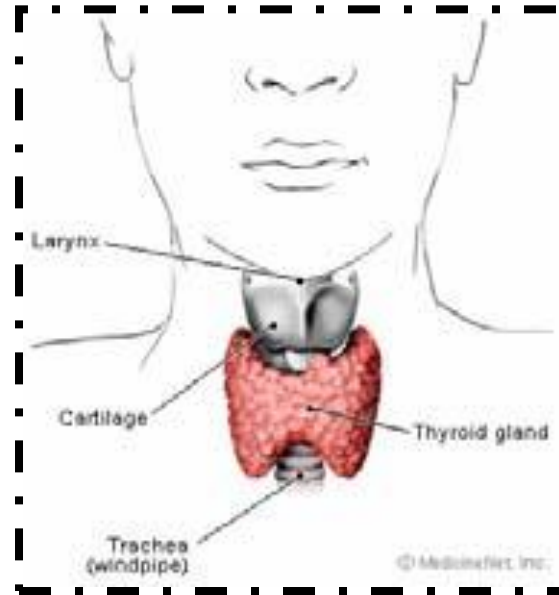


Aile Hekimliğinde Tiroid Hastalıklarına Yaklaşım

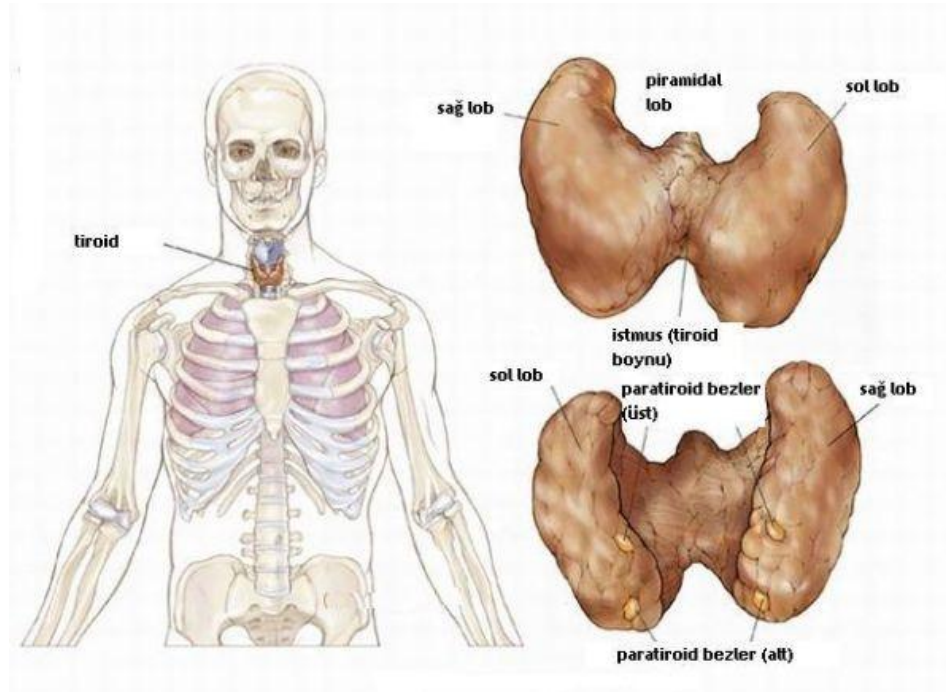


Uzm. Dr. Olgun Göktaş
Uludağ Üniversitesi Aile Sağlığı Merkezi
BURSA

■ Tiroid anatomisi



■ Tiroid anatomisi



■ Tiroid Hormonları;

. Tiroid bezinin salgıladığı hormonlar;

Tiroksin (T4) ve **Triiyodotironin (T3)** vücudun metabolik hızını etkileyen hormonlardır.

. Bunun dışında **Kalsitonin** hormonu da bu bezden salgılanmaktadır.

. Salgılanan hormonun % 93'ü T4, % 7' si de T3 şeklindedir.

■ Tiroid Hormonları;

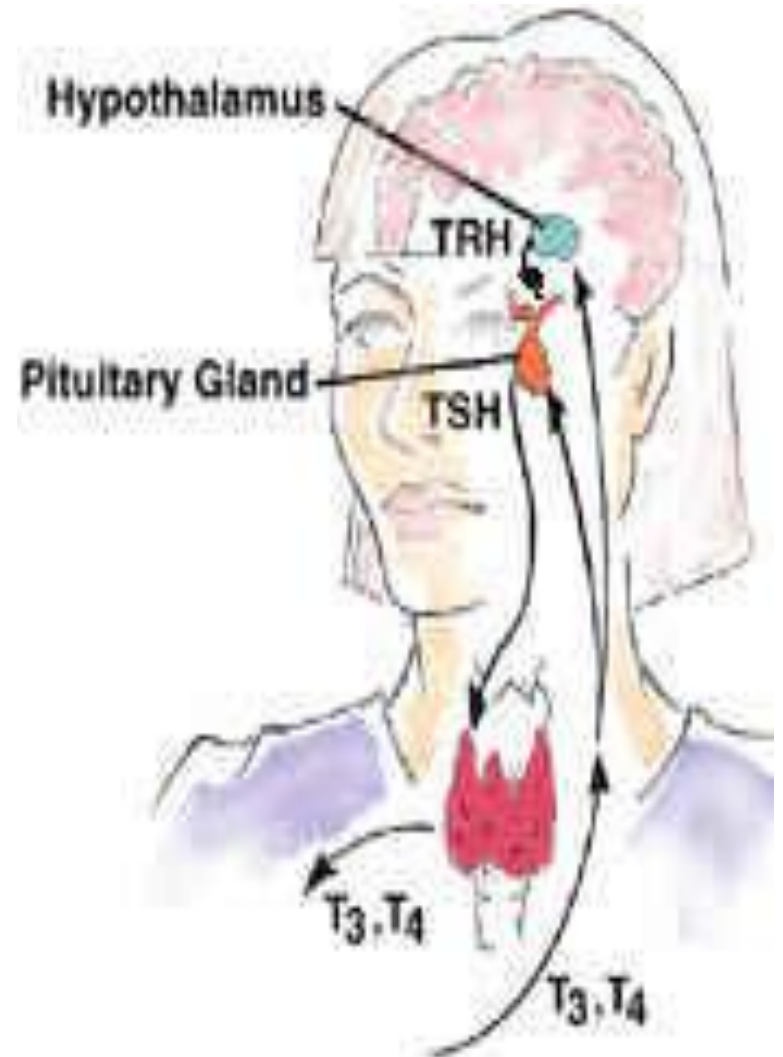
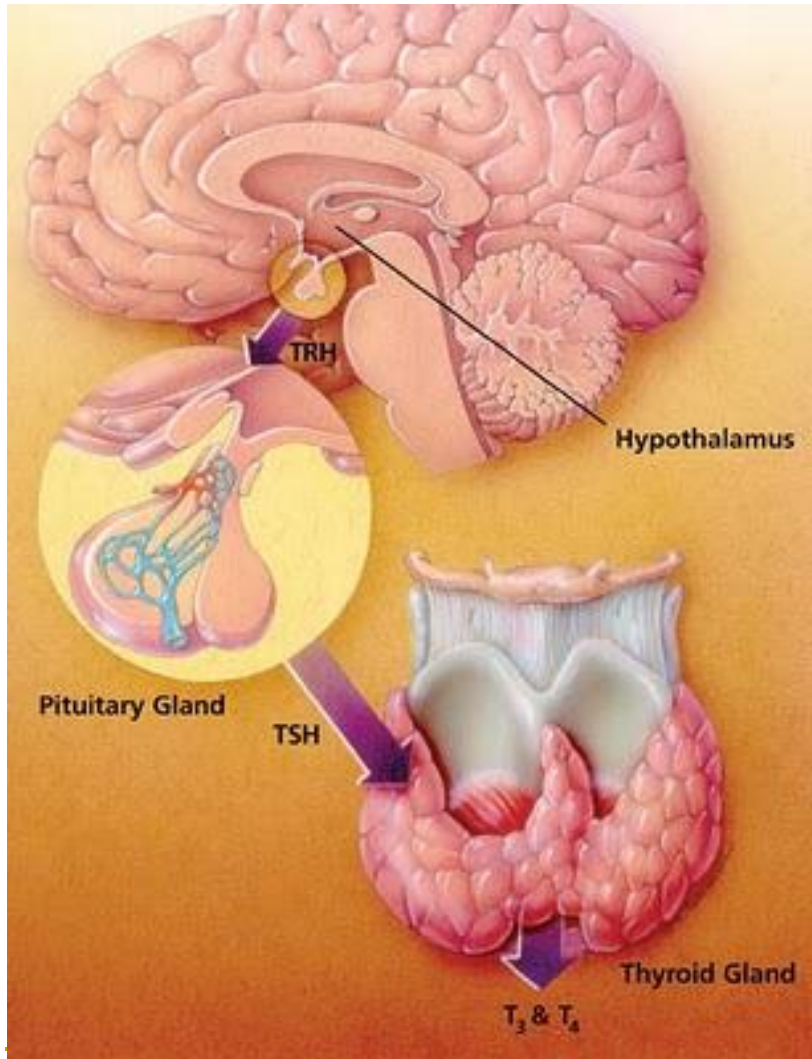
- . Dokularda T4'ün çoğu T3'e dönüşür.
- . T3, T4'den 4 kat daha potent bir hormondur ancak T4'e göre kanda daha az miktarda ve kısa sürede bulunur.
- . Tiroksinin yeterli miktarda yapılabilmesi için yılda 50 mg iyodin alımı gereklidir bu da yaklaşık 1 mg/haftaya karşılıktır.

■ Tiroid Hormonları;

. Tiroid hormonunun yeterli miktarda devamlı salınabilmesi için bazı kontrol mekanizmaları vardır.

. **Tirotropin (TSH)** anterior hipofiz hormonu olup, T3 ve T4'ün bezden salınımını artırır.

. Hipofizden TSH'ın salgılanması hipotalamik Hormon olan **Tirotropin Salgılatıcı Hormon (TRH)** tarafından düzenlenir.



■ Tiroid Hastalıkları;

1. Tiroidin konjenital anomalileri
2. Hipotiroidizm
3. Hipertroidizm
4. Troiditler
5. Guatr
6. Tiroid nodülleri
7. Tiroid karsinomları

■ Tiroid Hastalıkları;

. Tiroid hormonlarının yapımı ya da salınımının artması veya azalması sonucunda karşımıza farklı klinik tablolar çıkar.

. Tiroid hastalıkları her 200 erişkinden 1'nde görülür, ancak kadınlarda ve ileri yaşlarda daha sıktır.

■ Tiroid Hastalıkları;

. Diyabet ya da diğer otoimmün hastalıkları olanlarda, ailesinde tiroid hastalığı öyküsü veya baş boyun bölgesine radyasyon maruziyeti öyküsü olan kişilerde tiroid hastalığı daha yaygındır.

. Amerikan Tiroid Derneğinin güncel klavuzu, tüm yetişkinlerin 35 yaşından başlayarak her 5 yılda bir TSH ölçümünü önermektedir.

■ TİROİD TESTLERİ

Tiroid hastalıklarında sık kullanılan tanısal testler

TESTİN ADI	KISALTMA	NORMAL DEĞERLER*
Tiroidin sekretuar durumunu tayin		
Serum tiroksin (total)	T4	4.80-12.8 mg/100 ml
Serum triiodotironin (total)	T3	0.52-1.75 ng/ml
Serbest tiroksin	T4	0.73-1.95 mg/100 ml
Serbest triiodotironin	T3	2.14-5.34 pg/mL
T3 Resin Uptake	T3Ru	%25.5-34.4
Serbest tiroksin indeksi	FTI veya T7	5.0-12.0 mg/dL
Radyoaktif iyot uptake	RAIU	< %22
Tiroid stimüle edici hormon	TSH	0-5 mU/mL
Duyarlı TSH	S-TSH	0.4-6.0 mIU/L
Tiroksin bağlayan globulin	TBG	12.20 mgT4/100 mL±1.8 mg
Hipotalamus-hipofiz-tiroid aksisini değerlendirme		
TRH stimülasyon testi		pik TSH 10-30 mU/mL, 20-30 dakikada
Tiroid anatomisini değerlendirme		
Tiroid sintigrafisi		Homojen dağılım: normal büyüklük, şekil ve pozisyon
Tiroid ultrasonografisi		Kitle varlığını ve solid veya kistik olduğunu inceler
Tiroid histolojisini değerlendirme		
İnce iğne aspirasyon biopsisi ABC		

*Laboratuvar normlarına göre değişebilir.

TİROİD BOZUKLUKLARDA TETKİKLER

1. Tiroid Fonksiyon Testleri

Serum TSH düzeyi tiroid fonksiyonunu göstermede en duyarlı indeks; gerekli olduğunda TSH her 3-6 ayda bir tekrarlanır.

2. Tiroid Otoantikorları

Gerek duyulduğunda TSH reseptör antikorları (TRAb) veya tiroid uyarıcı immunglobulinler (TSH) gibi tiroid antikorları için testler yapılabilir. Antitiroidal peroksidaz & Antitiroglobulin

TİROİD BOZUKLUKLARDA TETKİKLER

3. İnce İğne Aspirasyon

Tiroid nodüllerinin tanısında kullanılan en maliyet-etkin olan tek test

4. Radyonükleer Görüntüleme

Hipertroidi ve tiroid nodüllerinin ayırıcı tanısında yararlıdır.

5. Tiroid USG

Tiroid nodüllerinin saptanması, solid ile kistik yapının ayırt edilmesinde yararlıdır.

AİLE HEKİMLİĞİNDE TİROİD BOZUKLUKLARINA AİT VAKALAR

VAKA-1

- . 35 Yaşında
- . Bayan
- . Hastalık öyküsü tanımlıyor.

VAKA-1

Yaklaşık 3 aydan fazla;

- . Her iki bacakta hissizlik
- . Her iki alt ekstremitede kuvvet kaybı
- . Karında şişkinlik ve dolgunluk
- . Kabızlık

VAKA-1

Fizik muayenede;

- . Genel durumu orta, ajite
- . TA: 100 / 65 mmHg, KTA: 72/dk ritmik
- . Vücut ısı : 26.1 °C, Solunum sayısı: 18 / dk.
- . Hafif temporal alopesi, müköz membranlar soluk
- . Batın distandü, yaygın hassasiyet mevcut,
Rebound yok
- . Nörolojik muayene: Alt ekstremitede bilateral 4/5 kuvvet kaybı

VAKA-1

Ön tanı ?

- . Hb: 7.5 g/dl
- . Htc: % 24
- . BK : 2820/mm³
- . KK : 3.470 x 10³
- . MCV: 115 fL
- . Retikülosit: %0.96
- . TİT:NORMAL
- . RİEGRAFİ:NORMAL
- . EKG: Sinüs ritmi
- . Glukoz : 77 mg/dl
- . Üre : 87 mg/dl
- . Kreatinin : 1.7mg/dl
- . GFR : 76 ml/dk
- . Na : 138.1mmol/L
- . K : 3.84mmol/L
- . AST/ALT : 67/29 U/L
- . T.kol : 113 mg/dL
- . Trigliserit : 80 mg/dL
- . Albumin : 3.7 G/dl

VAKA-1

- . Ferritin: 108 ng/ml
- . Folat : 16.3 ng/ml
- . Vit.B₁₂ :17.3 pg/ml
- . Transferin: % 51
- . TSH : 20.7 IU/ml
- . sT₄ : 11 pmol/L
- . Anti-Mikrozomal Ab: (-)
- . Anti-TPO: (-)

VAKA-1

- . KC hastalığı
- . Vit. B12 yetmezliği
- . BB yetmezliği
- . Subklinik hipotiroidi

VAKA-1

Subklinik Hipotirodi;

- . TSH konsantrasyonunun referans aralığının üst sınırından yüksek olması
- . Serum sT4 ise referans aralığının içinde olması

VAKA-2

- . 34 yaşında kadın hasta
- . Gebeliğini sonlandırmak için başvuruyor
- . Fazla kilolarından yakınıyor.

VAKA-2

Özgeçmiş;

- . Adetleri düzenli (28/4-5/2-3)
- . 3 yıl önce 39 haftalık normal doğumla bir bebeği olmuş.
- . Bu gebelikte aldığı kilo: 11kg
- . 6 yıl önce 2 spontan düşük (8-10 hf.lık)
- . 5 yıl önce depresyon tedavisi
- . 3 yıl önce letarjik yakınmalarla AH'ne başvuru

VAKA-2

Soygeçmiş;

- . Annesi
- . 2 ablası
- . Dayısı
 - Hipotiroidi tedavisi alıyor.

VAKA-2

Fizik muayene;

- . Boy : 1.61 m
- . Kilo : 89.4 kg
- . VKİ : 34,5 kg/m²
- . TA: 120 / 80 mmHg Nabız: 58
- . Sistem muayeneleri normal
- . Guatr yok
- . Kendini mutsuz ve üzüntülü hissediyor

VAKA-2

Laboratuvar;

- . Hgb: 12.8 gr/dl
- . Rutin biyokimya: normal
- . KFT: normal
- . T T4:6
- . S T4: 1.1
- . S T3: 1.2
- . TBG: 22.5
- . TSH: 298
- . Tiroid AB: 1/25 600 de mikrosoma Ag
- . 1/40 tiroglobulin

VAKA-2

- . **Hipotirodi**
- . **Spontan Atrofik Hipotiroidizm**

HİPOTROİDİ

. Tiroid hormonlarının yapımının
Ya da salınımının azalması sonucu
Ortaya çıkan klinik tablodur.

- . Özellikle yaşlı kadınlarda sık (%5)
- . Genellikle 50 yaş üzerinde ancak her yaşta olabilir.
- . Kadın / Erkek = 10 / 1



HİPOTROİDİ

- . ABD'de tüm populasyon genelinde görülme sıklığı % 2' dir.
- . 65 Yaş üstü kadınlarda ise % 10 düzeyindedir
- . Hipotiroidizmde görülen semptomların çeşitliliği nedeniyle, tüm klinisyenlerin özellikle yüksek riskli gruplarda bu tanıyı akılda tutmaları gerekmektedir.

HİPOTROİDİ

- **Patogenez;**
- **I Primer Hipotiroidiler;**
 - . Otoimmün (Hashimato Tiroiditi)
 - . Antitiroid ilaçlar
 - . Cerrahi sonrası (Tiroidiektomi)
 - . RAI tedavisi
 - . Eksternal radyasyon
 - . Konjenital
 - . İlaça bağlı (Lityum, Amiodaron)

Amiodaron : Atriyal fibrilasyon ve ventriküler taşikardi tedavisinde yaygın olarak kullanılan antiaritmik. 100 mg'da 37 mg İodine içeriyor.

HİPOTROİDİ

- **Patogenez;**
- **II Sekonder Hipotiroidiler;**
 - . Hipofiz ve/veya hipotalamus hastalıkları (İzole veya kombine TSH yetmezliği)
 - . TSH cevapsızlık
- **III Periferik Cevapsızlık;**
 - . TH cevapsızlık
 - . Hücresel tiroid hormonu transfer kusurları
- **IV Kombine Patogenez;**
 - . Açlık, yaşlılık (fizyolojik)

PRİMER HİPOTROİDİZM

- . İdiopatik hipotiroidizm
- . Hashimoto tiroiditi
- . Tiroid radrasyonu sonrası
- . Cerrahi sonrası
- . İyot eksikliği
- . İlaçlar
- . İnfiltratif hastalıklar (sarkoidoz, amiloid, skleroderma, hemokromatosis)

SEKONDER HİPOTROİDİZM

- . Hipofizer ya da hipotalamik neoplazmlar
- . Konjenital hipopituitarizm
- . Hipofizde nekroz

Gastrointestinal

Konstipasyon, kilo alma,
iřtahta azalma, dilde kalınlařma

Kardiyovasküler

Bradikardi, göğüs ağrısı,
hipotansiyon, kardiyomegali

Etkilenen 4 Sistem

Hemopoietik

Anemi, serum demir ve serum folat
düzeylelerinde ↓

Reprodüktif

Libidoda azalma,
menstürasyon değişiklikleri

SEKONDER HİPOTROİDİZM

■ Belirti ve Bulgular;

- . Konstipasyon
- . Soğuk intoleransı
- . Letarji, yorgunluk
- . Ses kısıklığı
- . Solukluk
- . Kilo alma
- . Ödem
- . Eklem ağrıları
- . Fiziksel ve mental yavaşlama
- . Yüz ve gözlerde şişme
- . Saçlarda yaygın incelme, azalma, kırılma
- . Kaşlarda dökülme (üçte bir dış kısmı)

SEKONDER HİPOTROİDİZM

■ Belirti ve Bulgular;

- . Yumuşak ya da ileri dönemlerde sert palpable irregüler tiroid dokusu
- . Miksödem
- . Depresyon
- . Tırnak değişiklikleri
- . Reflekslerde azalma
- . Kuru soğuk deri
- . Nefes darlığı
- . Solunum sayısında azalma
- . Uykuda artış
- . Sinüzal bradikardi ve diyastolik hipertansiyon

KİLİNİK ŞİDDETE GÖRE HİPOTROİDİZM;

- . Subklinik Hipotiroidizm
- . Hafif Hipotiroidi
- . Orta Ağırılıkta Hipotroidi (Miksödem)
- . Ağır Hipotroidi (Miksöedem)
- . Hipotroidi Koması (Miksödem)

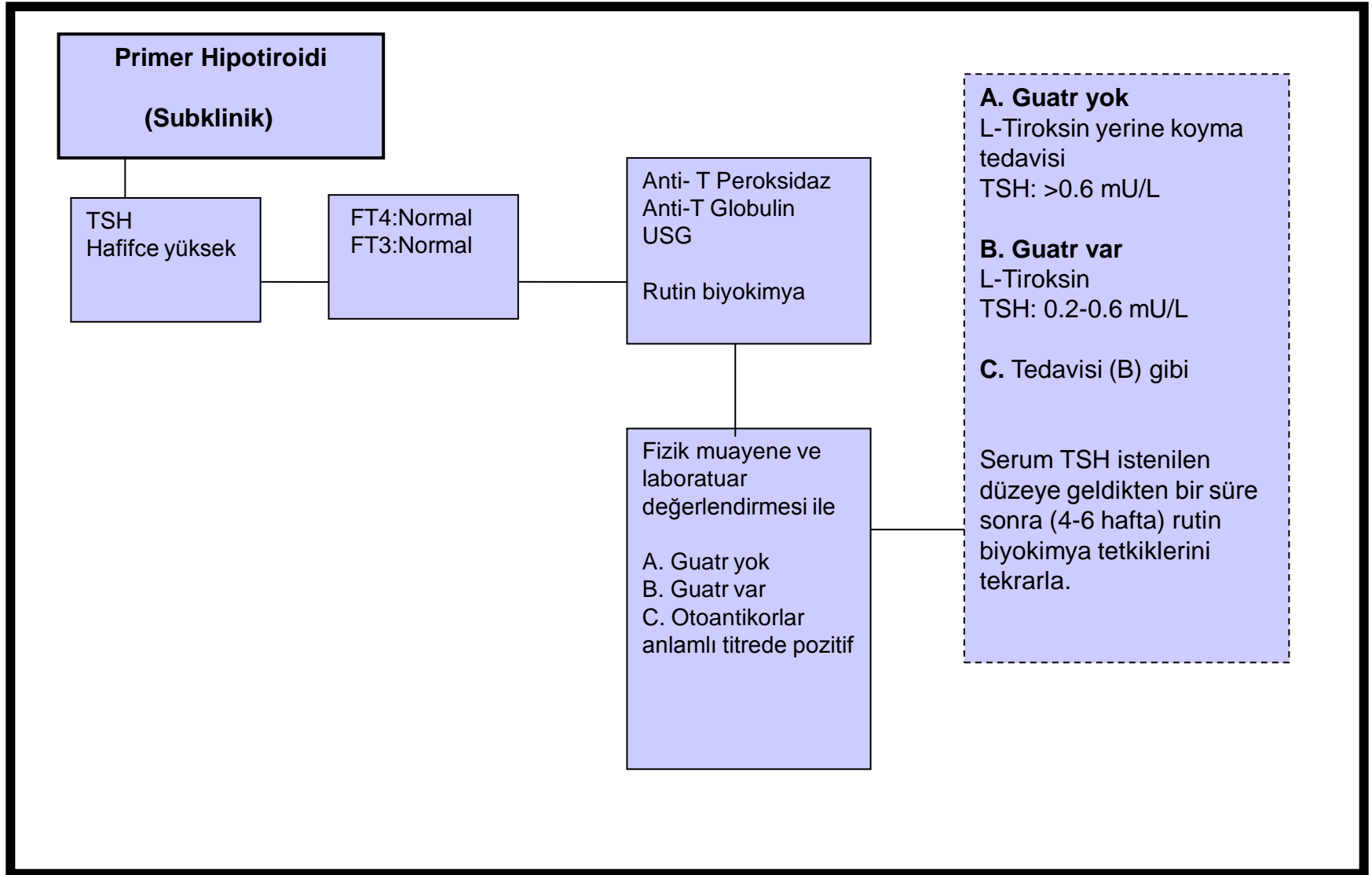
Aile Hekimliğinde;

- . Aile hekimliğinde karşılaştığımız hipotroidi vakaları klinik şiddete göre yapılan sınıflandırılmaya göre adlandırılmış olan subklinik, hafif ve orta ağırlıkta hipotroidi vakalarıdır.
- . Primer hipotroidizm başlığı altında toplanmış olan nedenler hipotroidi vakalarının % 95'nde altta yatan nedenleridir.

PRİMER HİPOTROİDİZM

- . İdiopatik hipotiroidizm
- . Hashimoto tiroiditi
- . Tiroid radrasyonu sonrası
- . Cerrahi sonrası
- . İyot eksikliği
- . İlaçlar
- . İnfiltratif hastalıklar (sarkoidoz, amiloid, skleroderma, hemokromatosis)

Aile Hekimliğinde Tiroid Hastalıklarına Yaklaşım, KAHEKON, 28.10.2011



Aile Hekimliğinde Tiroid Hastalıklarına Yaklaşım, KAHEKON, 28.10.2011

**Primer Hipotiroidi
(Hafif)**

TSH
yüksek

FT4: İlimli
düşük
FT3: Artmış,
Normal,
Alt sınırdadır

Anti-T Peroksidaz
Anti-T Globulin
USG

Rutin biyokimya

Fizik muayene ve
laboratuvar
değerlendirmesi ile

A. Guatr yok
B. Guatr var
C. Otoantikorlar
anlamli titrede pozitif

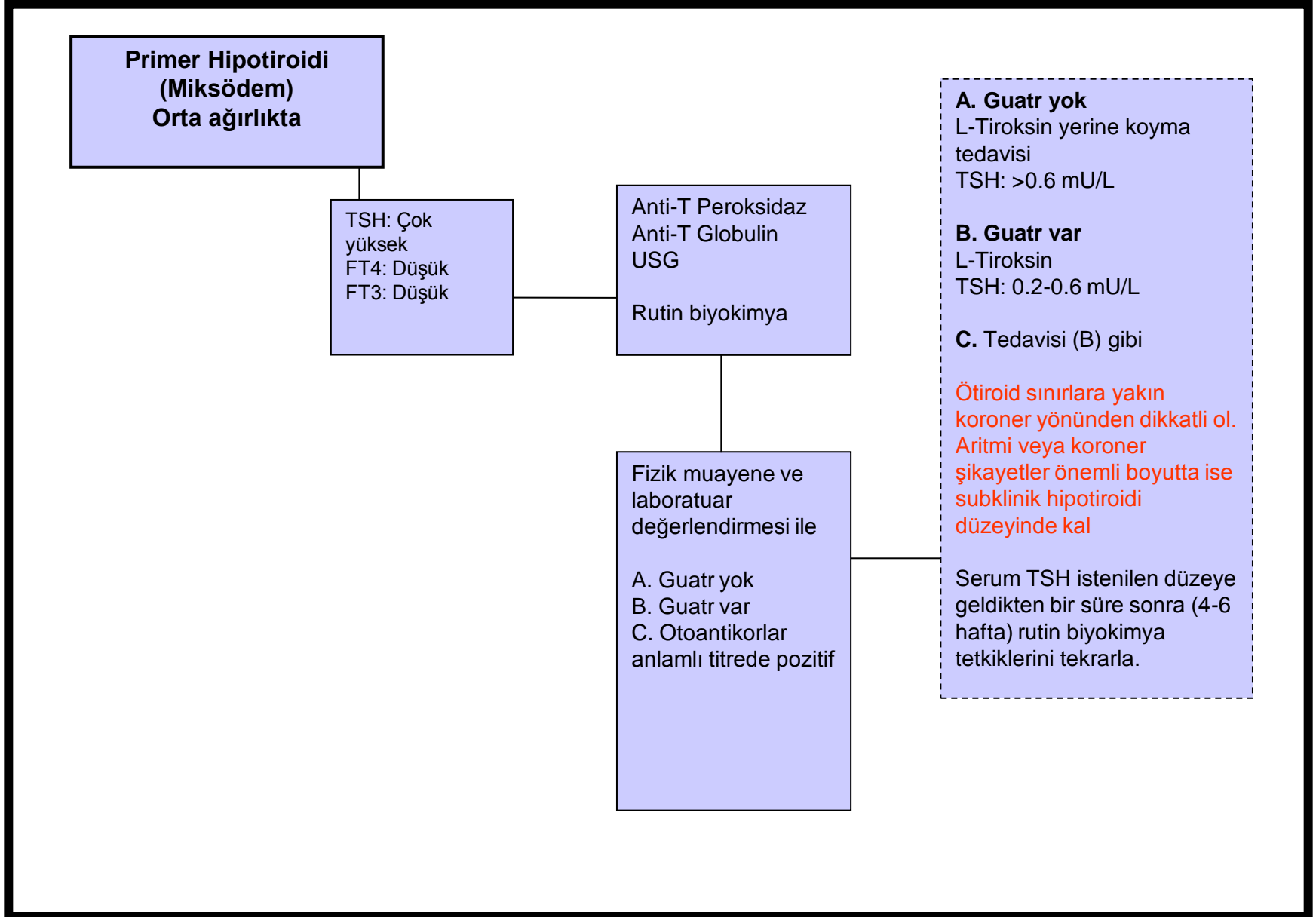
A. Guatr yok
L-Tiroksin yerine koyma
tedavisi
TSH: >0.6 mU/L

B. Guatr var
L-Tiroksin
TSH: 0.2-0.6 mU/L

C. Tedavisi (B) gibi

Serum TSH istenilen
düzeeye geldikten bir süre
sonra (4-6 hafta) rutin
biyokimya tetkiklerini
tekrarla.

Aile Hekimliğinde Tiroid Hastalıklarına Yaklaşım, KAHEKON, 28.10.2011



HİPOTROİDİZMDE LABORATUVAR DEĞİŞİKLİKLERİ

TSH (Tiroid uyarıcı Hormon)	Serbest T4 (Tiroksin)	Serbest T3 (Triiyodotironin)	Olası Tanı
Yüksek	Düşük	Düşük	Primer Hipotiroidizm
Yüksek (> 10 mU/L)	Normal	Normal	Gelecekte hipotiroidizm gelişme riski <u>yüksek</u> subklinik hipotiroidizm
Yüksek (6-10 mU/L)	Normal	Normal	Gelecekte hipotiroidizm gelişme riski <u>düşük</u> subklinik hipotiroidizm
Yüksek	Yüksek	Düşük	T4-T3 dönüştürücü enzimin kongenital yokluğu veya amiodaron etkisi
Yüksek	Yüksek	Yüksek	Tiroid hormonuna periferik direnç
Düşük	Düşük	Düşük	Hipofizer tiroid hormon eksikliği veya replasman sonrası tiroid hormon çekilmesi durumu

HİPOTİROİDİZMDE TEDAVİ

- . Primer hipotiroidizimli hastalarda tedaviye tiroid hormon replasmanı ile başlanmalıdır.
- . Sekonder hipotiroidizmde sebebin hipotalamustan veya hipofizden kaynaklanan bir sorun olup olmadığının belirlenmesi ve sonrasında altta yatan nedene göre tedaviye başlanması gerekir.

HİPOTROİDİZMDE TEDAVİ

- . Hipotiroidisi olan bir çok sağlıklı erişkin yaklaşık 1.6 mcg/kg tiroid replasmanına ihtiyaç duyarken bu ihtiyaç yaşlılarda 1.0 mcg/kg'a kadar düşmektedir.
- . Başlangıç dozu 12.5 mcg'dan 100-150 mcg tam doz levotiroksine kadar değişebilir.
- . Dozlar yaşa, kiloya, kardiyak duruma hipotiroidizmin süresine ve şiddetine bağlı olarak değişkenlik gösterecektir.

HİPOTROİDİZMDE TEDAVİ

- . Tedavi levotiroksin dozundaki herhangi bir değişikliği takiben en az 6 hafta sonra titre edilmelidir.
- . Serum TSH düzeyi doz ayarlanması için önemli ölçüttür.
- . Hedef TSH'ı 0.5-2 mIU/L düzeyinde tutmaktır.
- . Aylık TSK takibi, ötroidi durumuna gelindikten gelindikten sonra daha az sıklıkla (6-12 aylık) yapılır.
- . İlacın aç alınması önemlidir.

VAKA-3

- . 43 yaşında evli, 1 çocuklu, kadın hasta
- . 17 yaşından beri guatrı mevcut
- . 25 yaşında multinodüler guatr tanısı ile opere edilmiş

VAKA-3

- . Düzenli olarak L-tiroksin 100 mcg/gün almış, ancak 2 yıl önce ilacı kesmiş
- . Takip için başvuruyor
- . Sinirlilik halinden yakınıyor
- . Sorgusunda;
 - yakın dönemde sıcağa dayanamadığını,
 - zaman zaman çarpıntıdan yakınıyor.

VAKA-3

Fizik muayenede;

- . Hafif gergin,
- . TA : 100 /60 mmHg
- . Nabız :100 /dk
- . Tremor
- . Cilt nemli
- . VKİ :32 kg/m²

VAKA-3

Tiroid muayenesinde;

- . Sağda 1-1.5 cm çapında sertçe nodül mevcut
- . Sağ alt lob ucu rahat palpe edilemiyor

VAKA-3

Laboratuvar;

- . TSH : 0.2 mu/L ↓
- . FT3 : 6.7 pg/ml ↑
- . FT4 : 4.3 ng/dl ↑

VAKA-3

Hasta Tirotoksikoz

- . Sevk Et (USG, sintigrafi)
- . Hipertroidinin en sık nedeni Graves hastalığı.
Ancak Toksik adenom da sıkça rastlanır.

VAKA-4

- . 44 yaşında, evli 1 çocuklu kadın
- . Şikayetleri:
 - . Halsizlik
 - . Konsantrasyon güçlüğü
 - . Kabızlık
 - . Unutkanlık
 - . Ciltte kuruma
 - . Kilo alma
 - . Sinirlilik
- . Bu yakınmaları 3-4 aydır varmış.
- . Anne ve kızkardeşte hipotiroidi

VAKA-4

- . Fizik muayenede:
 - . TA: 140 / 85 mmHg, Nabız: 60/dk
 - . VKİ: 31 kg/m²
 - . Yüz ödemli, göz kapaklar şiş, cilt kuru
 - . Refleksler yavaşlamış

VAKA-4

- . Fizik muayenede:
 - . Grade 2, granüle sert, yüzey pürüzlü tiroid doku




VAKA-4

Hastanın şikayetleri ve aile öyküsü ön planda **hipotiroidi** varlığını düşündürmektedir.

Muayene bulguları ve tiroid bezi muayene bulguları **Hashimoto Tiroiditi ?** düşündürüyor.

TSH, FT4, FT3

VAKA-4

- . TSH : 22 mu/L 
- . ST3 : 0,9 pg/ml 
- . ST4 : 0,6 ng/dl 

HASTA HİPOTİROİDİ

SEVK ET

VAKA-4

- . Anti –T : 1/ 640
- . Anti-TPO : 1/5120

Tanı: **HASHİMOTO TİRODİTİ**

VAKA-4

- . Hipotroidinin en sık nedeni **Hashimoto Tiroiditi** dir. Antikorlar genellikle pozitif olsa da, bazen negatif olabilir.
- . Kardiyovasküler sorunu olmayan hastalarda replasman doz (1,6 mcg/kg) başlanabilir.
- . Hashimoto tiroiditi genellikle ailesel yatkınlık gösterir.

HASHİMOTO TİROİDİTİ

- . Tüm dünyada özellikle iyot eksikliği olan bölgelerde en yaygın görülen hipotiroidi nedenidir.
- . Tiroid hormon yapım ve salınımının azalması ile karakterize, otoimmün bir hastalıktır.
- . Genellikle 30-50 yaşları arasında görülür.
- . Kadın / Erkek : 8 / 1

HASHİMOTO TİROİDİTİ

- . Diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilir
- . Hastalarda sıklıkla hipotiroidi kliniği ile birlikte ağrısız, sert, diffüz guatr saptanır.
- . Tiroid USG' de diffüz büyüme ve dokuda heterojenite saptanabilir.
- . Tiroid otoantikörleri pozitiftir.
(Anti-TPO, Anti-TG)
- . Ötiroid, tirotoksik ve hipotiroid geçişleri olabilir.

VAKA-5

- . 22 Yaşında kadın hasta, evli
- . 13 haftalık gebe
- . Şikayetleri;
 - . Halsizlik
 - . Çarpıntı
 - . Sıcağa tahammülsüzlük
 - . Bulantı – kusma
 - . Kilo alamama

VAKA-5

- . Fizik muayenede;
 - . TA: 125 / 70 mmHg, Nabız: 115/ dk, ritmik
 - . İnce tremor
 - . Bakışlar parlak ve canlı
 - . Hafifçe üst göz kapağı spazmı var
 - . Cilt terli, yumuşak, sıcak

VAKA-5

Tiroid muayenesi:

- . Muayenede yaklaşık 60 gr, elastik kıvamda, diffüz büyümüş.

VAKA-5

. Ön tanı olarak **Graves' Hastalığı** düşünöldü.

VAKA-5

- . Hastada fonksiyon durumunu görmek için TSH, FT3, FT4 istendiğinde,

TSH	: 0,04 mU/L	↓
FT3	: 6,2 pg/ml	↑
FT4	: 2,8 ng/dl	N

SEVK ET

VAKA-5

- . Tiroid USG: Bez normalden büyük. Heterojen eko dağılımı
- . Lab: Anti-T : 1/650
Anti-TPO : 1/1240
TrAb : %24
HCG : 7183 mIU/ml

Tanı: **Graves Hastalığı**

VAKA-5

Graves Hastalığı - Gebelik

Tedavi:

- . Antitiroid.
- . Lökosit sayımı: başlangıçta ve ateş, boğaz ağrısı olduğunda bakılacak.
- . 3500 /mm³'ün altında değerlendirilecek

VAKA-5

Graves Hastalığı - Gebelik

Takip:

- . Hedef : Anne FT4 düzeyini en düşük ilaç dozuyla, üst normalde tutmak
- . Kadın doğum uzmanı ile birlikte takip ederek, bebek gelişiminin normal olması
- . Aylık; TSH, FT3, FT4 bakılması

VAKA-5

Graves Hastalığı - Gebelik

- . Gebelikte 2. sıklıkta görülen endokrin hastalık hipertroididir.
- . Gebede Hiperemesis Gravidaruma bağlı Geçici hipertroidi ile Graves hastalığını ayırt etmek önemlidir.
- . HCG, TSH ile aynı alfa-subünite sahiptir, tiroidi stimüle ederek, çok yüksek düzeylerde hipertroidi yaratabilir.

GUATR



GUATR

- . Tiroid bezinin parankim ağırlığı ve çapında artış olması sonucu gelişen patolojiye Guatr denir.
- . Tiroid bezinin ağırlığı 10- 20 gr arasındadır.
- . Tiroid bezi ağırlığının kadınlarda 18 gr, erkeklerde 25 gr üzerinde olması guatr kriteri olarak kabul edilmektedir.

GUATR

ETYOLOJİ;

- . İyot Eksikliği (endemik guatr)
- . Guatrojenler (siyanatlar, lityum, amiodaron)
- . Tiroiditler (Hashimoto Tiroidit vb)
- . Tiroid kanserleri

GUATR

KLİNİK EVRELEME;

Evre 0 : Normal tiroid

Evre 1a: Palpasyonla minimal hiperplazi

Evre 1b: Baş hiperekstansiyonda iken, hasta yutduğunda tiroid bölgesinde dolgunluk palpasyonla hiperplazi saptanması

Evre 2 : Ayakta düz duruşta inspeksiyonla boyun ön bölgesini kaplayan guatr, palpasyonla da bunun desteklenmesi

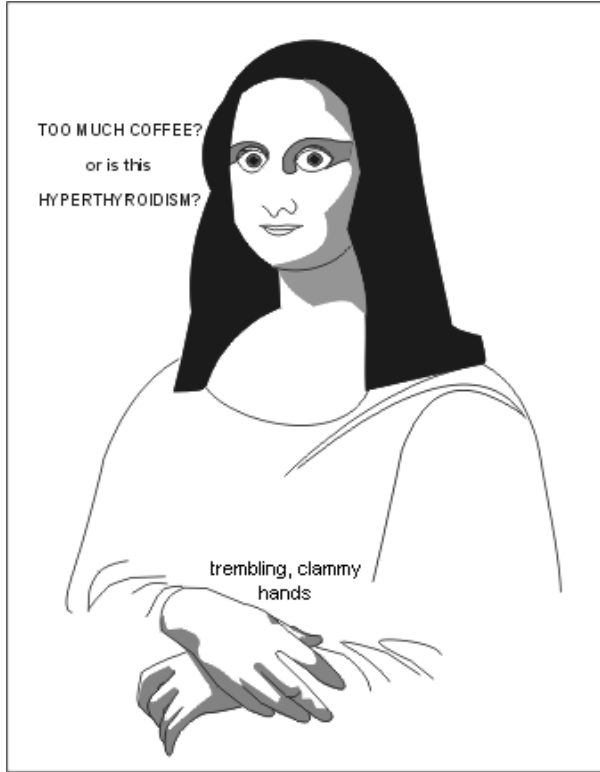
Evre 3 : Uzak mesafeden görülebilen, diffüz ya da nodüler guatr

GUATR

TEDAVİ;

- . Amaç TSH baskılanmasını sağlamaktır.
- . Evre 1a ve 1b'de sadece periyodik izlem yapılabilir.
- . L-Tiroksin 50-150 µg/gün dozunda önerilir.
- . TSH düzeyini baskılayan doz ile 3-6 aylık izlemde tutulmalıdır.
- . Tedaviye 1-2 yıl devam edilir. Sonrasında kesilerek fizik muayene ve gerekirse Tiroid USG ile izlenmelidir
- . Medikal tedaviye yanıt alınamayan olgular, Evre 3 guatrı bulunanlar ve malignensi şüphesi olanlarda cerrahi tedavi uygulanır.

HİPERTİROİDİ



HİPERTİROİDİ

Tiroid hormonlarının yapımının ya da salınımının artışıdır.

TİROTOKSİKOZ

Kandaki yüksek tiroid hormonlarının, hücre düzeyindeki etkilerinin ortaya çıkmasıyla oluşan klinik tablodur.

HİPERTİROİDİ

- . ABD'de toplum genelinde kadınlarda % 2, erkeklerde ise % 0.2 oranında saptanmıştır.
- . 60 Yaş üstü popülasyonda ise prevalansı % 15 düzeyindedir.
- . Grave's hastalığı, tirotoksik nodül ve tiroiditler vakaların yaklaşık % 90'ını oluşturmaktadır.
- . Kadınlarda daha yaygın oranda görülmektedir.
- . Kadın / Erkek oranı = 4 / 1 – 10 / 1

HİPERTİROİDİ

Etyoloji;

- . Toksik Guatr
 - Graves Hastalığı (% 85)
 - Toksik Adenom (% 5)
 - Toksik Multinodüler Guatr (% 10)
- . Tiroiditler
- . L-Tiroksin tedavisi
- . TSH salgılayan pituiter adenom
- . Metastatik folliküler tiroid karsinomu
- . Struma ovarii
- . Koryokarsinom, mol hidatiform
- . Amiodarone kullanımı
- . İyodine bağlı tiroid hiperfonksiyonu

HİPERTİROİDİ

Belirti ve bulgular;

- . Sıcak intoleransı
- . Ellerde terleme
- . Kas kuvvetsizliği
- . Normal veya artmış iştaha rağmen kilo kaybı
- . Duygusal labilite, özellikle anksiyete
- . Palpitasyon
- . Barsak hareketlerinde artma

HİPERTİROİDİ

Belirti ve bulgular;

Yaşlı hastalar;

- . Özellikle taşikardi (atrial fibrilasyonla ilişkili), efor dispnesi ve ödem gibi kardiyopulmoner semptomlarla başvurabilir.
- . İştah da daha az oranda azalmaya karşın daha fazla kilo kaybı görülebilir.
- . Diğer semptomlar olmadan, yalnızca zayıflık ve asteni ile görülebilir.

HİPERTİROİDİ

Belirti ve bulgular;

Hipertiroidi ile ilişkili olduğu düşünülen bazı klinik durumlar ise;

- . Osteoporoz
- . Hiperkalsemi
- . Konjestif kalp yetmezliği
- . Prematür atrial kontraksiyonlar
- . Nefes darlığı
- . DM tanısı olanlarda glisemik kontrolün bozulması

TİROTOKSİKOZ

Semptomlar;

- . Sinirlilik % 88
- . Kilo kaybı % 83
- . Sıcağa tahammülsüzlük % 75
- . Nefes darlığı % 70
- . Çarpıntı % 69
- . Terleme % 62
- . Zayıflık % 47
- . İştah artışı % 45
- . Kusma % 44
- . Bacaklarda şişlik % 38
- . Göğüs ağrısı % 36
- . Ateş % 36
- . Karın ağrısı % 20
- . Saç dökülmesi % 4

TİROTOKSİKOZ

Bulgular;

- . Guatr % 96
- . Cilt değişiklikleri % 85
- . Tremor % 79
- . Taşikardi % 76
- . Sistolik üfürüm % 76
- . Göz bulguları % 60
 - . Egzoftalmus
 - . Göz kapağı retraksiyonu
 - . Konjunktival ödem – hiperemi
- . DTR'de canlılık %56
- . Sistolik HT % 52
- . Tiroid bezi üzerinde üfürüm % 47
- . Atral fibrilasyon % 8
- . Jinekomasti % 7

TIROTOKSİKOZ

Fizik Muayene;

- . Ajite, huzursuz hasta
- . Sıcak ve terli eller
- . Guatr
- . İnce tremor (eller üzerine bir kağıt koyma)
- . Sistolik hipertansiyon, taşikardi
- . Proksimal myopati
- . Hiperaktif refleksler
- . Göz bulguları (kapak retraksiyonu, egzoftalmi ve ileri vakalarda oftalmopleji)
- . Amenore, libido artışı, uykusuzluk

GRAVE'S HASTALIĞI

- . Hipertiroidizmin en yaygın sebebidir.
- . Tüm vakaların % 60-80' inden sorumlu tutulmaktadır.
- . Genellikle 2. ve 5. dekadlar arasında ortaya çıkmaktadır.
- . Kadın / Erkek oranı = 7-8 / 1
- . Diffüz guatr, tirotoksikoz, oftalmopati ve dermopati ile karakterize otoimmün bir hastalıktır.

GRAVE'S HASTALIĞI

- . Patogenezde TSH reseptörünü aktive eden bir otoantikor (TR-ab) sorumlu tutulmaktadır.
- . Ayrıca antitiroidal peroksidaz antikoru (Anti-TPO), antitiroglobulin antikoru (Anti-TG)' da gösterilmiştir.
- . Diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilir (Tip I DM, Addison)

GRAVE'S HASTALIĞI

- . Ailesel yatkınlık mevcuttur.
- . Birinci derece yakınlarında görülme olasılığı % 15' dir.
- . Hipertiroid kliniği ile birlikte egzoftalmi ve/veya pretibial miksödem bulunması Grave's hastalığı için patognomoniktir.
- . Laboratuvar bulguları:

TSH	: Düşük
T3 ve/veya T4	: Yüksek
TR-ab, Anti-TPO, Anti-TG	: (+)
RAIU	: Azalmış

TOKSİK ADENOM

- . Tiroid dokusu içinde otonom fonksiyon gören nodül oluşumudur.
- . Genellikle gençlerde görülür.
- . İyot eksikliğinin olduğu bölgelerde yaygındır.
- . Laboratuvar ;
 - TSH : Düşük
 - T3-T4 : Yüksek
 - RAIU : Artmış / çevre tiroid dokusu baskılanmıştır

TOKSİK MULTİNODULER GUATR

- . Hipertiroidi vakalarının % 5' inden sorumlu olduğu düşünülmektedir.
- . İyot eksikliği olan bölgelerde yaygındır.
- . Genellikle 40 yaş üstü ve uzun süredir guatr tanısı bulunan hastalarda görülür.
- . Laboratuvar
 - TSH : Düşük
 - T3 - T4 : Yüksek
 - RAIU : Artmış

AKUT TİROİDİT

- . Bakteriyel enfeksiyonlar sonucunda gelişen bir tiroidit tablosudur.
- . Hastalarda akut bir tirotoksikoz tablosu ile birlikte ateş ve büyümüş – hassas tiroid bezi saptanır.
- . Uygun antibiyoterapi ve gerekirse abse drenajı uygulanmalıdır.
- . Laboratuvar
 - TSH : Düşük
 - T3 –T4 : Yüksek
 - RAIU : Azalmış
- . İnce İğne Aspirasyonu ile bakteri kültürü

TİROİD KRİZİ

- . Hipertiroidi ile birlikte,
 - Hipertermi
 - Taşikardi / AF
 - Konjestif Kalp Yetmezliği (Ödem, her iki taraf baziller raller, Akciğer ödemi)
 - SSS etkileri (Ajitasyon, Deliryum, Psikoz, Koma)
 - GI-Hepatik Disfonksiyon (Diare, Bulantı-kusma, Karın ağrısı, İkter)

AYIRICI TANI

- TSH ↓
T4 N / ↑
T3 ↑↑ }
 - Graves Hastalığı
 - Otonom fonksiyon gören tiroid adenomu
 - Egzojen T3 alımı

- TSH ↓
FT4 ↑
FT3 N }
 - Amiodarone tedavisi
 - Egzojen L-Tiroksine alımı

- TSH ↓
FT4 N
FT3 N }
 - Subklinik hipertiroidizm
 - Hipertiroidinin iyileşme dönemi
 - Santral hipotiroidizm

VAKA-6

- . 41 Yaşında erkek hasta
- . Yakınmaları;
 - . Halsizlik
 - . İştahsızlık
 - . Ateş
 - . Boyun ağrısı
 - . Sinirlilik

VAKA-6

- . Anamnezde;
 - . 1 Ay önce şiddetli bir üst solunum yolu enfeksiyonu ve sonrasında boyun sağ bölgesinde şişlik başlamış
 - . 10 Gün önce boyun ön bölgesinde künt bir ağrı başlamış
 - . 1 hafta önce de boynun sol bölgesinde şişlik başlamış

VAKA-6

- . Fizik muayenede;
 - . TA: 120/ 70 mmHg, Nabız: 88/dk, ritmik
 - . Ateş: 37,4 C
- . Tiroid muayenesinde;
 - . Tiroid sol lobta çok sert ve ağrılı kitle

VAKA-6

. Laboratuvarıda; TSH, FT4, FT3

TSH : 0,2 mu/L ↓

FT3 : 6,6 pg/ml ↑

FT4 : 4,2 ng/dl ↑

Hasta Tirotoksik

Sevk Et

VAKA-6

. Laboratuvar;

- . Sedimentasyon : 82 mm/sa
- . Lökosit : 5500 mm³
- . Anti- T : Negatif
- . Anti-TPO : Negatif

VAKA-6

- . Tiroid USG :
 - . Yaygın hipoekojenite, heterojenite
- . Tiroid Sintigrafisi:
 - . Radyo iyot uptake'i çok azalmış

VAKA-6

. Tanı;

De Quervain Tiroiditi
(Subakut Granülamatöz Tiroidit)

VAKA-6

- . **Subakut Granülamatöz Tiroidit** tanısı, öykü, fizik muayene ve bazı laboratuvar tetkiki il konur. Tiroid muayenesinde, büyüme ve hassasiyet önemlidir.
- . Sedimentasyon yüksekliği ve Tirotoksikozun laboratuvar bulgularına sıklıkla rastlanır. Graves hastalığından, Tiroid sintigrafisindeki düşük uptake ile ayırt edilir.
- . Steroid tedavisi, semptomları kontrol ederken, hastalığın seyrini etkilemez. Ağrı şiddetli olduğunda kullanılmalıdır, doz giderek azaltılmazsa relaps olur.

VAKA-6

- . **Subakut Granülamatöz Tiroiditin (De Quervain)** ; akut (bakteriyel) tiroidit ve silent (ağrısız / postpartum / otoimmün) tiroiditten ayırt edilmesi gerekir
- . Subfebril ateş ve normal lökosit sayısı akut tiroiditten ayırt ettirmektedir.
- . Ağrı ve antikorların pozitifliği de otoimmün tiroiditten uzaklaştırır.

VAKA-7

- . 20 yaşında erkek hasta
- . Rutin tetkiklerinde TSH: 0,1 mu/L, kolesterol: 444 mg/dl ve anti-TPO: 1/400 bulununca bize danışmaya geldi

VAKA-7

- . Yakınması yok, kendini iyi hissediyor
- . Anamnezde;
 - . Son 2 ay içinde 10 kilo aldığını, halsizlik, çabuk yorulma ve zaman zaman üşüme hissettiğini söylüyor.

VAKA-7

- . Fizik muayenede;
 - . TA: 90/70 mmHg. Nabız: 66/dk, ritmik
 - . Cildi kuru, yüzü şiş ve uykulu hali var
 - . Konuşması yavaş
 - . Saçlar temporal bölgede azalmış
- . Tiroid muayenesinde,
 - . Tiroid sınırda büyük

VAKA-7

- . Hastada düşük TSH değeri hipertroidiyi düşündürse de, ciddi hipotiroidik semptom vermesi önemli
- . Fonskiyon durumunu görmek için, tetkikleri yinelediğimizde, TSH: 1190 mu/L **↑** bulduk

Hasta Hipotiroidi

Sevk Et

VAKA-7

- . Laboratuvar genişletilğinde,
 - . TSH : 990 mU/L ↑
 - . FT4 : 0,1 pg/ml ↓
 - . Testesteron: 105 ↓
 - . LH, FSH, Kortizol normal

Hasta Hipotiroidi

VAKA-7

. Tanı:

**Hashimoto tiroiditine sekonder
Ciddi Primer Hipotiroidi**

VAKA-7

- . İyi anamnez ve fizik muayene önemli
- . Hipotiroidi ve miksödemli hastaların yakınması olmayabilir. Klinik sinsi oluşabilir. Tedaviyle iyileşen hastalar, geçmişteki hastalıklarını farkederler.

Aile Hekimliğinde;

- . Bize başvuran hastalarda, tespit ettiğimiz çeşitli bulgu ve semptomların altında tiroid ile ilgili bozuklukların olabileceğini unutmamalıyız
- . Klasik semptomlar bulunmadan yalnızca kardiyovasküler belirtiler, anksiyete vb. şikayetler ile başvuran hastalarda ayrıca Tiroid Fonksiyonlarını da düşünmeliyiz.

Aile Hekimliğinde;

- . Detaylı bir anamnez ve fizik muayene tanıya gitmede her zaman olduğu gibi çok önemlidir.
- . Aile Sağlığı Merkezlerinde bakabileceğimiz TFT ile hastalarımızda hipotiroidi ve hipertroidi tanısı tanısı koyabilir veya olası tanılar arasından bu olasılıkları eleyebiliriz.
- . Tedaviye başlamadan önce tam, kesin neden mutlaka saptanmalıdır.

Aile Hekimliğinde;

- . Yaşam boyu izlemin gerektiği ve hipertroidi veya hipotroidinin tekrar görülebilme olasılığının bulunduğu hastalara anlatılmalı ve hastalar bu konuda eğitilmelidir.
- . Hastanın konsulte edildiği bir üst merkezin uzmanı ile aile hekiminin birlikte çalışması hastaların sağlıklı olarak takip ve tedavisinde önemli bir faktördür.

Katılımınız için teşekkürler