

## Bölüm 53

# HİPOFİZ HASTALIKLARI VE TRANSSNAZALENDOSKOPIK HİPOFİZ CERRAHİSİ

Mehmet Emin ÇAVUŞ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Hipofiz bezi beynin alt kısmında bulunan yaklaşık 0,5 gr ağırlığında oldukça küçük fakat çok önemli fonksiyonları yöneten bir yapıdır. Sfenoid sinüsün posterosuperiorunda başka bir önemli beyin yapısı olan hipotalamusun hemen altında yer alır. Vücudun endokrinolojik denge ve yönetimi açısından çok kritik bir öneme sahiptir. Salgıladığı hormonlarla direk hedef organı etkileyebildiği gibi diğer endokrin organların salgı yapmalarını stimüle edebilir (1). Hipofiz bezi üç bölümden oluşur. Ön hipofiz lobu diğer adıyla adeno hipofiz prolaktin, büyüme hormonu (GH), tiroid stimulan hormon (TSH), adrenokortikotropin hormon (ACTH), folikül stimulan hormon (FSH) ve lüteinleştirilen hormon (LH) adı verilen beş adet hormon sentezini yapar. Hipofiz ara lobu melano sitümlen hormon (MSH) salgılanmasından sorumludur. Arka hipofiz lobu ise nörohipofiz olarak da adlandırılır ve antidiüretik hormon (ADH) ile oksitosin salınımı yapar. ADH ve oksitosin aslında hipotalamusta üretilip arka hipofizde depolanır ve salınımı burdan kontrol edilir. Tüm vücuttan ve beynin diğer bölgelerinden gelen uyarılar sonucunda yukarıda bahsedilen hormonları salgılayarak vücudun hormonlar aracılığı ile kurulan dengesinde şef görevi görür (2).

### Hipofiz Hastalıkları:

Hipofiz hastalıklarında hormonların salgılarının artması ya da azalmasına bağlı vücutta patolojik değişiklikler oluşur. Hipofiz bezinden salgı-

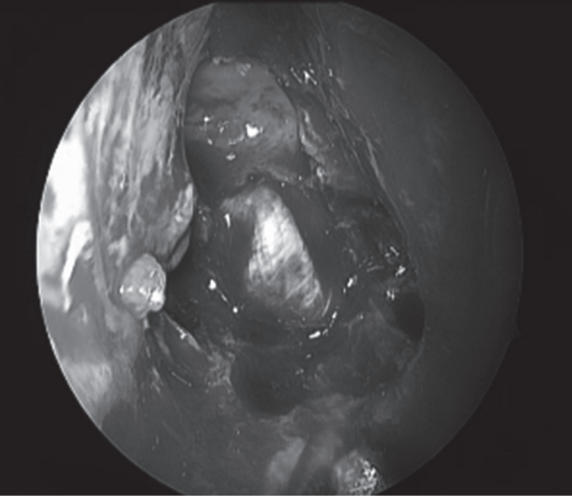
lanan hormonların çeşitli sebeplerle artması ya da azalması ile giden hastalıklar iki grupta incelenirler (3).

### Hipofiz Yetmezliği:

Herhangi bir sebeple hipofiz bezinden salgılanan hormonların bir yada birkaçının azalmasına hipofiz yetmezliği denir. Hipofiz yetmezliğinin en önemli sebebi hipofiz bezinin benign tümörleri olan adenomlardır. Adenoma bağlı olarak hipofiz bezinin basıya uğraması veya kanlanma paterninin bozulması sonucu hormon üretimi azalır. Hipofiz adenomlarının cerrahi tedavisi ve hipofize alınan radyoterapi de hipofiz yetmezliğine sebep olabilir. Trafik kazası, düşme veya başka sebeplerle kafaya alınan darbeler de hipofiz yetmezliğine sebep olabilir. Kadın hastalar için postpartum masif kanama sonrasında da hipofiz yetmezliği gelişebilir ve Sheehan sendromu olarak adlandırılır. Bunun dışında ilaç ya da kemoterapi yan etkisi, uyuşturucu madde kullanımı, genetik bozukluklar ve granülomaz hastalıklar gibi bazı sistemik hastalıkların hipofiz tutulumu sonrasında hipofiz yetmezliği ortaya çıkabilir (3).

Hipofiz yetmezliğinde üretimi azalan hormona göre semptomlar ortaya çıkar. Fakat bu semptomların ortaya çıkması birçok vakada yavaş yavaş olur ve tanıda zorluklara ve gecikmelere yol açabilir. ACTH eksikliğinde vücuttaki kortizol seviyeleri düşer ve kortizol eksikliğine bağlı halsizlik, kan basıncı düşmesi, kan şekeri düşmesi hatta çok ağır durumlarda şok tablosu gelişebilir. TSH eksikli-

Sellar yapılara ulaşım sağlandıktan ve hipofiz tümörü eksize edildikten sonra rekonstrüksiyon aşamasına geçilir. Oluşturulan dural açıklık onarılır. Büyük bir tümör eksizeyonu yapılmış ise kaviteyi yağ dokusu ile doldurmakta fayda vardır. BOS fistülü gelişmişse fasya, kıkırdak ve fibrin yapıştırıcı gibi materyaller kullanılarak çok katlı dural onarım yapılmalıdır (14).



Şekil 7. BOS fistül onarımı

## SONUÇ

Hipofiz bezi oldukça küçük fakat çok önemli fonksiyonları yöneten bir yapıdır. Birçok hormonun üretimini ve salınımını düzenleyerek vücudun hormonlar aracılığı ile kurulan dengesinde merkezi bir rolü vardır. Hipofiz fonksiyonlarının bozulması vücuttaki hormonal dengenin bozulmasına yol açacağı için hipofiz hastalıklarının tanı ve tedavisi de çok önemli bir konudur. Hipofiz bezinin en önemli hastalığı adenomlar olup tedavileri de çoğunlukla cerrahidir. Hipofiz cerrahisi yaklaşık 100 yıldır yapılmaktadır ve endoskopların kullanıma girmesiyle endoskopik cerrahiler popüler olmuştur. Transnazal endoskopik hipofiz cerrahisi daha düşük komplikasyon ve daha yüksek hastalık kontrolü sağlaması nedeni ile en sık tercih edilen hipofiz cerrahisi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipofiz, hipofiz cerrahisi, transnazal endoskopik cerrahi

## KAYNAKÇA

1. Oki Y: Medical Management of Functioning Pituitary Adenoma. An Update. *NeurolMedChir (Tokyo)* 54: 958-965,2014.
2. Klibanski A, Zervas NT. Diagnosis and management of hormone-secreting pituitary adenomas. *N Engl J Med*324: 822-831, 1991.
3. Capatina C, Wass JA. Hypopituitarism: growth hormone and corticotropin deficiency. *EndocrinolMetabClin North Am.* 44(1): 127-141, 2015.
4. Crespo I, Santos A, Webb SM. Quality of life in patients with hypopituitarism. *Curr Opin Endocrinol DiabetesObes.* 22(4): 306-312, 2015.
5. Chanson P, Raverot G, Castinetti F, et al. Management of clinically non-functioning pituitary adenoma. *Ann Endocrinol (Paris).* 76(3): 239-247, 2015.
6. Melmed S. Medicalprogress: Acromegaly. *N Engl J Med* 355: 2558-2573, 2006.
7. Vance ML. Pituitary adenoma: a clinician's perspective. *Endocr Pract.* 14(6): 757-763, 2008.
8. Ouyang T, Rothfus WE, Ng JM, et al. Imaging of the pituitary. *Radiol Clin North Am.* 49(3): 549-571, 2011.
9. Roelfsema F, Biermasz NR, Pereira AM. Clinical factors involved in the recurrence of pituitary adenomas after surgical remission: a structured review and meta-analysis. *Pituitary* 15: 71-83, 2012.
10. Bevan JS, Webster J, Burke CW, et al. Dopamine agonists and pituitary tumor shrinkage. *Endocr Rev* 13: 220-240, 1992.
11. Biller BM, Molitch ME, Vance ML, et al. Treatment of prolactin-secreting macroadenomas with the once-weekly dopamine agonist cabergoline. *J Clin Endocrinol Metab* 81: 2338-2343, 1996.
12. Colao A, Auriemma RS, Lombardi G, et al. Resistance to somatostatin analogs in acromegaly. *Endocr Rev* 32: 247-271, 2011.
13. Trainer PJ, Drake WM, Katznelson L, et al. Treatment of acromegaly with the growth hormone-receptor antagonist pegvisomant. *N Engl J Med* 342: 1171-1177, 2000.
14. Bassim MK, Senior BA: Endoscopic anatomy of the parasella rregion. *Am J Rhinol.* 21(1): 27-31, 2007.
15. Gondim JA, Almeida JP, de Albuquerque LA, Gomes E, Schops M et al. Pure endoscopic transsphenoidal surgery for treatment of acromegaly: results of 67 cases treated in a pituitary center. *Neurosurg Focus.* 29(4): E7, 2010.
16. de Divitiis E, Cappabianca P, AND Cavallo LM. Endoscopic transsphenoidal approach: Adaptability of the procedure to different sellar lesions. *Neurosurgery*51:699-705, 2002.