

Metastase fra brystkræft til hypofysen som årsag til hyponatriæmi

Kirstine Møller Gliese & Bieke Francisca Schrijvers

KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,
Næstved Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V03140152

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos danske kvinder [1, 2]. Ca. 33% af alle patienter med brystkræft vil få fjernmetastaser, som hyppigst ses i knogler, lunger og pleura og sjældnere i centralnervesystemet [2]. Vi beskriver her et usædvanligt tilfælde af hypofyseinsufficiens som følge af en hypofysemetastase hos en patient med dissemineret brystkræft.

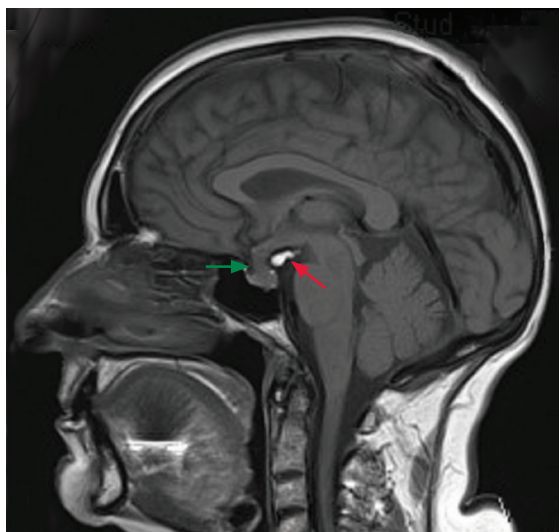
SYGEHISTORIE

En 75-årig kvinde, som havde dissemineret brystkræft (HER2-positiv) med pleura-, lunge- og knoglemetastaser, blev indlagt pga. kvalme, opkastninger, tynd mave, svimmelhed og tiltagende træthed gennem måneder.

En objektiv undersøgelse var uden abnorme fund. Blodprøverne var upåfaldende, fraset hyponatriæmi på 119 mmol/l. Seponering af bendroflymethiazid og kaliumchlorid (CentyI) og tilførsel af isotonisk natriumchlorid medførte ikke normalisering af P-natriumniveauet.

FIGUR 1

MR-skanning af cerebrum og hypofysen hos en 75-årig kvinde med dissemineret brystkræft. Der ses en parasellar tumor (hypothalamuslipom, rød pil) og en fortykket infundibulum (grøn pil), men ingen cerebrale metastaser.



En analyse af hypofysehormonerne viste, at der var forhøjet niveau af prolaktin og lavt niveau af luteiniserende hormon (LH), follikelstimulerende hormon (FSH), østradiol og thyroideastimulerende hormon (TSH). Niveaulet af frit T4, T3 og insulin-like growth factor (IGF)-1 var normale. Niveaulet af basal adrenokortikotrop hormon (ACTH) og kortisol var lavt. Ved en synacthentest bekræftedes diagnosen sekundær binyrebarkhormoninsufficiens. De subnormale gonadotropinniveauer passede med, at der forelå hypofyseinsufficiens. Substitutionsbehandling med hydrocortisonsuccinat og hydrocortison samt saltvandsinfusioner medførte regression af symptomerne og normalisering af P-natriumniveauet.

En MR-skanning af cerebrum viste fortykkelse af hypofysestilken og et 10 mm stort hypothalamuslipom bag denne, men ingen hjernemetastaser (Figur 1). Fortykkelsen af hypofysestilken blev af neuroradiologerne tolket som ikke værende af neoplastisk eller inflammatorisk oprindelse. Ved en kontrol-MR-skanning efter tre måneder sås uændret hypothalamuslipom og regression af hypofysestilken fortykkelse.

En synsfeltundersøgelse viste ingen tegn på påvirkning af chiasma opticus. Ved en øre-næse-halslæge-vurdering fandtes ingen otologisk årsag til svimmelheden, men der blev påvist en venstresidig nervus recurrens-parese. CT af thorax og abdomen viste progression af patientens disseminerede brystkræft med tre lokoregionale metastaser.

Seks måneder senere fik patienten bitemporal hemianopsi. En akut MR-skanning viste blødning i den fortykkede del af hypofysestilken med løftning af chiasma opticus. Patienten fik foretaget transsfenoidal resektion. Histologisvaret viste adenokarcinommetastase (HER2-negativ). Hun døde to måneder senere.

DISKUSSION

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos kvinder i Danmark. Samtidig med en stigning i prævalensen har der været et fald i dødeligheden som følge af bedre behandling og dermed længere overlevelse [2]. Hypofysemetastaser er relativt sjældne – en af de hyppigste årsager er dissemineret brystkræft [3]. Hypofysebaglappen er hyppigst involveret, og det for-

klarer, hvorfor diabetes insipidus er det mest almindelige symptom ved hypofysemetastaser. Metastasering til hypofyseforløppen eller hypofysestilken er sjældnere og ofte klinisk symptomløs [4, 5]. Muligvis er partiel eller komplet insufficiens af hypofyseforløppen underdiagnosticeret hos patienter med cancer, fordi symptomerne ofte er uspecifikke og hyppigt tilskrives den disseminerede grundmorbus [5].

Adækvat hypothalamus-hypofyse-analyse kræver måling af de basale hypofysehormoner: prolaktin, TSH, FSH, LH, ACTH og IGF-1 (væksthormon (GH)) samt de perifere hormoner østradiol (eller testosteron hos mænd), kortisol, T3 og T4. Klinisk og paraklinisk mistanke om binyrebarkhormoninsufficiens skal bekræftes med lav kortisolrespons ved synacthentest eller insulintoleranstest, som også kan bruges til bekræftelse af væksthormoninsufficiens, men testen blev ikke udført hos patienten i sygehistorien, idet GH-behandling er kontraindiceret ved dissemineret cancer. Diabetes insipidus kan verificeres ved en tørsteprøve.

MR-billeder, der viser en kontrastopladende sel-lar masse og fortykkelse af infundibulum, tyder på malignitet [5], men selvom MR-skanning anses for at være mere pålidelig end CT, når det drejer sig om at skelne mellem benigne og maligne hypofysetumorer, er MR-skanningsbilleder ikke altid entydige. Vi mener, at abnorme hypofysefund på MR-skanningbilleder hos patienter med dissemineret brystkræft skal tolkes som spredning, indtil det modsatte er bevist.

Sygehistorien understreger vigtigheden af intensiv followup hos patienter med brystkræft, selv mange år efter den initiale diagnose. Uspecifikke symptomer kan sagtens tilskrives den tilgrundliggende cancersygdom, men en differentialætiologi skal nøje overvejes.

Med denne kasuistik vil vi skabe opmærksomhed om associationen mellem dissemineret kræftsygdom og hypofysemetastaser, da vi mener, at tilstanden er underdiagnosticeret.

SUMMARY

Kirstine Møller Gliese & Bieke Francisca Schrijvers:

Metastasis from breast cancer to the pituitary gland causing hyponatraemia

Ugeskr Læger 204;176:V03140152

Breast cancer is the most common cancer in Danish women. Pituitary metastases are rare events. We report a 75-year-old woman with metastatic breast cancer who presented with pituitary insufficiency nine years after her initial cancer diagnosis. MRI of the pituitary region showed a parasellar mass and thickening of the infundibulum. Her condition progressed within months and deterioration of visual field and acuity developed. A transsphenoidal resection was performed to rescue her vision and pathology confirmed metastasis from a breast invasive ductal adenocarcinoma.

KORRESPONDANCE: *Kirstine Møller Gliese*, Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus, Ringstedgade 61, 4700 Næstved. E-mail: kirstinemg@gmail.com

ANTAGET: 11. august 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 10. november 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: *Per Rejnert Jensen*, Billeddiagnostisk Afdeling, Næstved Sygehus, takkes for for MR-skanningsbilledet.

LITTERATUR

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D et al, for GLOBOCAN 2008 Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC CancerBase No 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2010. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp> (23. febr 2011).
2. Kræftprofil: Brystkræft 2000-2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
3. Altay T, Krisht KM, Couldwell WT. Sellar and parasellar tumors. *Int J Surg Oncol* 2012;2012:647256.
4. Famini P, Maya MM, Melmed S. Pituitary magnetic resonance imaging for sellar and parasellar masses: ten-year experience in 2598 patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:1633-41.
5. Peppas M, Papaxoinis G, Xiros N et al. Panhypopituitarism due to metastases to the hypothalamus and the pituitary resulting from primary breast cancer: a case report and review of the literature. *Clin Breast Cancer* 2009;9:E4-7.