



Hipertiroidinin

hem tanısı kolay, hem de tedavisi

Prof. Dr. Erdiç ERTÜRK
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
Bursa Tabip Odası Eğitim Seminerleri - 18 Mart 2020

Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Bu hastaya hipertiroidi tanısı konulabilir mi?

Tiroid bezinin aşırı hormon üretmesi ile oluşan klinik tablonun adı

Hipertiroidi

Serum tiroid hormonu seviyesinin artması ile oluşan klinik tablonun adı

Tirotoksikoz



TIROTOKSIKOZ



HİPERTİROİDİ

TİROTOKSİKOZ

Hipertiroidisiz tirotoksikozlar

Yüksek doz tiroid hormonu kullanımı

- LT4 replasmanı alan hasta
- Tirotoksikozis faktisya
- Alternatif ürünler
- Hamburger tirotoksikozis

Destruktif tirotoksikoz

- Subakut tiroidit
- Sessiz tiroidit
- Amiodarona bağlı tiroidit tip 2
- Radyasyon tiroiditi
- Lityum vb ilaçlar

Tiroid bezi dışı hormon sentezi

- Struma ovarii
- Metastatik tiroid folliküler ca

Hipertiroidiler

Otoimmüniteye bağlı

Otonomiye bağlı

Yüksek doz iyoda bağlı

hCG'ye bağlı

TSH'a bağlı

- Graves Hastalığı

- Toksik multinodüler guatr
- Toksik adenom

- Jod Basedow
- Amiodarona bağlı tirotoksikoz tip 1

- Gestasyonel tirotoksikoz
- Koriokarsinom

- TSH salan hipofiz adenomu
- Tiroksin direnci

Tirotoksikoz
tanı
algoritmi

Tirotoksikoz semptomları olan hasta

Serum TSH, serbest T4 ölçümü

TSH baskılı
ST4 yüksek

TSH baskılı
ST4 normal

TSH N/yüksek
ST4 normal

TSH N/yüksek
ST4 yüksek

Serbest T3
ölçümü

Yüksek

Normal

Düşük

Tirotoksikoz

T3 toksikoz

Subklinik
tirotoksikoz

Tirotoksikoz dışlanır

TSH salan adenom?
Tiroksin rezistansı?

Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Bu hastada tanı tirotoksikoz

Bu hastaya antitiroid tedavi başlayalım mı?

Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Bu hastada tanı tirotoksikoz

Tirotoksikoz tanısı konan hastanın tedavisine etyolojik tanısı konulduktan sonra başlanmalıdır

Tirotoksikoz tedavisi etyolojiye göre değişir
Hipertiroidisiz tirotoksikozlarda ATI yeri yoktur

Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Bu hastada etyolojik tanı açısından hangi tetkikler istenmelidir?

Tiroid hastalarında sık kullanılan tetkikler

- Serum TSH
- Total T4
- Total T3
- Serbest T4
- Serbest T3
- Tiroid peroksidaz ak
- Antitiroglobulin ak
- TSH-R ak (TRAb)
- Tiroglobulin
- Kalsitonin
- Tiroid Ultrasonografisi
- Tiroid sintigrafisi
- Radyoaktif iyod uptake
- Tiroid IIAB
- I-131 tüm vücut tarama sintigrafisi

Tiroid tetkiklerinin bazı özellikleri

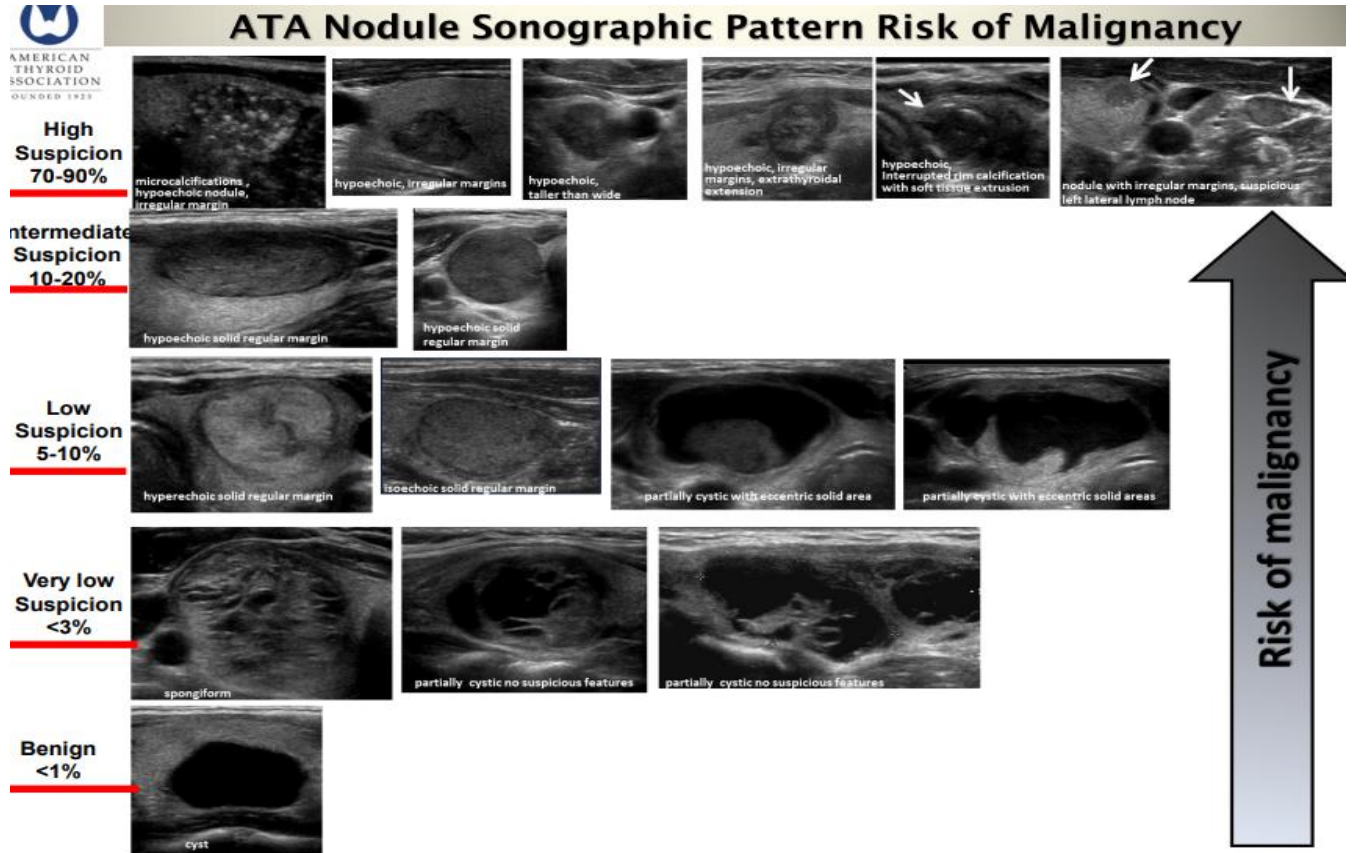
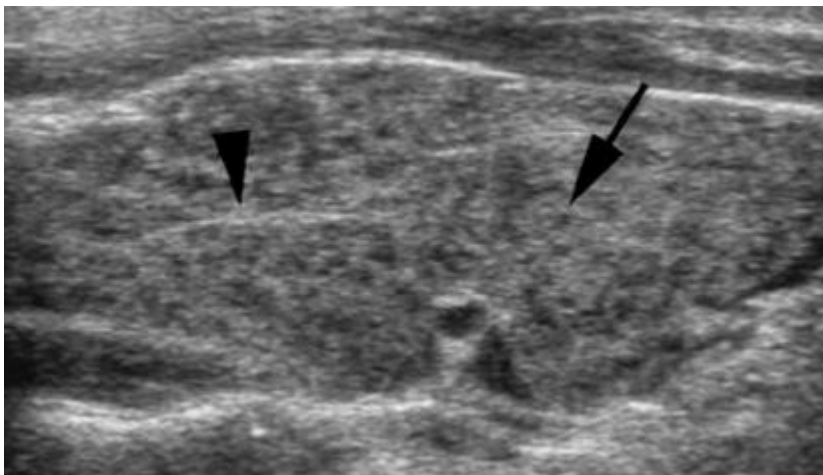
Tiroid disfonksiyonunu göstermede altın standart tetkik serum TSH ölçümüdür

- Hipotiroidi Önce TSH yükselir, T4/T3 daha sonra düşer
- Hipertiroidi Önce TSH baskılanır, T4/T3 daha sonra artar

- TSH yüksek T4/T3 normal Subklinik hipotiroidi
- TSH baskılı T4/T3 normal Subklinik hipertiroidi

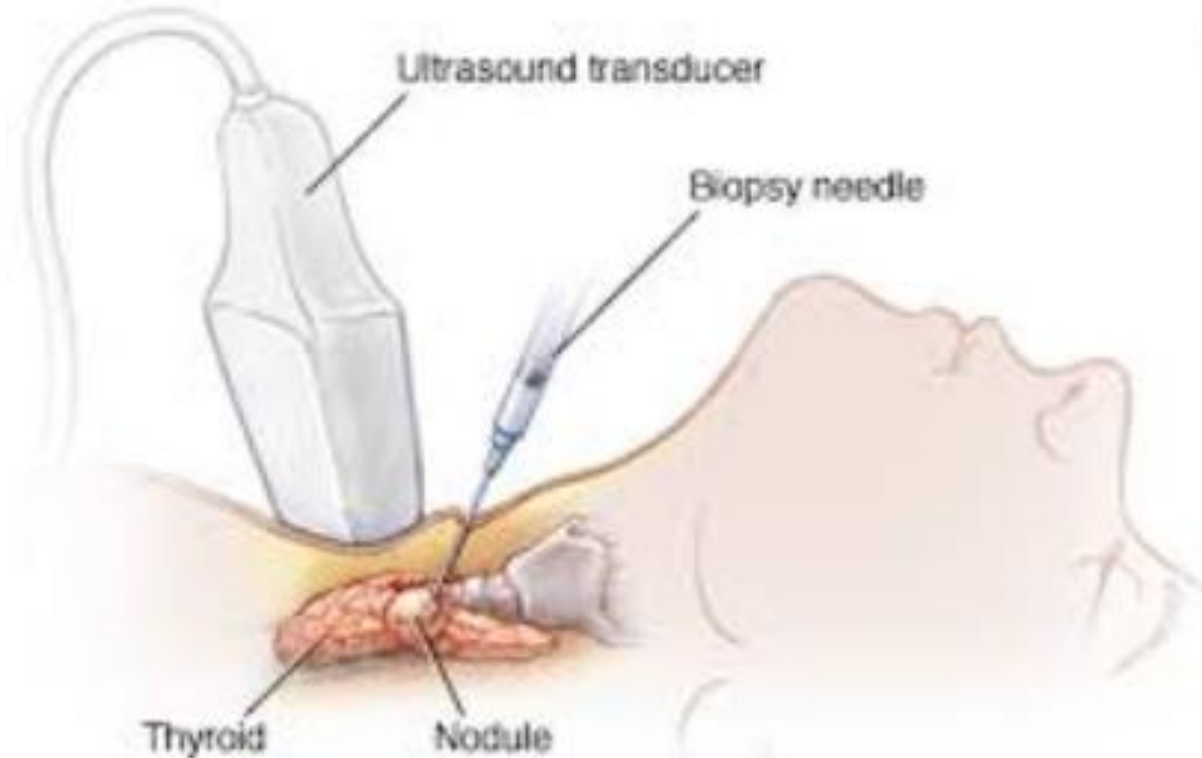
Tiroid tetkiklerinin bazı özellikleri

Tiroid bezinin morfolojik değerlendirilmesi en iyi ultrasonografisi ile yapılır



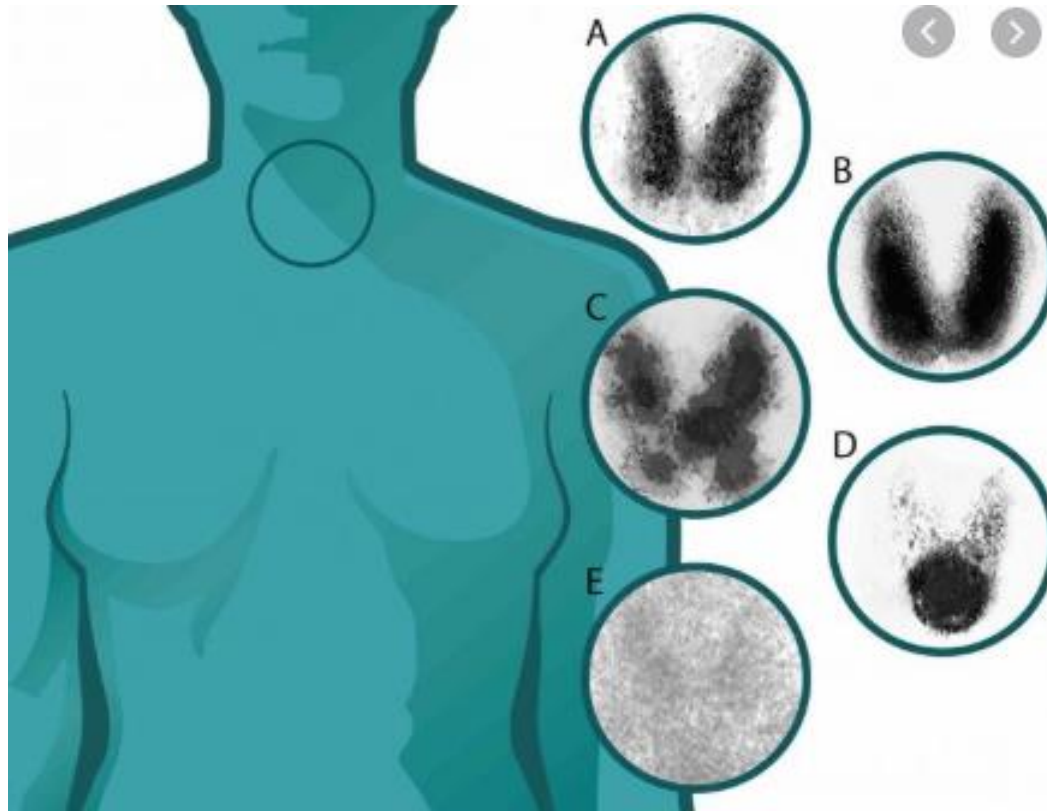
Tiroid tetkiklerinin bazı özellikleri

Tiroid nodülü deęerlendirmesinde altın standart tetkik ince iğne aspirasyon biyopsisidir



Tiroid tetkiklerinin bazı özellikleri

Tirotoksikoz durumunda hiperfonksiyon lokalizasyonu en iyi sintigrafi ile gösterilir



Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Bu hastada etyolojik tanı açısından hangi tetkikler istenmelidir?

Hipertiroidiler

- Graves Hastalığı
- Toksik multinodüler guatr
- Toksik adenom
- Gestasyonel tirotoksikoz
- hCG salan tümörler
- İyot fazlalığı (Jod-Basedow)
- Amiodarona bağlı tiroidit tip 1
- TSH salan hipofiz adenomu
- Tiroid hormon direnci

Hipertiroidisiz Tirotoksikozlar

- Yüksek doz T4 tedavisi
- Tirotoksikozis faktisya
- Hamburger tirotoksikozis
- Subakut tiroidit
- Sessiz tiroidit
- Amiodarona bağlı tiroidit tip 2
- Radyasyon tiroiditi
- Lityum vb tirotoksikozis
- Metastatik fonksiyonel tiroid ca
- Struma ovarii

Olgu

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

Ayırıcı tanı için hangi tetkik yapılmalıdır?

Hastanın anamnez ve FM özelliklerine göre karar verilir

Olgu 1

• 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

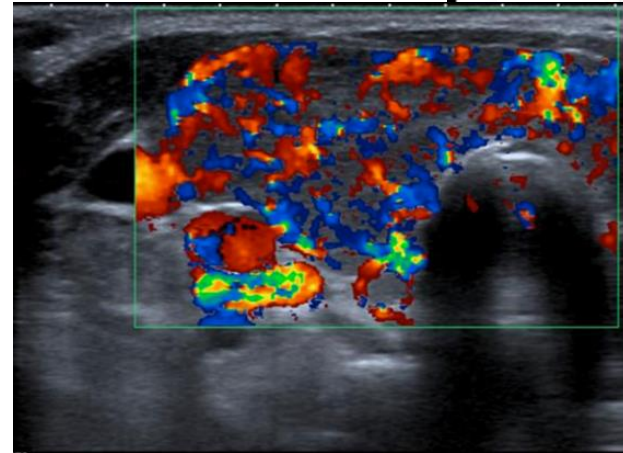
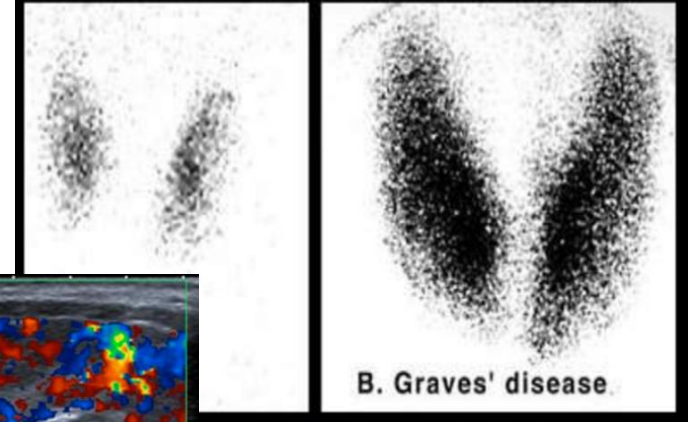
• Gözünde batma, yanma, büyüme yakınmaları var

• Fizik muayene

• Tiroid diffüz ele geliyor, Göz hiperemik, hafif propitotik ve periorbital ödem var

Graves hastalığında tanıyı destekleyen bulgular

- Aktivite artışı
 - Radyoaktif iyod uptake artışı
- Diffüz aktivite
 - Tiroid sintigrafisinde diffüz aktivite
- Ultrasonografik özellikler
 - Ekojenite azalması, hiperplazi, kanlanma artışı
- TSH reseptör antikör pozitifliği
- Oftalmopati varlığı



Olgu 1

Tirotoksikozlu bir hastada oftalmopati varlığı
Graves hastalığı tanısı için yeterli kabul edilebilir.
Etiyolojiye yönelik tetkik şart değildir

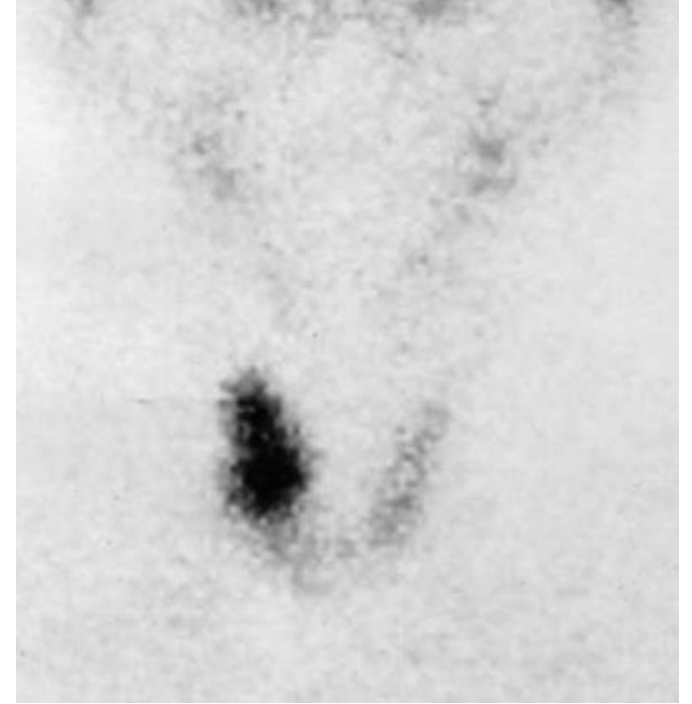
Olgu 2

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez
 - Boynunda şişlik uzun süredir var. Araştırılmamış
- Fizik muayene
 - Tiroid sağ lobda 3*2 cm nodül ele geliyor.

Toksik adenom

- Genellikle orta yaşlarda görülür
- Nodül boyutu genellikle 2-4 cm
- Bası bulgusu genellikle yok
- Tek nodül hormon aktif
- Tiroid parankimi salim
- Benign lezyon
- Sintigrafide nodül sadece aktif, diğer alanlar baskılı



Olgu 2

Toksik adenom olasılığı yüksektir
Tiroid sintigrafisi ile doğrulanmalıdır

Olgu 3

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 3 yıl önce nodüler guatr opere olmuş. T4 tedavisi kullanıyor. 3 ay önceki kontrolünde doz yetersiz gelmiş denilerek 100 ug/gün iken 150 ug/güne artırılmış

- Fizik muayene

- Boyunda operasyon skarı var.

L tiroksin kullanımı

- Hipotiroidi hastalarında replasman tedavisi için
- Eutiroidili hastalarda TSH süpresyonu ile nodül regresyonu için

Hipotiroidi Nedenleri

• Primer

- Otoimmün Hashimoto tiroiditi
- İyatrojenik Radyoiod tedavi, tiroidektomi, radyasyon
- İlaçlar İyot, amiodarone, lityum, antitiroidler
- Konjenital Agenezi, dishormonogenez,
- İyot eksikliği
- İnfiltratif Amiloidoz, hemokromatoz, Riedel tiroidit
- Enfeksiyonlar Sessiz tiroidit, subakut tiroidit

• Sekonder

- Hipopitüitarizm

TSH baskılama tedavisi

- Amaç TSH seviyesini baskılayarak
 - Tiroid ca hastada Rekürrensini önlemek
 - Tiroid nodüllü hastada Nodül boyutunu küçültmek
- L-tiroksin kullanılır
- TSH seviyesi normal sınırların altına indirilir (0.3 mU/ml).
- Subklinik hipertiroidi oluşturulmuş olunur.

Tiroid nodülünde TSH süpresyon tedavisinin sorunları

- Nodül boyutunda küçülme nadiren sağlanır
- Etkinlik yüzdesi düşüktür
- TSH süpresyonu hedef seviyesi kesin değildir
- Bırakıldığında yüksek oranda relaps görülür
- Kardiyak taşiaritmi riski vardır
- Uzun dönemde osteoporoz riski olur
- Etkin maliyet belirsizdir

Tiroid nodülünde TSH süpresyon tedavisinin sorunları

- Nodül boyutunda küçülme nadiren sağlanır
- Etkinlik yüzdesi düşüktür
- TSH süpresyonu hedef seviyesi kesin değildir

TSH baskılama tedavisi

- Seçilmiş tiroid ca lı hastalarda kullanılmaktadır
- Nodüllü hastada günümüzde önerilmemektedir
- Uzun dönemde osteoporoz riski olur
- Etkin maliyet belirsizdir

Olgu 3

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

- 3 yıl önce nodüler guatr opere olmuş. T4 tedavisi kullanıyor. 3 ay önceki kontrolünde doz yetersiz gelmiş denilerek 100 ug/gün iken 150 ug/güne artırılmış

• Fizik muayene

- Boyunda operasyon skarı var.

Olgu 3

iyatrojenik tirotoksikoz

Olgu 4

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 1 ay önce gripal enfeksiyon geçirmiş. Uzun süren ateşli ve boğaz ağrısı yakınmaları 3 hafta süre ile antibiyotik kullanmış. Yakınmalarında belirgin düzelme olmamış.

- Fizik muayene

- Tiroid loju çok hassas.

Olgu 4

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 1 ay önce gripal enfeksiyon geçirmiş. Uzun süren ateşli ve boğaz ağrısı yakınmaları 3 hafta süre ile antibiyotik kullanmış. Yakınmalarında belirgin düzelme olmamış.

- Fizik muayene

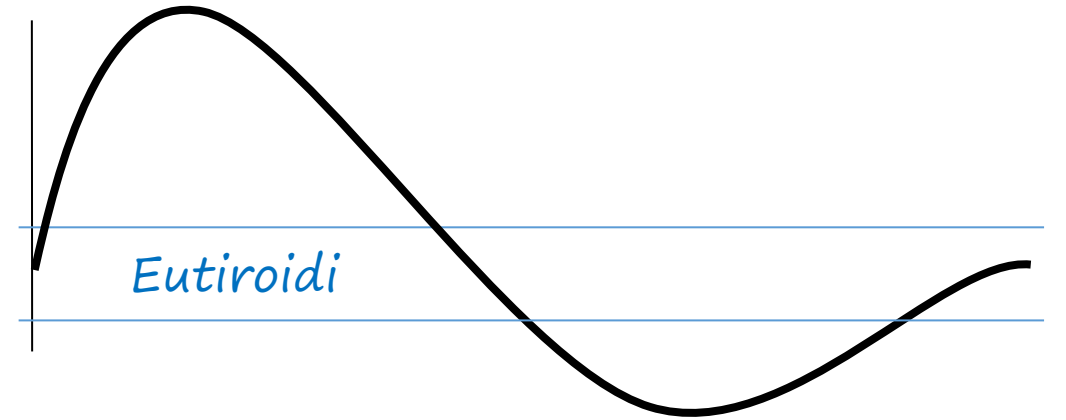
- Tiroid loju çok hassas.

Subakut Granülamatöz Tiroidit

- Çoğu kez ÜSYE sonrası gelişir
- Kas ağrıları, iştahsızlık
- Viral epidemiler görülebilir
- Lökositoz görülmez
- Dev hücreli granülamatöz infiltrasyon vardır
- Haftalar aylar sonra tam iyileşme olur
- Kabakulak, kızamık, influenza, EBV, coxaki, echo

SAT Kliniđi

- Tiroid bölgesinde ağrı
 - Boyun hareketleri, yutkunmakla artar
 - Çeneye, kulađa, oksipital bölgeye yayılabilir
 - Disfaji, Disfoni yapabilir
- Tiroid muayenesi
 - Hassas, sert, heterojen, nodüllü , deri sıcak
- Tiroid disfonksiyonu
 - Tirotoksik dönem (hipertiroidisiz)
 - Ötiroid dönem
 - Hipotiroidi dönemi
 - Ötiroid dönem



Tirotoksikozlu bir hastada SAT tanısı

- Lokal bulgular varlığı
- ESR, CRP düzeyi çok artmıştır
- Tiroidde radyoaktif iyot tutulumu azalmıştır
- Tiroid sintigrafisinde aktivite görülmez
- ~~İnce iğne aspirasyon biyopsisi~~
 - ~~Dev hücreler~~

Olgu 4

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 1 ay önce gripal enfeksiyon geçirmiş. Uzun süren ateşli ve boğaz ağrısı yakınmaları 3 hafta süre ile antibiyotik kullanmış. Yakınmalarında belirgin düzelme olmamış.

- Fizik muayene

- Tiroid loju çok hassas.

Olgu 4

Subakut tirodit kliniđi var.

ESR, CRP kontrolü yapılabilir,

Tiroid sintigrafisi (RAIU) ile tanı doğrulanabilir

Olgu 5

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez
 - 14 haftalık gebe. Bulantı kusması şiddetli.
- Fizik muayene
 - Tiroid muayenesinde diffüz evre 1 ele geliyor.

Gebelikte en sık tirotoksikoz nedenleri

- Graves hastalığı
- Toksik multinodüler guatr
- Toksik adenom
- Subakut tiroidit

- Gestasyonel tirotoksikoz

Gestasyonel Tirotoksikoz

- Hamileliğin ilk trimesterinde görülen
 - hCG artışına bağlı
 - Geçici hipertiroidi durumu
-
- Tüm gebeliklerde % 1-3 oranında
 - Subklinik formlar da dahil edilirse % 10-15

Gestasyonel Tirotoksikoz / Graves hastalığı

- Gebelikte Graves hastalığı nadir (% 0.1-0.2)
- Klinik belirtileri farklı değil
- Tiroid hormon seviyeleri ayırt etmede faydalı değil
- hCG seviyesi ayırt etmede faydalı değil
- TRAb pozitifliği ayırt etmede yardımcı olabilir
- Tiroid sintigrafileri benzer (kontrendike)
- Ultrasonografik değişikliklerin sensitivitesi çok yüksek değil

Ayırıcı tanı için ipuçları

Gestasyonel tirotoksikoz

- Hiperemesis gravidarum
- Çoğul gebelik

Graves Hastalığı

- Pregestasyonel Graves anamnezi
- Oftalmopati varlığı
- Tiroid bezinde diffüz hiperplazi
- TRAb pozitifliği
- Tiroid US'de Graves özellikleri

Olgu 5

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez
 - 14 haftalık gebe. Bulantı kusması şiddetli.
- Fizik muayene
 - Tiroid muayenesinde diffüz evre 1 ele geliyor.

Olgu 5

Gestasyonel tiroksinosis / Graves + gebelik

Klinik izlem, TRAb

Olgu 6

• 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

• 5 ay önce doğum yapmış. Emziriyor.

• Fizik muayene

• Tiroid muayenesinde özellik yok.

Sessiz tiroidit (Painless thyroiditis)

- Otoimmün bir tiroid hastalığıdır
- 20-40 yaş kadınlarda daha siktir
- % 10-20 postpartum dönemde (postpartum tiroidit)
- Tiroid bezinde yoğun lenfosit infiltrasyonu
- Lokal semptomlar yoktur
- Destruktif tirotoksikoz, hipotiroidi, eutiroidi görülebilir
- Haftalar aylar sonra genellikle tam iyileşme olur

Tirotoksikozlu hastada sessiz tiroidit tanısı

- Tiroidde radyoaktif iyot uptake azalmıştır
- Tiroid sintigrafisinde aktivite görülmez
- İnce iğne aspirasyon biyopsisinde diffüz lenfosit infiltrasyonu saptanabilir
- Tiroid antikorları pozitiftir (Tiroid peroksidaz, antitiroglobulin)

Olgu 6

• 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

• 5 ay önce doğum yapmış. Emziriyor.

• Fizik muayene

• Tiroid muayenesinde özellik yok.

Olgu 6

Postpartum tiroidit / Graves (Postpartum aktivasyon)

Tiroid sintigrafisi, TRAb

Olgu 7

• 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

• Uzun süredir aritmi yakınması var. 6 ay önce amiodarone 2*1 başlanmış.

• Fizik muayene

• Tiroid muayenesinde özellik yok. Kardiyak aritmisi devam ediyor.

Amiodarone'a bağlı tirotoksikoz (AIT)

Tip I

- Hipertiroidili tip
- TMNG, Graves
- Antitiroid ilaç endike
- ilađlara direnç fazla

Tip II

- Destruktif tip
- Hipertiroidi yok
- Antitiroid ilaç gereksiz
- Antiinflamtuvar tedavi

AIT da laboratuvar

- Sintigrafide baskılı görünüm (Tip I / Tip II)
- Ultrasonografi özellikleri
- TRAb pozitifliği
- IL6 artışı

Olgu 7

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- Uzun süredir aritmi yakınması var. 1 ay önce amiodarone 2*1 başlanmış.

- Fizik muayene

- Tiroid muayenesinde özellik yok. Kardiyak aritmisi devam ediyor.

Olgu 7

Amiodaron ilişkili tirotoksikoz Tip1 / Tip 2

TRAb, US ??

izlem

Tirotoksikoz tanılı hastanın etyolojik tanı algoritmi

Kullandığı ilaçları sorgula

- Tiroid hormonu
- Amiodarone
- Lityum
- Yüksek doz iyod

Anamnez ve muayene özelliklerini değerlendir

- Oftalmopati
- Tiroid nodülü
- Tiroidit bulguları
- Gebelik

Gerekirse
TRAb, Sintigrafi,
US, ESR/CRP

- TRAb pozitifliği
- Toksik nodül varlığı
- Aktivite olmaması
- İmflamasyon bulguları

Hipertiroidinin

hem tanısı kolay, hem de tedavisi

Prof. Dr. Erdiñç ERTÜRK

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Bursa Tabip Odası Eğitim Seminerleri - 18 Mart 2020

Tirotoksikoz tedavisinde seçenekler

- Tedavide esas olarak 3 seçenek vardır;
 - Antitiroid ilaçlar (ATI)
 - Radyoiodod tedavi (RAI)
 - Cerrahi tedavi
- Etiyolojiye göre bu seçenekler tercih edilir
- ATI hipertiroidili hastalarda çok etkilidir
- Hipertiroidisiz tirotoksikozda ATI yeri yoktur

Olgu 1

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- Gözünde batma, yanma, büyüme yakınmaları var

- Fizik muayene

- Tiroid diffüz ele geliyor, Göz hiperemik, hafif propitotik ve periorbital ödem var

Olgu 1 Graves hastalığında tedavi özellikleri

Antitiroid ilaçlar (ATI) ile eutirodik hale getirilir

ATI ile tam remisyon olasılığı ~ % 50

izleme göre ATI/RAI karar verilir

Olgu 2

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez
 - Boynunda şişlik uzun süredir var. Araştırılmamış
- Fizik muayene
 - Tiroid sağ lobda 3*2 cm nodül ele geliyor.

Olgu 2 Toksik adenom tedavi özellikleri

ATI ile eutirodik hale getirilir

İİAB gerekli değildir

RAI sıklıkla tercih edilir

Olgu 3

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 3 yıl önce nodüler guatr opere olmuş. T4 tedavisi kullanıyor. 3 ay önceki kontrolünde doz yetersiz gelmiş denilerek 100 ug/gün iken 150 ug/güne artırılmış

- Fizik muayene

- Boyunda operasyon skarı var.

Olgu 3 iyatrojenik tirotoksikoz tedavisi

Tiroid hormon dozu ayarlanmalıdır

Tiroksin replasması sonlandırılmamalıdır

Olgu 4

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- 1 ay önce gripal enfeksiyon geçirmiş. Uzun süren ateşli ve boğaz ağrısı yakınmaları 3 hafta süre ile antibiyotik kullanmış. Yakınmalarında belirgin düzelme olmamış.

- Fizik muayene

- Tiroid loju çok hassas.

Olgu 4 Subakut tirotoksikoz tedavisi özellikleri

ATI kullanılmamalıdır

Uygun antiinflamatuvar tedavi (NSAID / glukokortikoid)

Uygun doz ve süre kullanılmalıdır

Olgu 5

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor
 - TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
 - ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez
 - 14 haftalık gebe. Bulantı kusması şiddetli.
- Fizik muayene
 - Tiroid muayenesinde diffüz evre 1 ele geliyor.

Olgu 5 Gestasyonel tirotoksikoz tedavisi özellikleri

Destek tedavisi dışında tedavi gerekmez

Olgu 6

• 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)
- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

• Anamnez

• 5 ay önce doğum yapmış. Emziriyor.

• Fizik muayene

• Tiroid muayenesinde özellik yok.

Olgu 6 Postpartum tiroidit tirotoksikoz tedavisi

Genellikle sadece izlem yeterlidir

Gerekirse betabloker tedavi

Olgu 7

- 34 K, 1 aydır başlayan çarpıntı, çabuk yorulma, aşırı terleme yakınmaları var. Kilo kaybı olduğunu tanımlıyor

- TSH < 0.01 uIU/mL (N: 0,35-4,94)

- ST4 3,24 ng/dL (N: 0,70-1,48)

- Anamnez

- Uzun süredir aritmi yakınması var. 6 ay önce amiodarone 2*1 başlanmış.

- Fizik muayene

- Tiroid muayenesinde özellik yok. Kardiyak aritmisi devam ediyor.

Olgu 7 Amiodaron ilişkili tirotoksikoz

Tedavi kararı zor hastalardır

ATI / glukokortikoid tedavi

Hipertiroidinin

hem tanısı kolay, hem de tedavisi.

Prof. Dr. Erdiñç ERTÜRK

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Bursa Tabip Odası Eğitim Seminerleri - 18 Mart 2020