

SUBAKUT GRANÜLOMATÖZ TİRODİT (DE QUERVAIN TİROİDİTİ) VAKASINA YAKLAŞIM

18. BÖLÜM

Mustafa ÜNÜBOL¹

GİRİŞ

Subakut granülomatöz tiroidit, subakut tiroidit, dev hücre tiroiditi, de Quervain tiroiditi, subakut ağırlı tiroidit gibi farklı isimlerle de tanımlanmaktadır. Viral bir enfeksiyona bağlı direkt veya dolaylı olarak geliştirdiği düşünülen, tiroid bezinin non-süpüratif, kendini sınırlayan, ağırlı, inflamatuvar bir hastalıdır^{1,2}. Kendine özgü klinik, laboratuvar ve muayene bulgularıyla kolayca tanı konulabilecek ve tedavi edilebilecek bir hastalık olmasına rağmen çoğu zaman üst solunum yolu enfeksiyonları ile karıştırılabilmektedir.

Bu bölümde, subakut granülomatöz tiroiditli bir vaka sunumu ile hastalığın semptomları, muayene bulguları, laboratuvar değerlendirmeleri, radyolojik bulguları ve son olarak da tedavisi güncellenecektir.

VAKA SUNUMU

28 yaşında kadın hasta yaklaşık 10 gündür devam eden boğaz ağrısı, halsizlik, yaygın kas ağrısı ve ateş yüksekliği yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 1 ay önce burun akıntısı, kuru öksürük ve boğaz ağrısı ile doktora başvurmuş. Şikayetleri 1 hafta sürmüştü. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği söylenmiş. İstirahat ederek tedavisiz kendiliğinden

den geçmiş. 15-20 gün sonra ise boynunun sağ ön alt tarafında ağrı başlamış. Ağrı kulağına ve çenesine doğru yayılıyor aynı zamanda yutkunmakla artıyormuş. Yemek yerken ağrısı oluyormuş. Eş zamanlı olarak halsizlik, vücutta kırgınlık ve ateş yüksekliği olmuş. Ateşini en çok 37.8 C⁰ derece olarak ölçmüş. Doktora başvurusunda üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek semptomatik tedavi başlanmış. Şikayetleri gerilemeyince antibiyotik tedavisi verilmiş. Ancak 5 günlük tedavi sonrası hiç fayda görmemiş ve ağrısı boynunun sol ön alt tarafında da benzer şekilde olmaya başlamış. Geceleri ağrıdan uyuyamıyormuş. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine hastadan laboratuvar tetkikler istenmiş. Yapılan tetkiklerinde TSH değeri düşük saptanması nedeniyle yönlendirilmiş. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmamaktaydı. Evli olan hasta 1 çocuk sahibi idi. Annesinde ve babasında hipertansiyon mevcuttu. Sistem sorgulamasında baş ağrısı ve çarpıntı mevcuttu.

Fizik muaynesinde; kan basıncı 120/80 mmHg, nabız: 104 atım/dk ritmik, boy: 168 cm, ağırlık: 58 kg tespit edildi. Hasta ağrısından dolayı endişeli görünümdeydi. Orofarenks ve tonsiller normal görünümdeydi. Üst solunum yolu enfeksiyonuna ait muayene bulgusu yoktu. Tiroid bezi muayene

¹ Doç. Dr. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
drmunubol@yahoo.com.tr

nolol gibi beta adrenerjik blokerler kullanılabilir. Anti-tiroid ilaçların tedavide kesinlikle yeri yoktur.

Hipotiroidi evresinde LT4 başlanır. Bu tedavi ile TSH baskılanır ve bu durum tiroid bezinin boyutunu ve tiroid kapsülü üzerindeki basıncı azaltabilir. Tiroid hücresi rejenerasyonu için TSH gerekli olduğundan dolayı semptomlar azaldıkça levotiroksin dozu azaltılmalıdır. Genellikle levotiroksin tedavisinin 3-6 ayda bir kesilmesi denenmelidir. İlaç kesildikten 6-8 hafta sonra TSH kontrolü yapılmalıdır. Kalıcı hipotiroidi gelişen hastalarda levotiroksin tedavisi hayat boyunca gereklidir^{2,3,4,12}.

SONUÇ

Subakut granüloamatöz tiroidit, tanınması, tanı konulması ve tedavisi kolay olmasına karşın çoğu zaman üst solunum yolu enfeksiyonları ile karışabilen, kendini sınırlayan bir hastalıktır. Hastalığın tanınması için en önemli ipuçları, birkaç hafta önce viral üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş bir hastada boynun ön alt bölgesinde ağrı olması, muayenede tiroid bezinin ağrılı, hassas, sert büyümüş palpe edilmesidir. Şüphelenilen hastada eritrosit sedimentasyon hızının istenmesi ve değerin çok yüksek olması da tanıyı güçlendirmektedir. Tipik ultrasonografik bulgularıyla da desteklenen tanı konulduğunda NSAİİ'ler ya da glukokortikoidler ile kolayca tedavi edilebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fatourehchi V, Aniszewski JP, Fatourehchi GZ, et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:2100–2105
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 Oct;26(10):1343-1421
3. Hollenberg A, Wiersinga WM. (2020) The Hyperthyroid Disorders. In: Melmed S, Auchus RJ, Goldfine AB, Koenig RJ, Rosen CJ (Eds). *Williams Textbook of Endocrinology*. (14th edition, pp 1658-71). Elsevier, Philadelphia
4. Gürsoy A, Erdoğan MF. Değişik Tiroiditlere yaklaşım (2012). Gürsoy A, Erdoğan MF (eds). *Adan Z'ye Klinik Tiroidoloji*. (pp 170-172). Ömür Matbaacılık A.Ş., İstanbul

5. Brancatella A, Ricci D, Viola N, et al. Subacute Thyroiditis After Sars-COV-2 Infection. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;105:1–4
6. Erdem N, Erdogan M, Ozbek M, et al. Demographic and Clinical Features of Patients With Subacute Thyroiditis: Results of 169 Patients From a Single University Center in Turkey. *J Endocrinol Invest* 2007;30:546-50
7. Benbassat CA, Olchovsky D, Tsvetov G, et al. Subacute thyroiditis: clinical characteristics and treatment outcome in fifty-six consecutive patients diagnosed between 1999 and 2005. *J Endocrinol Invest* 2007;30:631–635
8. Izumi Y, Hidaka Y, Tada H, et al. Simple and practical parameters for differentiation between destruction-induced thyrotoxicosis and Graves' thyrotoxicosis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2002;57:51–58
9. Frates MC, Marqusee E, Benson CB, et al. Subacute granulomatous (de Quervain) thyroiditis: grayscale and color Doppler sonographic characteristics. *J Ultrasound Med* 2013;32:505–511.
10. Cappelli C, Pirola I, Gandossi E, et al. Ultrasound findings of subacute thyroiditis: a single institution retrospective review. *Acta Radiol* 2014;55:429–433.
11. Nishihara E, Ohye H, Amino N, et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. *Intern Med* 2008;47:725–729.
12. Burman DK. Subacute thyroiditis. *UpToDate* 2019
13. Kubota S, Nishihara E, Kudo T, et al. Initial treatment with 15 mg of prednisolone daily is sufficient for most patients with subacute thyroiditis in Japan. *Thyroid* 2013;23:269–272.