

Hipofiz Adenomu ve Arteriovenöz Malformasyon; Çift Patoloji Varlığında Subaraknoid Kanamanın Tanı ve Tedavisi: Olgu Sunumu

Pituitary Adenoma and Arteriovenous Malformation; Diagnosis and Management of Subarachnoid Hemorrhage in the Coexistence of Dual Pathology: Case Report

ÖZ

Hipofiz adenomu ile arteriovenöz malformasyonların birlikte görülmesi nadirdir ve literatürde sadece 2 olguda gösterilmiştir. Subaraknoid kanama tanısı ile başvuran, aynı anda hipofiz adenomu ve arteriovenöz malformasyon saptanan nadir bir olgu sunulmuştur. Elli-yedi yaşındaki erkek hasta ani gelişen baş ağrısı ile başvurdu ve beyin tomografisinde subaraknoid kanama saptandı. Hipofizinde lezyon olan hastada ön tanı olarak pituitar apopleksi düşünüldü. Ancak beyin magnetik rezonans görüntüleme hipofiz adenomunun yanı sıra, sağ frontal AVM saptandı ve kanamanın kaynağının AVM olduğu anjiyografi ile teyit edildi. Öncelikli olarak endovasküler yolla AVM tedavi edildi, 4 gün sonra hipofiz adenomu çıkarıldı. Subaraknoid kanama ile başvuran ve çift patoloji saptanan hastada pituitar apopleksi ile AVM kanamasının ayırıcı tanısı ve tedavi yaklaşımları tartışılmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Arteriovenöz malformasyon, Hipofiz adenomu, Pituitar apopleksi, Subaraknoid kanama

ABSTRACT

Coexistence of arteriovenous malformation (AVM) and pituitary adenoma is rare and only a few cases have been presented in the English literature. Herein, a 57 year old male patient was reported with arteriovenous malformation (AVM) and pituitary adenoma. The patient presented with sudden severe headache and subarachnoid hemorrhage was detected in the computerized tomography with a sellar lesion. The initial diagnosis was pituitary apoplexy. However, brain magnetic resonance imaging showed a right frontal AVM with the pituitary adenoma and the source of the bleeding was the AVM confirmed in conventional angiography. The priority of treatment approach was the AVM, which was embolized, and 4 days later, pituitary adenoma was resected. The diagnosis and management of a subarachnoid hemorrhage in a patient who harbor both AVM and pituitary adenoma are presented and discussed.

KEY WORDS: Arteriovenous malformation, Pituitary adenoma, Pituitary apoplexy, Subarachnoid hemorrhage

Melike MUT¹
Kubilay ECE²
Selçuk PALAOĞLU³

¹ Yeditepe Üniversitesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul
² Özel Özkan Hastanesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul
³ Hacettepe Üniversitesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ankara

Geliş Tarihi : 23.05.2007
Kabul Tarihi : 06.06.2007

Yazışma adresi:
Melike MUT
E-posta: mutrn@yeditepe.edu.tr

GİRİŞ

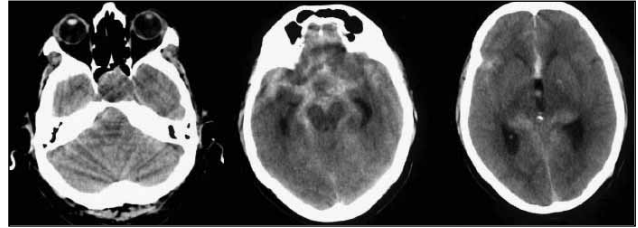
Literatürde hipofiz adenomu ile birlikte görülen vasküler patolojiler nadirdir ve hipofiz adenomu ile arteriovenöz malformasyon birlikteliği sadece 2 olguda gösterilmiştir (1,8). Subaraknoid kanama tanısı ile başvuran, aynı anda hipofiz adenomu ve arteriovenöz malformasyon saptanan nadir bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

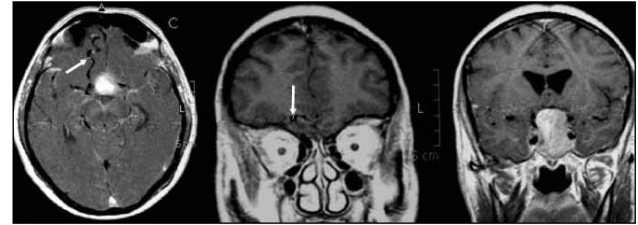
57 yaşında erkek hasta 4 saat önce aniden gelişen şiddetli baş ağrısı nedeniyle acile başvurdu. Öyküsünde hipertansiyon, halsizlik, sıcak-soğuk intoleransı, diabetes mellitus, poliüri, impotans, görme değişikliği, el ve ayaklarda büyüme gibi sistemik ve hipofiz ile ilgili bir hastalığı telkin eden semptomlar mevcut değildi. Fizik muayenesi ve ense sertliği dışında nörolojik muayenesi normal sınırlar içindeydi. Görme alanı ve görme keskinliği normaldi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografi (BBT)'sinde perimezensefalik, ambiens, interpedinküler, suprasellar sisternlerde ve her iki orta serebral arter traseleri boyunca, sylvian fissürlerde, interhemisferik fissürde ve frontal kortikal sulkuslarda subaraknoid kanama ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1). Hastaya pitüiter apopleksi sonrası subaraknoid kanama ön tanısıyla kortikosteroid (deksametazon 16 mg) başlandı. Hastanın tetkik edilen preoperatif hormonları ise T3: 0.75 ng/ml, T4: 5.64 µu/dl, TSH:0.056 µu/ml, FT3:2.8 pmol/l, FT4:15.86 pmol/l; prolaktin 6.91ng/mL, LH 3.86mIU/mL; FSH 8.83mIU/mL; kortizol 2.5µg/dl; büyüme hormonu 0.08ng/mL; testosteron 170pg/mL; ACTH 6.47pg/ml olarak saptandı.

Beyin magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de bazal sisternlerde, serebral sulkuslarda ve serebellar folyumlarında, sylvian ve interhemisferik fissürde yaygın akut kanama ve sellayı dolduran, suprasellar sisterni oblitere eden kiazmaya bası oluşturan heterojen kontrastlanan makroadenom lehine hipofizde kitle (Hardy-Vesina Grade IVE), sağ frontal lob tabanında ileri derecede vasküler bir yapı, tanımlanan vasküler yapının distalinde anterior frontalde anevrizma lehine tüm sekanslarda hipointens yapı görüldü (Şekil 2). Sağ frontaldaki vasküler yapının arteriovenöz malformasyon (AVM) olduğu düşünülerek serebral anjiyografi tetkiki yapıldı ve sağ frontal bazalde 1cm çapı geçmeyen, prenatal kesimde akıma bağlı

anevrizması olan; drenajı kortikal venler ile süperior sagittal sinüs ön kesimine ve derin venöz sisteme olan AVM saptandı (Spetzler-Martin Grade III). Subaraknoid kanamanın nedeninin AVM olduğu görüldü (Şekil 3). Kanamanın kaynağı AVM olduğundan ve pitüiter apopleksi olmadığı görüldükten sonra AVM tedavisinin öncelikli olduğuna karar verildi ve AVM endovasküler girişim yoluyla histoacryl ile embolize edildi. Dört gün sonra hasta cerrahiye alındı ve endonasal transsfenoidal yolla opere edildi. Ameliyat sırasında sellanın tümör tarafından erode olduğu görüldü. Dura açıldığında sarı renkli, aspiratöre kolay gelen akıcı kıvamda hipofiz adenomu ile karşılaşıldı ve adenom çıkarıldı, apopleksi saptanmadı. Hastanın post-operatif dönemde sorunu olmadı. Histopatolojik inceleme sonucu FSH ile boyanan hipofiz adenomu olarak bildirildi.



Şekil 1: Beyin BT'de subaraknoid kanama ve sella/suprasellar bölgede yer alan kitle görülmektedir.



Şekil 2: T1 ağırlıklı aksiyal ve koronal opaklı MRG'de sellar/suprasellar opak tutan kitle sağ frontalde AVM (ok işaretleri) izlenmektedir.



Şekil 3: Sağ karotid enjeksiyonu sonrası serebral anjiyografide AVM embolizasyon öncesi ve sonrası görülmektedir.

TARTIŞMA

Hipofiz adenomu olan hastalarda pitüiter apopleksi kendini subaraknoid kanama olarak gösterebilir. (3,7) Olgu sunumumuzda olduğu gibi aynı hastada hipofiz adenomunun ile birlikte vasküler bir anomali mevcut olabilir (1,2,4,8). Subaraknoid kanama varlığında etiyojinin araştırılmasında halen altın standard serebral dört sistem anjiyografidir. Olgumuzda dikkat çeken nokta hipofiz adenomu olan hastanın subaraknoid kanama ile başvurmasının yanı sıra, bu kanamanın pitüiter apopleksi sonucu değil, sağ frontalde yer alan arteriovenöz malformasyona bağlı olmasıdır. Literatürde kanayan arteriovenöz malformasyon ve hipofiz adenomunun aynı anda varlığı ilk kez bildirilmektedir. Acilde yapılan BBT'de subaraknoid kanama ve suprasellar/sellar yerleşimli kitle görüldüğü halde bunun sadece pitüiter apopleksi olabileceği düşünülmemiş, hastaya uygun medikal tedavi başladıktan sonra MRG yapılmıştır, MRG sağ frontal AVM gösterdikten sonra kesin tanı ve aynı seansta tedavi amaçlı anjiyografi planlanmıştır (7). Beyin BT ve MRG hipofiz adenomu ve pitüiter apopleksi varlığını gösterse bile subaraknoid kanama ile başvuran hastada vasküler nedenler araştırılmalıdır. Vurgulanmak istenen bir başka nokta da; anjiyografisi negatif bulunan hastalarda subaraknoid kanama etiyojisinde nadir de olsa pitüiter apopleksi veya tümöre bağlı kanama olabileceği akılda tutulmalı ve beyin MRG planlanmalıdır.

Hem subaraknoid kanama hem de pitüiter apoplekside erken dönemde başlanan tedavi deksametazondur ve etiyoji aydınlatılana kadar bu tedavi devam edebilir (7). Çift patolojisi olan hastaya yaklaşımda hastanın semptomlarına neden olan lezyonun tedavi önceliği vardır. Eğer kanama nedeni ve prognozu belirleyen birincil patoloji AVM ise hastanın anestezi ve cerrahi morbiditesini etkileyebileceğinden hipofiz fonksiyonu ve tüm hormonlar pre-operatif dönemde değerlendirilmeli

ve gerekli hormonların replasmanı yapılmalıdır; ardından AVM tedavisine öncelik verilmelidir. Subaraknoid kanama nedeni AVM değil, pitüiter apopleksi olarak tespit edilirse pitüiter apopleksi medikal ve cerrahi bir acil olduğundan, öncelikle pitüiter apopleksinin tedavi edilmelidir. Arteriovenöz malformasyonun tedavisi elektif şartlarda yapılabilir (5,6).

SONUÇ

Subaraknoid kanama tanısı ile başvuran hipofiz adenomu olgularında pitüiter apopleksi ön planda düşünülebilir; ancak çift patoloji olabileceği şüphesi her zaman taşınmalı ve MRG ve/veya anjiyografi mutlaka yapılmalıdır. Çift patolojinin saptandığı durumlarda kanamanın kaynağı kesin olarak saptanmalı ve tedavi öncelikleri belirlenerek hasta için en uygun yöntemler uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Licata C, Pasqualin A, Freschini A, Barone G, Da Pian R: Management of associated primary cerebral neoplasms and vascular malformations: 2. Intracranial arterio-venous malformations. Acta Neurochir (Wien) 83: 38-46, 1986
2. Mangiardi JR, Aleksic SN, Lifshitz M, Pinto R, Budzilovic GN, Pearson J: Coincidental pituitary adenoma and cerebral aneurysm with pathological findings. Surg Neurol. 19: 38-41, 1983
3. Rinkel GJE, Gijn JV, Wijdicks EFM: Subarachnoid hemorrhage without detectable aneurysm. Stroke 24: 1403-1409, 1993
4. Salpietro FM, Longo M, Alafaci C, Gervasio O, Tomasello F: Co-existing pituitary tumour and intracavernous asymptomatic aneurysm: management implications. Acta Neurochir (Wien). 139: 791-792, 1997
5. Verrees M, Arafah BM, Selman WR: Pituitary tumor apoplexy: characteristics, treatment and outcomes. Neurosurg Focus 16 (4): Article 6, 2004
6. Wakai S, Fukushima T, Teramoto A, Sano K: Pituitary apoplexy: its incidence and clinical significance. J Neurosurg. 55: 187-193, 1981
7. Wohaibi MA, Russell NA, Ferayan AA, Awada A, Jumah MA, Omojola M: Pituitary apoplexy presenting as massive subarachnoid hemorrhage. J Neurol Neurosurg Psychiatry 69:700-701, 2000
8. Xu Q, Lu S, Wang J: Association of pituitary adenoma with intracranial arteriovenous malformation. Chin Med J (Engl) 109: 734-736, 1996