



BÖLÜM 21

ERİŞKİNLERDE HİPERTİROİDİ TEDAVİSİ

Özge ALKAN TALİ¹

HİPERTİROİDİ TANIMI VE NEDENLERİ

Tiroid bezinden hormon yapımının artması sonucu meydana gelen klinik tablo hipertiroidi olarak adlandırılır. Baskılı TSH düzeyi ile birlikte normal sT3, sT4 düzeyleri subklinik hipertiroidi tablosunu, baskılı TSH düzeyi ile birlikte yüksek sT3 ve/veya sT4 aşık hipertiroidi tablosunu oluşturmaktadır. Tipik klinik bulguları olan (çarpıntı, terleme, iştah artışı, sinirlilik, diyare, halsizlik) ve tiroid fonksiyon testleri hipertiroidi ile uyumlu olan hastalarda tirotoksikoz (tiroid hormon fazlalığı) ile ayırıcı tanıda RAI tutulumu kullanılmaktadır. Hipertiroidili hastalarda RAI tutulumu yüksek izlenmektedir. (Tablo 1)

Tablo 1. Hipertiroidi ve Tirotoksikoz Nedenleri (1)

Normal veya artmış RAI tutulumu ile ilişkili tirotoksikoz

- Graves hastalığı
- Toksik multi nodüler guatr (TMNG)
- Toksik adenom (TA)
- Koriyonik gonodotropin hormon artışına bağlı nedenler
 - Trofoblastik hastalıklar (koryokarsinom, mol hidatiform)
 - Gestasyonel hipertiroidizm
- TSH salgılayan hipofiz adenomu
- Tiroid hormon direnci

Azalmış RAI tutulumu ile ilişkili tirotoksikoz

- Sessiz tiroidit
- Hashitoksikozis
- Subakut tiroidit
- Amiodarona bağlı tiroidit
- Palpasyon tiroiditi
- İatrojenik tirotoksikoz
- Egzojen tiroid hormon kullanımı
- Struma ovarii
- Akut tiroidit
- Folliküler tiroid kanseri yaygın metastazları

¹ Uzm. Dr., Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ozgealkan83@gmail.com

Ciddi komorbid hastalık varlığı, cerrahi için göreceli bir kontrendikasyondur. Gebelikte cerrahi spontan düşük veya erken doğum riskinin artmasıyla ilişkilidir. Tionamidleri tolere edemediği için cerrahi yapılması planlanan gebelerde ikinci trimesterde cerrahi önerilmektedir.

Tiroidektomi sonrası hipokalsemi riski nedeniyle postoperatif kalsiyum konsantrasyonu ölçülmelidir. Cerrahi öncesi ötiroid olup total tiroidektomi yapılan hastalarda taburculuk öncesi tiroid hormon replasmanı başlanması önerilmektedir. Cerrahi öncesi hipertiroidisi devam eden hastalarda ise replasman düzeyler normale gelene kadar ertlenmelidir. Subtotal tiroidektomi geçiren hastalar da hipotiroidi açısından yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. TEMD Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu ;2020
2. Ross DS, Burch HB, Cooper DS et al., 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;26(10):1343.
3. Nakamura H, Noh JY, Itoh K et al., Comparison of methimazole and propylthiouracil in patients with hyperthyroidism caused by Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(6):2157.
4. Takamatsu J, Hosoya T, Naito N, et al., Enhanced thyroid iodine metabolism in patients with triiodothyronine-predominant Graves' disease, *J Clin Endocrinol Metab*. 1988;66(1):147.
5. Ross DS, Daniels GH, Gouveia D., The use and limitations of a chemiluminescent thyrotropin assay as a single thyroid function test in an out-patient endocrine clinic, *J Clin Endocrinol Metab*. 1990;71(3):764.
6. Bilezikian JP, Loeb JN, The influence of hyperthyroidism and hypothyroidism on alpha- and beta-adrenergic receptor systems and adrenergic responsiveness, *Endocr Rev*. 1983;4(4):378.
7. Törring O, Tallstedt L, Wallin G, et al., Graves' hyperthyroidism: treatment with antithyroid drugs, surgery, or radioiodine--a prospective, randomized study, *Thyroid Study Group, J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81(8):2986.