

Bölüm 5

HİPERTİROİDİ KİLO KAYBI İLİŞKİSİ

Betül BÖRKÜ UYSAL¹

GİRİŞ

Normal vücut ağırlığının 6-12 ay boyunca yüzde 5'inden daha fazlasını kaybetmek klinik olarak önemli kabul edilmektedir (1, 2). Çoğu insan yeterince uzun yaşadığında, istemeden kilo kaybı kriterlerini çoğunlukla karşılayacaktır. 65 yaş üstü yetişkinlerin yüzde 15 ila 20'sinin, 5-10 yıl boyunca takip edilmesi durumunda istemsiz kilo kaybı olacağı tahmin edilmektedir.

İstemsiz kilo kaybının birçok nedeni vardır. Bir organ sistemini etkileyen herhangi bir kronik hastalık kilo kaybına neden olabilir. İstemsiz kilo kaybı etiyolojilerinin belirlemek için yapılan çalışmalar en büyük oranı malignitelere, malign olmayan gastrointestinal nedenlere ve psikiyatrik nedenlere ayırmışlardır (3).

Endokrinopatilerde de kilo kaybı yaygın olarak görülebilmektedir. İstemsiz kilo kaybının en sık endokrinolojik nedenleri Tablo 1'de sıralanmıştır.

Tablo 1: İstemsiz kilo kaybının başlıca endokrinolojik nedenleri

İstemsiz kilo kaybının başlıca endokrinolojik nedenleri

Hipertiroidizm

Diyabetes Mellitus

Adrenal Yetmezlik

Hipertiroidizm

Sebebi önemli olmaksızın vücuttaki tiroit hormon fazlalığı (tirotoksikoz) durumuna hipertiroidi denilir(4). Hipertiroidi nedenleri Tablo 2 'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Biruni Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları AD, betulborku@yahoo.com

taalarında adiponektin seviyesinin düşük olması beklenir ve insülin direncine katkıda bulunabilir. Kendi başına insülin direncindeki artış, karbonhidratlı gıdalar için tercihli özlemle iştahta artışa neden olabilir (19).

Sonuç olarak; kilo kaybı, hipertiroidinin klasik bir semptomudur. Hastaların çoğunda hiperfaji vardır. Hafif hipertiroidisi olan bazı genç hastalar aslında kilo almaya yetecek kadar kalori alımı yapabilirler. Bununla birlikte, yaşlı hastalarda, hipertiroidizm sıklıkla kilo kaybıyla birlikte anoreksiye neden olabilir.

Hipertiroidizm tanısı, genellikle belirgin klinik ve biyokimyasal belirtiler varlığında açıkça konulabilir. Diğer durumlarda hastalar daha az belirgin klinik bulgular olmasına rağmen biyokimyasal hipertiroidizmden bahsedilir. Ya da subklinik hipertiroidi olarak da adlandırılan klinik olarak çok az ya da hiç hipertiroidi yokken tek biyokimyasal parametre düşük serum tiroid uyarıcı hormon (TSH) konsantrasyonudur.

Değerlendirme sırasında altta yatan ciddi patoloji bulunmasa bile etiyoloji idiyopatik olarak değerlendirmemelidir çünkü ilerleyici istemsiz kilo kaybı genellikle ciddi tıbbi veya psikiyatrik hastalıkları gösterir.

KAYNAKLAR

1. Gaddey, H.L. and K. Holder, *Unintentional weight loss in older adults*. Am Fam Physician, 2014. 89(9): p. 718-22.
2. Wong, C.J., *Involuntary weight loss*. Med Clin North Am, 2014. 98(3): p. 625-43.
3. Bosch, X., et al., *Unintentional weight loss: Clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients*. PLoS One, 2017. 12(4): p. e0175125.
4. Derneği, T.E.v.M., *Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*. 2019.
5. Gündoğdu, A.S., *Hipertiroidi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri p. 37-42.
6. David Hui, M., MSc , Eduardo Bruera, MD, *Internal Medicine Issues in Palliative Cancer Care* 2014: Oxford University Press
7. Nordyke, R.A., F.I. Gilbert, Jr., and A.S. Harada, *Graves' disease. Influence of age on clinical findings*. Arch Intern Med, 1988. 148(3): p. 626-31.
8. Trzepacz, P.T., et al., *Graves' disease: an analysis of thyroid hormone levels and hyperthyroid signs and symptoms*. Am J Med, 1989. 87(5): p. 558-61.
9. Trivalle, C., et al., *Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients*. J Am Geriatr Soc, 1996. 44(1): p. 50-3.
10. SH., I., *The thyroid gland.*, in *Text book of endocrinology*, F.D. Wilson JD, Editor. 1985, Saunders: Philadelphia. p. 975-1170
11. Lonn, L., et al., *Body weight and body composition changes after treatment of hyperthyroidism*. J Clin Endocrinol Metab, 1998. 83(12): p. 4269-73.
12. Weetman, A.P., *Graves' disease*. N Engl J Med, 2000. 343(17): p. 1236-48.
13. Klieverik, L.P., et al., *Thyroid hormone effects on whole-body energy homeostasis and tissue-specific fatty acid uptake in vivo*. Endocrinology, 2009. 150(12): p. 5639-48.
14. Pijl, H., et al., *Food choice in hyperthyroidism: potential influence of the autonomic nervous system and brain serotonin precursor availability*. J Clin Endocrinol Metab, 2001. 86(12): p. 5848-53.
15. Wilding, J.P., *Neuropeptides and appetite control*. Diabet Med, 2002. 19(8): p. 619-27.

16. Havel, P.J., *Control of energy homeostasis and insulin action by adipocyte hormones: leptin, acylation stimulating protein, and adiponectin.* Curr Opin Lipidol, 2002. 13(1): p. 51-9.
17. Ukkola, O. and M. Santaniemi, *Adiponectin: a link between excess adiposity and associated comorbidities?* J Mol Med (Berl), 2002. 80(11): p. 696-702.
18. Kojima, M., et al., *Ghrelin is a growth-hormone-releasing acylated peptide from stomach.* Nature, 1999. 402(6762): p. 656-60.
19. Gimenez-Palop, O., et al., *Circulating ghrelin in thyroid dysfunction is related to insulin resistance and not to hunger, food intake or anthropometric changes.* Eur J Endocrinol, 2005. 153(1): p. 73-9.
20. Riis, A.L., et al., *Hyperthyroidism is associated with suppressed circulating ghrelin levels.* J Clin Endocrinol Metab, 2003. 88(2): p. 853-7.
21. Corbetta, S., et al., *Lack of effects of circulating thyroid hormone levels on serum leptin concentrations.* Eur J Endocrinol, 1997. 137(6): p. 659-63.
22. Yamauchi, T., et al., *The fat-derived hormone adiponectin reverses insulin resistance associated with both lipoatrophy and obesity.* Nat Med, 2001. 7(8): p. 941-6.