

HİPOTİROİDİ VAKASINA YAKLAŞIM

6. BÖLÜM

Seyfullah KAN¹

GİRİŞ

Hipotiroidizm tanısı, tipik klinik bulguların özgüllüğü olmadığından büyük ölçüde laboratuvar testlerine dayanmaktadır. Primer hipotiroidizm, yüksek serum tiroid uyarıcı hormon (TSH) konsantrasyonu ve düşük serum serbest tiroksin (T4) konsantrasyonu ile karakterize edilirken, subklinik hipotiroidizm, yüksek TSH konsantrasyonu varlığında biyokimyasal olarak normal bir serbest T4 konsantrasyonu olarak tanımlanır. İkincil (merkezi) hipotiroidizm, düşük serum T4 konsantrasyonu ve uygun şekilde yükseltilmemiş bir serum TSH konsantrasyonu ile karakterizedir.

VAKA SUNUMU

42 yaşında bayan hasta endokrinoloji polikliniğine son 1 aydır unutkanlık, halsizlik, kabızlık, ses tonunda kabalaşma, ciltte kuruluk, saçlarda kuruluk ve kırılıp dökülme yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde 1 adet düşük yapma öyküsü vardı. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde ateşi 37.6 C⁰, kalp hızı 60/dakika, solunum hızı 18/dakika, kan basıncı 130/90 mmHg olarak ölçüldü. Baş boyun muayenesi doğal, tiroid ele gelmiyordu. Diğer sistem muayeneleri doğal ve ödemi yoktu. Halsizlik,

yorgunluk, unutkanlık şikâyetleri hipotiroidiyi düşündürdüğü için tiroit fonksiyon testlerine bakıldı. TSH: 100 mIU/L (N:0,4-4,2) , sT4: 0,52 ng/dL (N:0,93-1,5), total kolesterol: 311 mg /dL, LDL: 219 mg /dL olarak tespit edildi. Hipotiroidisi olan hastanın tiroid ultrason incelemesinde tiroid sağ lob 10x13x34 mm, sol lobu 12x15x36 mm olarak ölçüldü, tiroid parankimi heterojen, fibröz bantlarla bölünmüş pseudonodüler görünüm izlendi ve tiroidit olarak raporlandı. Anti-TPO:648 IU/mL (N:<35), Anti-Tg:310 IU/mL şeklinde yüksek düzeyde tespit edildi. Hastaya hashimoto tiroiditi tanısı konularak levotiroksin 100 mg/gün tablet başlandı. Hasta 6 hafta sonra kontrole çağrıldı. Yapılan kontrol TSH:18 mIU/L, sT4 :1,2 ng/dL/L idi.Levotiroksin dozu 150 mg /gün olacak şekilde yükseltildi. Son kontrol TSH :2,42 mIU/L , sT4:1,3 ng/dL idi.

TARTIŞMA

Hashimoto hastalığında halsizlik, yorgunluk, unutkanlık, depresyon, soğuğa karşı hassasiyet, cilt kuruluğu ve konstipasyon en sık görülen şikâyetlerdendir. Bizim hastamızda da bu bulguların belirgin olması sebebiyle öncelikle hipotiroid düşünlüdü. Hastada TSH çok yüksek ve serbest t4 değeri düşüktü. Tiroid otoantikörleri çok yük-

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Kliniği, Süleyman Demirel Üniversitesi, seyfullahkan76@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1977; 7:481.
2. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1995; 43:55.
3. Vanderpump MP, Tunbridge WM. The epidemiology of thyroid diseases. In: *The thyroid: A fundamental and clinical text*, 8th, Braverman LE, Utiger RD (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000. p.467.
4. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med* 2000; 160:526.
5. Aoki Y, Belin RM, Clickner R, et al. Serum TSH and total T4 in the United States population and their association with participant characteristics: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999-2002). *Thyroid* 2007; 17:1211.
6. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:489.
7. Walsh JP, Bremner AP, Feddema P, et al. Thyrotropin and thyroid antibodies as predictors of hypothyroidism: a 13-year, longitudinal study of a community-based cohort using current immunoassay techniques. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95:1095.
8. Kajantie E, Phillips DI, Osmond C, et al. Spontaneous hypothyroidism in adult women is predicted by small body size at birth and during childhood. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:4953.
9. McDermott MT. In the clinic. Hypothyroidism. *Ann Intern Med* 2009; 151:ITC61.
10. Surks MI, Hollowell JG. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:4575.
11. Valdés S, Maldonado-Araque C, Lago-Sampedro A, et al. Reference values for TSH may be inadequate to define hypothyroidism in persons with morbid obesity: Di@bet.es study. *Obesity (Silver Spring)* 2017; 25:788.
12. Samuels MH, Ridgway EC. Central hypothyroidism. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1992; 21:903.
13. Lania A, Persani L, Beck-Peccoz P. Central hypothyroidism. *Pituitary* 2008; 11:181.
14. Beck-Peccoz P, Amr S, Menezes-Ferreira MM, et al. Decreased receptor binding of biologically inactive thyrotropin in central hypothyroidism. Effect of treatment with thyrotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 1985; 312:1085.
15. Topliss DJ, White EL, Stockigt JR. Significance of thyrotropin excess in untreated primary adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 50:52.
16. Kahn BB, Weintraub BD, Csako G, Zweig MH. Factitious elevation of thyrotropin in a new ultrasensitive assay: implications for the use of monoclonal antibodies in "sandwich" immunoassay. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 66:526.
17. Loh TP, Kao SL, Halsall DJ, et al. Macro-thyrotropin: a case report and review of literature. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:1823.
18. Tonacchera M, Di Cosmo C, De Marco G, et al. Identification of TSH receptor mutations in three families with resistance to TSH. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007; 67:712.
19. Mariotti S, Caturegli P, Piccolo P, et al. Antithyroid peroxidase autoantibodies in thyroid diseases. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 71:661.
20. Danese MD, Powe NR, Sawin CT, Ladenson PW. Screening for mild thyroid failure at the periodic health examination: a decision and cost-effectiveness analysis. *JAMA* 1996; 276:285.
21. Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJ, et al. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004; 292:2591.
22. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA* 2004; 291:228.
23. Gharib H, Tuttle RM, Baskin HJ, et al. Subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association, and the Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:581.
24. Spencer CA. Clinical utility and cost-effectiveness of sensitive thyrotropin assays in ambulatory and hospitalized patients. *Mayo Clin Proc* 1988; 63:1214.
25. American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for periodic health examinations. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians, 2002.
26. Clinical guideline, part 1. Screening for thyroid disease. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1998; 129:141.
27. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid* 2012; 22:1200.
28. Ruge JB, Bougatsos C, Chou R. Screening and treatment of thyroid dysfunction: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015; 162:35.
29. LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015; 162:641.