

Menometroraji ile başvuran bir adolesanda prolaktinoma: Olgu sunumu

Emrah Can¹, İlhan Asya Tanju¹, Selami Süleymanoğlu², Ferhan Karademir², İsmail Göçmen³

¹Uzm. Dr., ²Doç. Dr., ³Prof. Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Çocuk Kliniği

ÖZET:

Menometroraji ile başvuran bir adolesanda prolaktinoma: Olgu sunumu

Prolaktinoma çoğunluğu selim karakterli yaygın bir hipofiz tümörüdür. Kız/erkek oranı 10/1'dir. Adolesan çağı intrakraniyal tümörlerinin %2 kadarını prolaktinoma oluşturmaktadır. Prevalansı 100/1.000.000 olarak bildirilmektedir. Başlıca klinik bulguları düzensiz kanama, pubertede duraklama, hipogonadizm ve galaktoredir. Bunun yanı sıra bazı olgularda kitle etkisine bağlı olarak başağrısı ve görme ile ilgili sorunlar bildirilmiştir. Bu yazıda sık ve düzensiz olan adet kanaması (menometroraji) ile başvuran 14 yaşında bir adolesanda prolaktinoma olgusunun vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Adolesan, hipofiz, menometroraji, prolaktinoma

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;134-136

ABSTRACT:

An adolescent prolactinoma presented with menometrorrhagia: Case report

Prolactinomas are benign pituitary tumors that are frequently seen in females aged 20 to 50 years old. The female-to-male ratio is approximately 10:1. In pediatric-adolescent age group, prolactinomas have a prevalence of 100/million population, and account for less than 2% of all intracranial tumors. The symptoms are abnormal uterine bleeding, pubertal arrest, hypogonadism and galactore. In this case report, a 14 year-old adolescent presenting with irregular and frequent vaginal hemorrhage (menometrorrhagia) who was diagnosed to have prolactinoma is reported.

Key words: Adolescent, hypophysis, menometrorrhagia, prolactinoma

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;134-136

GİRİŞ

Prolaktinoma sıklıkla tek başına prolaktin (PRL) hormonu ve nadir olarak diğer hormonları salgılayabilen büyük çoğunluğu selim karakterli hipofiz adenomudur. Çocukluk çağı ve adolesanda görülen intrakraniyal tümörlerin %2'sini prolaktinoma oluşturmaktadır (1,2,3). Adolesan yaştaki adenomların çoğu makroadenomdur. Başağrısı, kusma, kraniyal sinir felci, kişilik değişikliği gibi nörolojik yakınmalar ön plandadır. Ayrıca amenore, oligomenore, menoraji ve menometroraji gibi disfonksiyonel uterus kanamaları görülebilmektedir (4).

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Emrah Can
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği,
34377 Şişli, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000/6352

Faks / Fax: +90-212-234-1121

E-posta / E-mail: canemrahcan@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 3 Haziran 2009 / June 3, 2009

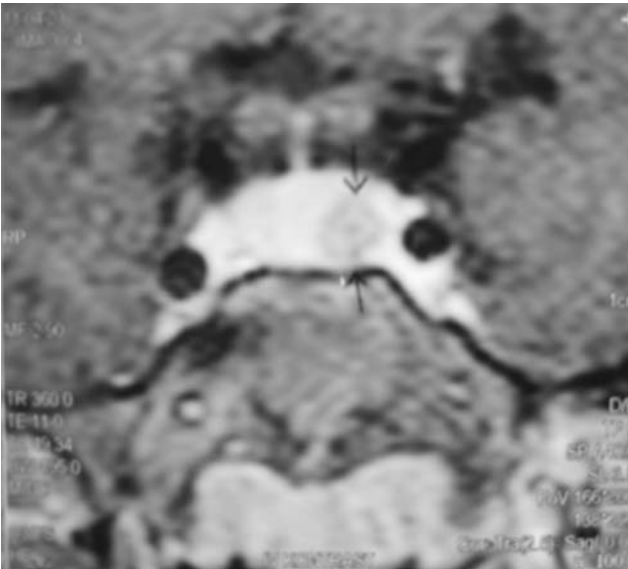
Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Haziran 2009 / June 29, 2009

Menometroraji disfonksiyonel uterus kanamaları içinde yer alan kanama miktarının ve süresinin uzaması olarak tanımlanan patolojik bir durumdur. Bu yazıda sık ve düzensiz olan adet kanaması (menometroraji) ile başvuran 14 yaşında bir adolesanda saptanan prolaktinoma olgusu sunulmuştur.

OLGU

Ondört yaşında kız hasta uzun süreli ve fazla olan adet kanaması yakınması ile başvurdu. Öyküsünde on iki yaşında menstruel kanamasının başladığı, son altı aydır bir günde beş pedden fazla kanaması olduğu ve kanamasının bir haftadan uzun sürdüğü ve bu sebeple başvurduğu kadın doğum uzmanı tarafından kombine hormon tedavisi başlanıldığı öğrenildi. Özgeçmişinde hastalık öyküsü yoktu. Ailesinde benzer olgu tanımlanmadı. Fizik muayenesinde boy 159 cm (25-50p), kilo 59 kg (75-90p) olarak tespit edildi. Arteriyel tansiyonu 110/70 mmHg, kalp atım hızı 96/ dakika/Ritmik ve solunum sa-

yısı 15/dakika idi. Nörolojik sistem muayenesinde ve sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Tanner evrelemesi 4 olarak değerlendirildi. Galaktore tespit edilmedi. Tam kan sayımında lökosit 12,100 mm³ (%75 polimorfonükleer lökosit, %20 lenfosit, %5 monosit) idi. C-reaktif protein 0,3 mg/dL, sedimentasyon hızı saatlik 17 mm, PT: 13sn, aPTT: 32sn, INR: 1, kanama zamanı: 5 dak, Fibrinojen: 328 mg/dl olarak saptandı. Biyokimya analizinde serum elektrolitleri ile Ca, P, ALP ve PTH düzeyleri normaldi. Hormon tetkiklerinde PRL 121 ng/ml, TSH 4.14 mU/ml, sT4 1.4 ng/ml, kortizol 10.2 µg/dl, FSH 4.13 mU/ml, LH 1.93 mU/ml, östradiol 32.4 pg/ml, progesteron 98 ng/dl, IGF-1 356 ng/ml olarak saptandı. İnce kesit dinamik MR incelmesinde sol kavernoöz sinüs komşuluğunda, damar invazyonu göstermeyen yaklaşık 10 mm çapında, kontrastlı incelemelerde kontrast tutulumu gösteren adenom ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Görme alanı değerlendirmesi normal bulundu. Büyüme hormonu stimülasyon testleri normal sonuçlandı. Batın ultrasonografisinde pankreas doğal görünümde saptandı. Endokrinoloji, kadın doğum ve noroşirürji değerlendirmesi ile tedavinin medikal olarak Kabergolin tedavisi 0.5 mg 3 gün ara olarak başlatılması kararlaştırıldı. Tedavinin birinci ayında PRL 61.1 ng/ml olarak tespit edildi. Tedavi 0.75 mg 3 gün olarak yeniden düzenlendi. Başlangıçtaki menometroraji yakınıması tedavi ile birlikte geriledi.



Resim 1: IV kontrastlı incelemede sol kavernoöz sinusa yakın kontrast tutan adenom görünümü

TARTIŞMA

Prolaktinoma çocukluk çağı hipofizer adenomlarının en sık görülen tipidir (5). Bu adenomdan başlıca prolaktin, nadiren de diğer hormonlar salgılanabilmektedir. Çocuklarda normal seviyesi 3-24 ng/ml olarak bildirilmektedir. Bazı hastalarda klinik yakınma gözlenmezken, birçok vakada galaktore, anovulasyon, infertilite, amenore veya disfonksiyonel uterus kanaması gibi bulgular görülebilmektedir. Hastamızın disfonksiyonel uterus kanaması başlıca klinik bulgusu idi. PRL seviyesi ise 121 ng/ml olarak tespit edildi.

Çocuk ve adolesanda bulgular sıklıkla nörolojik ağırlıklı olarak görülmektedir (4). Bildirilen olgularda bu bulgular ataksi, bilinç değişikliği ve görmede bulanıklık olarak tespit edilmektedir (5). Olgumuzda nörolojik semptom ise yoktu. Nörolojik muayene ve göz muayenesinde patolojik özellik saptanmadı. Menometroraji uzamış ve sıklığı düzensizleşmiş uterus kanaması olarak tanımlanmaktadır. Adolesanlarda anormal uterus kanamasının en sık nedeni disfonksiyonel uterus kanaması olup %20'sinde koagülasyon defekti de bulunabilmektedir (6). Adolesanlarda tanısal testler arasında hormon testleri ve koagülasyon testleri (kanama zamanı, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı) yer almalıdır. Hastamızda disfonksiyonel kanama nedenleri araştırılırken yapılan koagülasyon testleri normal bulundu. Hormon analizinde tespit edilen prolaktin yüksekliği ile hipofiz adenomu ön tanısı düşünüldü.

Prolaktinomada tanı laboratuvar, klinik ve hipofiz görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Hafif-orta derecede PRL artışı genellikle prolaktinoma dışı nedenlere nadir olarak da mikroprolaktinomaya bağlı olabilmektedir. Ancak PRL düzeyi 100 ng/ml'den fazla tespit edildiğinde tanısal amaçlı hipofiz MR'ı yapılmalıdır. Görüntüleme yöntemleri arasında dinamik hipofiz MR en değerli modalitedir. Makroadenom varlığında mutlaka görme alanı testi yapılmalıdır (7). Hiperprolaktinemi ayrıca tanısında sekonder hiperprolaktinemi dikkate alınmalıdır. Meme ucu stimülasyonu, göğüs duvarı lezyonları, fiziksel ve emosyonel stres, ilaçlar (fenotiazin, metoklopramid ve santral etkili antihipertansifler vb.) sekonder hiperprolaktinemi nedenleri arasında kabul edilmektedir (7). Hastamızın anamnezinde sürekli ilaç kullanımı hikayesi, fiziksel ve emosyonel stres yoktu. Fizik muayenesinde hiperprolaktinemiye neden olabilecek göğüs du-

varı lezyonu tespit edilmedi.

Hipofiz tümörlerde kesin tanı ancak patolojik inceleme ile konulabilmektedir. Ancak pratik uygulamada tedavi sonuçları değerlendirilerek tanı kesinleştirilmektedir. Tanıda tedaviyle prolaktin düzeyleri normale gelirse ve volüm küçülürse tanı kesinleşir. Volümün küçülmemesine rağmen hormonun normale dönmesi ise diğer hipofiz tümörlerini düşündürmelidir (8). Hastamızın tanısı için patolojik inceleme yapılmadı, tedavi ile prolaktin düzeylerinde azalmanın görülmesi ile tanı dolaylı olarak doğrulandı.

Prolaktinomada primer tedavi medikaldir. Medikal tedavide en sık bromokriptin ve kabergolin gibi dopamin

agonistleri kullanılmaktadır (9). Amaç gonadal fonksiyonların normal sınırlarda kalabilmesidir. Çeşitli çalışmalarda gonadal fonksiyonları tamir etme ve tümör miktarını azaltma gibi özellikleri bakımından kabergolinin bromokriptinden daha üstün olduğu gösterilmiştir (10). Hastamızın tedavisinde tercih edilen kabergolin ile bir aylık izlem sonrasında azalan düzeyler elde edilebilmiş ve hastamızın tedavisi sürdürülmüştür.

Sonuç olarak prolaktinoma sıklıkla erişkin patolojileri olmasına karşın özellikle adolesan dönemde disfonksiyonel uterus kanaması hikayesi varlığında hipofizer adenom ve prolaktinoma unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, et al: Guidelines of Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clinical Endocrinology*, 65: 265-273,2006.
2. Ciccarella A, Daly AF, Beckers A: The epidemiology of prolactinomas. *Pituitary*, (1):3-6,2005.
3. Thibaud E, Samara-Boustani D, Duflos-Cohade C: Menometrorrhagia in adolescents. *Arch Pediatr*; 15(5):584-5,2008.
4. Fideleff HL, Boquete HR, Sequera A, et al: Peripubertal prolactinomas: clinical presentation and long-term outcome with different therapeutic approaches. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*,13:261-67,2000.
5. Huang AP, Yang SH, Yang CC,et al: Malignant prolactinoma with craniospinal metastasis in a 12-year-old boy. *J Neurooncol*,90(1):41-6,2008.
6. Gamba G, Cisternino M, Kasirye I, et al: Menometrorrhagia in adolescents: is it the first expression of congenital defects of hemostasis? *Minerva Pediatr*; 53(5):479-80,2001.
7. Molitch ME: Medical management of prolactin-secreting pituitary adenomas. *Pituitary*, 5:55-65,2002.
8. Naidich MJ, Russell EJ: Current approaches to imaging of the sellar region and pituitary. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 28:45-79,1999.
9. Verhelst J, Abs R, Maiter D, et al: Cabergoline in the treatment of hyperprolactinaemia: a study in 455 patients. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84: 2518-2522,1999.
10. Colao A, Di Sarno A, Cappabianca P, et al: Gender differences in the prevalence, clinical features and response to cabergoline in hyperprolactinemia. *Eur J Endocrinol*,148:325-331,2003.