

9. Bölüm

Hipotirodi

Dr. Şükriye TAŞÇI KARAGÖL¹

Hipotiroidi tiroid hormonun vucutta yetersiz olması durumudur. Hastanın eksikliğe bağlı semptomları olması beklenir. TSH değerinin düşük, sT4 ve sT3 değerlerinde düşme tespit edildiğinde hipotiroidi tanısı konur. Primer, sekonder, tersiyer hipotiroidi olarak etiyolojik açıdan üç başlık altında incelenir. Tiroid hastalıkları rutin takip gerektirir. Sebebi tespit edildikten sonra hasta düzenli aralıklar ile kontrole çağırılır. Yaşa bağlı hedef TSH değeri değişebilir. 65 yaş altındaki genç hastalarda TSH 0,4-2,5mU/ml, 65 yaş üstünde TSH 3-10 mU/ml aralığında tutulması hedeflenir. Tedavi başlangıcında genç hastalara 75-100µgr dozunda, yaşlı hastalara 12,5- 25µgr dozunda başlanması, gerekli halde titre edilerek dozun yükseltilmesi önerilir.

GİRİŞ

Hipotiroidi gerekli tiroid hormonunun üretilenmesi veya doku düzeyinde yeterince kullanılamaması durumudur. Bunun sonucunda tüm vücutta gerekli olan tiroid hormonlarının etkileri azalır. Hastanın kliniğe başvurusuyla tespit edilebilir.

Hipotiroidi multisistemik bir hastalıktır. Çok farklı klinik belirtileri olabilir. Bazen hiçbir klinik belirti vermeden biyokimyasal testlerle de tanı konabilir. Erişkinlerde hipotiroidi semptomları geri dönüşümlüken infant ve çocuklarda geri dönüşümsüz klinik prezentasyonları olabilir (1,2).

Hipotiroidi insidansı kadınlarda 1000 de 3,5, erkeklerde 0,6 olarak kaydedilmiştir. Kadınlarda görülme oranı çok daha yüksektir(2).

İyot eksikliği olan bölgelerde en sık iyot eksikliği nedeniyle hipotiroidi görülürken, diğer bölgelerde otoimmün tirodit (hashimoto hastalığı) ve iyatrojenik (antitiroid ilaç kullanımı, radyoaktif iyot, tiroid cerrahisi) hipotiroidi görülmektedir (3).

Tiroid glandı yaklaşık 20 gram ağırlığındadır ve trakeanın orta hattında bulunur. Gebeliğin üçüncü haftasında endodermal yapıdan gelişir. Piramidal lobun tiroglosal duktus kalıntısından köken alır. Genel olarak tüm vücuttaki metabolizma hızı, dengesi ve fonksiyonlarından sorumludur(4,5,6).

Tiroid hormon sentezi foliküler hücrelerde gerçekleşir. İyot aktif transportla foliküler hücrelere geçer. Bunun için Na/I simport sistemini kullanır. Tiroglobulin tirozin uçlarıyla bağlanır ve iyodun organifikasyonu gerçekleşir. İyodotirozin molekülleri tiroglobulin içinde çiftler halinde bulunur. Tiroid peroksidaz enzimi tirozin kalıntılarının mono ve diiyodotirozin formlarına iyodinizasyonunu sağlar. İyodotirozin molekülleri birleşerek T4 (3,5,3'-tetraiyodotironin), T3 (3,5,3'-tiroiyodotironin) oluşturur.

TSH stimülasyonu ile proteolitik yıkım gerçekleşir. Dolaşıma salınan serbest T4 ve T3 tiroid hormonlarının metabolik etkilerinden sorumludur (1).

¹ Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Bölümü sukriyek53@hotmail.com

Santral hipotiroidi replasmanı sT4 ölçümüne bakılarak yapılmalıdır. Başlangıç dozu 1,2-1,6 µgr/kg L-tiroksindir. Tedaviye başlamadan önce glukokortikoid replasmanı yapıp, L-tiroksine tedavisine başlanır.

Eğer hasta 200µgr/gün ve üstünde replasmana ihtiyaç duyuyorsa, hasta uyumsuzluğu ve malabsorbsiyon sendromlarını dışlamak gerekir.

İlacın uygun doza çıkılmasını etkileyen faktörler:

- H pylori gastriti (en sık)
- Atrofik gastrit
- Çölyak hastalığı
- L-tiroksin bağlayan antikorlar(nadir)
- İlaçlar(antiasitler, kolestiramin, kolestipol, kalسيوم, demir içeren bileşikler, sükralfat, karbamazepin, proton pompa inhibitörleri(9,14,15).

SUBKLİNİK HİPOTİRODİ

Hipotiroidi belirti ve bulgularının olmadığı hastalarda, TSH 5-10mU/L, sT4 ve sT3 ün normal sınırlarda olması durumudur. Genelde takip edilip, TSH 10 mU/L'nin üzerindeyse tedaviye başlanma-sı önerilir.

Subklinik hipotiroidide, TSH: 5-10 mU/L değerleri arasında tedavi önerilen durumlar.

- Tanısı daha önce konulmuş hipotiroidi hastası
- İnfertilite tedavisi alan hastalar
- Gebelik durumu veya gebelik istemi olan hastalar
- Gelişme dönemindeki çocuklar
- Hipotiroidi semptomlarının varlığında
- Guatr olan hastalar (Evre-2)
- Takiplerde TSH değerinin artması
- Anti-tiroid antikor pozitifliği
- Kardiyovasküler risk faktörleri olanlar
- Dislipidemi varlığında (2, 5)

Subklinik hipotiroidide tedavi başlanan hastaların yaş ve semptomlarına göre 25-75µgr/gün dozunda başlanıp, 6-8 haftalık periyotlarda hastanın takibe çağrılır. Hedef TSH değerine ulaştıktan sonra hasta 6-12 ay aralıklarla takibe alınır (2,5,16,17).

KAYNAKLAR

1. Ivor Benjamin, Robert C. Griggs, J. Gregory Fitz, Edward J Wing TCF. Cecil Essentials of Medicine (türkçe). 9. Edition. Benjamin Ivor J., editor. Philadelphia; 2016. 633-642p.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi kılavuzu. 4. baskı. Murat Faik Erdoğan, editor. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğit.m İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. (Türkiye Klinikleri); 2019. 4960p.
3. J. Larry Jameson. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th Editi. J. Larry Jameson , Anthony Fauci et al., editor. USA: US. Publisher; 2015. 2283-2309 p.
4. Şevki Ç. Endokrinoloji 1.Baskı. Akagündüz Akgül Deniz, editor. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanı/m Yayıncılık Turizm Eğit.m İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. (Türkiye Klinikleri); 2017. 67-166 p. , www.turkiyeklinikleri.com
5. Şevki Ç., Endokrinoloji Kitabı, 1. baskı. Akagündüz A. D., editor. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanı/m Yayıncılık Turizm Em İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. (Türkiye Klinikleri); 2017. 67-131 p. www.turkiyeklinikleri.com
6. Cantürk Z., Çetinarslan B. Yılmaz M. Çetinkalp Ş., Taylan Kabalak'ın Tiroid Hastalıkları Kitabı 1. baskı. Çetinkalp Şevki ÖA, editor. Bilmedya Grup; 2019. 507-60p. Available from: www.bilmedya.com
7. Cooper S. Ladenson P.W. Greenspan's Basic and Clinical Endocrinoloji. In: Gardner D. G. SD, editor. Greenspan's Basic and Clinical Endocrinoloji. 10.edition. 2018. p. 2006.
8. Leo S De, Lee SY, Braverman LE, Unit E, Sciences C. Hyperthyroidism_Lancet review. HHS Public Access. 2016;388(10047):906-18.
9. Brent G.A., Davies T. Williams Textbook of Endocrinology. 12th Editi. Melmed S., Polonsky K, P.Larsen P. R., Kronenberg H. MSJ., editor. Williams Textbook of Endocrinology. Philadelphia; 2011. 406-440 p.
10. Kianpour M, Aminorroaya A, Amini M, Feizi A, Aminorroaya Yamini S, Janghorbani M. Thyroid-stimulating hormone (TSH) serum levels and risk of spontaneous abortion: A prospective population-based cohort study. Clin Endocrinol (Oxf). 2019;91(1):163-9.
11. Gabrielson AT, Sartor RA, Hellstrom WJG. The Impact of Thyroid Disease on Sexual Dysfunction in Men and Women. Vol. 7, Sexual Medicine Reviews. 2019. p. 57-70.
12. Ruggeri R., Trimarchi F, B. B. Management of Endocrine Disease: L-Thyroxine replacement therapy in the frail elderly: a challenge in clinical practice. Vol. 177, Eur J Endocrinol. 2017. p. R199-217.
13. Ruggeri RM, Trimarchi F, Biondi B. L-Thyroxine replacement therapy in the frail elderly: A challenge in clinical practice. Eur J Endocrinol. 2017;177(4):R199-217.
14. David G. Gardner, Dolores Shoback, David S. Cooper PWL. Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology, Tenth Edition (Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology. 10th ed. David G. Gardner DS, editor. 2018. 171-239 p.
15. Mandel J.S, Larsen P.R. DF. Williams Textbook of Endocrinology 12th Edition. 12 th edit. Melmed S., Polonsky K, P.Larsen P. R., Kronenberg H. MSJ., editor. Philadelphia; 2011. 362-407 p.
16. Javed Z, Sathyapalan T. Levothyroxine treatment of mild subclinical hypothyroidism: a review of potential risks and benefits. Ther Adv Endocrinol Metab. 2016;7(1):12-23.
17. Pearce SHS, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peters RP, Razvi S, et al. 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2014;2(4):21528.