

## Bölüm 81

# TİROİD BEZİNİN MEDİKAL HASTALIKLARI

Akif Sinan BİLGEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tiroid bezi; boyun orta hattında, krikoid kırırdağın 1-2 cm aşağısında yer alan ve 15-25 gram ağırlığında olan en büyük endokrin bezdir. Lateralde iki lobu ve bunları birleştiren bir istmusu vardır. Popülasyonun yaklaşık %40'ında piramidal lob bulunur (1). Vücutta birçok fizyolojik ve metabolik olayda görev almaktadır.

Tiroid bezinin yapısal, fonksiyonel ve enflamatuvar hastalıkları olabilir. Bu hastalıklar cerrahi ve medikal olarak tedavi edilir. Bu bölümde tiroid bezinin medikal olarak tedavi edilen hastalıklarından bahsedilecektir.

### TİROİD BEZİNİN YAPISAL HASTALIKLARI

Tiroid bezinin büyümesi guatr olarak isimlendirilir. En sık sebebi iyot eksikliğidir. İyot eksikliğinin endemik olduğu bir ülkede yaşadığımız için günlük pratiğimizde sıklıkla tiroid hastalıklarıyla karşılaşmaktayız. Tiroid bezinde nodüller ve diffüz büyümeler olabilir. Bu büyümeler bazen kozmetik, bazen fonksiyonel, bazen de mekanik olarak bası şikayetlerine neden olabilir.

#### Tiroid Nodülü

Tiroid nodülü, tiroid bezinin içinde kendisini çevreleyen tiroid parankiminden radyolojik olarak ayırt edilebilen bir lezyondur. En sık rastlanılan yapısal tiroid bozukluğudur. Nodüller palpasyonla %2-6, ultrasonla %19-68, otopsi raporlarında

%8-65 olarak değişik oranlarda saptanmıştır (2). Tiroid nodülünün önemi %5-15 oranında malign olma potansiyelidir. Yaş, kadın cinsiyet, iyot eksikliği ve vücut kitle indeksinde artış prevelansını artırmaktadır. Bir sonraki bölümde tiroid nodüllerine yaklaşım ve tedavi seçenekleri detaylı olarak anlatılacaktır.

#### Basit (toksik olmayan) Guatr

Nodül ve hipertiroidizm olmadan tiroid bezinde oluşan diffüz büyümeye denir. En sık nedeni iyot eksikliğidir. Popülasyonun %5'inden fazla görülüyorsa endemik, %5'inden az görülüyorsa sporadik olarak isimlendirilir. Ülkemizde endemik olarak görülür. İyot eksikliğinin yanı sıra lahanalar, karnabahar, brüksel lahanası, turpgiller ailesine ait sebzeler guatrojenik olduğundan guatr sebebi olabilir.

Muayenede diffüz büyümüş, simetrik, nodül palpe edilmeyen ve yumuşak kıvamda bir bez görülür. Genellikle asemptomatik ve ötiroidiktirler. Yaşlı popülasyonda subklinik hipertiroidizme dikkat edilmelidir. Bezin büyüyerek retrosternal uzanımı olabilir. Hastanın kolları başının üstüne kaldırılarak, olası bir kompresyon değerlendirilmelidir. Hastanın yüzünde kızarma, venöz dolgunluk ve inspiratuvar stridor olması Pemberton bulgusu olarak isimlendirilir ve substernal bir guatr olduğunu destekler.

Tedavide endemik bölgelerde iyot replasmanı yapılabilir. Tedaviye yanıtı genellikle değişkendir. Cerrahi, bası bulguları olmadığı sürece önerilmez.

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, drbilgen@yahoo.com

Tiroid hormon replasman tedavisinin faydalı olduğunu gösteren bir veri bulunmamaktadır. Bu nedenle tedavi önerilmez. Ciddi sistemik hastalığı olanlarda T3 ve T4 düşüklüğü azalmış prognoz ve artmış mortaliteyi işaret eder (37).

## SONUÇ

İyot eksikliği açısından endemik bir bölgede olan ülkemizde sık sık tiroid hastalıkları ile karşılaşmaktayız. Bu hastalıklara en doğru klinik yaklaşımı Kulak Burun Boğaz hekimleri olarak bilmek ve uygulamak zorundayız. Her ne kadar yapısal, fonksiyonel ve enflamatuvar olarak ayrı başlıklar altında hastalıkları anlatmış olsak da; çoğu hastalıkta hem yapısal hem de fonksiyonel bozuklukları birlikte görmekteyiz.

Tanı aşamasında, anamnez ve fizik muayene çok önemlidir. TSH ve T4 ilk istenecek tetkikler olmalıdır. Yine tanı aşamasında USG, İİAB gibi etkinliği kanıtlanmış yöntemleri kullanmalıyız. Daha spesifik durumlar için antikor titreleri, sintigrafi, iyot uptake testi gibi ileri testler istenebilir.

Tiroid hastalıklarının tedavisi yüz güldürücüdür. Medikal ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda komplikasyon oranları çok düşüktür. Miksödem koması, tiroid fırtınası ve de özel durumları nedeni ile gebeleri değerlendirme konusunda daha dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Hipotiroidizm, hipertiroidizm, tiroidit, Graves hastalığı, iyot eksikliği, Hashimoto

## KAYNAKÇA

1. Zivic R, Dovanovic D, Vekic B et al. Surgical anatomy of the pyramidal lobe and its significance in thyroid surgery. *S Afr J Surg.* 2011; 49 (3): 110-114.
2. Tamhane S, Gharib H. Thyroid nodule update on diagnosis and management. *Clin diabetes Endocrinol.* 2016;2:17.
3. Jameson JL, Mandel SJ WA. (2018) Endocrinology and Metabolism. In: Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL LJ, editor. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 20th ed. p. 2703–10. New York: McGraw Hill.
4. Güllü S, Gürses MA, Başkal N et al. Suppressive therapy with levothyroxine for euthyroid diffuse and nodular goiter. *Endocr J.* 1999;46(1):221–6.
5. Lima N, Knobel M, Cavaliere H et al. Levothyroxine suppressive therapy is partially effective in treating patients with benign, solid thyroid nodules and multinodular goiters. *Thyroid.* 1997;7(5):691–7.
6. Grussendorf M, Reiners C, Paschke R et al. Reduction of thyroid nodule volume by levothyroxine and iodine alone and in combination: A randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(9):2786–95.
7. Papini E, Petrucci L, Guglielmi R et al. Long-term changes in nodular goiter: A 5-year prospective randomized trial of levothyroxine suppressive therapy for benign cold thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998;83(3):780–3.
8. Wesche MFT, Tiel-v Buul MMC, Lips P et al. A randomized trial comparing levothyroxine with radioactive iodine in the treatment of sporadic nontoxic goiter. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(3):998–1005.
9. Medeiros-Neto G, Camargo RY, Tomimori EK. Approach to and Treatment of Goiters. *Med Clin North Am.* 2012;96(2):351–68.
10. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG. Epidemiology and Prevention of Clinical and Subclinical Hypothyroidism. *Thyroid.* 2003;12(10):839–47.
11. Pearce EN, Andersson M, Zimmermann MB. Global Iodine Nutrition: Where Do We Stand in 2013? *Thyroid.* 2013; 23(5):523–8.
12. Zimmermann MB. Iodine deficiency. *Endocr Rev.* 2009;30(4):376–408.
13. McHenry CR. (2017) The Management of Thyroiditis. In: Cameron JL CA, editor. *Current Surgical Therapy.* 12th ed. p. 772–6 Philadelphia: Elsevier Inc.
14. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD et al. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(2):489–99.
15. Madariaga AG, Santos Palacios S, Guillén-Grima F et al. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: A meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(3):923–31.
16. Erdoğan MF. Günümüzde Tiroid Hastalarına Yaklaşım. *İç Hast Derg.* 2006;13(3):132–51.
17. Burch HB, Cooper DS. Management of graves disease: A review. *JAMA.* 2015;314(23):2544–54.
18. Smith TJ, Hegedüs L. Graves' Disease. *N Engl J Med.* 2016;375(16):1552-1565.
19. Schott M, Hermsen D, Broecker-Preuss M et al. Clinical value of the first automated TSH receptor autoantibody assay for the diagnosis of Graves' disease (GD): An international multicentre trial. *Clin Endocrinol.* 2009;71(4):566–73.
20. Gilbert J. Thyrotoxicosis - investigation and management . *Clin Med (Lond).* 2017;17(3):274-277.
21. Cooper DS. Antithyroid drugs. *N Engl J Med.* 2005;352(9):905–17.
22. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet.* 2016;388(10047):906–18.
23. Bahn Chair RS, Burch HB, Cooper DS et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid.* 2011;21(6):593–646.
24. Burch HB, Solomon BL, Cooper DS et al. The effect of antithyroid drug pretreatment on acute changes in th-

- roid hormone levels after (131)I ablation for Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(7):3016-21.
25. Hieu TT, Russell AW, Cuneo R et al. Cancer risk after medical exposure to radioactive iodine in benign thyroid diseases: A meta-analysis. *Endocr Relat Cancer.* 2012;19(5):645-55.
  26. Genovese BM, Noureldine SI, Gleeson EM et al. What is the best definitive treatment for graves' disease? A systematic review of the existing literature. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(2):660-7.
  27. Bojic T, Paunovic I, Diklic A et al. Total thyroidectomy as a method of choice in the treatment of Graves' disease - Analysis of 1432 patients. *BMC Surg.* 2015;15:39.
  28. Werga-Kjellman P, Zedenius J, Tallstedt L et al. Surgical treatment of hyperthyroidism: a ten-year experience. *Thyroid.* 2001;11(2):187-92.
  29. Hegedüs L, Bonnema SJ, Bennedbaek FN. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocr Rev.* 2003;24(1):102-32.
  30. Bindra A, Braunstein GD. Thyroiditis. 2006;73(10):1769-76.
  31. Lazarus JH. The continuing saga of postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(3):614-6.
  32. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2646-55.
  33. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid.* 2011;21(10):1081-125.
  34. Premawardhana LD, Parkes AB, Ammari F et al. Postpartum thyroiditis and long-term thyroid status: prognostic influence of thyroid peroxidase antibodies and ultrasound echogenicity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(1):71-5.
  35. Vaidya B, Harris PE, Barrett P et al. Corticosteroid therapy in Riedel's thyroiditis. *Postgrad Med J.* 1997;73(866):817-9.
  36. Few J, Thompson NW, Angelos P et al. Riedel's thyroiditis: treatment with tamoxifen. *Surgery.* 1996;120(6):993-99.
  37. Tiroid Çalışma Grubu. (2019) Tiroiditler. Tiroid Çalışma Grubu (ed.), Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019 içinde (s. 89-105). Ankara: Türkiye Klinikleri.
  38. Yamamoto T, Fukuyama J, Fujiyoshi A. Factors associated with mortality of myxedema coma: Report of eight cases and literature survey. *Thyroid.* 1999;9(12):1167-74.
  39. Negro R, Mestman JH. Thyroid disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2011;25(6):927-43.
  40. Krassas GE, Poppe K, Glinöer D. Thyroid function and human reproductive health. *Endocr Rev.* 2010;31(5):702-55.
  41. Tan TO, Cheng YW, Caughey AB. Are women who are treated for hypothyroidism at risk for pregnancy complications? *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):e1-3.
  42. Stagnaro-Green A, Roman SH, Cobin RH et al. Detection of at-risk pregnancy by means of highly sensitive assays for thyroid autoantibodies. *JAMA.* 1990;264(11):1422-5.
  43. Negro R, Formoso G, Mangieri T et al. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(7):2587-91.
  44. Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH et al. The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab.*