

TİROİDİTLER

(Dört vaka takdimi)

Dr. Mehdi YEKSAN¹

Dr. F. Nurten YEKSAN²

Dr. Adil KARTAL³

Dr. H. Hüseyin TELLİ⁴

Dr. Müfid İSPANOĞLU⁴

Dr. İbrahim ERKUL⁵

Tiroiditlere klinik pratikte sık rastlanmaz. Ancak troid bezinde simetrik veya asimetrik, ağrılı veya ağrısız büyüme ve sertlik tespit edilmesi halinde mutlaka tiroidit akla gelmelidir. Sintigrafik ve hormonal tetkiklerle beraber açık biyopsi yapılmalıdır. Bu yazıda 4 tiroidit vakası takdim edildi ve bu münasebetle tiroiditler gözden geçirildi.

Thyroiditis is rarely seen in clinic practice. However, if thyroid gland is enlarged simetrically or asimetrically and hard, thyroiditis shoult be considered, biopsy shoult be done in addition to scintigraphic anr hormonal investigations.

In this report, it four cases with thyroiditis and was presented thyroiditis was reviewed.

VAKALARIN TAKDİMİ

VAKA - 1 : H. G. 43 yaşında, kadın, Altınekin doğumlu, prot. no: 334/2438. Halsizlik, yorgunluk, göz kapaklarında şişme, çok uyuma, saç dökülmesi, mens bozukluğu şikayetleri ile kliniğe yatırıldı. Bu şikayetler son bir yıldır belirginmiş.

Fizik muayene : TA: 100/60 mmHg, nabız: 72/ak., cilt kuru, kaşlar seyrekleşmiş, saçlar, aksiller ve pubik kıllar belirgin olarak dökülmüş,

- (1) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğr. Üye.
- (2) S. S.K. Konya Hastanesi Dahiliye Uzmanı.
- (3) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
- (4) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Arş. Gör.
- (5) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

göz kapakları ödemli, boyunda hafif büyümüş fakat çok sert kıvamda guatr palpe edildi. Diğer sistemler normal bulundu.

Laboratuar : BK: 3200, Hb: 10.1 gm, sedimantasyon: 16 mm/s, idrar analizi normal, periferik yaymada: parçalı %46, çomak %6, lenfosit %44, Eozinofil %2, monosit %2, eritrositler normositer-hipokrom, trombositler bol. Kan lipidi %720 mg, kolesterol %350 mg, tiroglobulin antikoru müspet, T3RİA: 0.015 nmol/1 (normali: 1 - 3.3 nmol/1), T4RİA: 5.15 nmol/1 (normali: 75 - 150 nmol/1), TSH: 50 iu/ml (normali: 1 - 5 iu/ml). Açık tiroid biyopsi raporu: çevrede bağ dokusu, diğer alanları lenfoid odaklar oluşturmuş, lenfosit infiltrasyonu çok bol, lenfosit odakları içinde lenfositler tarafından sarılmış tiroide ait asinus yapıları mevcut. Tanı: Kronik Hashimoto tiroiditine uyar (8.9.1983/özel patoloji laboratuvarı, Ankara Üniversitesi Patoloji enst. konsültasyon notu).

Tedavi: Hastaya tiroid hormonu, demir preparatı, B - grup vitamin tedavisi verildi, kontrollara çağırıldı.

VAK'A - II : F. B. 46 yaşında, kadın, Ilgın doğumlu, prot. no: 607/4435. Boğazında şişlik ve yutma güçlüğü şikayetleri varmış. Boğazındaki şişlik 2 aydan beri varmış, zaman zaman çarpıntı, sinirlenme, terleme de olurmuş. Fizik muayenesinde: TA: 100/60 mmHg, nabız: 120/dak., cilt hafif nemli, tremor hafif derecede var, boyunda diffuz büyümüş, orta sertlikte, ağırlı guatr palpe edildi, diğer sistemler normal.

Laboratuar: BK: 5000, Hb: 11.5 gm, Sedimantasyon: 85 mm/s, idrar analizi normal, BUN: %8 mg, Kan şekeri %95 mg, Kreatinin %1.2 mg, EKG normal, akciğer grafisi normal, tiroglobulin ve mikrozomal antikolar negatif, T3RİA: 2.1 ng/ml (normali: 0.6 - 2 ng/ml), T4RİA: 21.7 ng/ml (normali: 4.5 - 11 ng/ml, I^{131} uptake: %4 - 4 saat (normali %15 - 25), %2 - 24 saat (normali: 25 - 55), tiroid sintigrafisinde, tiroid bezi normale oranla belirgin derecede düşük radioaktif madde tutulumu var, tutuluş non-homojen. Tiroid açık biyopsi raporu: bağ dokusundan zengin tiroid dokusu içinde folliküler yapılar var, bazı alanlarda folliküller parçalanmış, açığa çıkan sıvıya karşı gelişmiş yabancı cisim dev hücreleri, yer yer epitelioid histiositler. Tanı: Subakut (De Quervain) tiroiditi (29.12.1983, Özel Pat. Lab.).

Tedavi: Hastaya salisilat, antibiyotik, propycil (kısa süre için), tiroid hormonu. İki hafta sonra iyileşme nedeniyle ilaçlar kesildi.

VAK'A - III : A. Ö. 48 yaşında, kadın, Beyşehir doğumlu, prot. no: 1019/36. Boynunda 1.5 - 2 yıldır şişlik varmış, ağırlı değilmiş, Fizik muayenede: tiroid diffuz olarak büyümüş, orta sertlikte, her iki lobtada orta kısımlarda nodül palpe edildi. Diğer sistemler normal.

Laboratuvar: BK:13.400, sedimentasyon: 69 mm/s, akciğer grafisi ve EKG normal, T3RİA: 1.15 ng/ml (normali: 0.6 - 2 ng/ml), T4RİA: 7 ng/ml (normali: 4.5 - 11 ng/ml), I¹³¹ uptake: 4 saatte %42 (normali: %15-45), 24 saatte: %47 (normali: 25 - 55). Tiroid sintigrafisinde, bez tümüyle büyümüş, aktivite tutulumu homojene yakın, sağ üst lobta hipo aktif alan var, bu alanın ultrasonografik kontrolunda bu hipoaktif saha ekoluscent görünümde. Açık tiroid biyopsi raporunda: iki lobtada histolojik görünüm aynı, fibröz kapsül altında fibröz bantlar ile ayrılmış belirgin lobule yapı, sağ lobta geniş alanlar kaplayan bağ dokusu mevcut, gerek bu alanlarda gerekse lobuluslar arasındaki bağ dokusunda germinal merkezlere sahip lenf follikülleri görülmekte. Tanı: diffuz guatr-sağda daha belirgin lenfositik tiroidit (21.11.1986/biyopsi no: 1019/86).

VAK'A - IV : H. E. 27 yaşında, erkek, Konya doğumlu, polk. hastası. Boynunda ağrı ve yutma güçlüğü ile müracaat eden hastada şikayetleri 3 gün önce ani olarak başlamış, fizik muayenede sol lobta daha belirgin olmak üzere tiroid ağırlı büyümüş, sıcaklık ve kızarıklık yok, diğer sistem muayeneleri normal.

Laboratuvar: BK: 4000, Sedimentasyon: 10 mm/s, T3RİA: 1.35 ng/ml (normal), T4RİA: 6 ng/ml (normal), tiroid sintigrafisinde tirodi diffuz büyümüş, sol lob alt ve iç kısımda hipoaktif saha, ultrasonografide bu alanda solid yapı tespit edildi, tiroid iğne biyopsisinde akut iltihap hücrelerinden zengin doku, akut tiroidite uyar (20.6.1986/özel patoloji lab). Hastaya verilen salisilat ve antibiyotik ile bir hafta sonra iyilik başladı, şikayetler ikinci haftada kayboldu.

TARTIŞMA

Tiroid bezinin çeşitli nedenlerle gelişen iltihabi olayları tiroidit adı altında toplanır. Tiroiditlerin etiolojisi ve klinik klasifikasyonu aşağıdaki gibidir (7, 9):

I — Akut tiroiditler

a - Bakteriyel

b - Fungal

c - Diğer organizmalarla (virüsler hariç) olanlar.

II — Subakut tiroiditler

a - Granülomatoz tip

b - Lenfositik tip

III — Kronik tiroiditler

- a - Lenfositik tip (Hashimoto)
- b - Riedel struması
- c - Diğerleri (radyasyon, amiloidoz vs.).

Akut tiroiditler boyunda ağrı, tiroid lojunda sertlik, ateş, yutma güçlüğü, ses kısıklığı gibi belirtilerle başlar. Genellikle bakteriyel nedenlidir. En sık görülen bakteriyel ajan stafilokoklardır. Ayrıca streptokoklar, enterobakteriler, hemofilus influenza ile de tiroidit oluşabilir (2, 7). Çok nadir de olsa tüberküloz ve sifilizin yaptığı fakat daha ziyade kronik tiroidit tarzında seyreden tiroiditlerde bildirilmiştir (1, 2). Tiroid fonksiyonu 4/5 hastada normal, I^{131} uptake %50 vakada düşük, lokosit 1/4 vakada normal olabilir, otoantikörler tespit edilemez. Tedavide antibiyotik, anti-enflamatuar ilaçlardan çok iyi istifade ederler (1, 2, 4).

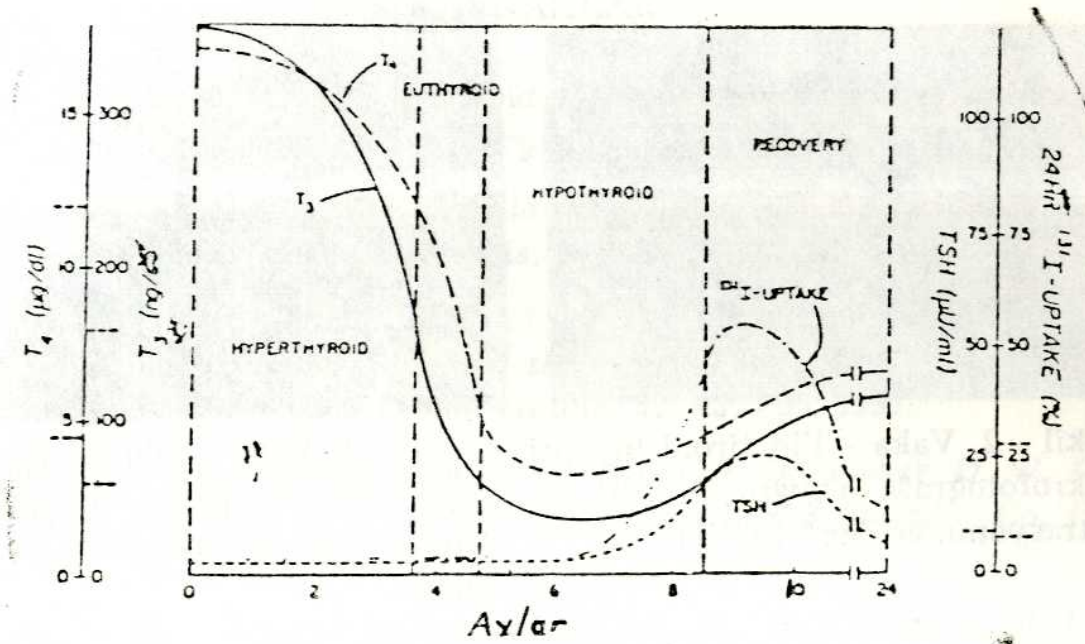
Bizim döndüncü hastamız akut tiroidit olup verilen non-spesifik tedaviden 1 hafta sonra düzelmiştir, kontrollarda nüks olmadı.

Subakut tiroiditler, tiroidin geçici olup bir aydan bir seneye kadar devam eden iltihaplardır (2, 9). Granülomatöz ve lenfositik olmak üzere iki histolojik tipi vardır.

Granülomatöz tiroidit: De Quervain tarafından tanımlanmış ve onun ismi ile söylenmektedir. Tüm tiroid hastalıklarının %5-6'sını teşkil eder, kadın/erkek oranı 5/1 gibidir. Etiolojisi bilinmemekle beraber influenza, kabakulak, infeksiyöz mononükleoz, adeno virus ve koksaki virus enfeksiyonları sırasında sık olarak görülmesi nedeniyle virütik olduğuna inanılır. Tiroglobulin antikörler ve mikrozomal antikörler hastaların çok az bir kısmı hariç negatiftir (4). Granülomatöz tiroidit klasik olarak dört fazda seyreder: hipertiroidi fazı, eutiroidi faz, hipotiroidi fazı, iyileşme fazı. Klinikte kilo kaybı, zayıflama, çarpıntı, terleme, sinirlilik, sıcağa intolerans gibi hipertiroidi belirtileri ile başlar, pretibial ödem ve egzozoftalmi olmaz (4, 8). Tiroid bezi büyümüş, sert ve hafif ağırlıdır, sintigrafide radio aktif madde tutulumu, nonhomojen ve düzensizdir. T3, T4, I^{131} uptake, TSH fazlara göre ve zaman içindeki değişimleri şekil 1'de özetlenmiştir (9).

Histolojik yapısında, folliküler kısımda harabiyet, follikül sıvısına karşı karşıya gelişmiş epitelioid histiositlerin oluşturduğu yabancı cisim dev hücreleri, mononükleer hücre infiltrasyonu, ödem sıvısı, az miktarda fibrozis görülür (3, 7, 9).

Hipertiroidi fazında propranolol, salisilat, ağır hallerde prednisolon yararlı olur. Hipotiroidi fazında doku hasarı nedeniyle tiroid hormonu sentezlenemediğinden geçici olarak tiroid hormonu verilmelidir. Antiti-



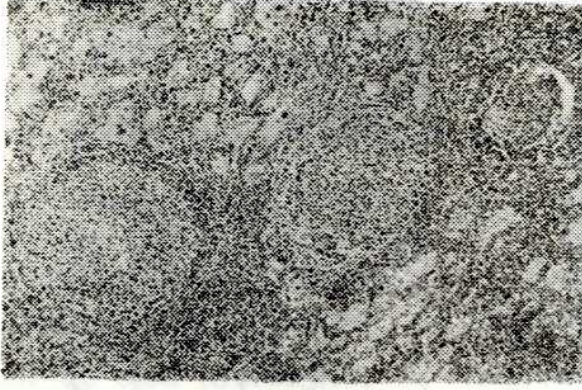
Şekil : 1 - Subakut tiroiditte fazlara göre hormonların Iuptake seviyeleri.

roid tedavinin yeri yoktur. Vakalar genellikle iyileşir, ilk bir yıl içinde 1/4 hastada nüks olabilir (4, 5, 8, 9).

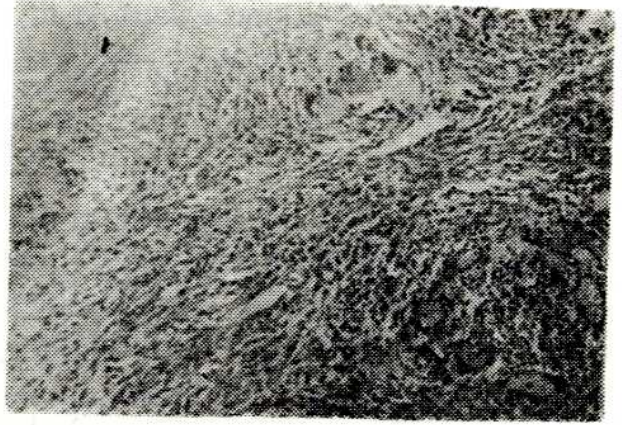
Lenfositik form subakut tiroidit gebelik sonrası ve sporadik olarak ve geçici hipertiroidi kliniği ile görülür. Ancak viral etioloji kesin değildir, aksine otoimmün bozukluğun rolü olduğu düşünülmektedir, mikrozomal antikörler pozitifdir (5, 8). Tiroid biyopsisinde folliküller etrafında lenfosit ve plazma toplanması, bazen germinal folliküller ve fibrosis te olabilir fakat Hashimoto tiroiditinde olduğu kadar belirgin değildir. Semptomlar, laboratuvar bulguları ve tedavi granüloamatöz formdaki gibidir (6, 8).

Bizim hastalarımızdan ikinci hasta De Quervain, üçüncü hasta ise lenfositik subakut tiroidite uymaktadır.

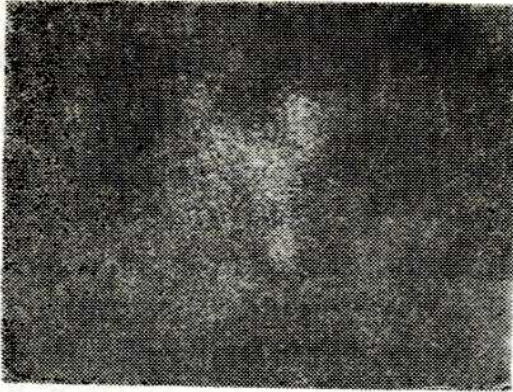
Kronik tiroiditlerin en sık görüleni Hashimoto tiroiditidir, bütün tiroid hastalıklarının %2'sini teşkil eder. Diğer form kronik tiroiditler oldukça nadir görülürler (4, 5, 7, 9). Hashimoto tiroiditinin %95'i kadınlarda görülür, otoimmün orijinlidir, tiroid bezi diffuz olarak büyümüş ve serttir, nadiren tahta sertliğinde olur. Bez ağırlı değildir, daha ziyade bası semptomları vardır. Tiroglobulin antikörler ve mikrozomal antikörlerin yüksek titrede görülmesi bu hastalık için patognomoniktir (9). Tiroid hormonları hipo, hiper veya eutiroid oluşuna göre değişir. Histolojik yapısında follikül destrüksiyonu, germinal merkezli bol lenfosit infiltrasyonu ve yaygın fibrozis görülür (3, 7, 9).



Şekil - 2, Vaka - I'in tiroid biyopsi mikrofotografı. Yaygın lenfosit infiltrasyonu ve lenf follikülleri.



Şekil - 3, Vaka - II'nin tiroid biyopsi mikrofotografı. Parçalanmış asinusler ve yabancı cisim dev hücreleri.



Şekil - 4, Vaka - II'nin tiroid sintigrafisinde non-homojen düşük aktiviteli tutulum.



Şekil - 5, Vaka - III'ün tiroid sintigrafisi. Non-homojen tutulum.

Sinigrafide radioaktif madde tutulumu düşük ve non-homojendir. Sonçta nadir de olsa hipotiroidi gelişir, bu dönemde substitusyon tedavisi verilmelidir (4, 9).

Bizim birinci vakamız hipotiroidi gelişmiş bir Hashimoto tiroiditidir. Bu hastanın bir yıllık takibi yapıldı, klinik iyilik belirgin olarak tespit edildi.

Diğer kronik tiroidit şekilleri çok nadir olup literatürde bildirilenler az sayıdadır. Bilhassa Riedel struması tiroid kanserleri ile karıştığından ayırıcı tanısını yapmak gerekir.

KAYNAKLAR

1. Ataseven, A., Kutaniş, R. : *Tiroid tüberkülozu ve sıklığı hakkında bir araştırma. Vakıf Gureba Tıp Dergisi*, 11 (3 - 4): 243 - 46, 1984.
2. Berger, S. A., Zonszein, J. : Villamena, D., et all. : *Infectious disease of thyroid gland. Rev. Infect. Dis*, 5: 108 - 122, 1983.
3. İnadam, M. : Nishikawa, M., Naito, K., et all. : *Reversible changes of the histological abnormalities of the thyroid in patients with painless thyroiditis. J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 52: 431 - 35, 1981.
4. İngbar, S. : *The thyroid gland. In: Wilson, J. D., Foster, D. W. (eds). Williams Textbook of Endocrinology, 7.th ed. WB Saunder Co, Philadelphia, 1985, p: 806-810.*
5. Levin, S. N. : *Current concept of thyroiditis. Arch. Intern. Med.* 143: 1952-1956, 1983.
6. Nikolai, T. F., Coombs, G. J., and Mc Kenzie, A. K. : *Lymphocytic thyroiditis with spontaneously resolving hyperthyroidism and subacute thyroiditis. Arch. Intern. Med.* 141: 1455 - 1458, 1981.
7. Volpe, R. : *Thyroiditis. Med. Clin. North. Am.* 59 (5): 1163-1177, 1975.
8. Woolf, P. : *Transient painless thyroiditis with hyperthyroidism. A variant of lymphocytic thyroiditis. Endoc. Rev.* 1: 411 - 420, 1980.
9. Woolf, P. : *Thyroiditis. Med. Clin. North. Am.* 69 (5): 1035-1048, 1985.