

MEME KANSERİNDE HIPOFİZ BEZİ METASTAZI OLGUSU

Osman KOZLUCA¹, Makbule EREN¹

Diabet insipit sistemik kanserlerde oldukça nadirdir. Hipofiz bezi özel bir metastaz yeri değildir. Literatüre göre teşhis için hipofiz bezinde bir kitle ya da bitişik kemiklere metastaz gerekli değildir. Primer tümörü olduğu bilinen bir hastada diabet insipit kliniğinin mevcut olması, buna eşlik eden, manyetik rezonans incelemede posterior lobdan yüksek sinyallerin kaybı veya tomografide bu bölgede kitle mevcudiyeti metastatik bir olaya işaret edebilir. Hipofiz bezinde metastatik kitle klinik ve radyolojik olarak adenomları taklit edebilir. Ancak tabloda diabet insipit bulunması metastaz tanısı için oldukça önemlidir.

PITUITARY GLAND METASTASES IN BREAST CANCER

Diabetes insipidus is very rare in systemic cancer. Pituitary gland is not a preferential site in breast cancer. According to the literature a pituitary mass or metastases to the adjacent bones are not necessary for diagnosis. In the clinical context of diabetes insipidus in a patient with a known primary tumor, the loss of high signals from the posterior lobe in magnetic resonance imaging or a mass in computed tomographic examination are indicative of infiltration by metastases. Pituitary mass may mimic pituitary adenomas in clinical presentation and in imaging. However diabetes insipidus is very important to diagnosis of metastatic process.

Diabet insipit sistemik kanserlerde yaygın bir bulgu değildir. Hipofiz bezinin ön ve arka kısımları ayrı kanallardan kanlanırlar ve bezin ön bölümününün yetmezliği klinikte daha sık karşılaşılan bir durumdur (2).

İlerli meme kanserli olgularda diabet insipit tablosu görülme sıklığı %0.1-0.9 arasında değişir (5) ve hipofiz bezi meme kanserinde özel bir metastaz yeri değildir (4). Literatüre göre hipofiz bezi metastazını teşhis için hipofiz bezinde kitle ya da etraf kemik yapılarında metastaz görünümü gerekli değildir. Diabet insipit tablosunun primer bir tümörü olduğu bilinen hastada tespit edilmesi ve manyetik rezonans incelemede posterior lobdan yüksek sinyallerin kaybolması (2,6), görme alanı bozuklukları, ekstraoküler adele paralizisi tespit edilmesi (3), adenomlarda çok az görülen diabet insipit ve okulomotor adele paralizisi olması (1), ve özellikle de bu belirtilerin çok kısa sürede gelişmesi bu bölgeye metastaz açısından anlamlıdır.

OLGU

Ellisekiz yaşında meme kanseri nedeniyle opere edilmiş bayan hasta 1995 ekim ayında kliniğimize müracaat etti. Hastaya basit mas-

tektomi ve aksilla küretajı uygulanmıştı. Hasta T3 N2a Mx olarak evrelendi. Hastanın kemik sintigrafisi, batın ultrasonografisi, toraks tomografisi normaldi. Herhangi bir şikayeti olmadığı için beyin tomografisi yapılmadı. Hastaya toraks cidarı, memeye ait periferik lenfatikleri kapsayacak şekilde lokal radyoterapi ve ardından yüksek riskli kabul edilerek FAC (Fluorouracil, Adriamycin, Cyclophosphamide) kemo-terapisi 28 günde bir altı kez uygulandı.

Tedavi bitiminden itibaren 1,5 ay sonra hasta çok su içme, sık idrara çıkma ve başağrısı şikayetleri ile kliniğimize tekrar geldi. Hasta günde yaklaşık 6 litre kadar su içtiğini ve aynı miktarda idrara çıktığını ifade ediyordu. Kan glukoz düzeyi normaldi. Çekilen beyin tomografisinde hipofiz bezine ait bir kitle tespit edildi. Hastaya desmopressin başlandı. Ayrıca 4 alan tekniği ile 5x5 cm ilk alanlardan hipofiz bezine 200 cGy/gün toplam 5000 cGy lokal radyoterapi uygulandı. Semptomları kontrol altına alınan hastanın iki ay sonra yapılan son kontrolünde iyi olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Bize göre meme kanserinde hipofiz bezi metastazı oldukça az görülen enteresan bir klinik durumdur.

Postmortem incelemelerde normal populas-yondan daha sık değildir (4). Her ne kadar ade-

nomu taklit edebilen bir durumsa da (7), belirtilerin çok kısa sürede ortaya çıkması (3), adenomlarda az görülen diabet insipit tablosunun olması (1) ve varsa tomografi ile tespit edilen bir hipofiz bezi kitlesinin mevcudiyeti bu klinik durumun teşhisi için yeterlidir. Desmopressin ve lokal radyoterapi semptomların kontrol altına alınması için yeterli görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aaberg TM Jr, Kay M, Sternau L. Metastatic tumors to the pituitary. *American Journal of Ophthalmology* 119 (6): 779-85, 1995.
2. Chaudhuri R, Twelves C, Cox TC, Bingham JB. MRI in diabetes insipidus due to metastatic breast carcinoma. *Clinical Radiology* 46(3): 184-8, 1992.
3. Juneau P, Schoene WC, Black P. Malignant tumors in the pituitary gland. *Archives of Neurology* 49(5): 555-8, 1992.
4. Marin F, Kovacs KT, Scheithauer BW, Young WF jr. The pituitary gland in patients with breast carcinoma: A histologic and immunocytochemical study of 125 cases. *Mayo clinic proceedings* 67(10): 242-56, 1992.
5. Maurer J, Busch M, Matthaer D, Helwig A, Duhmke E. Diabetes insipidus and breast carcinoma- the importance of NMR tomography (MRT) in therapy planning. *Strahlentherapie und Onkologie* 169(2): 126-8, 1993.
6. Poulin P, di Costanzo V, Le Pommelet C, Gabriel B. Diabetes insipidus disclosing metastasis of breast adenocarcinoma. *Revue de Medicine Interne* 16(6): 444-6, 1995.
7. Verhelt J, Vanden Broucke P, Dua G, Joosens E, Abs R, Verlooy J. Pituitary metastasis mimicking a pituitary adenoma. A description of two cases. *Acta Clinica Belgica* 50(1): 31-5; 1995.