness of prolactin secretion in both micro- and macroprolactinomas. *Eur J Endocrinol* 140:192-200, 1999.
3. Ozbey N, Sariyildiz E, Yilmaz E, Orhan Y, Sencer E, Molvalilar S. Primary hypothyroidism with hyperprolactinaemia and pituitary enlargement mimicking a pituitary macroadenoma. *Int J Clin Pract* 51:409-11, 1999.
4. Armstrong MR, Douek M, Schellinger D, Patronas NJ. Regression of pituitary macroadenoma after pituitary apoplexy: CT and MR studies. *Comput Assit Tomog* 15:832-4, 1991.
5. Joshi AS, Woolf PD. Pituitary hyperplasia secondary to primary hypothyroidism: A case report and review of the literature. *Pituitary* 8:99-103, 2005.
6. Wolansky LJ, Leavitt GD, Elias BJ, Lee HJ, Dasmahapatra A, Byrne W. MRI of pituitary hyperplasia in hypothyroidism. *Neuroradiology* 38:50-2, 1996.

7. Ashley WW, Ojemann JG, Park TS, Wippold FJ. Primary hypothyroidism in a 12-year-old girl with a suprasellar pituitary mass: rapid regression after thyroid replacement therapy: case report. J Neurosurg 102:413-6, 2005.
8. Khawaja NM, Taher BM, Barham ME, Naser AA, Hadidy AM, Ahmad AT, et al. Pituitary enlargement in patients with primary hypothyroidism. Endocr Pract 12:29-34, 2006.