



● مقالات گزارش موردی (۱)

آکرومگالی، هیپوفیزکتومی و بروز دیابت قندی

آیا هیپوفیزکتومی بیماران مبتلا به آکرومگالی می‌تواند سبب ایجاد دیابت قندی شود؟
«گزارش پنج بیمار»

چکیده

مقاومت به انسولین، اختلال تحمل گلوکز و دیابت شیرین ثانوی به آکرومگالی به طور معمول پس از درمان بیماری زمینه‌ای بهبود می‌یابد. در موارد نادری، علیرغم طبیعی بودن قند خون هنگامی که آکرومگالی فعال وجود دارد، پس از جراحی هیپوفیزکتومی بیماران دچار دیابت ملیتوس می‌شوند؛ به گونه‌ای که جهت کنترل دیابت نیاز به انسولین پیدا می‌کنند در این مقاله پنج مورد از این بیماران که طی سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۵ در بیمارستان امام خمینی (ره) و دکتر شریعتی تهران تحت جراحی هیپوفیزکتومی قرار گرفته‌اند معرفی می‌شوند. با توجه به پدیده فوق به نظر می‌رسد بعد از عمل هیپوفیزکتومی، ارزیابی مکرر قند خون بیماران حتی اگر قبل از عمل جراحی دارای قند خون طبیعی بوده‌اند، لازم باشد.

واژه‌های کلیدی: آکرومگالی، دیابت ملیتوس، هیپوفیزکتومی، هورمون رشد

دکتر باقر لاریجانی

دانشیار مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، بیمارستان شریعتی

دکتر منوچهر نخجوانی

دانشیار مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، بیمارستان ولیعصر

مقدمه

انسولین و در دوزهای متوسط و بالا اثر مشابه انسولین از خود نشان می‌دهد [۱، ۲، ۳، ۴]. در صورت تماس مزمن، اثرات دیابت‌زای آن بصورت کاهش برداشت محیطی گلوکز، افت پاسخ دهی سلولهای آدیپوسیت به انسولین و

هورمون رشد دارای اثر دو مرحله‌ای است. این هورمون در دوزهای پائین اثر ضد



جدول شماره (۱): جدول مقادیر هورمون رشد و قند خون بیماران قبل و بعد از هیپوفیزکتومی

بیماران	هورمون رشد (۱) (ng/ml)		قند خون (mg/dl)	
	قبل از جراحی	بعد از جراحی	FBS (۲) قبل از جراحی	BS (۳) قبل از جراحی
بیمار اول	۱۷	۱/۸	طبیعی	۱۶۰
بیمار دوم	۱۰۰	۷۰	طبیعی	۱۷۷
بیمار سوم	۵۹	۱۳/۹	طبیعی	۲۰۰
بیمار چهارم	۱۴۰	۱۵	طبیعی	۱۶۰
بیمار پنجم	۱۲۵	۷/۳	طبیعی	۴۷۰

۲-FBS: Fasting Blood Sugar ۳-BS: Post prandial Blood Sugar

۱- حداکثر مقادیر طبیعی هورمون رشد سرم ۵ ng/ml است

افزایش برون ده قند خون از هیپاتوسیتها نمایان می‌شود. برخی از اجزا و متابولیت‌های هورمون رشد نیز متابولیسم قند خون را متأثر می‌سازند؛ مانند hGH1-43 که اثرات هیپوگلیسمیک و مشابه انسولین، و hGH179-191 که اثرات دیابت‌زا دارد [۵].

اختلال تحمل گلوکز در ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران دچار آکرومگالی دیده می‌شود و ۱۰ تا ۲۰ درصد از کسانی که زمینه‌مناسبی داشته باشند، دیابت آشکار بروز می‌نماید [۴، ۳، ۲، ۱]. پس از درمان موفق آکرومگالی، انتظار می‌رود که میزان هورمون رشد به حد طبیعی باز گردد و همچنین پاسخ به آزمون تحمل گلوکز نیز طبیعی شود؛ ولی در موارد نادری با مکانیسم ناشناخته تعدادی از بیماران پس از درمان آکرومگالی، دچار دیابت ملیتوس شده‌اند؛ در حالیکه قبل از درمان گلوکز طبیعی داشته‌اند. در این مقاله پنج مورد از این بیماران معرفی می‌شوند.

گذارش بیماران

این پنج بیمار با محدوده سنی ۱۷ تا ۶۵ سال همگی مبتلا به آکرومگالی با قند خون طبیعی بودند که پس از جراحی هیپوفیزکتومی که در طی سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۵ در بیمارستانهای امام خمینی (ره) و

دکتر شریعتی تهران روی آنها انجام گرفت، دچار دیابت ملیتوس شدند. مقادیر هورمون رشد و قند خون بیماران قبل و پس از جراحی در جدول ۱ خلاصه شده است.

بیمار اول خانم ۵۴ ساله‌ای بود که در سال ۱۳۶۴ با سابقه پنج ساله بزرگی اندامها، افزایش وزن، خستگی، پarestزی و خواب‌آلودگی مراجعه نمود و با تشخیص آکرومگالی بستری شد. در سی‌تی‌اسکن مغز این بیمار، ضایعه بادنسیته کم در قسمت سالار مشهود بود. بیمار علاوه بر افزایش هورمون رشد دچار هیپرپرولاکتینمی بود^(۱).

در آزمون تحمل گلوکز، میزان هورمون رشد قبل و بعد از آزمایش همچنان بالا بود و تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌داد. بیمار تحت عمل جراحی هیپوفیزکتومی ترانس اسفنوئیدال قرار گرفت. نتیجه بررسی آسیب‌شناسی، آدنوم اسیدوفیلیک هیپوفیز بود. چند جلسه پرتو درمانی نیز روی بیمار انجام گرفت. هفت ماه پس از جراحی، بیمار به علت پرنوشی، پراداری و سوزش و خارش واژن مجدداً تحت بررسی قرار گرفت و با تشخیص دیابت ملیتوس تحت درمان با ۲۰ واحد انسولین روزانه قرار گرفت. بررسی‌های همزمان، نشانگر طبیعی بودن سطح هورمونهای هیپوفیزی بود و شواهدی مبنی بر عود تومور وجود نداشت.

بیمار دوم آقای ۳۵ ساله بود که در سال ۱۳۶۷ با سابقه چهار ساله بزرگی پیشرونده اندامها و سر درد، با تشخیص آکرومگالی بستری شد. در بررسی سی‌تی‌اسکن مغز این بیمار تومور هیپوفیز گزارش شده بود. قند خون ناشتا و پس از غذای بیمار طبیعی بود. این بیمار نیز علاوه بر افزایش هورمون رشد، دچار هیپرپرولاکتینمی بود^(۲). بیمار در همان سال هیپوفیزکتومی شد و به علت باقی ماندن علائم بیماری، ۲۵ جلسه پرتو درمانی نیز روی وی انجام گرفت. دو ماه بعد با علائم پرنوشی و پراداری مراجعه نمود و پس از بررسی آزمایشگاهی، بیمار با تشخیص دیابت شیرین تحت درمان با ۵۵ واحد انسولین روزانه قرار گرفت.

بیمار سوم آقای ۴۰ ساله بود که با ظاهر آکرومگالیک و براساس یافته‌های پاراکلینیک با تشخیص تومور هیپوفیز تحت عمل جراحی کرانیوتومی و هیپوفیزکتومی قرار گرفت. در بررسی آسیب‌شناسی آدنوم هیپوفیز سوپراسلار با گسترش به نواحی گیجگاهی گزارش شد. پس از جراحی، بیمار دچار پرنوشی، پراداری و پرخوری شد و یک ماه بعد با تابلوی بالینی کتواسیدوز دیابتی^(۳) (DKA) مراجعه نمود و تحت اقدامات

۱- Prolactin = ۷۷۶ μu/ml

۲ Prolactin = ۲۰ μu/ml

۳- DKA: Diabetic Ketoacidosis



واحد انسولین (ترکیبی از انسولین NPH و رگولار) تجویز گردید.

بحث

هدف از درمان آکرومگالی کاهش یا از بین بردن علائم بالینی و پاراکلینیک است. برای درمان این بیماری روشهای مختلفی وجود دارد. متداولترین آنها جراحی، رادیوتراپی و درمان طبی است. قدم اول در درمان آکرومگالی معمولاً جراحی است. در کسانی که پس از عمل جراحی عود وجود داشته باشد یا به دلایلی بیمار داوطلب مناسب برای جراحی نباشد از پرتو درمانی یا درمان دارویی استفاده می شود این روشهای درمانی در صورت موفقیت قادر خواهند بود عوارض و علائم ثانوی بیماری مثل دیابت ملیتوس را نیز برطرف نمایند [۳، ۲۰]. ولی بر خلاف انتظار در موارد نادری مانند پنج بیماری که در این مقاله معرفی شدند، دیابت شیرین پس از عمل جراحی بروز می نماید. موارد مشابهی نیز توسط پژوهشگران دیگر گزارش شده است. بونیک^(۱) و همکاران در سال ۱۹۷۷ شرح حال یک زن ۳۲ ساله مبتلا به آکرومگالی را گزارش کردند که قبل از جراحی قند خون طبیعی داشت ولی پس از جراحی هیپوفیزکتومی ترانس اسفنوئیدال، دچار افزایش قند خون شده بود. قند خون بیمار از ۳۳۴ میلی گرم در دسی لیتر در حین جراحی به ۵۰۶ میلی گرم در دسی لیتر در سه روز پس از جراحی رسید. برای کنترل قند خون، ۳۰ واحد انسولین NPH تجویز شد. در این گزارش ارتباط خاصی میان میزان هورمون رشد و مدت زمان آکرومگالی و بروز دیابت شرح داده نشده است [۶]. در مطالعه ای دیگر پنج بیمار مبتلا به آکرومگالی با دیابت و تحمل گلوکز مختل، سه بیمار آکرومگالی

درمانی لازم قرار گرفت. این بیمار برای کنترل قند خون به انسولین NPH روزانه ۱۵۰ واحد و انسولین رگولار ۳۵ واحد روزانه نیاز پیدا نمود.

بیمار چهارم آقای ۶۵ ساله ای بود که در سال ۱۳۷۲ با تشخیص آکرومگالی بستری شد. علائم بالینی وی از ۲۰ سال پیش از مراجعه به صورت بزرگی تدریجی اندامها و تغییر قیافه، ظاهر شده بود. در سی تی اسکن مغز، بزرگی زین ترکی و توده ای در سلاتورسیک مشاهده شد. بیمار در همان سال تحت جراحی هیپوفیزکتومی ترانس اسفنوئیدال قرار گرفت. گزارش آسیب شناسی، آدنوم کرموفوب - اسیدفیلیک غده هیپوفیز بود. پس از جراحی بیمار دچار علائم هیپرگلیسمی شد. بررسی آزمایشگاهی بیانگر وجود دیابت ملیتوس بود. بیمار در مدت بستری تحت درمان با انسولین قرار گرفت ولی پس از ترخیص به دلیل برطرف شدن هیپرگلیسمی نیازی به ادامه درمان وجود نداشت.

بیمار پنجم خانم ۱۷ ساله ای بود که با تشخیص تومور هیپوفیز برای بار دوم در سال ۱۳۷۵ بستری شد. سه سال پیش متعاقب علائم بالینی مثبت به نفع افزایش هورمون رشد و پس از بررسی آزمایشگاهی، تشخیص آکرومگالی مسجل شده بود و بیمار تحت جراحی هیپوفیزکتومی ترانس اسفنوئیدال قرار گرفته بود. مراجعه اخیر بیمار به علت بزرگی اندامها، سردرد و آمنوره بود. در بررسی سی تی اسکن مغز، بزرگی زین ترکی به همراه تومور ماکروآدنوم گزارش گردید. بیمار مجدداً تحت جراحی (کرانیوتومی) قرار گرفت. یک ماه بعد دچار علائم هیپرگلیسمی شد که در بررسی آزمایشگاهی تشخیص دیابت ملیتوس تأیید شد. جهت کنترل قند خون بیمار، روزانه ۱۳۵

بدون دیابت با تحمل گلوکز طبیعی و شش بیمار دچار پرولاکتینوما توسط مارویامو^(۲) و همکاران در سال ۱۹۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه قبل از عمل جراحی برای بیماران استروئید تجویز شد که در گروه اول قند خون در سه گروه به طور نسبتاً یکسانی بالا رفت. براساس نتایج بدست آمده از این مطالعه، دستکاری تومور در زمان جراحی نسبت به مقدار آن در قبل از عمل موجب افزایش هورمون رشد نگردیده است [۷]. لیندهوپ^(۳) و همکاران نیز در سال ۱۹۷۵ دو بیمار مبتلا به آکرومگالی را گزارش کردند که جهت درمان نیاز به دوبار عمل جراحی داشتند. یکی از بیماران پس از عمل جراحی اول دچار دیابت ملیتوس، کوشینگ و تیروتوکسیکوز شده بود [۸].

اصولاً با درمان آکرومگالی در اثر کاهش هورمون رشد، باید علائم و عوارض ثانوی نیز برطرف شود یا کاهش یابد. اما گزارشهای فوق حاکی از بروز دیابت ملیتوس پس از عمل جراحی در بیمارانی است که قبل از درمان قند خون طبیعی داشته اند. بیهوشی و جراحی، محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال را فعال می کند. در نتیجه کورتیزول سرم افزایش می یابد که خود سبب افزایش گلوکز خون می شود از سوی دیگر تحریک هیپوتالاموس، سیستم سمپاتیک را فعال می کند که موجب افزایش کاتکولامین های خون می شود آنها نیز قند خون را بالا می برند. همچنین گاهی دستکاری تومور موجب افزایش ناگهانی هورمون رشد می شود که متعاقب آن قند خون بالا می رود.

تمامی مکانیسم های ذکر شده باعث ایجاد دیابت ملیتوس بصورت گذرا می شوند

۱ Bunick
۳ Lindhop

۲ Maruyamo

است. با توجه به بروز پدیده فوق، ارزیابی مکرر قندخون بیماران بعد از هیپوفیزکتومی، حتی اگر قبل از جراحی قندخون طبیعی داشته باشند، لازم به نظر می‌رسد. ■

احتمال دارد که اثر دومرحله‌ای هورمون رشد در مسیزانه‌های متفاوت به صورت اثر ضدانسولین در دوزهای پائین و اثر مشابه انسولین در دوزهای متوسط و بالا در بروز این پدیده موثر باشد [۳،۲،۱]. در هر حال مکانیسم اصلی این پدیده هنوز ناشناخته باقی مانده

ولی براساس گزارشهای فوق، دیابت در برخی از بیماران بصورت مداوم باقی می‌ماند که به درمان با انسولین نیازمند است. این پدیده ممکن است به علت اختلال متابولیسم بافتی گلوکز باشد که موجب اختلال در آزمون تحمل گلوکز می‌شود [۴،۱].

مراجع

1. Daughaday WH, Growth hormone, Insulin - like growth factors and "Acromegaly. In: Degroot LJ. ed. Endocrinology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995; P. 318-329.
2. Merimee TH, Grant MB. Growth hormone and its disorders. In: Becker KL. ed. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. New York: Lippincott, 1990; P.125-134.
3. Thorner MO, Vance ML, Horvath E, et al. The anterior pituitary. In: Wilson JD, Foster DW. eds. Williams Textbook of Endocrinology. 8th ed, Philadelphia: W.B. Saunders, 1992; P.268-281.
4. Ganda Op. Secondary forms of diabetes. In: Kahn CR, Weir GC. eds. Joslin's Diabetes Mellitus. 13th ed. New York: Lea & Febiger Company, 1994; P.307.
5. Scanes CG, Growth hormone action: carbohydrate metabolism. In: Horrey S, Scanes CG, Daughday IVH, eds. Growth Hormone. 1st ed. New York: CRC Press Inc. 1995;P.371-377.
6. Bunick EM, Schmidek H, Lavine RL, et al. Insulin dependent diabetes mellitus sudden onset following hypophysectomy in an acromegalic patient. JAMA 1977; 228:1047-1048.
7. Maruyama K, Muneyu KM, Kojima T, et al. Changes in serum glucose and serum growth hormone levels during pituitary surgery. Anest Analg 1987; 66: 746-750.
8. Lindhopm J. Ectopic pituitary function. Acta Med Scand 1975; 198(4): 299-302. ■

