

## Onkolojik Bir Acil Sorun: Hipofiz Adenom Kanaması

Mustafa ALTINBAŞ\*

\* Yard.Doç.Dr.Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Onkoloji BD, KAYSERİ

Kanserli hastalarda tümöre bağlı hiperkalsemi, tümör lizis sendromu ve kafa içi basınç artışı (KİBAS) gibi ivedi çözüm gerektiren, ancak nadir görülen acil sorunlardan birisi de hipofiz adenomu içine olan kanama veya onun infarktıdır (1-3). Hipofiz adenom kanamaları olduğundan daha az olarak kliniğe yansır. Keil ve ark. araştırmasında 5 yılda 2 vaka tespit edilmiştir (3). Bonicki 783 opere olmuş adenom vakasında post-mortem 113(%14.4) kanamayı histolojik olarak göstermiştir (4). Bu hastalarda hipofiz yetmezliği yanında şiddetli baş ağrısı, şuur bulanıklığı, menenjizm, bulantı-kusma, görme kaybı veya göz felçleri olabilmektedir. Kalıcı mental bozukluklar, nörolojik defisitler ve ölüm görülebilir (5-8). Semptomlar ile kanama arasında doğru orantı vardır (9). Dramatik klinik tablo nedeniyle acilen şok tedavisi, antiödem tedavisi ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularına göre nöroşirurjik yaklaşım gereklidir (3,5). Nörolojik bulguların geri dönüşü, operasyona başlama zamanı ile yakından ilişkilidir (4-7).

Hipofiz kanaması spontan olabileceği gibi diagnostik test sonrası veya heparinizasyondan sonra da nadiren ortaya çıkabilmektedir (3, 10). Özellikle komplike hormon testlerinde ve simültane kombine provakasyon testlerinde kanama riski katlanmaktadır (10, 12). Ayrıca tümör büyüklüğü ile kanama ihtimali arasında doğru orantı vardır (12). Luteinize hormon salgılatan hormon (LH-RH) testi onkolojik-nörolojik acil soruna neden olabilmektedir (3, 13). Keil ve ark. 5 yılda TRH testi ile oluşan 8 kanamada 2 acil sorunla karşılaşmışlardır (3). Makroadenomlarda bu tür testler kontraendike olmasa da genelde dikkatli olmalı, özelden ise çoklu test yapmamalıdır (3, 12).

Hipofiz adenom kanaması Bills'e göre en çok "null cell adenomu"nda görülür (5). Bonicki ise kanamalarda

en çok prolaktinomları ve hızlı invazyon gösteren Nelson tümörlerini saptamıştır (4). Cushing sendromu ve akromegalide mikroadenomlar hormon aktivitelerinden dolayı erken tanınıp opere edildiklerinden acil sorun oluşturmamaktadırlar (3,4). Çoğu hipofiz kanaması semptom vermeden iyileşirler. Bunlar başka nedenle çekilen MRG ile tesadüfen ortaya çıkar (4,6). MRG kanamanın tespitinde bilgisayarlı tomografiye (BT) üstündür (6, 12, 14).

Antikoagulan tedavi altında hipofiz adenom kanaması olabilmektedir (3). Kalp ameliyatı sonrası bu nedene bağlı kanamalar bildirilmiştir (9, 15, 16). Bu vakalarda görme alanı daralması veya göz kaslarında felçler ortaya çıkmışsa acil operasyon endikasyonu var demektir (9, 17). Sorunun aciliyeti nedeniyle derhal transsfenoidal dekompresyon ameliyatı yapılmalı, hastanın ağır bir kalp operasyonu geçirmiş olması bu girişimi engellememelidir. Çünkü olay fatal seyredebilir (3).

Önemli bir konu da hastanın perioperatif ve uzun vadede rehabilitasyonudur. Ortaya çıkan hipofiz yetmezliği tedavi edilmelidir (7). Akut dönemde antiödem tedavisi, postoperatif dönemde yetmezlik nedeni olan hormon substitüsyonu kaçınılmazdır (3, 7). Vidal, postoperatif mutlak hipofiz yetmezliği olduğunu vurgulamıştır (16). Bills ise hastalarında %82 glikokortikoid, %89 tiroid hormonu ve %64 testosteron veya östrojen verilmesi gerektiğini tespit etmiştir. Diabetes insipidus nedeniyle desmopressin (Minirin) ihtiyacı %11 oranında gerekmiştir (5).

### KAYNAKLAR

1. Body JJ. Therapie der tumorinduzierten Hyperkalzemie. In: Seeber S, Schütte J, eds. Therapiekonzepte Onkologie Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 1995:1161-73.
2. Meyer P. Onkologische Notfallsituationen. In: Wilmanns W, Huhn D, Wilms K, eds. Internistische Onkologie. Stuttgart-New York. Thieme Verlag, 1994: 297-310.
3. Keil I. Undeutsch C, Höffken K. Die Hypophysenapoplexie. Ein onkologischer Notfall. Onkologie 1996; 2:100-2.

Geliş Tarihi 30.06.1996

**Yazışma Adresi:** Yrd. Doç. Dr. Mustafa ALTINBAŞ  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları ABD Onkoloji BD  
KAYSERİ

4. Bonicki W, et al. Pituitary apoplexy. Endocrine, surgical and oncological emergency. Incidence, clinical course and treatment with reference to 799 cases of pituitary adenomas. *Acta Neurochir* 1993; 120: 118-22.
5. Bills DC, et al. A retrospective analysis of pituitary apoplexy. *Neurosurgery* 1993; 33: 602-9.
6. Onesti ST, Wisniewski T, Post KD. Clinical versus subclinical pituitary apoplexy. *Neurosurgery* 1990; 26: 980-6.
7. Rolih CA, Ober KP. Pituitary apoplexy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1993; 22:291-302.
8. Vidal E, et al. Twelve cases of pituitary apoplexy. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1893-9.
9. Vasolli M, Rana Z, Allen S. Pituitary apoplexy after stimulation tests. *Postgrad Med* 1994; 70: 444-5.
10. Okuda O, Umezawa H, Miyaoka M. Pituitary apoplexy caused by endocrine stimulation tests: A case report. *Surg Neurol* 1994; 42:19-22.
11. Quabbe HJ, et al. *Rationelle Diagnostik in der endokrinologie*. Stuttgart-New York: Thieme Verlag, 1993.
12. Masson EA, et al. Pituitary and sudden blindness following the administration of gonadotrophin releasing hormone. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1993; 38: 109-10.
13. Glick RP, Tiesi JA. Subacute pituitary apoplexy: clinical and magnetic resonance imaging characteristics. *Neurosurgery* 1990; 27: 214-8.
14. Absalom M, et al. Pituitary apoplexy after coronary artery surgery. *Anesth Analg* 1993; 76: 648-9.
15. Shapiro LM. Pituitary apoplexy following coronary artery bypass surgery. *J Surg Oncol* 1990; 44: 66-8.
16. Slaughter TF, Mark JB, Revers JG. Pituitary apoplexy and the conflicting perioperative goals of anticoagulation and hemostasis. *Anesth Analg* 1993; 76: 470-1.
17. Seyer H, Komf D, Fahlbusch R. Ophthalmomotor palsies in pituitary apoplexy. *Neuroophthal* 1992; 12: 217-24.