

BÖLÜM 56

ADRENAL BEZ HASTALIKLARI

Gökçen Ünal KOCABAŞ¹

CUSHİNG SENDROMU

Uzun süreli glukokortikoid fazlalığı sonucu oluşan belirti ve bulgulardan oluşan bir sendromdur.

Endojen Cushing sendromunun yıllık insidansı milyonda 0,7-2,4'tür. Kadınlarda 3 kat daha sık görülür.

Etyoloji

En sık nedeni ekzojen glukokortikoid kullanımıdır. Oral ve enjektabl glukokortikoidler dışında inhale veya topikal glukokortikoid kullanımı da Cushing sendromuna neden olabilir.

Cushing hastalığı: Hipofiz kökenli ACTH'ya bağımlı

Ektopik ACTH sendromu

Adrenal tümörler

Bilateral makronodüler adrenal hiperplazi

Primer pigmente nodüler adrenokortikal hastalık

BELİRTİ VE BULGULARI

Doğrudan fazla glukokortikoide kronik maruziyetle ilişkilidir. Tek başına patognomonik bulgusu çok az olması nedeniyle tanıyı koymak sıklıkla güç olabilmektedir. Steroid üretiminin süresi ve yoğunluğuna göre subklinik'ten aşikar semptomlara uzanan geniş bir başvuru spektrumu vardır. Ayrıca obezite, hipetansiyon, glukoz intoleransı gibi non-spesifik bulguların adrenal hiperfonksiyonu olmayan bireylerde de sık olması da ayrı bir sorun oluşturur. Bu bulguların aynı anda ortaya çıkması veya şiddetinin artması Cushing sendromu için bir ipucu olabilir.

Yetişkinlerde hiperkortizolemiyi en çok düşündüren belirti ve bulgular proksimal kas güçsüzlüğü, pletorik yüz, karın ve yüzde artan yağlanmayla birlikte ekstremitelerde incelleme, geniş mor stria, kolay morarma ve supraklavikuler yağ yastıkları'dır. Belirtilerin eş zamanlı başlaması veya şiddetinin artması Cushing sendromu için önemli bir ipucu olabilir.

¹ Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD., Endokrinoloji BD., gokcenunal3@yahoo.com



KAYNAKLAR

1. TEMD Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu 2020
2. Stewart P.M, Krone N. Adrenal Cortex in Williams Textbook of Endocrinology.12th ed.Ed by Melmed S, Polonsky
3. K.S,Larsen P.R,Kronenberg H.M.Elsevier Saunders Philadelphia,2011pp:497-515
4. Guignat L, Berherat J.The Diagnosis of Cushing' syndrome:an Endocrine Society Clinical Practice Guideline:commentary from a European perspective European Journal Of Endocrinology 2010; 163:9-13
5. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, et al. The diagnosis of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93:1526.
6. Lacroix A, Feelders RA, Stratakis CA, Nieman LK. Cushing's syndrome. Lancet 2015; 386:913.
7. William F Young, Jr, MD, MSc Diagnosis of primary aldosteronism . Uptodate.com şubat 2021 tarihinde ulaşıldı
8. Young WF Jr. Adrenal causes of hypertension: pheochromocytoma and primary aldosteronism. Rev Endocr Metab Disord 2007;8:309-20.
9. Neumann HPH, Young WF Jr, Eng C. Pheochromocytoma and Paraganglioma. N Engl J Med 2019; 381:552.
10. Nieman LK. Approach to the patient with an adrenal incidentaloma. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95:4106.
11. Grumbach MM, Biller BMK, Braunstein GD, Management of the clinically inapparent adrenal mass('Incidentaloma').Annals of Internal Medicine 2003.
12. D. Aron et al. Adrenal Incidentalomas Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 26(2012)69 -82.
13. Speiser PW, White PC. Congenital adrenal hyperplasia. N Engl J Med 349:776-782, 2003.
14. Auchus RJ. The classic and non-classic congenital adrenal hyperplasia. Endocr Pract 21:383-389, 2015.
15. Lynnette K Nieman, MD clinical manifestations of adrenal insufficiency uptodate