

SESSİZ (AĞRISIZ) VE POSTPARTUM TİROİDİT VAKALARINA YAKLAŞIM

19. BÖLÜM

Serdar OLT¹

Sefer ASLAN²

GİRİŞ

Tiroidit, tiroid iltihabı ile karakterize bir grup hastalığı kapsamaktadır¹. Postpartum tiroidit (PPT), kesin sebebi bilinmemekle birlikte doğumdan sonraki ilk 6 ay içerisinde gelişen ve tiroid bezinde otoimmün destrüksiyon ile karakterize bir tiroid bezi hastalığıdır². 1970 yılında tanımlanmıştır ve daha önce Graves hastalığı gibi tedavi edilmiştir.

Sessiz tiroidit (Ağrısız) daha çok iyot eksikliğinin sık görüldüğü yerlerde rastlanan ve postpartum tiroidit ile ayırt edilmesi kolay olmayan bir tiroidit tipidir³.

Hem postpartum tiroidit hemde Sessiz (Ağrısız) tiroidit histolojisinde lenfositik infiltrasyon ile karakterize bir inflamasyon görülür⁴.

VAKA 1

28 yaşında bayan hasta aşırı terleme ve çarpıntı yakınmalarıyla İç Hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Özgeçmişinde yaklaşık 3 ay önce doğum yaptığı ve ek bir hastalığının olmadığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde Evre 1b guatr ve taşikardi saptanıyor. Kan basıncı 120/80 mmHg, nabız: 110/dk, Ateş: 36.7°C, Solunum sayısı: 16/dk olarak saptanıyor.

Laboratuar incelemede TSH: 0,001 uIU/mL (0.34-5.6) serbest T3: 5,2 pg/mL (1.71-4.51), serbest T4: 1,6 ng/dL (0.61-1.48), anti TPO: 6 IU/mL (0-35), TRAB: 1.2 U/L (0-10), Glukoz: 80 mg/dl (70-110), Kreatinin: 0.6 mg/dl (0.5-1.3), ALT: 30 U/L (5-40), Albumin 3.6 mg/L (3.5-5), Na: 140 mEq/L (135-145), K 3.6 mEq/L (3.5-5.5), Ca: 8.5 mg/dL (8.4-10.8), ESR: 14 mm/h (<50 yaş Erkek: 0-10, Kadın: 0-20), CA-125: 5 u/mL (<35), WBC: 10.5 m/mm³ (4.3-10.3), Hemogloblin: 12.5 gr/dL (12.2-18.1), Platelet sayısı: 208 m/mm³ (142-424) olarak saptanıyor. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi hafif büyümüş ve bez parankimi heterojen olarak raporlanıyor. Postpartum tiroidit düşünüldüğü için hastaya sadece propranolol veriliyor. Takiplerinde 3 ay sonra TSH: 8 uIU/mL serbest T3: 4,2 pg/mL, serbest T4: 1,1 ng/dL olarak saptanıyor. Asemptomatik olan hastaya levotiroksin başlanmıyor. Sonraki takiplerinde hastanın tiroid fonksiyon testlerinin tamamen normale geldiği görülüyor. Hastaya yıllık takipler öneriliyor. 3 yıl sonra hastada aşikar semptomatik hipotiroidi saptanması üzerine 100 mcg levotiroksin replasman tedavisi başlanıyor. Hasta takiplerinde ötiroid hale geliyor.

¹ Doç. Dr. İç Hastalıkları, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, serdarolt84@yahoo.com

² Uzm. Dr. İç Hastalıkları, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drseferaslan02@hotmail.com

potiroid evresi sırasında TSH düzeyleri yüksektir ve serbest T4 seviyeleri düşük olabilir. Hastaların yaklaşık % 50'sinde antitiroid peroksidaz (anti-TPO) antikorları vardır¹⁴.

Subakut tiroiditte olduğu gibi, sessiz tiroiditli hastalarda tirotoksik faz sırasında düşük bir RAİ uptake'i bulunur. Benzer şekilde, tirotoksik faz sona erdiğinden, RAİ uptake'i normale döner veya hipotiroidi fazı sırasında yükselir. Tiroidin ultrasonografisi genellikle homojen olmayan hipoekojenik doku gösterir¹⁵.

Ayırıcı Tanı

Tirotoksik faz sırasında ana ayırıcı tanı sessiz tiroidit ve Graves hastalığı arasındadır. Oftalmopati veya tiroid meyvesinin varlığı Graves hastalığını gösterir. Serum T3 seviyeleri ve T3: T4 (veya serbest T3 - serbest T4) oranları, sessiz tiroiditte Graves hastalığından daha düşük olma eğilimindedir^{16,17}. Tiroid reseptör antikorlarının titreleri (TRAb) veya tiroid bağlayan inhibitör immüno-globulinler, Graves hastalığında sessiz tiroiditten daha yüksektir Doppler ultrasonografi Graves hastalığında daha yüksek kan akışı gösterme eğilimindedir^{18,19,20}.

RAİ uptake ölçümü ile kesin tanı konulabilir, çünkü sessiz tiroiditte RAİ uptake'i düşüktür ancak Graves hastalığında yüksektir.

Hipotiroid evresi sırasında ana ayırıcı tanı sessiz tiroidit ile Hashimoto hastalığı arasındadır. Antitiroid antikorların ölçümü genellikle yararlı değildir, çünkü her iki durumda da yüksek olabilirler. Kesin tanı konulmadığında hastanın tiroid fonksiyon bozukluğunun zaman içinde düzeliyor düzelmeyeceğini görmek için izlemeye veya geçici tedaviye ihtiyacı olabilir.

Tedavi

Sessiz (Ağrısız) tiroidit tedavisi, subakut tiroiditin tedavisine benzer, ancak boyun ağrısı olmadığı için non steroid anti inflamatuvar (NSAID) veya glukokortikoidler kullanılmaz. Hasta asemptomatik ya da semptomlar hafif ise tedaviye gerek yoktur. Tirotoksik faz sırasında semptomları kontrol etmek için beta blokerler kullanılabilir.

Anti tiroid ilaçlar etkisiz olup kullanılmaları önerilmemektedir.

Hasta hipotiroid fazına girdiğinde, Levotiroksin (L-T4) gerekirse semptomları tedavi etmek için kullanılabilir. Hasta semptomlardan bağımsız olarak hamileliği düşünüyorsa L-T4 uygulanmalıdır. L-T4, sessiz tiroidit başlangıcından bu yana 12 ay geçene kadar sürdürülmeli ve daha sonra tedavi kesilebilir⁴.

SONUÇ

Sessiz (Ağrısız) tiroiditten klinik olarak ayırt edilemese de, postpartum tiroidit doğumdan sonraki 12 ay içinde kadınlarda görülür. Müteakip gebeliklerde tekrarlayan doğum sonrası tiroidit sık görülür, ancak tekrarlayan sessiz tiroidit nadirdir. Postpartum tiroidit ve sessiz tiroiditin klinik olarak birbirlerine yakın olmakla beraber bu hastalıklar arasındaki bağlantı iyi belirlenmemiştir. Hekimler postpartum tiroidit öyküsü olan kadınlarda tekrarlayan sessiz tiroidit olasılığını göz önünde bulundurmalıdırlar¹.

KAYNAKLAR

1. Hansree P, Salvador VB, Sachmechi I, et al. Recurrent silent thyroiditis as a sequela of postpartum thyroiditis. *Case Rep Endocrinol*. 2014;2014:286373. doi: 10.1155/2014/286373
2. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2646-55. Review. Erratum in: *N Engl J Med*. 2003 Aug 7;349(6):620. doi: 10.1056/NEJMra021194
3. Mittra ES, McDougall IR. Recurrent silent thyroiditis: a report of four patients and review of the literature. *Thyroid*. 2007 Jul;17(7):671-5. doi: 10.1089/thy.2006.0335
4. Samuels MH. Subacute, silent, and postpartum thyroiditis. *Med Clin North Am*. 2012 Mar;96(2):223-33. doi: 10.1016/j.mcna.2012.01.003.
5. Stagnaro-Green A. Postpartum thyroiditis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2004 Jun;18(2):303-16. doi: 10.1016/j.beem.2004.03.008
6. Benvenega S, Vita R, Di Bari F et al. Assessment of serum thyroid hormone autoantibodies in the first trimester of gestation as predictors of postpartum thyroiditis. *J Clin Transl Endocrinol*. 2019 Jul 24; 18:100201. doi: 10.1016/j.jcte.2019.100201.
7. Lazarus JH. The continuing saga of postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96: 614-6.
8. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum, et al. Guidelines of

the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011;21(10):1081–125.

9. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Klinikleri Yayın Seri No: 347 4. Baskı, Nisan 2019, Ankara-Türkiye s:96-99
10. Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:334-42.
11. Benvenga S, Vigo MT, Metro D, et al. Type of fish consumed and thyroid autoimmunity in pregnancy and postpartum. *Endocrine*. 2016;52: 120–129
12. Krysiak R, Kowalcze K, Okopien B. The effect of vitamin D on thyroid autoimmunity in nonlactating women with postpartum thyroiditis. *Eur J Clin Nutr*. 2016;70: 637–639.
13. Nikolai TF, Brosseau J, Kettrick MA, et al. Lymphocytic thyroiditis with spontaneously resolving hyperthyroidism (silent thyroiditis). *Arch Intern Med*. 1980 Apr;140(4):478-82. doi:10.1001/archinte.1980.00330160038023
14. Bindra A, Braunstein GD. Thyroiditis. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1769–76.
15. Kamijo K. Study on cutoff value setting for differential diagnosis between Graves' disease and painless thyroiditis using the TRAb (Elecsys TRAb) measurement via the fully automated electrochemiluminescence immunoassay system. *Endocr J* 2010; 57:895–902.
16. Yanagisawa T, Sato K, Kato Y, et al. Rapid differential diagnosis of Graves' disease and painless thyroiditis using total T3/T4 ratio, TSH, and total alkaline phosphatase activity. *Endocr J* 2005;52:29–36.
17. Yoshimura Noh J, Momotani N, Fukada S, et al. Ratio of serum free triiodothyronine to free thyroxine in Graves' hyperthyroidism and thyrotoxicosis caused by painless thyroiditis. *Endocr J* 2005;52:537–42.
18. Kamijo K. Study on cutoff value setting for differential diagnosis between Graves' disease and painless thyroiditis using the TRAb (Elecsys TRAb) measurement via the fully automated electrochemiluminescence immunoassay system. *Endocr J* 2010; 57: 895–902.
19. Izumi Y, Takeoka K, Amino N. Usefulness of the 2nd generation assay for anti-TSH receptor antibodies to differentiate relapse of Graves' thyrotoxicosis from development of painless thyroiditis after antithyroid drug treatment for Graves' disease. *Endocr J* 2005; 52:493–7.
20. Ota H, Amino N, Morita S, et al. Quantitative measurement of thyroid blood flow for differentiation of painless thyroiditis from Graves' disease. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007; 67: 41–5.