

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 138

138.Subakut tiroiditi, tirotoksikoza yol açabilen diğer durumlardan ayıran en belirgin tiroid fizik muayene bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Guatr
- B) Ağrı
- C) Üfürüm
- D) Nodül
- E) Sıcaklık

Doğru Cevap:B

DERS NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

(Bu referanslar; soru kitabı Tüm Tus Soruları, Kamp notlarımız ya da non spesifik slaytlardan DEĞİL, sadece güncel ders notlarımızdan verilmiştir. Bu notları şubelerimizde kolayca edinip, referansları kontrol edebilirsiniz.)



TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

41

TIROIDİTLER

✓ Tiroiditler üç gruba ayrılmaktadır:

- Akut tiroidit
- Subakut tiroidit (granümatöz ve lenfositik tiroidit)
- Kronik tiroidit (Hashimoto ve Riedel tiroiditi)

Tiroiditlerin Nedenleri	
Akut	• Bakteriyel enfeksiyon: Stafilokok, Streptokok, Enterobakter • Mantar enfeksiyonları: Aspergillus, Candida, Pneumocystis jiroveci • ¹³¹I tedavisi sonrası radyasyon tiroiditi • Amiodaron (subakut ya da kronik tiroidit de yapılabilir)
Subakut	• Viral (granümatöz, de Quervain) tiroidit • Sessiz tiroidit (postpartum tiroidit) • Mikobakteriyel enfeksiyon • İlaça bağlı (interferon, amiodaron)
Kronik	• Otoimmünite: Fokal tiroidit, Hashimoto tiroiditi, atrofik tiroidit, • Reidel tiroiditi • Parazitik tiroidit: Ekinokokkoz, Strongyloidoz, Sistiserkoz • Travmatik: Palpasyon sonrası

✓ Akut Enfeksiyöz Tiroidit:

- Çocuk ve gençlerde piriform sinüs (orofarenks – tiroid arası), yaşlılarda ise uzun süreli guatr ve tiroid kanseri en önemli risk faktörleridir.
- Çok farklı türde etkenler görülebilir: Staphylococcus, Pneumococcus, Salmonella, veya Mycobacterium tuberculosis gibi.
- Tiroid bezinde; **ağrı, ısı artışı, ciltte eritem** ve disfaji görülebilir. Ateş yüksekliği ve lenfadenopati saptanabilir.
- Laboratuvarde sedimentasyon ve beyaz küre artışı görülür. **Tiroid fonksiyonları**

Klinik Bilimler 138. soru

Tusdata Dahiliye Ders Notu Fasikül 3 1. Fasikül Sayfa 041

✓ Subakut Tiroidit (De Quervain Tiroiditi, granümatöz tiroidit veya viral tiroidit):

- 30-50 yaş arası, daha çok **kadınlarda** görülür.
- Genellikle viral **üst solunum yolu enfeksiyonu** sonrası klinik ortaya çıkar.
- Ateş, halsizlik ve **boyunda hassasiyet** ve **ağrı** vardır.
- Klinik olarak 3 fazda ilerler:
 - ✓ **Başlangıç dönemi:** Hasar gören folliküllerden hormon deşarjı olur; **tirotoksikoz** (hipertiroidisiz) gelişir, T3-T4 **yüksek** ve TSH **baskılanmıştır**. Radyoaktif iyot uptake **düşüktür**. Sedimentasyon hızı **çok yüksek olabilir** (> 100 mm/s).
 - ✓ Haftalar sonra harabiyete bağlı folliküller boşaldığından **hipotiroid döneme** girer, serbest T4 düşüktür ve orta dereceli TSH yüksekliği görülür.
 - ✓ **İyileşme dönemi:** Aylar içerisinde hormon düzeyleri ve TSH normale döner.
- Vakaların %15'inde kalıcı hipotiroidi gelişebilir.
- Tanı klinik ve laboratuvar ile konur; şüphe durumunda ince iğne aspirasyonu yapılabilir, **aspirasyonda dev hücreler** ve **granülomlar** görülür.
- Tedavide **aspirin veya NSAİİ'ler** genellikle semptomları kontrol altına alır.
- Ciddi veya yanıtız vakalarda **glukokortikoidler** verilir. Tirotoksik dönemde gerekirse semptomlar için **beta bloker** verilebilir.
- Tedavide antitiroid ajanların ve cerrahinin yeri **yoktur**.

İLGİLİ NOTLAR

Bazen öyle **kritik bir bilgi** yazarsınız ki nota... Size güvenip bu notu okuyanlar soruya baktığında **anında doğru yanıtı bulurlar** ve size **dua** ederler.İşte bu dua tüm **yorgunluğumuza** değer...

Subakut (Granümatöz, Dev Hücreli) Tiroidit

- **De Quervain tiroiditi** olarak da bilinir. Sıklığı azdır. 30-50 yaş arası ve tüm tiroiditler gibi kadınlarda sık görülür.
- Sıklıkla **ÜSYE'yi takip eder** ve viral orijinden şüphelenilm ektedir (Coxsackie virüs, kabakulak, kızamık, adenovirüs ve diğer viral enfeksiyonlar).
- Histolojide **granümatöz** bir iltihap ve **dev hücreler** görülür.
- **Klinik Özellikler**
 - o Akut başlar, boyunda şişlik ve **ağrı** vardır (**tiroid ağrısının en sık nedenidir**).
 - o Ateş izlenir. Geçici hipertiroidizm olabilir.
 - o Tiroid fonksiyon testleri diğer tiroiditlere benzer.
 - o Lökosit sayısı ve **sedimentasyon hızı artar**.
 - o Hastalık kendi iyileşip, 6-8 haftada ötiroid durum sağlanır.

Riedel Tiroiditi

- Tiroidde, çevre dokulara da ilerleyen fibrozis görülür.
- **Tiroid sert ve fiksedir. Sebebi bilinmemektedir.**
- **Retroperitonda, orbitada, mediastende** de tiroiddekine eşlik eden fibrozis görülebilir.
- **Sistemik otoimmün IgG4-ilişkili hastalığın** bulgusu olabilir.

TİROİD NEOPLAZMLARI

- Klinik açıdan tiroid nodülleri, tümör olabilme ihtimalleri nedeniyle önemlidir.
- **Benign neoplazm/tiroid karsinomu oranı 10/1'dir.**
- **Şu nodüllerin tümör olma ihtimali daha fazladır:**
 - o Tek ve solid nodüller
 - o RIU'ı düşük (soğuk nodül)
 - o Genç hastaların nodülleri
 - o Erkeklerdeki hastaların nodülleri

Foliküler Adenom

- **En sık benign tiroid neoplazmıdır.**
- Foliküler epitelden köken alır. Genelde soliterdir.
- Hiperplazi ya da karsinomdan klinik ve gross olarak ayırmak zordur.
- **Morfoloji:**
 - o Soliter, yuvarlak, kapsüllü bir lezyondur. Çevre tiroidi basıya uğratır. Kapsüllü nodülün içinde folikül yapan tümör hücrelerinin görülmesi tipiktir. Neoplastik hücrelerde hücre boyutu, şekli veya nükleer morfoloji az değişkenlik gösterir ve mitotik figürler nadirdir. Bu görünüm foliküler karsinoma benzer.
 - o **Adenomla karsinomun ayırıcı tanısında sadece iki kriter geçerlidir: Kapsül ve damar invazyonu.** İnce iğne aspirasyon biyopsisi hücre sitolojisini gösterir. Kapsül-damar invazyonunu göstermeyeceği için foliküler neoplazilerde tanı değeri çok düşüktür.
 - o Adenomda **eozinofilik sitoplazmalı hücreler** görülürse **hurtle hücreli adenom (oksifilik)** denir.



- Foliküler karsinomlarda görülen mutasyonları içeren adenomlardan foliküler karsinom gelişebileceği düşünülmektedir.
 - o Özellikle **nonfonksiyonel olan adenomların** %20-40'ında RAS, %5-10'unda **PPARγ mutasyonu** bulunur ve bunlar **karsinoma ilerleyebilir**.
 - o Toksik adenomlarda TSH, *GNAS* ve *EZH1* mutasyonları görülebilir. Fonksiyonel adenomların karsinoma dönüşme ihtimalleri çok düşüktür.

Ağrılı Subakut Tiroidit

- ✓ Kadınlarda daha sıktır.
- ✓ Kesin nedeni belli değildir.
- ✓ Ağrılı form viral orijindir, postviral inflamatuvar cevap ile ilişkili olabilir (HLAB35 doku tipi ile ilişkili).
- ✓ **Ağrılı subakut tiroidit 30-40 yaş kadınlarda** sıktır.
- ✓ Öncesinde sıklıkla **üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü** vardır.
- ✓ Ani ya da kademeli artış gösteren boyun ağrısı ile karakterizedir.
- ✓ **Tiroid büyümüş, hassas ve serttir.**
- ✓ **Hastalık klasik olarak dört aşamada** seyir gösterir.
 - **İlk aşama** tahrip olan folliküllerden açığa çıkan tiroid hormonuna bağlı **tirotoksikoz** gelişir.
 - Daha sonra **ötiroid dönem** gelir.
 - **Hipotiroidi %20-30 hastada**
 - **Son aşama ötiroid dönem** (hastaların **%90'dan fazlasında**)
- ✓ Erken dönemde T3, T4 yüksek, TSH baskılanmıştır.
- ✓ **Eritrosit sedimentasyon hızı > 100 mm / saat**
- ✓ **Tirotoksik** ancak **RAIU düşüktür.**

Tedavi

- Kendi kendini sınırlar.
- Semptomatik tedavi yapılır.
- Aspirin ve nonsteroid anti-inflamatuvarlar, steroid, beta bloker kullanılır.

Ağrısız Subakut Tiroidit

- ✓ Otoimmün kökenli olduğu düşünülür.
- ✓ **Sporadik olarak veya doğum sonrası** (tipik olarak doğumdan 6 hafta sonra; gebelik erken döneminde anti TPO antikorları yüksek olanlar) dönemde gelişir.
- ✓ Kadınlarda daha sıktır; genellikle 30-60 yaş arasında karşılaşılır.
- ✓ Laboratuvar testleri ve RAIU, normal ESR hariç ağrılı tiroidit gibidir.
- ✓ Klinik de ağrılı tiroidite benzer.
- ✓ Semptomatik hastalarda **beta blokörler** ve **tiroid hormon replasmanı** yapılır.

HASHİMOTO TİROİDİTİ (LENFOSİTİK TİROİDİT)

- **Kronik lenfositik** veya **otoimmün tiroidit** diğer adlandı.
- En sık **tiroidittir.**
- **Hipotiroidinin en sık nedenidir.**
- Tiroid antijenlerine özgü **CD+4 (helper) lenfositlerin aktivasyonu** ile başlayan otoimmün bir hastalıktır.

Hipotiroidinin Nedeni

- Tirositlerin sitotoksik T hücreleri tarafından tahrip edilmesi
- Otoantikorların TSH reseptörlerini bloke etmesi
- **Tg (%60), TPO (%95) ve TSH-R (Tiroid stimule edici hormon reseptör) (%60)** olmak üzere üç esas antijene yönelik olarak antikorlar oluşur.
- **Artmış iyot alımı, interferon-α, lityum ve amiodaron** gibi ilaçların verilmesi ile de ilişkilidir.
- Ayrıca **genetik yatkınlığı** destekleyen kanıtlar da vardır.
- **Kadınlarda 10 kat fazla** görülür.
- Hastalar genellikle **30-50 yaş** arasındadır.
- Tiroid sıklıkla simetrik olarak büyümüş, soluk ve yarı serttir.