

BROMOCRIPTİNE TEDAVİSİ ESNASINDA HİPOFİZİER APOPLEKSİ (Vaka Raporu)

Dr. İsmail Hakkı AYDIN (x)
Dr. Yunus AYDIN (xx)
Dr. Hüseyin Erdem AK (xxx)
Dr. Behiç TÜMER (xxxx)

ÖZET:

Pituitier apopleksi lokal infarktüs veya kanamanın sebep olduğu bir antitedir. Hipofiz tümörlü hastalarda bu oran % 5 ile 10 arasında görülmektedir.

Görme bozukluğu, amenore, galaktore semptomları ile hipofiz tümörü olan bir hastaya bromocriptine tedavisi başlandıktan kısa bir süre sonra hipofizier apopleksi geliştiği 18 yaşındaki bir bayan hasta kliniğimize yatırılarak ameliyat edilmiştir.

Hipofizier apoplekside bromocriptinin rolü olacağı düşüncesiyle son literatürlerle birlikte vak'ayı takdim etmeyi gerekli gördük.

GİRİŞ:

Lokal infarktüs veya kanamanın pituitier apoplexi'ye sebep olduğu bilinmektedir. Bu oran hipofiz tümörlü hastalarda % 5-10 oranındadır (7,13). Nadir de olsa, spontan iyileşmenin görülebileceği bu antite de, şiddetli bir baş ağrısının başlaması veya var olan baş ağrısında ani bir şiddetlenme, bulantı, görme bozuklukları, ateş, ense sertliği ve komaya kadar varabilen şuur bozuklukları görülebilir (6). Nadiren acil hipofizier dekompresyon operasyonu gerektirir (4). Vakaların büyük bir çoğunluğunda anterior hipofizier lop yetersizliğine bağlı olarak, Growth hormon, ACTH, gonadotropinler ve TSH seviyelerinde düşme görülür. Arka lob yetersizliğinin bu durumlarda oldukça nadir görüldüğü bildirilmiştir (1,2,6,7).

(x) Ata. Ü. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi. Yard. Doç. Dr.

(xx) Şişli Etfal Hastanesi Nöroşirürji Kliniği. Doç. Dr.

(xxx) Ata. Ü. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(xxxx) Erzurum SSK Hastanesi Nöroşirürji Kliniği Şefi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi XX. kuruluş yılı genel tıp kongresinde tebliğ edilmiştir. (16-20 Haziran 1986- ERZURUM).

VAKA RAPORU:

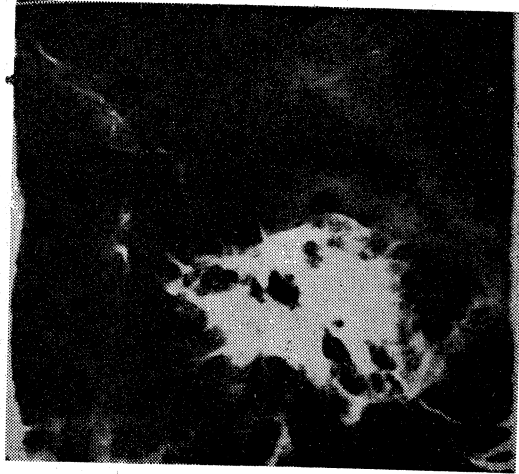
17 yaşındaki bayan hasta, 6 aydan beri devam eden görme bozukluğu, amenore ve galaktore şikayetleri ile müracaat ettiği bir hekim tarafından 5 mg/gün dozunda Bromocriptine tedavisine alındı. İlaça başladığının 16. günü çok şiddetli baş ağrısı, sol göz kapağında düşme, görme bozukluğu ve bulantı şikayetleri ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürüji polikliniğine müracaatla nöroşirürüji kliniğimize yatırıldı.

Muayene:

Genel durum orta şuur açık, papilla hudutları silik, sol lehine periferik temporal görmede hafif bir daralma ve pitoz (parsiyel) mevcuttu. Diğer nörolojik ve fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Kan prolaktin seviyesi 140 ngr. idi. T3, T4, kan kortizol ve idrar ketosteroidleri normal hudutlarda bulundu.

Radyolojik sella tetkikinde, sellanın grade II seviyesinde bir cesamet gösterdiği tespit edildi (Resim: 1).

Yapılan sol carotid arter anjiyografisi normal olup sisternofrafi de çok hafif bir suprasellar extansiyon tespit edildi.



Resim 1

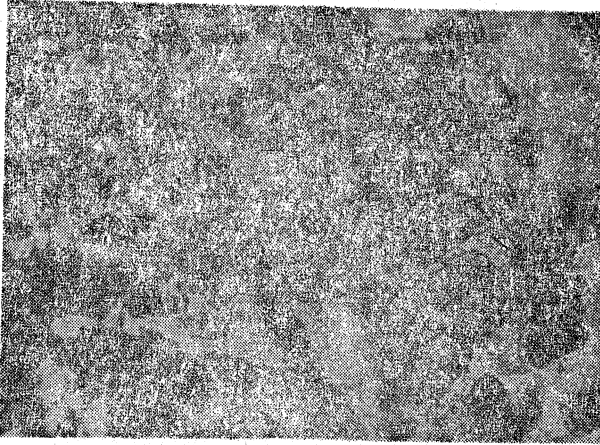
Hasta operasyona alınmadan 1 gün önce şuur bozuldu ve solda anizokori gelişti. Subaraknoid kanama bulguları yoktu. Hastada pituiter apoplexi veya tümör nekrozu düşünülerek Bromocriptine kesildi ve yüksek doz corticosteroid (Dexametasone 14 mg/gün) başlanarak ameliyata alındı.

Sol pterional yaklaşımla yapılan ameliyatta, ileri derecede supresellar extansiyon gösteren tümöral hipofiz kitlesinin diagrafmayı tahrip ettiği görüldü. Kanamalı nekroze dokular aspire edilerek temizlendi.

Alınan patolojik numunenin histopatolojik tetkiki sonucu; yaygın kanamalı hipofiz adenomu şeklinde rapor edildi. (Resim: II-III).



Resim 2



Resim 3

Postoperatif devrede hastanın bulguları süratle düzeldi. Kan prolactine seviyesi 2,9 ngr. seviyesine düştü. 10 gün kortikosteroit kullanması tavsiye edilerek taburcu edilen hastanın 2 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde, amenore dışında herhangi bir şikayeti kalmamıştı.

TARTIŞMA:

Hipofiz adenomlarında hemorajik nekrozun mekanizması kesin olarak bilinmemektedir. Bu, tümörün hızlı büyümesine bağlı olabileceği gibi, kan akımındaki ani yüklenme sonucunda olabilir (1). Ayrıca hipofizier portal venin trombozisi de söz konusu olabilir. Rovit ve Fein, tümörün diagrafmada yaptığı lezyon sonucu infundibuler sirkulasyon bozukluğu olduğu ve bununla apoplexiye neden olduğunu düşünmüşlerdir (9). Müelliflere göre, büyüyen tümör yukarıya doğru yayılım göstererek stalk ile çevre diafragma sellası arasındaki vascular ağda sıkışıklık yaparak infundibuler beslenme bozukluğuna sebep olmaktadır. Bütün bunlar tümöröl iskemii, nekroz ve hemoraji ile birlikte anterior lob yetmezliğine neden olmaktadır. Mamafih Weisberg'in yaptığı anjiyografik çalışmalarda pituitier adenomların beslenmesinin direkt olarak capsüler arterden olabileceği de gösterilmiştir (15). Conomy ve arkadaşları akut nekrotik değişikliklerin yavaş büyüyen adenomlarda da görülebileceğini bildirişlerdir (2). Bundan başka, hipofizer radyoterapi gibi presipitan faktörler, kafa travmaları, emboli, mekanik respirasyon, üst solunum yolu enfeksiyonları (öksürük ve aksırıkla birlikte) chlorpromazie, narkotik alışkanlığı, bromocriptine, östrojen ve anticuagular tedavi gibi faktörlerin de etkisi olduğu bildirilmiştir (3,5,11,15,16).

Bizim vakımızda kanaatimize göre, hipofizer tümöröl apoplexiden bromociptine sorumlu idi. Bromociptine, prolactinomalarda kan prolactin seviyesini düşürmekte, nadiren de acromegalide Growth hormon düzeyini de azaltmaktadır. Çoğu vakalarda tümör cesametini küçültmektedir (10,12,14).

Wakai ve arkadaşları (13) ve Yamaji ve arkadaşları (16) nın çalışmalarında bromociptine tedavisinden sonra, pituitier adenomlarda nekroz bulguları cerrahi olarak tesbit edilmiş, aradaki ilişki tam olarak belirlenememesine rağmen, bunun uzun süreli bromocriptine tedavisine bağlı olacağı kanaatine varmışlardır.

Hücrelerin küçülmesi ile oluşan tümör cesametindeki azalma ve tümör büyümesindeki duraksamada apoplexiye sebep olabilmektedir. Rengachary ve arkadaşlarında bu fikri paylaşmaktadırlar (8). Diğer etyolojik faktörlerin bulunmaması, vakamızda bromocriptine'nin etkin rol oynadığı fikrini bizde uyandırmıştır. Ancak literatürde, uzun süreli bromocriptine tedavisi sonucu oluşan vakalar yayınlanmış, kısa süreli tedavi sonucu tesbit edilen tek bir vaka Alhajje ve arkadaşlarınca bildirilmiştir (1). Bu vakada hipofizer, apoplexi, bromocriptine tedavisinin 10. günü görülmüş, bizim vakamızda ise 16. günde ortaya çıkmıştır.

SUMMARY:

(PITUITARY APOPLEXY DURING BROMOCRIPTINE THERAPY CASE REPORT)

Pituitary apoplexy is a well-known antity, caused by local infarction and/or hemorrhage. This problem occurs in % 5 to 10 % of patients with pituitary tumor.

The authors reported a case of pituitary apoplexy that developed in a young patient shortly after bromocriptine therapy. The tumor was associated with visual impairment and ocular palsies and was treated by pterional transcranial surgical decompression. Even though spontaneous tumor necrosis cannot be excluded, a causal role of bromocriptine treatment of suggested.

LITERATÜRLER:

- 1- Alhajje A, Lambert M. and Carabbi' J: Pituitary apoplexy in a acromegalic patient during bromocriptine therapy.
J. Neurosurgery 63: 288-292, 1985.
- 2- Conomy JP, Ferguson JH, Brodkey JS. et al: Spontaneous infarction in pituitary tumors: Neurologic and therapeutic aspects. Neurology 25: 580-587, 1975.
- 3- Dawson BH, Kothandaram P: Acute massive infarction of pituitary adenomas. A study of five patients, J. Neurosurg: 37: 275-279, 1972.
- 4- Epstein B, Pimotone BL, de Villiers JC et al: Pituitary apoplexy in five patients with pituitary tumors. Br Med. J.: 2: 267-270, 1971.
- 5- Kolodny J, Dluhy RG: Recurrent prolactinoma and Meningioma following irradiation and bromocriptine treatment.
AJM 78: 153-155, 1985.
- 6- Markowitz, S, Shermann L, Kolody HD. et al: Acute pituitary vascular accident (Pituitary apoplexy) Med. Clin. North Am. 65: 105-116, 1981.
- 7- Pelkonen R, Kuusisto A, Salmi J. et al.: Pituitary function after pituitary apoplexy.
Am J. Med 65: 773-778, 1978.
- 8- Rengachary SS, Tomita, T. Jefferies BF et al: Structural changes in human pituitary tumor after bromocriptine therapy.
Neurosurgery 10: 242-251, 1982.
- 9- Rovit RL, Fein JM: Pituitary apoplexy: a review and reappraisal, J Neurosurg 37: 280-288, 1972.
- 10- Sachdev Y. Gomez-Pan A. Tunbridge WMG et al.: Bromocriptine therapy in acromegaly.
Lancet 2: 1164-1168, 1975.
- 11- Sussman EB, Porro RS: Pituitary apoplexy: the role of atheromatous emboli. Stroke 5: 318-323, 1974.
- 12- Thorner, MO, Chait A. Aitken M et al.: Bromocriptine treatment of acromegaly. Br. Med J: 1: 299-303, 1975.

- 13- Wakai S, Fukushima T, Teramoto A. et al.: Pituitary apoplexy: its incidence and clinical significance J Neurosurg 55: 187-193, 1981.
- 14- Wass JA, Moulton PJ, Thorner MO, et al.: Reduction of pituitary tumour size in patients with prolactinomas and acromegaly treated with bromocriptine with or without radiotherapy. Lancet: 2: 66-69, 1979.
- 15- Weisberg LA: Pituitary apoplexy. Association of degenerative change in pituitary adenoma with radiotherapy and detection by cerebral computed tomography. Am J. Med. 63: 109-115, 1977.
- 16- Yamaji, T, Ishibashi, M, Kosaka K et al.: Pituitary apoplexy in acromegaly during bromocriptine therapy. Acta Endocrinol 98: 171-177, 1981.