

# TİROİD KRİZİ İLE PREZENTE OLAN BİR TOKSİK GUATR OLGUSU

## A Case of Toxic Goiter Presenting with Thyroid Crisis

Hafize Kızılkaya<sup>1</sup>, Lütfi Akyol<sup>2</sup>, Asuman Çelikkbilek<sup>3</sup>, Murat Suher<sup>4</sup>

### ÖZET

Tiroid krizi, nadir görülen ölümcül olabilen bir klinik tablodur. Otuzüç yaşında kadın hasta, hastanemize ateş yüksekliği ve bilinç bulanıklığı şikâyetleriyle kabul edildi. Kan tablosunda TSH düşük-lüğü, T3 ve T4 yüksekliği mevcuttu. Fizik muayenede ateş (38,4 °C), taşikardi (130 atım/dk), boyun bölgesinde tiroid bezinde büyüme (+++) ve palpasyonda nodül, akciğerde dinlemekle bilateral ral ve ronküs saptandı. Burch ve Wartofsky skorlamasına göre hastaya tiroid krizi tanısı kondu ve hasta yoğun bakıma yatırıldı. Antitiroid, beta bloker, antibiyotik ve hidrasyon tedavisi başlandı. Birinci haftanın sonunda şuuru ve genel durumu düzelen hasta, antitiroid tedavi ile taburcu edildi.

**Anahtar kelimeler:** *Tiroid krizi; Ateş; Konfüzyonel durum*

### ABSTRACT

Thyroid crisis is a rare clinical condition that can be fatal. Thirty tree years old female patient was admitted to our hospital with complaints of fever and blurred consciousness. There was a decrease in TSH but an increase in T3 and T4 in her blood parameters. Her physical examination revealed fever (38.4 °C), tachycardia (130 beats/min), thyroid gland enlargement (+++) and nodule in palpation in the neck region, bilateral crackles and rhonchi in the chest auscultation. The patient was diagnosed with thyroid crisis according to Burch and Wartofsky scoring and taken to intensive care unit. A treatment of anti-thyroid, beta-blockers, antibiotic and hydration was started. The patient, who gained improvement in consciousness and general condition at the end of the first week, was discharged with antithyroid therapy.

**Keywords:** *Thyroid crisis; Fever; Confusional state*

<sup>1</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Yozgat

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Yozgat

<sup>3</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat

<sup>4</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Endokrinoloji Bilim Dalı, Yozgat

Hafize Kızılkaya, Dr.  
Lütfi Akyol, Yrd. Doç. Dr.  
Asuman Çelikkbilek, Yrd. Doç. Dr.  
Murat Suher, Prof. Dr.

#### İletişim:

Prof. Dr. Murat Suher,  
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Endokrinoloji Bilim Dalı, Yozgat

Tel: +354 2127060

#### e-mail:

murat.suher@bozok.edu.tr

Geliş tarihi/Received:12.06.2013

Kabul tarihiAccepted:13.12.2013

Bozok Tıp Derg 2014,4(1):85-87  
Bozok Med J 2014;4(1):85-87

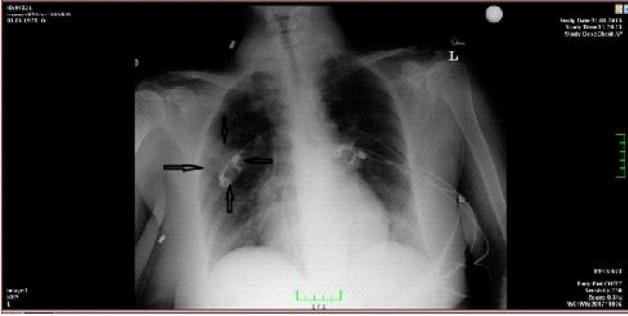
## OLGU SUNUMU

Otuzüç yaşında kadın hasta, tiroid krizi ön tanısı ile dış merkezden hastanemize sevk edildi. Hastanın dış merkezde yapılan kan tahlillerinde TSH:0 uIU/ml serbest-T3:22 ng/dL serbest-T4:67 ng/dL, elektrokardiyografide nabız 170 atım/dk ritmik saptanmıştı (Resim.1). Hastaya hastanemize nakil öncesi tek doz metilprednisolon 40 mg ampul (intravenöz) ve propranolol 40 mg tablet (oral) verilmişti. Hastanın nörolojik muayenesinde; genel durumu orta, bilinci açık ancak kooperasyonu ve oryantasyonu bozuk, ajitasyonu mevcuttu. Fizik muayenede ise hastanın cildi kuru ve sıcak, ateşi 38,4 °C, nabızı 130 atım/dk (ritmik), kan basıncı 120/70 mmHg idi. Baş boyun muayenesinde tiroid grade +++ palpable ve sol lobda nodül mevcuttu, sol dış kulak yolu hiperemikti. Solunum sistemi muayenesinde akciğerlerde dinlemekle bilateral ralleri vardı. Özgeçmişinde 9 yıl önce geçirilmiş mastoidit operasyonu mevcuttu. Tanı almış sistemik bir hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik tespit edilmedi. Kan tetkiklerinde TSH:0,007 uIU/ml, serbest-T3:5,4 ng/dL, serbest-T4:1,99 ng/dL, WBC:8,01 K/ $\mu$ L, NEU:6,06 K/ $\mu$ L, PLT:137000 K/ $\mu$ L, AST:55 IU/L, ALT:148 IU/L, GGT:832 IU/L, ALP:265 IU/L, Total Bilirubin:3,14 mg/dl, Direk Bilirubin:1,67 mg/dl idi. Burch ve Wartofsky skorlamasına göre hastaya tiroid krizi tanısı konuldu (1). Skor 50 olarak saptandı. Hasta dahiliye yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın anti-tiroid tedavisi propiltiourasil 600 mg/gün, propranolol 80 mg/gün, parasetamol 4 gr/gün olarak düzenlendi. Fizik muayenede sol dış kulak yolunda hiperemi olması nedeni ile hastaya ampirik seftriakson 2 gr/gün (intravenöz) başlandı. Oral alımı bozuk olan hastaya sıvı ve beslenme desteği yapıldı. Tiroid ultrasonografide: sağ lob 42x56x70 mm, isthmus 7 mm, sol lob 37x49x62 mm idi, sol lobda en büyüğü 35x44 mm hipoeoik halosu bulunan, kistik ve kalsifik komponentler içeren, vaskülarizasyon gösteren izoeoik solid nodül olmak üzere her iki tiroid lobunun tamamını kapsayan benzer özellikte, değişik boyutlarda nodüller saptandı. Hastanın, verilen anti-tiroid tedaviye rağmen bilinç bulanıklığının devam etmesi üzerine serebral görüntülemesi yapıldı. Çekilen bilgisayarlı beyin

tomografide: dış kulak yolunda geçirilmiş operasyona bağlı kemik defektleri dışında bilinç bulanıklığını açıklayacak organik bir patolojiye rastlanmadı. Yatışının 4. gününde ateş yüksekliğinin devam etmesi, akciğerlerde rallerinin olması nedeniyle hastaya akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografi çekildi: (Resim.2) üst torasik girimde sağda daha ileri derecede olmak üzere intratorasik nodüler plonjan tiroid hipertrofisi, ileri düzeyde komprese görünümde akciğer, sağ üst lob anterior segmentte pnömonik infiltrasyonlar, her iki akciğer alt lob bazal segmentlerde yamalı infiltrasyon ve duvar kalınlaşmaları izlendi. Hastanın tedavisi mok-sifloksasin 400 mg/gün (intravenöz) olarak değiştirildi. Yatışın 5.gününde TSH:0,006 uIU/ml, serbest-T3:2,9 pg/ml, serbest-T4:1,95 pg/ml olarak ölçüldü. 6.gün ateş yüksekliği ve bilinç bulanıklığının devam etmesi üzerine hastaya ensefalit öntanısıyla elektroensefalografi yapıldı: zemin ritminde yavaşlama veya epileptiform dalga aktivitesi izlenmedi. Ensefalit ön tanısını kesinleştirmek için hastaya lumbal ponksiyon yapıldı. BOS açılış basıncı, direk bakısı ve biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. BOS kültüründe üreme olmadı. Yatışın 7.gününden itibaren hastanın bilinç durumu, vital bulguları düzelmeye başladı. Genel durumu tamamen düzelen hasta, anti-tiroid tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.



Resim 1: Hastaya ait elektrokardiyografi görüntüsü



**Resim 2:** Akciğer grafisinde plonjan guatra ait boyun sağ alt bölümünden toraks superioruna uzanan opasite.

## TARTIŞMA

Tiroid krizi acil tedavi gerektiren, hayatı tehdit eden bir durumdur. Epidemiyolojik olarak orta-ileri yaşlarda, en sık üçüncü ve beşinci dekatlarda ve daha çok kadınlarda görülür (2). Zeminde çoğunlukla Graves hastalığı veya daha az oranda toksik nodüler guatr öyküsü vardır ve bazı durumların tetiklemesiyle aniden ortaya çıkar. Akamizu ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada; Japon hastalarda tiroid krizinin en sık anti-tiroid ilaçların kesilmesi ve/veya düzensiz kullanımı ile tetiklendiği ortaya konmuştur. İkinci sıklıktaki neden ise enfeksiyonun varlığıdır. Ayrıca; ketoasidoz, akut travma, tiroid cerrahisi, iyot 131 tedavisi, iyotlu madde alımı gibi faktörler de tiroid krizini tetikleyebilmektedir (3).

Tiroid krizi, pek çok organda dekompanzasyona sebep olabilmektedir. Erken tanı konulsa bile ölümcül olabilmektedir. Mortalite oranları %2-75 arasında değişmektedir. En sık mortalite sebebi kardiyovasküler nedenlerdir. Tiroid krizi tanısı klinik bulgulara göre koyulur. Üç ana belirtisi vardır: ateş, taşikardi veya supraventriküler aritmi ve sinir sistemi belirtileri (ajitasyon, huzursuzluk, konfüzyon). Tiroid krizi tedavisinde amaç; tiroid hormon sentezinin inhibe edilmesi, tiroid hormonlarının periferik olumsuz etkilerinin azaltılması ve periferik etkilerine sekonder sistemik komplikasyonların tedavisidir. Tedavi yoğun bakımda yapılmalıdır. Propiltiourasil, metimazol, inorganik iyot, beta blokör, glukokortikoid ve antipiretik ilaçlar ile tedavide verilirken sıvı-elektrolit dengesi de korunmaya çalışılmalıdır(4-11).

Olgumuz, akciğer enfeksiyonunun tetiklediği tiroid krizi ile prezente olan, yeni tanı toksik multinodüler guatr vakası olması itibariyle literatürde ilktir. Toksik guatrlı hastalarda, tabloyu karıştıracak nörolojik, kardiyak veya enfeksiyöz nedenlerin ayrıntılı tanıda göz önünde bulundurulması gerekir.

## KAYNAKLAR

1. Burch HB, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis. Thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1993; 22(2): 263-77.
2. Karger S, Fuhrer D. Thyroid storm-thyrotoxic crisis: an update. *Deutsch Med Wochenschr.* 2008;133(6): 479-4.
3. Akamizu T, Satoh T, Isozaki O, Suzuki A, Wakino S, Iburi T, et al. Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on nationwide surveys. *Thyroid.* 2012; 22(7): 661-79.
4. Feldt-Rasmussen U, Emerson CH. Further thoughts on the diagnosis and diagnostic criteria for thyroidstorm. *Thyroid.* 2012; 22(11): 1094-5.
5. Wartofsky L. Clinical criteria for the diagnosis of thyroidstorm. *Thyroid.* 2012; 22(7): 659-60.
6. Wald DA, Silver A. Cardiovascular manifestations of thyroidstorm. *J Emerg Med.* 2003; 25(1): 23-8.
7. Akamizu T, Akamizu T1, Satoh T, Isozaki O, Suzuki A, Wakino S, Iburi T, et al. Diagnostic criteria and clinico-epidemiological features of thyroid storm based on a nationwide survey. *Thyroid.* 2012;3(1):69-73.
8. Sarlis NJ, Gourgiotis L. Thyroid emergencies. *Rev Endocr Metab Disord.* 2003; 4(2): 129-36.
9. Jiang YZ, Hutchinson KA, Bartelloni P, Manthous CA. Thyroid storm presenting as multiple organ dysfunction syndrome. *Chest.* 2000; 118(3): 877-9.
10. Ringel MD. Management of hypothyroidism and hyperthyroidism in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2001; 17(1): 59-74.
11. Wald DA, Silver A. Cardiovascular manifestations of thyroid storm: a case report. *J Emerg Med.* 2003; 25(1): 23-8.