

Endokrin Aktif Hipofiz Adenomları Tedavi Sonuçlarımız

Mehtap DALKILIÇ ÇALIŞ, Varol ÇALIŞ *, Murat TAŞKIN *, Oktay İNCEKARA

ÖZET

AMAÇ: Pitüiter adenomalar oldukça büyük boyutlara ulaşırlar ve direkt yayılımları mevcuttur. Transsfenoidal cerrahi, makroadenomlar dahil olmak üzere hipofiz tümörlerinin çoğunluğunda tercih edilen cerrahi yaklaşım şeklidir. Radyoterapi; büyük tümörlerin kitle etkisini ve hiperseksiyonu kontrol etmede oldukça etkilidir. Bu çalışmada, kliniğimize 1990-1998 yılları arasında endokrin fonksiyon yapan hipofiz adenomu tanısıyla başvuran hastalar retrospektif olarak irdelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Kliniğimize 1990-1998 yılları arasında hipofiz adenomu tanısıyla 20 hasta başvurmuştur. Hastaların 12'sinde endokrin aktif tümör mevcuttu. Kadın/erkek oranı 6/1. En sık görülen yaş grubu 31-40'tır. Tümör çapı 2-5 cm arasında idi. Prolaktinoma 5 hastada (% 42), somatotropik adenoma 3 hastada (% 25), mikst hormon sekresyonlu adenoma 4 hastada (% 33) mevcuttu. Hastaların 8'ine total, 4'üne subtotal eksizyon uygulanmıştır. Hastaların tümüne radyoterapi uygulanmıştır.

SONUÇ: Kadınlarda endokrin aktif hipofiz tümörleri daha sık görülmektedir. En uzun takip süresi prolaktin salgılayan tümörlerdedir. Cerrahi sonrası radyoterapi uygulanmayan hastalarda nüks oranı yüksektir.

Anahtar kelimeler: Endokrin aktif hipofiz adenomları, cerrahi, radyoterapi

Düşünen Adam; 2001, 14(1): 61-63

SUMMARY

PURPOSE: Pituitary adenomas reach very big sizes and invade directly. Transsphenoidal surgery is the preferred approach for the surgical management of the majority of pituitary tumors, including macroadenomas. Radiotherapy is very efficient in controlling large tumors' mass effect and hypersecretion. This study evaluates retrospectively those patients who have recourse to our clinic between 1990-1998 with endocrine active pituitary adenoma diagnosis.

MATERIALS and METHOD: 20 patients applied to our clinic between 1990-1998 with pituitary adenoma diagnosis. 12 patients had endocrin active tumors. Female/male ratio: 6/1. The most frequent age range was 31-40. Tumor diameters ranged between 2-5 cm 5 patients (42 %) had prolactinoma, 3 patients (25 %) had somatotropic adenoma, and 4 patients (33 %) had adenomas with mixed hormone secretion. 8 patients had total and 4 had subtotal excision. All patients had radiotherapy.

RESULTS: Endocrin active pituitary tumors are more frequent in women. The longest follow-up period is for tumors secreting prolactin. The rate of relapse is high in patients who did not receive radiotherapy following surgery.

Key words: Endocrine active pituitary adenomas, radiotherapy, surgery

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Nöroşürji Kliniği, ** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Onkolojisi Kliniği

GİRİŞ

Hipofizden köken alan tümörler, sella tursica içinde gelişir, kemik erozyonu ile sellayı genişleterek suprasellar bölgeye yayılabilirler (1). Hipofiz bezindeki her hücre neoplaziye dönüşebilir. Pitüiter adenomalar oldukça büyük boyutlara ulaşırlar ve direkt yayılmaları mevcuttur (2). Büyük tümörler komşu yapıları invaze ederek, radikal rezeksiyonu imkansız hale getirirler.

Endokrin anomaliler sıktır. En sık yetişkinlerde pitüiter disfonksiyona sebep olurlar. Ani görme azalması, papilla ödemi, okülomotor anomalileri ve oftalmopleji görülebilir. En sık görme defekti; bitemporal hemianopsi ve superior temporal defektir (3,4). Diğer görme defektleri daha seyrek görülür. Anatomik yerleşime ve endokrin fonksiyona göre sınıflaması yapılır. Endokrin fonksiyona göre; TSH, GH, ACTH ve prolaktin sekrete eden tümörler (% 75) ve nonfonksiyone adenomalar (% 25) olarak ayrılırlar (5,6).

Ekspansiyon veya selladaki erozyona göre 4 grade-de; suprasellar yayılıma göre 4 tipe ayrılır (7,8).

Pitüiter tümörlerin tedavisi oldukça karışıktır. Nöroradyoloji, nörooftalmoloji, endokrinoloji, nöroloji, nöroşirürji, radyasyon onkolojisi ve laboratuvar branşlarının ilişkisini gerektirir.

Transsfenoidal cerrahi, makroadenomlar dahil olmak üzere hipofiz tümörlerinin çoğunluğunda tercih edilen cerrahi yaklaşım şeklidir (9).

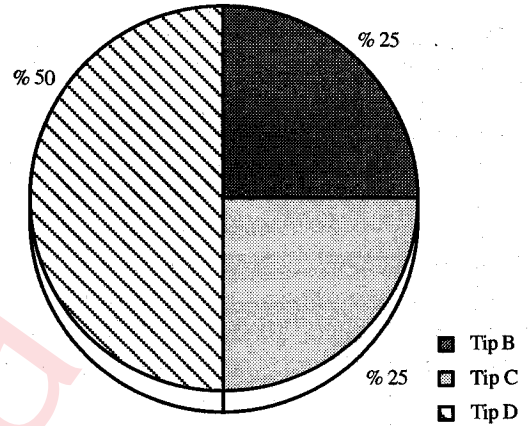
Radyoterapi büyük tümörlerin kitle etkisini ve hipersekresyonu kontrol etmede oldukça etkilidir (10-12).

GEREÇ ve YÖNTEM

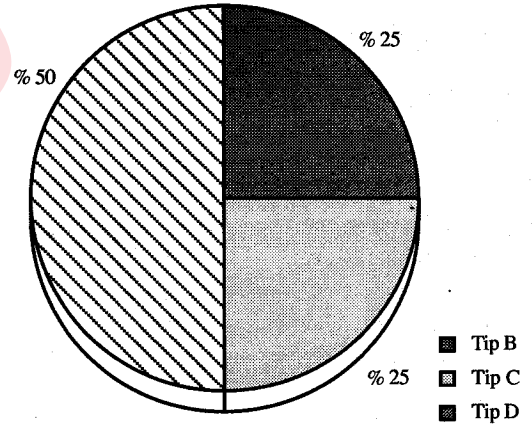
Kliniğimize 1990-1998 yılları arasında hipofiz adenoma tanısıyla 20 hasta başvurmuştur. Bunlardan 12'si endokrin aktif tümöre sahipti (% 60). Kadın/erkek oranı: 6/1. En sık görülen yaş grubu: 31-40'tur (17-50 yaş) (Tablo 1). Endokrin fonksiyona göre hipofiz tümörlerinin ayrımı; Prolaktinoma: 4 hasta (% 42), somatotropik adenoma: 3 hasta (% 25), mikst hormon salgılayan: 4 hasta (% 33).

Tablo 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grubu	Kadın	Erkek	Toplam
11-20	3	-	3
21-30	2	1	3
31-40	4	1	5
41-50	1	-	1
Toplam	10	2	12



Grafik 2. Hardy sınıflamasına göre hastaların dağılımı.



Grafik 3. Suprasellar yayılıma göre evreleme.

Hastaların tümünde makroadenom mevcuttur. En küçük çap 2 santimetre, en büyük çap 5 santimetredir.

Başvuru şikayetleri; baş ağrısı: 6 hastada, bitemporal hemianopsi: 5 hastada, tek gözde görme kaybı: 1 hastada, menstruasyon bozuklukları: 5 hastada, vücut uç kısımlarında büyüme: 5 hastada mevcuttu.

Postoperatif nörolojik defisit: 1 hastada paraparazi, 1

Tablo 2. Endokrin aktif tümörlerde takip süreleri.

GH salgılayan hastaların takip süresi	: 35 ay
PRL salgılayan hastaların takip süresi	: 54 ay
Mikst hormon salgılayan hastaların takip süresi	: 28 ay

hastada bilateral hemianopsi, 1 hastada tek gözde görme kaybı, 3 hastada epilepsi mevcuttu.

Hastaların grade'de göre dağılımı Grafik 1'de, suprasellar yayılımına göre evrenmesi Grafik 2'de görülmektedir.

Cerrahi şekillerine göre hastaların dağılımı: Total eksizyon 8 hastaya, subtotal eksizyon 4 hastaya uygulanmış, ilk cerrahi operasyondan sonra total eksizyon uygulanan 8 hastanın 4'ünde nüks gelişmiştir (% 50). Bu hastalara tekrar total eksizyon uygulanmıştır. 8 hastaya transsfenoidal, 4 hastaya transkranial yaklaşım uygulanmıştır.

Radyoterapi için primer kitleyi saracak şekilde, 5x5 cm veya 6x6 cm'lik paralel karşılıklı lateral alanlar kullanılmıştır. Günlük doz 1.8-2 G, total doz 50-60 Gy'dir.

BULGULAR

Hastaların son kontrolleri 2000 yılı içinde yapılmıştır. Hastaların ilk operasyondan itibaren ortalama hastaliksız takip süreleri 47 aydır (0-124 ay). Kadın hastaların takip süreleri ortalama 44 ay, erkek hastaların takip süreleri ortalama 25 aydır. Erkek hastalar halen yaşamaktadır. Evreye göre hastaların takip süreleri: Tip B: 48 ay, Tip C: 21 ay, Tip D: 48 ay takip edilmişlerdir. Halen hastalarımızın 6'sı sağlıklı, 4'ü hastalıklı yaşamaktadır. 2 kadın hasta eksitus olmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma grubumuzda hasta sayısı oldukça düşüktür. Bu nedenle sonuçlar hakkında kesin konuşabilmek oldukça güçtür. Kadınlarda hipofiz tümörleri daha

sık görülmektedir. Kadın/erkek oranı: 6/1. Kadın hastaların takip süreleri erkek hastalara göre daha uzundur. En uzun takip süresi prolaktin salgılayan tümörlerde bulunmuştur. Eksitus olan hastalar endokrin nedenlere bağlı olarak kaybedilmişlerdir. Halen hastalıklı yaşayan hastaların tümörleri mevcut olmayıp, nöroendokrin bozukluk nedeniyle tedavi olmaktadır.

Cerrahi sonrası radyoterapi uygulanmayan hastalarda nüks oranı yüksektir (% 50). Radyoterapi uygulanan hastalarda nüks oranı düşüktür (% 16). Radyoterapi doz ve fraksiyon şemalarına istatistikî sonuç verecek sayıda vaka konulamamıştır.

Çalışma grubumuzun sonuçlarına göre, endokrin aktif hipofiz tümörlerinde cerrahi ve tamamlayıcı olarak radyoterapi uygulanması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Asai A, Matsutani M, Funada N, et al: Malignant growth hormone-secreting pituitary adenoma with hematogenous dural metastasis: Case report. Neurosurgery 22:1091, 1988.
2. İkeda H, Yoshimoto T: Visual disturbances in patients with pituitary adenoma. Acta Neurol Scand 92:157, 1995.
3. Melen O: neuro-ophthalmologic features of pituitary tumors. Endocrinol Metab Clin North Am 16:585, 1987.
4. Poon A, McNeill P, et al: Patterns of visual loss associated with pituitary adenomas. Aust N Z J Ophthalmol 23:107, 1995.
5. Levin S: Manifestations and treatment of acromegaly. Calif Med 116:57, 1972.
6. Roth J, Gorden P, Brace K: Efficacy of conventional pituitary irradiation in acromegaly. N Engl J Med 282:1386, 1970.
7. Hardy J: Transsfenoidal surgery of hypersecreting pituitary tumors. In: Ercepta Medica. Diagnosis and treatment of pituitary tumors. Köhyler PO (eds) New York, s.1179, 1973.
8. Hardy J, Vezine JL: Transsfenoidal surgery of intracranial neoplasm. Adv Neurol 15:261, 1976.
9. Tindall TG, Woodard JE, Barrow LD: Transsfenoidal excision of macroadenomas of the pituitary gland. In: Neurosurgical operative atlas. Rengachary SS and Wilkins HR (eds). American Association of Neurological Surgeons Publication, Illinois, s.287-298, 1991.
10. Knops E, Pernecky A, Kitz K, et al: The need for adjunctive focused radiation therapy in pituitary adenomas. Acta Neuroch Suppl (Wien) 63:81, 1995.
11. Zaugg M, Adaman O, Pescia R, et al: External irradiation of macroinvasive pituitary adenomas with telecobalt: A retrospective study with long-term follow-up in patients treated with doses mostly of between 40-45 Gy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 32:671, 1995.
12. Zierhut D, Flentje M, Adolph J, et al: External radiotherapy of pituitary adenomas. Int J Radiat Oncol Biol Phys 33:307, 1995.