

Hipofiz Adenomlarında Kür Kriterleri

Dr. Tomris ERBAS

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Ünitesi, Ankara

Hipofiz Tümörlerinde Tedavi Hedefleri:

- 1) Hormon hipersekresyonunun kontrolü
- 2) Hipofiz tümör kitlesinin azaltılması
- 3) Görme ve nörolojik komplikasyonların düzeltilmesi
- 4) Hipofiz fonksiyonlarının korunması
- 5) Biyokimyasal ve lokal nükslerin önlenmesi

Akromegali

Akromegali hastalarında tedavi sonrası growth hormon düzeyi >10 ng/ml olanlarda mortalite oranı, $<2,5$ ng/ml olanlara göre iki kat fazladır. Mortalite nedenlerinin başında kardiyovasküler sorunlar gelmektedir. Diğer sebepler arasında serebrovasküler ve respiratuar sorunlar ve kanser sıralanabilir.

1999 Cortina kriterlerine göre akromegalinin ekarte edilebilmesi için gerekli şartlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1) $GH < 0,4$ ug/l ve normal IGF-1 düzeyi
- 2) OGTT sırasında $GH < 1$ ug/l ve normal IGF-1 düzeyi

Yine 1999 Cortina kriterlerine göre kür aşağıdaki şartlarda kabul edilmektedir:

- 1) Bazal $GH < 2,5$ ug/l
- 2) OGTT sırasında $GH < 1$ ug/l
- 3) IGF-1 normal (yaş ve cins)

Akromegalide GH postoperatif birinci ve ikinci gün sabahı ölçülür. $GH < 1$ ug/l (IRMA) olması erken kür demektir. Erken dönemde IGF-1 bakılmamalıdır. Postoperatif 6. haftada remisyona değerlendirilmesi yapılır.

Akromegalide kür kriterlerinin şartları:

OGTT $GH < 1$ ug/l, normal IGF-1, klinik aktivite yok: TAM KONTROL SAĞLANMIŞ

OGTT $GH > 1$ ug/l veya yüksek IGF-1, klinik inaktif: YETERSİZ KONTROL SAĞLANMIŞ

OGTT $GH > 1$ ug/l, yüksek IGF-1 ve klinik aktif: KÖTÜ KONTROL

Tam kontrol sağlanan hastaların takibinde GH/IGF-1 düzeyi takibi, pitüiter fonksiyonların takibi ve periyodik MRG yeterli iken, yetersiz kontrol sağlananlarda kardiyak, metabolik ve tümöral kontrol gereklidir ve tedavi gözden geçirilmelidir. Kötü kontrol sağlananlarda ise uygulanan tedavi değiştirilmelidir.

Akromegalide biyokimyasal kürü etkileyen faktörler:

- 1) Preoperatif growth hormon seviyesi
- 2) Tümör boyutu
- 3) İnvazyon derecesi
- 4) Cerrahin deneyimi

Mikroadenomlarda remisyona %75 düzeylerinde iken, makroadenomlarda %48'e ve dev adenomlarda %8'e düşmektedir.

Cushing Hastalığı

Cushing hastalığına sebep olan adenomun cerrahisi sonrası olasılıklar şu şekilde sıralanabilir:

- 1) Sürekli tam remisyona
- 2) Başlangıçta remisyona, takipte nüks
- 3) Kalıcı postoperatif hiperkortizolizm
- 4) Başlangıçta hiperkortizolizm, takipte remisyona (nadir)

Cushing hastalığında remisyona değerlendirme zamanı:

- 1) İlk 24 saat
- 2) İlk 1-2 hafta
- 3) İlk 6-12 hafta, 6 ay

Cushing hastalığında remisyona değerlendirilmesinde kullanılan testler:

- 1) Bazal kortizol, ACTH
- 2) 24 saat idrar serbest kortizolü
- 3) Düşük doz deksametazon supresyon testi,

Cushing hastalığında remisyona giren hastalarda postoperatif dönemde hiperkortizolizm gelişir. HPA

aksında düzelme 11-14 aylık dönemde gerçekleşir. Kortizol replasmanı gerekir

Cushing hastalığında glukokortikoid ihtiyacı <1 yıl olanlarda relaps riski % 24 iken, >1 yıl olanlarda %3 ve replasman yapılmayanlarda % 47 dir. Postoperatif 24. saat ve özellikle 10.-12. günlerde bakılan serum kortizol değerleri 5 ug/dl'nin altında olanlarda remisyon sağlanırken bunun üzerindeki değerlerde başarısızlık oranı artmaktadır.

Prolaktinoma:

Prolaktinomada başarılı tümör eksizyonu demek için, postoperatif birinci günün sabahında prolaktin seviyesi normalin alt sınırında olması gerekir ve

böylece %90 uzun kür sağlanabilir. Ardışık iki gün prolaktin düzeyleri ölçülebilir. İkinci günkü prolaktin düzeyi daha da düşük bulunabilir. Prolaktinin yarı ömrü 20 dakikadır. Postoperatif birinci gün PRL< 3 ng/ml olanlarda 5 yılda nüks yoktur. Uzun süreli biyokimyasal kür mikroadenomlarda %91 iken makroadenomlarda % 33 dür.

TSH Salgılayan Adenom:

TSH salgılayan adenomlarda başarılı tümör eksizyonunun ölçüsü postoperatif birinci gün sabahı TSH düzeyinin azalmasıdır. TSH nin yarı ömrü 30 dakikadır. T4 ün yarı ömrü ise 7 gündür.