

GEBELİKTE FEOKROMASİTOMA : OLGU SUNUMU**Hasan YÜKSEL¹, Ali Rıza ODABAŞI¹, Ergün ONUR¹****ÖZET**

Bu yazıda ağır fetal distress saptanarak acil olarak sezaryen ile doğum yaptırılan, kronik hipertansif olarak takip edilmiş bir gebede, feokromasitoma tanısı konularak kronik hipertansif gebelerde hipertansiyon etiyolojisinin araştırılmasının önemi vurgulanmıştır. Gebelikte nadir görülen feokromasitoma nedeniyle literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler : Gebelik, hipertansiyon, feokromositoma.

Pheochromocytoma In Pregnancy: A Case Report**SUMMARY**

Chronic hypertension is a challenging problem in pregnancy. A pregnant woman with a long history of hypertension had undergone caesarian section because of severe fetal distress. Pheochromocytoma was diagnosed postoperatively. The importance of evaluating the etiology of chronic hypertension in pregnancy is emphasized and related literature is reviewed.

Key words : Pregnancy, hypertension, pheochromocytoma.

Feokromositoma katekolamin salgılayan kromaffin hücreli tümördür. Çoğunlukla adrenal medullaya yerleşir. Gebelikte feokromositoma gerek maternal mortalite, gerekse perinatal mortalite ve morbidite açısından ciddi bir klinik durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanı konulmasındaki zorluk da ayrı bir sorundur. Gebeliğinin 36. haftasında hipertansiyon ve fetal distress ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran bir hasta nedeniyle ilgili literatür gözden geçirildi.

OLGU

Hastamız Z. G. 38 yaşında, 17 yıllık primer infertil. Tedavi ile gebe kalmış, iki yıllık hipertansiyon hastası. Son adet tarihini bilmeyen hasta, gebelik izlemine düzenli gerçekleştirememiş. İki yıldır çeşitli antihipertansif ilaçlar kullanmış. Verapamil 40 mg ve Nifedipin 10 mg kullanmakta iken, son olarak gittiği hekim tarafından Metildopa 250 mg başlanarak kliniğimize sevk edilmiş.

Yapılan muayenede; genel durum iyi, bilinç açık, koopere, TA 190/100 mmHg, nabız ritmik, 83 / dk. idi. Uterus 36 haftalık gebelik büyüklüğündeydi ve fetal kalp atımı pozitif. Leopold manevrası ile baş gelişi olarak değerlendirildi. Pelvik muayenede açıklık, silinme yoktu. Ödem, görme ile ilgili semptom ve baş ağrısı yoktu. Hasta, ara sıra olan terlemelerden yakındı. Non stress testte fetal kalp

atımı normaldi ancak variabilite olmadığı görülerek fetal distress tanısı kondu. Bu arada, hastamızın 15 dakikada bir ölçülen TA değerleri, 170/90, 170/120, 140/110 ve 210/140 mmHg olarak kaydedildi. Kan hemoglobini 18.6 gr / dl, hematokriti % 54 bulundu, idrarda proteinüri saptanmadı. Hasta kronik hipertansiyon ve fetal distress tanısıyla genel anestezi altında acil sezaryen ile doğurtuldu.

İntra ve perioperatif tansiyon arteriyel izleminde sistolik kan basıncı en düşük 110 mmHg, en yüksek 240 mmHg, diastolik kan basıncı ise en düşük 90 mmHg, en yüksek 140 mmHg bulunuyordu. Sezaryen ile birinci dakika apgarı iki, beşinci dakika apgarı iki olan 3300 gr erkek bebek doğurtuldu. Amniyon mayinin belirgin azlığı dikkat çekiciydi. Bebek doğumdan 44 saat sonra exitus oldu. Otopsi önerisi kabul edilmedi. Postoperatif tedavisinde antihipertansif olarak verapamil SR 240 mg verildi. Açlık kan şekeri 160 mg / dl, LDL kolesterol 189 mg / dl, trigliserit 414 mg / dl, üre 58 mg / dl ve ürik asit 8.7 mg / dl bulundu. Postoperatif sorunu olmadı.

Bu durumda hasta postoperatif üçüncü günde dahiliye servisine devredildi. Abdominal ultrasonografi ve sürrenal tomografi ile sürrenal solid kitle saptandı. Üç günlük vanil mandelik asit diyeti sonrasında vanil mandelik asit, normetanefrin ve metanefrin düzeyleri yüksek bulunarak feokromositoma tanısı ile cerrahi servisine devredilen hasta opere edilerek şifa ile taburcu edildi.

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, AYDIN

TARTIŞMA

Feokromositoma otopsilerde % 0.1 oranında saptanırken klinik olarak daha az rastlanır.¹ Gebe sayısının 30246 olduğu bir çalışmada, otopsilerde bir tane feokromositoma tespit edilmiştir.² Tümör herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmesine karşın, çoğunlukla üçüncü ve dördüncü on yılda görülür. Olguların %10'unda multiple endokrin neoplazilerle veya Von Hippel-Lindau, Von Recklinghausen ve Sturge-Weber familial sendromlarının herhangi biri ile birlikte olabilen multiple veya adrenal dışı feokromositomalar görülür.³

Maternal mortalite % 15 - 55 olup neden genellikle serebral hemoraji veya akut kalp yetmezliğidir. Perinatal mortalite % 50 civarındadır.⁴ Gebelikte çoğu pulmoner ödem veya serebral kanamaya bağlı olan % 50 maternal mortalite olmaktadır. Aşırı katekolamin salgılanmasına bağlı olarak fetus ve yenidoğanda intrauterin büyüme geriliği, intrauterin ölüm, düşük oranında artış görülür.¹

Semptomlardan katekolaminlerin salınması sorumludur. Hastaların % 60'ında hipertansiyon daimdir. Fakat bu hastaların yarısında paroksizmal hipertansiyon görülür. Genellikle ciddi hipertansiyon ve taşikardi vardır. Hipertansif kriz, konvülsif bozukluk, anksiyete atağı olabilir. Paroksizmal atak sırasındaki diğer semptomlar baş ağrısı, yoğun terleme, çarpıntı, kaygı, göğüs ağrısı, bulantı, kusma, solukluk veya kızarıklık olarak sıralanabilir. Egzersiz, defekasyon, yemek yeme veya karnın palpasyonu atağı başlatabilir.⁵ Sıklıkla hipertiroidi ile karıştırılır.⁴

Tanının konulması gebe olmayan hastalardaki gibidir. Hipertansif ataklar anksiyeteye bağlanarak gözden kaçabilir. Yirmi dört saatlik idrarda vanil mandelik asit, metanefrin ya da unkonjuge katekolamin araştırılır. Plasma katekolamin metabolitleri mutlaka yüksek olmayabilir.⁶

Gebelikte tümörün lokalizasyonunu CT ve MR kullanarak saptamak olanaklıdır. MR, ekstra adrenal tümörlerde, tümör lokalizasyonunun belirlenmesinde CT den daha değerlidir.

Bazı olgularda preeklampsiden kaynaklanan hipertansif krizlerin feokromositomadan kaynaklanan hipertansif krizlerden ayrılması, en önemli noktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde ortaya çıkması, ve ara ara gelen hipertansiyon atakları sırasında

proteinüri olmaması, feokromositoma lehine önemli ipuçlarıdır. Feokromositoma bazen ensefalopati, retinopati ve proteinüri ile birlikte olabilir. Diastolik hipertansiyonlu hastaların yalnız % 0.1'inde böyle bir tümör olmasına karşın, olguların % 20 kadarında tümör varlığından kuşkulanzılmaz ve hastalar tedavi ve iyileşme şansından yoksun kalırlar.³

Bir çalışmada paroksizmal hipertansif atak esnasında kardiyak outputun belirgin düştüğü gösterilirken, hafif hipertansif atakların bile fetus üzerinde kötü etkiler oluşturduğuna dair yaklaşımlar belirtilmektedir.⁷ Hipertansiyon olmayıp sadece taşikardisi olan bir hastada, katekolamin yüksekliği saptanarak feokromositoma tanısı konulmuştur.⁷⁻⁸ Feokromositomalar katekolaminlere ek olarak ACTH ve somatostatin gibi diğer salgı ürünlerini de yapabilirler.³

Fenoksibenzamin gibi alfa adrenerjik blokörlerle hipertansiyonun ve diğer belirtilerin tıbbi tedavisi gerekir. Alfa blokaj sağlandıktan sonra gerekirse taşikardi için beta blokör verilebilir. Bazı olgularda cerrahi girişim yapılabilir. Gebede tanı konulduğunda cerrahi olarak çıkarılması gerekir. İntraoperatif kontrol sağlamak için alfa ve beta blokörler ile tedavi yapılmalıdır. Doğum eylemi sırasında olabilecek risklerden dolayı sezaryen ile doğum tercih edilmelidir.⁴

Maternal mortalite sayısının 43 olduğu ve 89 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada, feokromositoma tanısı antepartum konulan olgularda maternal mortalite % 18 iken, postpartum tanı konulan olgularda bu oran % 58'e çıkmaktadır.⁹ Olgu sayısının 47 olduğu bir başka çalışmada antepartum tanı konulan olgularda maternal mortalite görülmezken, postpartum tanı konulan olgularda % 17 maternal mortalite görülmüştür.¹⁰ Yine 35 olgunun değerlendirildiği bir başka çalışmada da benzer bulgular rapor edilmiştir.¹¹

Alfa blokör, beta blokör yanında anjiyotensin konverting enzim inhibitörü ile yapılan tedavi kardiyomyopati saptanan olgularda klinik seyri değiştirmiştir.¹²

Bazı hastalarda tümör rekürrensi olabilmektedir. Bir olgu sunusunda 10 haftadan sonra fenoksibenzamin ve atenolol ile semptomlarını kontrol altına alınarak 35. haftada doğurtulduğu bildirilmektedir.¹³ Alfa ve beta blokaja rağmen bu vakada peripartum tehlikeli hipertansiyon oluşmuştur. Gebeliğinin 33.

haftasında başlayan hemokonsantrasyona eşlik eden oligohidramniyos olan bir hastanın, 36. haftada sağlıklı olarak doğurtulduğu bildirilmektedir.¹⁴

Gebelikte tümör rezeksiyonu hazırlık yapıldıktan sonra ikinci trimesterde yapılması önerilmektedir. İleri dönemde tanı konulursa sezaryen ile rezeksiyon birlikte yapılabilir. Vajinal doğum sadece opere olmuş hastalarda denenmesi önerilmektedir.¹ Hemokonsantrasyon ve oligohidramnios olabileceği literatürde bildirilmiştir.¹⁴

Bizim hastamız için ultrasonografiyi kendimizin yapma olanağı olmadı ama operasyonda amniyon mayi azlığı dikkat çekti. Yine hemokonsantrasyon varlığı dikkat çekti. Hastamızın kan şekerinin yüksek olması salgılanan katekolaminlerin etkisine bağlandı.

SONUÇ

Hipertansiyon tespit edilen gebelerde hipertansiyon gestasyonel değilse etiyolojisini kendi açımızdan da incelememiz gerekir. Hastamıza daha önceden konulmuş bir hipertansiyon tanısı varsa etiyolojisinin saptanıp saptanmadığını sorgulamamız gerekir. Hipertansiyon etiyolojisi saptanamamış olsa bile hasta bizim karşımıza geldiğinde bazı klinik tablolar daha belirginleşmiş ve kolay tanı konulabilir duruma gelmiş olabilir.

KAYNAKLAR

1. Martin JN, Martin RW, Morrison JC. Surgical disease and disorders in pregnancy. In: Pernoll ML (ed). Current Obstetrics & Gynecology Diagnosis & Teratment 7th ed. Kansas City: Appleton & Lange , 1991:476-491.
2. Harrington JL, Farley DR, van Heerden JA, Ramin KD. Adrenal Tumors And Pregnancy. World J Surg. 1999;Feb. 23:182-6.
3. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. (eds). Basic Pathology 5th ed.: W.B. Saunders Com., Çevikbaş U. Temel Patoloji 2. Baskı Çev. (ed) İstanbul : Alemdar Ofset, 1992: 675-676.
4. Varner M. General Medical and Surgical Diseases in Pregnancy. In : Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, SpellacyWN (eds). Danforth s Obstetrics and Gynecology, 6th ed. Philadelphia:J.B. Lippincott Company, 1990:503.
5. Tamer N. Adrenal Gland Hastalıkları, Hirsutizm ve Obezite. Kadayıfçı A. Karaaslan Y. (ed.ler). İç Hastalıkları Elkitabı, Ankara : Hekimler Yayın Birliği, 1998:262.
6. Lenders JW, Keiser HR, Goldstein DS, Williemsen JJ, Friberg P, Jacobs MC, Kloppenborg PW, Thien T, Eisenhofer G.: Plasma metanephrines in the diagnosis

of pheochromocytoma. Ann. Int Med 1995;123:101-109.

7. Combs CA, Easterling TR, Schmucker BC, Benedetti TJ : Hemodynamic observations during paroxysmal hypertension in a pregnancy with pheochromocytoma. Obstet Gynecol 1989;74:439.
8. Bassoon-Zaltzman C, Sermer M, Lao TT, Drucker D. Bladder Pheochromocytoma In Pregnancy Without Hypertension. A case report. J Reprod Med 1995; Feb. 40:149-50.
9. Geelhoed GW: Surgery of the endocrine glands in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1983; 26:865.
10. Harper MA, Murnaghan GA, Kennedy L, Hadden DR, Atkinson AB. Pheochromocytoma in pregnancy. Five cases and a review of the literature. Br J Obstet Gynaecol 1989;96:594.
11. Oisi S, Sato T. Pheochromocytoma in pregnancy : A review of the Japanese literature. Endocr J 1994; 41:219.
12. Kim HJ, Kim DK, Lee SC, Yang SH, Yang JH, Lee WR. Pheochromocytoma Complicated With Cardiomyopathy After Delivery-a case report and literature review. Korean J Intern Med 1998; Jul.13:117-22.
13. Lyons CW, Colmorgen GHC. Medical management of pheochromocytoma in pregnancy. Obstet Gynecol 1988;72:450.
14. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. (eds). Medical and Surgical Complications in Pregnancy In: Williams Obstetrics 20th ed. Stamford: Prentice Hall International, Inc., 1997:1231-1232.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç.Dr. Hasan YÜKSEL
ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Aydın 09100
Türkiye

Tel : +905323320664
Faks : +902562144086

E-posta : hyuksel@netscape.net
hasanyuksel@dr.com

Geliş Tarihi : 28.03.2001
Kabul Tarihi : 03.09.2001