

20.

BÖLÜM

TIROIDİTLER

Taylan KAPLAN¹

GİRİŞ

Tiroidit terimi, tiroid bezi inflamasyonu ile karakterize olan bir grup hastalıktır(1). İnfeksiyoz, immün ve otoimmün gibi farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilse de folikül hasarı gelişmesi ortak karakteristik özellikleridir. Tiroiditlerin sınıflaması etiyoloji, patoloji ve klinik özelliklerine göre yapılabilir(2). Tiroiditlerin klinik özelliklerine göre ağrılı veya ağrısız tiroidit sınıflaması aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Tiroiditlerin Sınıflaması(1)

Ağrılı tiroiditler	Ağrısız tiroiditler
Subakut tiroidit (subakut granümatöz tiroidit)	Sessiz tiroidit (subakut lenfositik tiroidit)
Akut tiroidit (infeksiyöz tiroidit)	Postpartum tiroidit
Radyasyon tiroidit	İlaç ilişkili tiroidit (interferon-alfa, interleukin-2, lityum, tirozin kinaz inhibitörleri, immün kontrol noktası inhibitörleri)
Palpasyon- travmaya bağlı tiroidit	Hashimoto tiroiditi (kronik otoimmün tiroidit)
	Amiodaron ilişkili tiroidit
	Riedel tiroidit

AKUT TIROIDİT

Viral mikroorganizmalar dışındaki infeksiyöz ajanlarla gelişen, ağrılı tiroid bezi inflamasyonudur. Akut, kronik formlarda olabilir, tiroid bezinde abse formuyla seyredebilir(1). Tiroid bezinin kanlanması ve lenfatik drenajın iyi olması ayrıca kapsüllü olması nedeniyle infeksiyonlara dirençlidir(2). Ancak immünsüpresif kişilerde hematogen yolla veya komşu dokulardaki abseden fistül yoluyla ulaşan mikroorganizmalar infeksiyonlara neden olabilir. Etken genellikle gram pozitif bakterileridir, gram negatifler de etken olabilir. Akut infeksiyöz tiroidite en sık neden olduğu bildirilen organizmalar stafilokoklar ve streptokoklardır, immünsüpresif hastalarda gelişen ve kronik seyirli olan mikobakteri, fungal ve pnömokistis infeksiyonları görülebilmektedir(3).

Akut tiroidit genellikle tiroid bölgesinde olan tek taraflı, ani başlayan ağrı, hassasiyet ve ısı artışı ile karakterizedir. Ateş, titreme ve lenfadenopati gibi infeksiyon semptom ve bulguları eşlik edebilir. Çoğu hastada boyunda tek taraflı fluktuasyonlu kitle vardır. Tiroid fonksiyonları genellikle normaldir, ancak nadiren tirotoksikoz

¹ Dr, İç Hastalıkları, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Mengücek Gazi EAH, tylnkpln13@gmail.com

Tedavi

Hipotiroidizm levotiroksin ile tedavi edilmektedir. Glukokortikoidlerle tedavi ile özellikle hastalığın erken dönemlerinde kullanıldığında hastalarda tiroid büyümesinde azalma ve boyun kitlesinin yumuşaması sağlanabilir(38). Steroid dozları azaldığında hastalıkta nüks geliştiği için, tedavi uzun süreli verilmelidir. Tamoksifen, Riedel tiroiditi olan bazı hastalarda da başarıyla kullanılmıştır. Glukokortikoid tedavisi ve cerrahiye rağmen progresif semptomatik hastalığı olan hastalarda, guatrın boyutunda azalma sağlanabilir. Tamoksifenin etkisinin mekanizması bilinmemektedir, transforming growth faktör beta (TGF) -beta) etkisiyle fibroblast proliferasyonunun azalması sonucu olabilir (39).

Rituximab ve mikofenolat mofetil, sistemik fibroskleroz (IgG4 ile ortaya çıkan hastalık) ile bağlantılı bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır. Tamoksifen ve prednizon ile tedaviye yanıtı olmayan Riedel tiroiditili hastalarda semptomatik iyileşme ve tiroid boyutunda azalma görülmüştür(40).Trakeal veya özofagus kompresyonunu hafifletmek veya maligniteyi dışlamak için sıklıkla cerrahi yapılır. Cerrahi rezeksiyon, trakeal basıyı hafifletmek için tiroid istmusu eksize edilmesiyle sınırlandırılmalıdır. Paratiroid bezler ve rekürrenlaringeal sinirler gibi komşu yapılara zarar verme riski nedeniyle total tiroidektomi yapılmaz. Diğer tedavilere cevap veremeyen durumlarda düşük doz radyasyon tedavisi kullanılmıştır(33).

KAYNAKLAR

1. Uptodate 2021. Kenneth D Burman. Overview of thyroiditis. www.uptodate.com. jan 2021
2. Tiroiditler. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2020; 89: 103 www.temd.org
3. Paes JE, Burman KD, Cohen J, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. *Thyroid* 2010; 20: 247.
4. Fatourehchi V, Aniszewski JP, Fatourehchi GZ, et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. *J ClinEndocrinolMetab* 2003; 88: 2100.
5. Lazarus JH. Silent thyroiditis and subacute thyroiditis. In: *The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*, 7th Ed, Braverman LE, Utiger RD (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1996. p.577.
6. Ohsako N, Tamai H, Sudo T, et al. Clinical characteristics of subacute thyroiditis classified according to human leukocyte antigen typing. *J ClinEndocrinolMetab* 1995; 80: 3653.
7. Nishihara E, Ohye H, Amino N, et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. *InternMed* 2008; 47: 725.
8. Wehl AC, Daniels GH, Ridgway EC, et al. Thyroid function tests during the early phase of subacute thyroiditis. *J ClinEndocrinolMetab* 1977; 44: 1107.
9. Uptodate 2021. Kenneth D Burman. Subacute thyroiditis. www.uptodate.com. jan 2021
10. Hiromatsu Y, Ishibashi M, Miyake I, et al. Color Doppler ultrasonography in patients with subacute thyroiditis. *Thyroid* 1999; 9: 1189.
11. Uptodate 2021. Kenneth D Burman. Painless thyroiditis. www.uptodate.com. jan 2021
12. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. et al. *N Engl J Med* 2003; 348:2646.
13. Iyer PC, Cabanillas ME, Waguespack SG, et al. Immune-Related Thyroiditis with Immune Checkpoint Inhibitors. *Thyroid* 2018; 28: 1243.
14. Schwartz F, Bergmann N, Zerahn B, et al. Incidence rate of symptomatic painless thyroiditis presenting with thyrotoxicosis in Denmark as evaluated by consecutive thyroid scintigraphies. *Scand J ClinLabInvest* 2013; 73: 240.
15. Woolf PD. Transient painless thyroiditis with hyperthyroidism: a variant of lymphocytic thyroiditis? *EndocrRev* 1980; 1: 411.
16. Marqusee E, Hill JA, Mandel SJ. Thyroiditis after pregnancy loss. *J ClinEndocrinolMetab* 1997; 82: 2455.
17. Nicholson WK, Robinson KA, Smallridge RC, et al. Prevalence of postpartum thyroid dysfunction: a quantitative review. *Thyroid* 2006; 16: 573.
18. Kologlu M, Fung H, Darke C, et al. Postpartum thyroid dysfunction and HLA status. *Eur J ClinInvest* 1990; 20: 56.
19. Stagnaro-Green A, Roman SH, Cobin RH, et al. A prospective study of lymphocyte-initiated immunosuppression in normal pregnancy: evidence of a T-cell etiology for postpartum thyroid dysfunction. *J ClinEndocrinolMetab* 1992; 74: 645.

20. Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *J ClinEndocrinolMetab* 2012; 97: 334.
21. Miyake A, Tahara M, Koike K, et al. Decrease in neonatal suckled milkvolume in diabetic women. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1989; 33: 49.
22. Mizukami Y, Michigishi T, Nonomura A, et al. Postpartumthyroiditis. A clinical, histologic, and immunopathologic study of 15 cases. *Am J Clin-Pathol* 1993; 100:200.
23. Beardmore KS, Morris JM, Gallery ED. Excretion of antihypertensive medication into human breastmilk: a systematicreview. *HypertensPreg-nancy* 2002; 21: 85.
24. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J ClinEndocrinolMetab* 2012; 97: 2543.
25. Dayan CM, Daniels GH. Chronic autoimmune thyroiditis. *N Engl J Med* 1996; 335: 99.
26. Fatourechi V, McConahey WM, Woolner LB. Hyperthyroidism associated with histologic Hashimoto'sthyroiditis. *Mayo ClinProc* 1971; 46: 682.
27. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, et al. Theincidence of thyroiddisorders in thecommunity: a twenty-yearfollow-up of theWhickham-Survey. *ClinEndocrinol (Oxf)* 1995; 43: 55.
28. Lo JC, Loh KC, Rubin AL, et al. Riedel's thyroiditis presenting with hypothyroidism and hypoparathyroidism: dramatic response to glucocorticoid and thyroxine therapy. *ClinEndocrinol (Oxf)* 1998; 48: 815.
29. Beahrs OH, McConahey WM, woolner LB. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel'sstruma). *J ClinEndocrinolMetab* 1957; 17: 201.
30. Fatourechi MM, Hay ID, McIver B, et al. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel thyroiditis): the Mayo Clinic experience, 1976-2008. *Thyroid* 2011; 21: 765.
31. Erdoğan MF, Anil C, Türkçapar N, et al. A case of Riedel's thyroiditis with pleural and pericardial effusions. *Endocrine* 2009; 35: 297.
32. Schwaegerle SM, Bauer TW, Esselstyn CB Jr. Riedel'sthyroiditis. *Am J ClinPathol* 1988; 90: 715.
33. Uptodate 2021. Douglas S Ross, David S Cooper. Disorders that cause hypothyroidism. www.uptodate.com. jan 2021
34. Papi G, Corrado S, Cesinaro AM, et al. Riedel'sthyroiditis: clinical, pathological and imaging features. *Int J ClinPract* 2002; 56: 65.
35. Slman R, Monpeyssen H, Desarnaud S, et al. Ultrasound, elastography, and fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography imaging in Riedel's thyroiditis: report of twocases. *Thyroid* 2011; 21: 799.
36. Meyer S, Hausman R. Occlusive phlebitis in multifocal fibrosclerosis. *Am J ClinPathol* 1976; 65: 274.
37. Hennessey JV. Clinicalreview: Riedel'sthyroiditis: a clinical review. *J ClinEndocrinolMetab* 2011; 96: 3031.
38. Vaidya B, Harris PE, Barrett P, et al. Corticosteroid therapy in Riedel's thyroiditis. *PostgradMed J* 1997; 73: 817.
39. Few J, Thompson NW, Angelos P, et al. Riedel's thyroiditis: treatment with tamoxifen. *Surgery* 1996; 120:993.
40. Levy JM, Hasney CP, Friedlander PL, et al. Combined mycophenolate mofetil and prednisone therapy in tamoxifen- and prednisone-resistant Reidel'sthyroiditis. *Thyroid* 2010; 20: 105.