

Aklımıza Gelsin Yeter: Subakut Tiroidit

Keep Subacute Thyroiditis in Mind

Dilara Genç Demirağ¹, Mukaddes Pekgenç Abatay², İrep Karataş Eray³

¹Çavdır İlçe Devlet Hastanesi

²Korkut İlçe Devlet Hastanesi

³Ankara Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Öz

Ağrılı tiroid bezinin en sık sebebi olan subakut tiroidit, hastaların %10'unda kalıcı hipotiroidiye neden olabilmekle beraber çoğunlukla kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Tanı büyük oranda anamnez ve fizik muayene ile koyulabilmektedir. Olgumuzda, aile hekimliği polikliniğine başvuran bir hastaya subakut tiroidit tanısı koyulmuş ve bu konuda danışmanlık verilmiştir. subakut tiroidit ağrılı bir hastalık olduğundan hastalar tanı sürecinde paniğe kapılabilmekte ve doğru tanıya ulaşıncaya kadar zor bir süreç yaşayabilmektedirler. Hastaların ilk başvuru noktası olan aile hekimlerinin subakut tiroidit tanısını akıllarında bulundurmaları ve uygun danışmanlık vermeleri büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Subakut tiroidit, Tiroid bezi, De Quervain tiroiditi

Abstract

Subacute thyroiditis, the most common cause of painful thyroid gland, is usually self-limiting, but may cause permanent hypothyroidism in 10% of patients. The diagnosis can be made with anamnesis and physical examination. In our case, a patient who was admitted to the family medicine outpatient clinic was diagnosed with subacute thyroiditis and consulted on this subject. Since subacute thyroiditis is a painful disease, patients may panic during the diagnosis process and experience a difficult process until they reach the correct diagnosis. It is very important that family physicians, who are the first point of contact with health care systems, should keep the diagnosis of subacute thyroiditis in their minds and provide appropriate counseling.

Key words: Subacute thyroiditis, Thyroid gland, De Quervain thyroiditis

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Dilara Genç Demirağ

e-posta: dilaragencdemirag@gmail.com

Geliş Tarihi: 07.03.2019

Kabul Tarihi: 16.03.2019

Giriş

Subakut tiroidit (subakut granülomatöz tiroidit, De Quervain tiroiditi) ağrılı tiroid bezinin en sık sebebidir. Etiyolojisinde genellikle viral ajanlar yer almaktadır. Subakut tiroidit ile ilişkisi kanıtlanmış olan bazı virüsler kabakulak, influenza, coxsackie, Epstein-Barr, adenovirüs ve HIV'dir. Çok nadiren de olsa tüberküloz, aktinomikoz ve nokardiyozis gibi bakteriyel etiyolojik ajanlar da görülebilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 3 ila 5 kat daha fazla görülmektedir. En sık 30-50 yaş aralığında, yaz ve sonbahar mevsimlerinde ortaya çıkmaktadır.¹⁻³

Hastalar çoğunlukla viral bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkan, kulağa veya göğse vuran, yutkunmakla veya kafa hareketleri ile artan boyun ağrısı ile başvurmaktadır. Bu şikayetlere subfebril ateş, yorgunluk ve farenjit belirtileri de eşlik edebilir. Fizik muayenede tiroid bezi palpasyonu sırasında ağrı tipiktir. Bunun yanı sıra tiroid bezi büyük ve serttir. Subfebril ateş ve hafif tirotoksikoz bulguları

olabilir. Hastalığın ilk fazında tiroid bezi inflamasyonu ve destrüksiyonuna bağlı olarak tirotoksikoz meydana gelir. Bu aşamada laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon, CRP, serum tiroglobulin ve sT₄ düzeyleri artmış bulunur. Bu evre genellikle 3-6 hafta sürer. Ardından TSH baskılanır ve sT₄ üretimi durur. Depo hormonların tükenmesiyle beraber, tirotoksikoz yerini hipotiroidi veya ötiroidiye bırakır. Olguların %10'unda kalıcı hipotiroidi gelişebilir.^{1,3-5}

Öyküsünde viral üst solunum yolu enfeksiyonu olan, tiroid bezinin ağrılı büyümesi şikayeti ile başvuran tüm hastalarda subakut tiroidit tanısı akla getirilmeli; sT₄, sedimentasyon, CRP değerleri ve ultrasonografi ile desteklenerek kesinleştirilmelidir.¹

Tedavisinde NSAİİ'ler çoğunlukla ağrı için yeterli olmaktadır. Eğer hasta fayda görmezse günde 20-40 mg prednizolon 1-2 hafta boyunca verilebilir. Ardından 6 hafta boyunca doz azaltılarak kesilir. Genellikle şikayetlerde artma beklenmez ancak %20 oranında tekrarlama olabilir. Bu durumda tekrar prednizolon dozunu arttırmak gerekebilir. Tirotoksik aşamada şikayetleri rahatlatmak için beta blokörler kullanılabilir. Hipotiroidi döneminde levotiroksin kullanılabilir. Antitiroid ilaçların tedavide yeri yoktur.^{1,3,5}

Olgu

Otuz altı yaşındaki kadın hasta Temmuz 2018'de polikliniğimize boğazda ve boyunda, kulak arkasına yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Bunun yanında boynunda şişlik hissettiğini ve ara sıra da çarpıntısı olduğunu belirten hastanın başvurusundan 10 gün önce en yüksek 39°C olan ateşi ve üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri olmuş; bu belirtiler 2 gün sürmüştü. Bilinen herhangi bir ek hastalığı ya da sürekli kullandığı bir ilaç olmayan hasta bekar ve çocuğu veya geçirilmiş gebeliği yoktu. Fizik muayenesinde tonsiller hiperemik, tiroid bezi palpasyonla ağrılı olan hastanın lenfadenopatisi yoktu.

Hastanın subakut tiroidit ön tanısı ile istenen tetkiklerinde WBC:5,5 K/uL (N: 4-11 K/uL), Hb:12,9 g/dL (N: 12-16 g/dL); CRP:40 mg/L (N:0-5 mg/L); TSH<0,005 uIU/mL (N:0,27-4,2 uIU/mL), sT₄:2,95 ng/dL (N:0,9-1,7 ng/dL); kalsiyum:9,97 mg/dL (N:8,6-10,0 mg/dL), fosfor: 2,8 mg/dL (N: 2,5-4,5 mg/dL) şeklindeydi. Bu sonuçlarla hastanın subakut tiroiditin tirotoksikoz fazında olduğu düşünüldü. Hasta, ön tanısı olan, subakut tiroidit ile ilgili bilgilendirildi ve NSAİİ reçete edildi. Ultrasonografi ile tanıyı kesinleştirmek amacıyla endokrinoloji bölümüne sevk edildi.

İki hafta sonra kontrole gelen hastanın endokrinoloji bölümünde yaptırdığı ultrasonografi sonucu tiroidit ile uyumluuydu. Bu süreçte NSAİİ'ler ile şikayetleri gerileyen hastanın kontrol tetkiklerinde TSH: 0,008 uIU/mL (N:0,27-4,2 uIU/mL), sT₄: 2,10 ng/dL (N:0,9-1,7 ng/dL), CRP: 3,74 mg/L (N:0-5 mg/L) olarak saptandı. Hasta bu evrenin 4 hafta kadar daha sürebileceği ile ilgili bilgilendirildi. Şikayetlerinde artma olursa hemen, aksi takdirde 2 hafta sonra kontrole gelmesi önerildi.

Tartışma

Anamnez bilgileri ve fizik muayene bulguları ile kolayca akla gelebilecek bir hastalık olmasına rağmen subakut tiroidit tanısı koymak konusunda ülkemizde çoğunlukla geç kalınmaktadır.¹ Sıklıkla kendi kendini sınırlayan bir hastalık olmasına rağmen, ağrılı olduğundan ve çarpıntı gibi hipertiroidi bulguları da eşlik

edebildiğinden hastalar paniğe kapılabilmektedirler. Hastalar doğru tanıya ulaşınca kadar pek çok poliklinik dolaşabilmekte; bu süreç oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Bu açıdan viral üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası ağrılı tiroid bezi şikayeti ile gelen hastalarda, ilk başvuru noktası olan aile hekimlerinin akıllarının bir köşesinde bu tanıyı bulundurmaları ve karşılaştıklarında ön tanı koymanın yanı sıra hastalara danışmanlık vererek doğru bir şekilde yönlendirmeleri büyük öneme sahiptir.

Kaynaklar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2017: 90-6.
2. Trivedi DP ve ark. Granulomatous Thyroiditis: A Case Report and Literature Review. Ann Clin Lab Sci 2017; 47(5): 620-4.
3. Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: differential diagnosis and management. Am Fam Physician 2000; 61(4): 1047-54.
4. Samuels MH. Subacute, Silent, and Postpartum Thyroiditis. Medical Clinics of North America 2012, 96(2), 223-33.
5. Endotext [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279084/>. Hennessey J. (Erişim Tarihi: 05.03.2019)