

SUBAKUT TROİDİTLİ 28 OLGUNUN KLİNİK LABORATUVAR DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Rıza Uysal* Demet Çorapçioğlu** Berrin Çetinarslan***
Nuri Kamel* Nilgün Başkal* Vedia Tonyukuk* Gürbüz Erdoğan****

Subakut tiroidit, tiroid bezinin viral orijinli akut inflamatuvar bir hastalıktır. Bu klinik antite De Quervain tiroiditi veya granülomatöz tiroidit olarak da bilinir. Klinik ve laboratuvar bulguları hastalığın fazı ve gidişi ile değişir. Hastalık karakteristik olarak kendi kendini sınırlar ve ekseri birkaç hafta veya ayda spontan ve tam olarak iyileşir. Nadiren, hastalık tekrarlayan inflamatuvar ataklar ile birkaç yıl sürebilir (3,15).

Subakut tiroidit olgularının doğru tanısı, ayırıcı tanı ve tedavisine ışık tutacağını düşünerek olgularımızı retrospektif olarak değerlendirilip literatürü incelemeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD

1986 - 1994 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları kliniğinde subakut tiroidit tanısı almış olan 28 olgunun retrospektif olarak analizi yapılmıştır.

Subakut tiroidit tanısı anamnez, klinik ve laboratuvar bulguları ile konmuştur. Serbest T₃ (ST₃) ve Serbest T₄ (ST₄) seviyeleri radioimmunoassay (RIA) ile (ST₃ için Amerlex-M kiti, ST₄ için iki adımlı Gamma coat kiti kullanarak), sensitiv TSH (S-TSH) ise immunoradiometrik (IRMA) metod (IDS-Gamma BCT kiti kullanarak) ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları laboratuvarında tayin edilmiştir.

* A.Ü.T.F. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi

** A.Ü.T.F. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

*** A.Ü.T.F. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Uzmanı

**** A.Ü.T.F. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı

Geliş Tarihi : Eylül 14, 1995

Kabul Tarihi : Aralık 25, 1995

SONUÇLAR

Subakut tiroidit tanısı konmuş olan 28 olgunun 25 (% 89,2)'i kadın, 3 (% 10,7)'ü erkek, ortalama yaşları 42 (28 - 55 yaş) idi.

En sık görülen semptomlar; çarpıntı (% 100), boyunda ağrı ve yutkunmakla ağrıda artış (% 87,5), sinirlilik (% 85,7), terleme (% 82,1), kilo kaybı (% 42,8) idi. Bu semptomlar ortalama 47,2 (15 - 120 gün) gündən beri devam ederken hastalar tanı almışlardı. Olgularımızın 21 (% 75)'inde viral enfeksiyon anamnezi mevcuttu. Vak'alarımızın % 12,5'i boyunda ağrı tanımlamamış ve ağrısız subakut tiroidit tanısı almışlardı.

Boyun muayenesinde; tiroid lojunda hassasiyet 27 (96,4) olguda, tek nodül 10 (% 35,7) olguda saptandı. Olgularımızın 19 (% 67,8)'unda tanı sırasında tirotoksikoz bulguları vardı, bu durum ST3, ST4 ve S-STH ile de doğrulandı. Ortalama ST3 = 7,6 (3,2 - 16) pmol/L, ST4 = 28,4 (9 - 53) pmol/L S-TSH = 0,6 (0,06 - 2,1) μ İu/ml idi. Olgularımızın tümünün 4. saat I-131 uptake'leri düşüktü. Hastalarımızın ortalama eritrosit sedimantasyon hızı 84,7 (20 - 140) mm/saat idi.

Subakut tiroidit tanısı kesinleştirilen olgularımızın 14 (% 50)'üne salisilat tedavisi, 7 (% 25)'sine steroid tedavisi, 1 (% 3,5)'ine ise salisilata ilaveten steroid tedavisi verildi. Tedavi süreleri 15 - 45 gün idi. Bir (% 3,5) olgumuzda, subakut tiroidit tanısı aldıktan 28 gün sonra geçici hipotiroidi tespit edildi. Olgularımızın hiçbirinde kalıcı hipotiroidi saptanmadı. Mevsimlerle ilişki bulunmadı.

TARTIŞMA

Tiroid bezinin inflamatuvar hastalığı olarak bilinen subakut tiroidit en çok 40 - 50 yaş grubunu ve sık olarak kadınları tutar. Mevsimlerle yakın ilişki gösterir, yaz ayları ve sonbahar başlarında vaka sayısı artar (3,15). Bizim olgularımızın ortalama yaş ve cins dağılımı benzerdi, ancak mevsimlerle ilişki bulunamadı. Nordyke RA ve arkadaşlarının 22 yılda 269 ağrılı subakut tiroidit serisinde de mevsimsel ilişki saptanamamış (9). Hastaların bir kısmında 1 - 4 hafta önce geçirilmiş viral üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardır (11,12). Bizim olgularımızın % 75'inde viral enfeksiyon anamnezi vardı.

Boyunda ağrı, çarpıntı, sinirlilik, terleme, kilo kaybı ve ateş, uykusuzluk gibi semptomlar olabilir. Ağrısız subakut tiroidit olguları da bildirilmektedir (7,8,10). Miyake ve arkadaşları, ateş, artmış eritrosit

sedimentasyon hızı ve alkalin fosfataz yüksekliği olan hastaların ağrısız subakut tiroidit olabileceğini ve tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (7). Hwang SC, ve arkadaşları 61 subakut tiroidit vak'alarının 4'ünde ağrı olmadığını bildirmişler ve ağrılı veya ağrısız guvatrılı bütün hastaların, yanlış teşhisten kaçınmak için ilaveten aspirasyon stiolojisi ile de değerlendirilmesi sonucuna varmışlardır (4).

Hastalığın klasik dört dönemi vardır :

- 1 — Bir iki ay süren tirotoksik dönem
- 2 — Bir iki hafta süren ötiroid dönem
- 3 — İki-altı ay süren hipotiroidi dönemi
- 4 — İyileşme dönemi

Bu dönemler hastaların ancak % 40'ı tarafından yaşanmaktadır. % 60'ı oluşturan daha hafif olgularda, tirotoksik dönemi takiben hipotiroidi gelişmez, hastalar ötiroid kalırlar (13). Buna göre hastaların tanı aldıklarında metabolik durumları tirotoksik, ötiroid veya hipotiroid olabilir. Bizim olgularımızın % 67,8'i tirotoksik, % 32,1'i ise ötiroid olarak saptanmıştı. Tirotoksikozun sık nedenlerinden Graves hastalığının tipik klinik bulgusu olmayan hastaların, subakut tiroidit yönünden incelenmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Kitchener MI ve Chapman IM'nın, 4023 tiroid sintigrafisinin retrospektif değerlendirmesinde 205 subakut tiroidit vak'ası tespit edilmiş ve vak'aların % 9,9'unda hipertiroidizm nedeni subakut tiroidit ile izah edilmiştir (6). Hafif vak'alar salsilat ile tedavi edilebilir. Daha ağır durumlarda prednizolon 20-40 mg/gün dozunda önerilir. Glukokortikoid ajanların kullanımının subakut tiroiditli hastalarda sellüler, hümöral ve sperifik olmayan defans faktörlerinin normale dönmesine yardım ettiği ileri sürülmüştür (2,14). Sistemik kortikosteroid tedavisine dirençli, tekrarlayan subakut tiroidit vak'alarında radyoaktif iyot tedavisi de kullanılmış ve nüks saptanmadığı bildirilmiştir (1).

Subakut tiroidit genel olarak tiroid bezinin kendini sınırlayan inflamatuvar bir hastalığı olarak düşünülürse de, Kimura M. ve arkadaşlarının bildirdiği gibi inflamasyon karaciğer, pankreas ve dalağı da içerebilir (5) ve sistemik multiorgan hastalığı olarak seyredebilir.

ÖZET

Subakut granümatöz tiroidit iyi tanımlanmış bir klinik antite olmasına rağmen, tanımlanması zor olabilen ve alışılmadık dışında seyreden vak'alar olabilir. Bu nedenle, 1986-1994 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları bölümünde takip edilen subakut granümatöz tiroiditli 28 olgunun retrospektif olarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

Sonuç olarak, tirotoksikoz olgularının değerlendirilmesinde subakut granümatöz tiroidit olasılığı hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Subakut granümatöz tiroidit, tirotoksikoz.

SUMMARY

Clinical and laboratory findings in subacute granulomatous thyroiditis :
Experience with 28 cases

Although subacute granulomatous thyroiditis is a well established clinical entity, cases with unusual forms of presentation and cases that are hard to recognize can occur from time to time. For that reason, 28 cases of subacute granulomatous thyroiditis which were followed, between the years 1986 and 1994, in the department of endocrinology and metabolic diseases, Ankara University Medical School, have been reviewed retrospectively, and the results are presented.

The review of our cases points out subacute granulomatous thyroiditis as a diagnostic possibility when evaluating patients with thyrotoxicosis, and it should be remembered that the disease can have unusual presentation.

Key Words : Subakut granulomatous thyroiditis, thyrotoxicosis

KAYNAKLAR

1. Dumitriu L Gudovan E Ursu H : Radioiodine treatment in recurrences of subacute thyroiditis. *Endocrinologie*. 28 (1) : 21-3, 1990 Jan-Mar.
2. Epishin AV Svider IO Rapita OD : Effect of glucocorticoids on immunological indices in patients with subacute thyroiditis. *Vrachebnoe Delo. (JC : xls)* (4) : 29-31, 1989 Apr.
3. Greenspan FS Baxter JD *Basic & Clinical Endocrinology Fourth Edition*. 1994.

4. Hwang SC Jap TS Ho LT Ching KN : Subacute thyroiditis - 61 cases review. Chinese Medical Journal. 43 (2) : 13 - 8, 1989 - Feb.
5. Kimura M Amino N Takada K Miyai K : Subacute thyroiditis associated with systemic multi-organ disorders, Endocrinologia Japonica. 36 (6) : 859-64, 1989 Dec.
6. Kithchener MI Chapman IM :Subacute thyroiditis : a review of 105 cases. Clinical Nuclear Medicine. 14 (6) : 439-42, 1989 Jun.
7. Miyakawa M Tsushima T Onodq E Eton M Isozaki O Ardi M Shizume K De-suspected painless subacute thyroiditis detected by radiogallium scintigraphy. patients with silent thyroiditis. Journal of Endocrinological Investigation. 15 (4) : 289-95, 1992 Apr.
8. Miyake H Tanaka R Takeoka H Kiyosue H Wakisaka M Uena S Mori H : Un-suspected painless subacute thyroiditis detected by radiogallium scintigraphy, Japanese Journal of Nuclear Medicine. 29 (12) : 1475-8, 1992 Dec.
9. Nordyke RA Gilbert FI Jr. Lew C : Painfull subacute thyroiditis in Hawaii. Western Journal of Medicine. 155 (1) : 61-3, 1991 Jul.
10. Papapetrou PD Jackson IMD : Thyrotoxicosis due to «silent» thyroiditis. Lan-cet, 1 : 361-363, 1975.
11. Peter SA : Painful subacute thyroiditis (de Quervain's thyroiditis). Journal of the National Medical Association. 84 (10) : 877-9, 1992 Oct.
12. Stancek D Stancekova -Gressnerova M Janotka M et al : Isolation and some serological and epidemiological data on the viruses recovered from patients with subacute thyroiditis de Quervain. Med Microbiol immunol (Berl), 161 : 133-144, 1975.
13. Uysal AR : Subakut granulomatöz tiroidit. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Der-gisi 10 (5) : 447-450, 1990.
14. Vagenakis AG Abreau CM Braverman LE : Prevention of recurrence in acute thyroiditis following corticosteroid withdrawal. J. Clin Endocrinol Metab. 31 : 705-708, 1970.
15. Wilson JD Foster DW : Williams Textbook of Endocrinology. WB Saunders Company. 8th Edition, 1992.