

# JUVENİL DİABETLE BİRLİKTE OLAN PİTÜİTER ABSE OLGUSU

## PITUITARY ABSCESS IN A JUVENILE DIABETIC PATIENT

Muammer Doygun, Ender Korfalı, Ahmet Bekar, Şazi İmamoğlu, Kaya Aksoy

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji (MD, EK, AB, KA) ve Endokrinoloji (Şİ) Anabilim Dalları, Bursa.

Türk Nöroşirürji Dergisi 4 : 296 - 299, 1992

### ÖZET :

*Juvenil diabetli genç bir hastada gelişen intrasellar apse olgusu takdim edilerek, preoperatif tanının zorlukları ve tedavi yöntemleri literatür ışığında tartışılmıştır.*

**Anahtar kelimeler:** Pitüiter apse, pitüiter tümör, juvenil diabet.

### SUMMARY

*Difficulties in preoperative diagnosis and treatment modalities in a young patient with juvenile diabetes showing intrasellar abscess formation was discussed with the comparison of literature.*

**Key Words :** Pituitary abscess, pituitary tumour, juvenil diabet

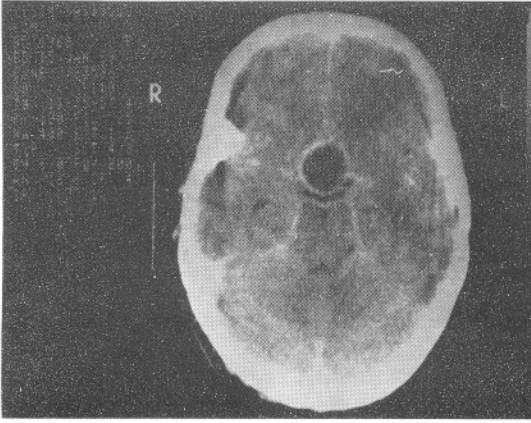
### GİRİŞ :

Intrasellar apseler nadir ve sıklıkla fatal seyreden bir hastalıktır. 500 vakalık hipofiz patolojisi olan bir seride % 0,4 oranında görüldüğü bildirilmektedir (14). Preoperatif tanı zordur ve sıklıkla operasyonda veya otopside tanı konulabilmektedir (3,4,6,8,12). Bu tür vakalarda başarılı takip ve tedavi için klinik olarak şüphelenme, radyolojik incelemeler kadar önemlidir.

### OLGU

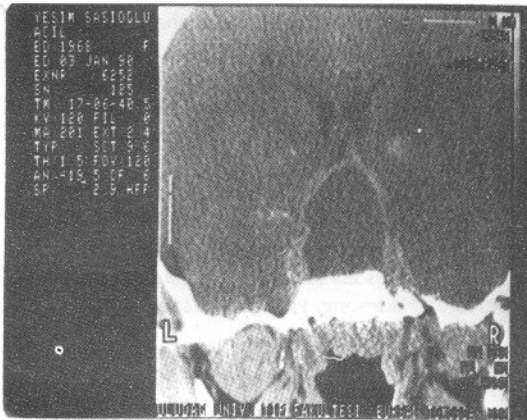
13 yıldan beri Juvenil Diyabet nedeni ile tedavi altında olan 20 yaşındaki bayan hasta, başvurusundan 3 gün önce başlayan ishal ve o gün ortaya çıkan şuur bulanıklığı nedeniyle müraaat etti. Kan şekeri 33mg% tesbit edilerek Endokrinoloji kliniğine yatırılan hastanın, kan şekeri seviyesi yükseltilmesine rağmen şuurunun açılmaması ve kranial CT de intrasellar kitle saptanması üzerine kliniğimize alındı. Anamnezinden 2 yıldan beri amenore ve galaktore yakınmalarının olduğu öğrenildi. Muayenesinde şuur somnolans halindeydi. Heriki gözde 3 metreden parmak sayabiliyordu. Görme alanında

bitemporal hemianopsi saptandı. Fundoskopi normal olarak değerlendirildi. Menengial irritasyon bulguları ve Babinski bilateral pozitif bulundu. Ateşi 36.5°C. TA:160/100 mmHg. Biokimyasal tetkiklerinde hemogram normal, sedimentasyon (50-100-120 mm/1/2,1,2 saat). Kan GH: 4 ng/ml, ACTH:45 İÜ/ml, Prolaktin düzeyi : 70 ng/ml bulundu. Sella spot grafisinde sellada genişleme, sella CT'de hipodens, intrasellar yerleşimli suprasellar uzanım gösteren, düzgün kenarlı kitle tesbit edildi (Şekil 1). 24/1/89'da transfrontal girişimle sella içinden püy kıvamında nekrotik materyel boşaltıldı. Histopatolojik değerlendirmede koagülasyon nekrozu ve mononükleer iltihabi hücreler saptandı. 1 yıl içinde hipoglisemik ataklar nedeniyle 2 kez hospitalize edilen hasta, 4.1.1990 tarihinde 10 gündür başağrısı ve görmesinde azalma anamnezi ile tekrar yatırıldı. Muayenesinde bilateral staz papiller mevcuttu, her iki gözde 1 metreden parmak sayabiliyor ve bitemporal hemianopsisi devam ediyordu. Ense sertliği (+). Ateşi 36.5°C. TA:170/100 mmHg. LP'da 50/mm<sup>3</sup> lökosit bulundu. BOS kültüründe üreme olmadı. Kranial ve sella CT'de, çeper boyanması gösteren ve sella tabanında destrüksiyon oluşturan



Şekil 1 Preoperatif CT'de Hipodensi İntrasellar Yerleşimli, Suprasellar Uzanım Gösteren Kitle Görülmektedir.

hipodens kitle saptandı. (Şekil 2) ve intrasellar abse tanısı ile transsfenoidal girişim uygulandı, intrasellar lokalizasyonlu pis kokulu, sarı yeşil renkli püy boşaltıldı. Abse poşu drenaj için sfenoid sinüsle ağızlaştırılarak operasyona son verildi. Kültürde staf. koagülaz (+) üretildi. Uygun antibakteriyel tedavi başlandı. Postoperatif erken dönemde gelişen diabetes insipidus vazopressin ile kontrol altına alındı ve bir hafta sonra insipit diyabet düzeldi. Postoperatif dönemde hipotiroidi gözlenen hastaya tiroid hormonu başlandı. Kontrolde görmesi 3 metreden parmak sayabilir hale geldiği ve görme alanı defektinin düzelmiş olduğu görüldü.



Şekil 2 Operasyon Öncesi Sella CT'de Çeper Boyanması Gösteren Hipodens Kitle Görülmektedir.

Klinik takiplerinde sık sık hipoglisemi atakları gözlenen hasta, 17.3.1991 tarihinde septik tablo ve şok nedeni ile yatırıldı. Pnömoni, koa-

gülopati ve septik şok saptanan hasta 19.3.1991 tarihinde eksitus oldu.

## TARTIŞMA

Intrasellar abselerde tanı zordur (9,14). Preoperatif ilk tanı sıklıkla pitüiter tümör olmaktadır (1,4,5,7,8). Olgumuzda da preoperatif ilk tanı pitüiter tümör olmuştur. Her ne kadar operasyonda makroskopik püy şeklinde materyel görüldü ise de, mikroskopik bulgular tümör veya apseydi desteklemedi ve hasta hipofiz tümörü olarak kabul edilip takibe alındı. Biyopsi materyali koagülasyon nekrozu ve mononükleer hücre infiltrasyonu şeklinde idi.

Hastanın ikinci operasyonundan önce ateş ense sertliği ve lomber ponksiyonda  $50/\text{mm}^3$  lökosit saptanması ve KT görünümü nedeni ile abse düşünüldü ve transsfenoidal olarak direne edildi.

Hipofiz tümörlerinde apopleksi % 10 oranında görülen bir durumdur. Kanıtlanamamasına rağmen pitüiter tümörlerde zayıflamış dolaşım, nekroz alanları veya lokal immünolojik yetmezlik nedeniyle enfeksiyona eğilim fazladır (9,13). Tümör bazen apse tarafından tahrip edilmiş olabilir ve histolojik kesitlerde gösterilemeyebilir (13).

Intrasellar abselerde seks dominansı saptanmamıştır. 17-65 yaşlar arasında görülebilir (1). Klinik akut (7,15), subakut (11) veya kronik (7,11) olabilir. Hastamızda kronik bir seyir gözlenmiştir. 2 operasyon arasında geçen süre 1 yıldır. Tümör dokusu zemininde gelişen pitüiter absenin kliniği, tümör olmaksızın olan intrasellar abseden çok daha akuttur (2).

Olgumuzdada olduğu gibi ortak semptomlar baş ağrısı, görme ve görme alanı bozuklukları, amenore, libido kaybı, poliüri ve polidipsidir (1,7,13). Bu semptomlar kiazma, optik sinirler, pitüiter bez, diensefalona bası ve artmış intrakranial basınç nedeniyle olur (1). Pitüiter apopleksi, ani gelişen körlük ve oftalmopleji ile birlikte daha ciddi bir durumdur (13). Olgumuzda ilk müracaat nedeni apopleksidir.

Sellada yer kaplayan süreç bulguları, geçirilmiş menenjit atakları, rinore veya beyin omirilik sıvısında pleositoz ile birlikte ise, intrasellar abseden şüphe edilmelidir (4,7,8,13,14).

Genişlemiş veya erode sellası olan, pitüiter tümörü olduğu bilinen bir hastada, menenjit gelişmesi pitüiter absenin preoperatif tanısını akla getirmelidir (4,12). Olgumuzda 2. operasyon öncesi görülen aseptik menenjit ve intrasellar kitle, apseyi düşündürmüştür.

Etyolojik neden sıklıkla belli değildir (2,4,9,13). Yakın komşuluk (Sinüzit, Sfenoid kemik osteomyeliti, Kavernoöz sinüs tromboflebiti, pürülan menenjit) veya hematogen yolla bulaşabilmektedir (1,2,9,11,12,14). Kraniotomi veya transsfenoidal hipofizektomiden sonra gelişen apseler sıklıkla operatif kontaminasyona veya Beyin omirilik sıvısı fistülüne bağlı olabilir (4).

Beyin omirilik sıvısı kültürleri sıklıkla steril dir (4). Bakteriyel flora değişiklik gösterir (1,12,14). Olgumuzda da beyin omirilik sıvısı kültürlerinde bakteri üretilmedi.

Cerrahi olarak tedavi edilmeyen olgularda ölüm kaçınılmazdır (12). Operatif mortalite % 40 olarak bildirilmektedir (1). Major ölüm sebebi yanlış tanı veya tedavideki gecikmedir (12). Olgumuz, preoperatif apse tanısı almış ve transsfenoidal girişimle direne edilmiştir.

Diabetik hastalarda ölüm sebebi uzamış hipoglisemilerdir (3,6). Olgumuz 3 kez hipoglisemik atak ile müracaat etmiş ve atakları başarıyla tedavi edilmiştir.

Literatürde operasyondan 6 ay sonra, geç postoperatif endokrin sonuçları alınıncaya kadar, substitüsyon tedavisi başlanmadığı, vakaların çoğundada bu sürede tedaviye gerek olmadığı bildirilmektedir (7). Olgumuzda tiroid yetmezliğinin klinik ve farmakolojik belirtilerinin görülmesi üzerine uygun droglarla tedavi başlanmıştır.

Pitüiter apse drenajı için transsfenoidal girişim uygun tedaviyi sağlar. BOS'u kontamine

etmeden açık drenaj sağlaması ve bu operasyonun morbiditesinin, kraniotomiden daha az olması nedeniyle tercih edilmelidir (4, 12).

**Yazışma Adresi:** Yrd. Doç. Dr. Muammer Doygun  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bursa

#### KAYNAKLAR

1. Arseni C, Danaila L, Carp N, et al: Intrasellar Abscess. *Neurochir.* 18:207-213, 1975.
2. Askenasy HM, Israeli J, Karny H, et al: Intrasellar Abscess Simulating Pituitary Adenoma. *Neurochirurgia* 14:34-37, 1971.
3. Brenner JH: Abscess of the Pituitary Gland in a Diabetic Patient. *Diabetes* 4:223-225, 1955.
4. Domingue JN, Wilson CB: Pituitary abscesses: Report of seven cases and review of the literature. *J Neurosurg* 46:601-608, 1977.
5. Hammann H de V: Abscess formation in the pituitary fossa associated with a pituitary adenoma. *J Neurosurg* 13:208-210, 1956.
6. Jung Y, Kim JD, Chadaga R, et al: Pituitary Abscess Following General Sepsis in a Diabetic Patient. *Jama* 235: 1476, 1976.
7. Lindholm J, Rasmussen P, Korsgaard O: Intrasellar or pituitary abscess. *J Neurosurg* 38:616-619, 1973.
8. Mohr PD: Hypothalamic-pituitary abscess. *Postgra. Med. Jour* 51:468-471, 1975.
9. Neelon FA, Mahaley MS: Chiasmal Syndrome Due to Intrasellar Abscess. *Arch Intern Med* 136:1041-1043, 1976.
10. Nelson DA, Holoway WJ, Kara-Eneff SC, et al: Neurological syndromes produced by sphenoid sinus abscess: with neuroradiologic review of pituitary abscess. *Neurrol* 17:981-987, 1967.
11. Obrador S, Blazquez MG: Pituitary abscess in a craniopharyngioma. *J Neurosurg* 36:785-789, 1972.
12. Robinson B: Intrasellar Abscess after Transsfenoidal Pituitary Adenectomy. *Neurosurg* 12:684-685, 1983.
13. Rudwan MA: Pituitary Abscess. *Neuroradiol* 12:243-248, 1977.
14. Scanarini M, Cervellini P, Rigobello L, et al: Pituitary abscesses: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Acta Neurochirurgica* 51:209-219, 1980.
15. Whalley N: Abscess formation in a pituitary adenoma. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 15:66-67, 1952.