

TİROTİROPİNOMA VAKASINA YAKLAŞIM

10. BÖLÜM

Barış SARIAKÇALI¹

GİRİŞ

Tiroid stimulan hormon salgılayan hipofiz adenomu (Tirotiropinoma, TSHoma) nadir hastalıklar grubunda yer alır. Genel popülasyonda görülme sıklığı milyonda 1-2 vaka olarak tahmin edilmektedir. Hipertroidinin nadir sebeplerinden biridir^{2,3}. Hormon üreten hipofiz adenomlarının < % 1 kısmını oluşturur. Sıklıkla kırk-ellili yaşlarda ortaya çıkarlar, kadın ve erkek cinsten görülme oranı benzerdir⁴.

TSHomaların büyük çoğunluğu makroadenom olarak karşımıza çıkar (%75-85) ve çoğunlukla sadece TSH üretirler. Vakaların % 20 kadarı TSH ile beraber, Growth hormon (GH) veya prolaktin hormonu da salgırlar. Nadir olarak Adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgırlar⁶. TSHomaların büyük kısmı sporadik olarak görülmekle birlikte, genetik geçiş olarak, MEN 1 (multipl endokrin neoplazi tip 1)⁶ ve FIBA (familial izole hipofiz adenomları) arasında da görülebilir⁶.

TSHomada otonom TSH sekresyonunda artış vardır ve artmış TSH stimülasyonu sonucu tiroid bezinde tiroid hormonları (T4 ve T3) artmıştır. TSH salgısı, tiroid hormonları olan T4 ve T3 tarafından feedback olarak baskılanamamaktadır. Vakalar da TSH değeri yüksek veya normal saptan-

makla birlikte, T4 ve T3 hormonları artmış olarak karşımıza çıkmaktadır^{8,9}.

VAKA SUNUMU

29 yaşında erkek hasta, çarpıntı, sinirlilik, kilo kaybı nenediyle aile hekimliğine başvurmuş, yapılan tetkiklerinde tiroid hormon değerlerinde anormallik saptanması üzerine 2. Basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmiş ve o merkezde yapılan tetkiklerinde de benzer bozukluk saptanması üzerine 3. basamak endokrinoloji kliniğine sevk edilmiş. Özel sektörde muhasebecilik yapan hastanın bilinen kronik bir hastalığı yokmuş. 3 kardeşi varmış anne ve babası yaşıyormuş, babasında hipertansiyon dışında ailesinde bilinen bir hastalığı yokmuş.

Tansiyonu 125/80 mmHg, nabız: 124 atım/dk ritmik, boy: 1.75 cm, ağırlık: 79 kg ve vücut kütle indeksi: 27 kg/m² olarak tespit edildi. Hasta gergin ve anksiyete hali mevcuttu. Şikâyetlerinin 6 aydır devam ettiğini iş stresine bağlı olabileceği söylenmişti. Hastada ellerinde belirgin tremoru vardı ve elleri nemliydi. Yapılan tetkiklerinde açlık kan şekeri 85 mg/dL, kreatinin 0.7 mg/dL, Na 136 mmol/L, K 4.7 mmol/L, ALT 20 U/L, AST 22 U/L, Hb 13, Hct 40%, plt 245000/mm³, WBC 7400/

¹ Dr. Öğretim Üyesi Barış Sariağçalı. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi. SİVAS. drbbarrisariakcali@gmail.com

Operasyon sonrası remisyona girmeyen olgularda, SSA tedavisi verilebilir. Tedaviye dirençli, invaziv adenomu olanlarda radyoterapi uygulanabilir. Remisyona girmeyen olgular yılda 2-3 defa değerlendirilmelidirler. Remisyondaki vakalar ilk bir yıldan sonraki beş yılda, her yıl değerlendirilmelidir, sonraki yıllarda 2-3 yılda bir değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Beck-Peccoz P, Persani L, Lania A (2000) Thyrotropin-secreting pituitary adenomas. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, McLachlan R, Morley JE, New M, Perreault L, Purnell J, Rebar R, Singer F, Trencle DL, Vinik A, Wilson DP (eds) Endotext. MDText.com Inc, South Dartmouth, MA
2. Önnestam L, Berinder K, Burman P et al (2013) National incidence and prevalence of TSH-secreting pituitary adenomas in Sweden. *J Clin Endocrinol Metab* 98:626-635
3. Amlashi FG, Tritos NA. Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: epidemiology, diagnosis, and management. *Endocrine*. 2016; 52:427-440
4. Azzalin A, Appin CL, Schniederjan MJ et al (2016) Comprehensive evaluation of TSHomas: single-center 20-year experience. *Pituitary* 19:183-193
5. Taylor TJ, Donlon SS, Bale AE et al (2000) Treatment of a thyrotropinoma with octreotide-LAR in a patient with multiple endocrine neoplasia-1. *Thyroid* 10:1001-1007
6. Daly AF, Tichomirowa MA, Petrossians P et al (2010) Clinical characteristics and therapeutic responses in patients with germline AIP mutations and pituitary adenomas: an international collaborative study. *J Clin Endocrinol Metab* 95:E373-E383
7. Gurnell M, Visser TJ, Beck-Peccoz P, Chatterjee VKK (2015) Resistance to thyroid hormone: in endocrinology, adult and pediatric. In: Jameson LJ, DeGroot LJ (eds), 7th edn, vol II. Elsevier, Philadelphia pp 1648-1665
8. Cossu G, Daniel RT, Pierzchala K et al (2019) Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: a systematic review and metaanalysis of postoperative outcomes and management. *Pituitary* 22(1):79-88
9. Lee W, Cheung AS, Freilich R (2012) TSH-secreting pituitary carcinoma with intrathecal drop metastases. *Clin Endocrinol (Oxf)* 76:604-606
10. Pappa T, Papanastasiou L, Markou A et al (2010) Thyrotropic periodic paralysis as the first manifestation of a thyrotropin-secreting pituitary adenoma. *Hormones (Athens)* 9:82-86
11. Lee MT, Wang CY (2010) Concomitant Graves hyperthyroidism with thyrotrophin-secreting pituitary adenoma. *South Med J* 103:347-349
12. Yamada S, Fukuhara N, Horiguchi K et al (2014) Clinicopathological characteristics and therapeutic outcomes in thyrotropin-secreting pituitary adenomas: a single-center study of 90 cases. *J Neurosurg* 121:1462-1473
13. Perticone F, Pigliaru F, Mariotti S et al (2015) Is the incidence of differentiated thyroid cancer increased in patients with thyrotropin-secreting adenomas? Report of three cases from a large consecutive series. *Thyroid* 25:417-424
14. Abs R, Stevenaert A, Beckers A (1994) Autonomously functioning thyroid nodules in a patient with a thyrotropin-secreting pituitary adenoma: possible cause-effect relationship. *Eur J Endocrinol* 131:355-358
15. Schoenmakers N, Moran C, Campi I et al (2014) A novel albumin gene mutation (R222I) in familial dysalbuminemic hyperthyroxinemia. *J Clin Endocrinol Metab* 99:E1381-E1386
16. Koulouri O, Moran C, Halsall D, Chatterjee K, Gurnell M (2013) Pitfalls in the measurement and interpretation of thyroid function tests. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 27:745-762
17. Sriprapradang C, Srichomkwun P, Refetoff S, Mamasiri S (2016) A Novel thyroid hormone receptor beta gene mutation (G251V) in a Thai patient with resistance to thyroid hormone coexisting with pituitary incidentaloma. *Thyroid* 26:1804-1806
18. Olateju TO, Vanderpump MP. Thyroid hormone resistance. *Ann Clin Biochem* 2006;43:431-440.
19. Refetoff S, Dumitrescu AM. Inherited defects of thyroid hormone-cell-membrane transport: review of recent findings. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2013;20:434-440
20. Dumitrescu AM, Refetoff S. The syndromes of reduced sensitivity to thyroid hormone. *Biochim Biophys Acta* 2013;1830:3987-4003
21. Beck-Peccoz P, Persani L, Faglia G (1992) Glycoprotein hormone α -subunit in pituitary adenomas. *Trends Endocrinol Metab* 3:41-45
22. Fukuhara N, Horiguchi K, Nishioka H et al (2015) Short-term preoperative octreotide treatment for TSH-secreting pituitary adenoma. *Endocr J* 62:21-27
23. A 2019 update on TSH-secreting pituitary adenomas. Beck-Peccoz P1, Giavoli C2, Lania A. *J Endocrinol Invest*. 2019 Dec;42(12):1401-1406.
24. Colao A. Treatment of pituitary tumours in 2014: Advances in therapy of adenomas secreting GH, ACTH and TSH. *Nat Rev Endocrinol*. 2015; 11:73-74
25. Malchiodi E, Profka E, Ferrante E, et al. Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: outcome of pituitary surgery and irradiation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014; 99:2069-2076.
26. Mouslech Z, Somali M, Sakali AK, Savopoulos C, Mastorakos G, Hatzitolios AI (2016) TSH-secreting pituitary adenomas treated by gamma knife radiosurgery: our case experience and a review of the literature. *Hormones (Athens)* 15:122-128