

Тања Стојчевска, Далибор Драгишић

КБЦ "Др Драгиша Мишовић – Дедиње",
Београд, Србија

Хипотиреоза – честа болест, једноставна терапија

Сажетак

Кључне речи:

хипотиреоза,
штитаства жлезда (*tireoidea*),
тиреоидни хормони,
диференцијална дијагноза.

Увод. Хипотиреоза је болест која настаје као последица недостатка хормона штитаства жлезде (*tireoidea*) у организму или изостанака њихових ефеката у ћелијама. Ова болест је два пута чешћа код жена него код мушкараца. Испољава се поремећајем метаболизма, који доводи до опште психичке и физичке успорености организма. Болест најчешће напредује постепено. Симптоми се често не испољавају у дужем периоду, а поједини се приписују другим болестима, менопаузи или старењу. Дијагноза се у највећем броју случајева поставља на основу клиничке слике и серумског нивоа тиреоидних хормона у плазми: тироксина (T_4) и тријодтиронина (T_3) и тиреостимулишућег хормона (*TSH*).

Приказ случаја. У овом раду приказан је случај болеснице са тешким обликом хипотиреозе, која је под дијагнозом срчане инсуфицијенције упућена у нашу установу на даље лечење.

Закључак. Захваљујући брзој дијагнози и адекватно започетом лечењу, спречено је даље погоршање препознате болести у смислу појаве микседемске коме, а самим тим несигурног исхода лечења.

Увод

У зависности од тога на ком нивоу се налази оштећење, узроци хипотиреозе могу се поделити на примарне, секундарне и терцијарне. Примарне хипотиреозе су најчешће и настају као последица оштећења самог ткива штитаства жлезде и последичним дефектом у синтези хормона.^{1,2,3} Око 95% свих случајева хипотиреозе су примарне, а водећи узрок је аутоимуна болест штитаства жлезде Хашимотов тиреоидитис (*Hashimoto's thyroiditis*) код око 90% свих примарних хипотиреоза.^{4,5} Поред тога, чест узрок хипотиреозе су аблативне процедуре (хирушка тиреоидектомија и терапија радиоактивним јодом) радиотерапија врата због других болести – Нолгина, тумори главе и врата, развојни поремећаји (јувенилна хипотиреоза), поремећаји у метаболизму јода, унос извесних струмогенних материја и лекова (литијум, амиодарон),⁷ као и ендемска

струма која се јавља у крајевима у којима није решен дефицит јода у исхрани.^{1,2,4,6} Секундарна хипотиреоза настаје због дефицита тиреостимулишућег хормона (*TSH*), који се најчешће јавља код оштећења хипофизе (панхипопитуитаризам), а веома ретко као изолован поремећај. Терцијарне хипотиреозе су веома ретке и настају као последица недостатка *TRH* због оштећења хипоталамуса^{1,2,3,8,9,10}.

Приказ случаја

Болесница, 71 година, из Београда, упућена је на одељење кардиологије из друге здравствене установе, ради даље хоспитализације и лечења. Болесница у веома тешком стању, сомнолентна, оскудно комуникативна. Подаци добијени хетероanamнестички од супруга. Он наводи да се вече пре пријема жалила на малаксалост,

бол у грудима, гушење и мучнину и у једном моменту повратила. Такође наводи да се већ неколико месеци брзо замара, поспана је, заборавна, повремено има болове у грудима, надимање стомака, затвор, отицање потколеница и оток око очију. У последња два месеца угојила се око 4 kg. У личној анамнези атреријска хипертензија, ангина пекторис и реуматска грозница у младости. Последња терапија: дилкоран, еналаприл, аспирин, *Ntg p.p.*

Објективно, при пријему сомнолентна, адинамична, диспноична, брадкардична, брадипсихична, афебрилна, ацијанотична, едематозног лица, посебно периорбитално, кожа сува, перутава, бледожуте боје. Налаз на глави и врату уредан. Штитаста жлезда у физиолошким границама, безболна је на палпацију, покретна при гутању. На плућима ослабљен дисајни шум, са ретким касноинспиријумским пукотима обострано базално. Срчана акција ритмична, тонови тихи, благ систолни шум на врху; *TA 130/90 mmHg*; *Ekg*: ниска волтажа, синусни ритам, *fr 50/min*, *aplatiran T* талас у *D₁*, *aVL*. Налаз у абдомену уредан. Екстремитети симетрични, изражени претибијални едеми.

Одмах по пријему узете биохемијске анализе и хормони штитасте жлезде. Консултативни прегледи гастроентеролога и хирурга.

У лабораторијским анализама повишене вредности холестерола (11,8) и СК (320) уз ниже вредности *Na* (132), знаци нормохромне нормоцитне анемије (*Hgb* 113, *Rbc* 3,38, *MCV* 87). Тиреоидни хормони: повишен *TSH* (70), *T₃* (0,6). Радиографски, срчана сенка увећана у целини. Ехокардиографски се региструје се прерикардни излив до 12 mm испред латералног зида и до 10 mm испред *DK*. Налаз ултразвука абдомена уредан. Хирург искључио акутно хируршко обољење. Ректални туше уредан.

На основу анамнезе, физикалног налаза и допунских испитивања, постављена је дијагноза хипотиреозе са микседемом.

По постављању дијагнозе започета супституциона терапија малим дозама *L*-тироксина 25 μ g, а за две недеље доза је повећана на 50 μ g дневно. Након три недеље стање се значајно поправило. Отоци ногу и око очију су се повукли, перикардни излив се смањио (контролни ехокардиограм), те је болесница отпуштена кући са саветом да поред кардиолошких редовно иде и на ендокринолошке контроле.

Дискусија

У питању је тежи облик хипотиреозе, која је дуго била непрепозната и нелечена. Највероватније се ради о хипотиреози која је настала као последица тиреоидитиса који је прошао незапажено. Дијагностичке процедуре које су била урађене у другој установи (*Rtg* плућа и срца, ехокардиограм, ехо абдомена и основна биохемија), као и клинички налаз и лична анамнеза, били су приписани срчаној декомпензацији.

У овом случају лечење је започето мањом дозом *L*-тироксина (25 μ g), имајући у виду старост болеснице и постојеће болести, јер би веће дозе лека на почетку терапије могле да доведу до погоршања ангине пекторис и срчане инсуфицијенције.

У 80% случајева хипотиреозе нема симптома^{1,2}. У раним стадијумима парадоксално присутна напетост, нервоза, несаница. У одмаклом стадијуму симптоми су умор, малаксалост, поспаност, зимогрожљивост, промуклост, затвор, пораст тежине, уз смањен апетит, смањено знојење, парестезије и наглувост. Болесници су успорени, подбулог лица без мимике, бледожућкасте боје коже (анемија), суве храпаве хладне и перутаве коже, грубе косе, понекад са алопецијом, великог језика, храпавог гласа, отеклих руку и ногу, успореног пулса. Срчани тонови су тиши, крвни притисак је конвергентан, појављује се излив у срчаној кеси, понекад и у плеури. Присутни су менструални поремећаји, галактореја, стерилитет мушкарца и жене нису ретки, у деце прерани или касни пубертет. Најтежи клинички облик хипотиреозе је микседемска кома (смртност 80%)^{1,2,10,11,14,15}. У почетку болести хипотиреоза може да личи на старење, депресију, Алцхајмерову или Паркинсонову болест^{1,2,3,12,13,14,15}. Када су присутни отоци, болест може личити на нефротски синдром, уремију, тешку срчану инсуфицијенцију или пернициозну анемију^{12,13,14}. Код нефротског синдрома хормони штитасте жлезде могу бити поремећени, али је *TSH* нормалан и жлезда је нормалне величине (еутиреоидни *Sick sindrom*)^{1,2,4,12,14}.

Код секундарне хипотиреозе ниво *TSH* је често нормалан, па је за потврду дијагнозе значајнији снижен *T₄* или *fT₄*. Мерење титра *TPO* антитела (анитела против тиреоидне пероксидазе) потврђује аутоимуно етиологију болести^{1,2,4,5,6,8,9}. Лабораторијске анализе, осим промена хормона, могу да показују анемију, повишен холестерол, некада и триглицериде, *CPK*, *LDH* и *AST*, а снижен натријум^{1,2}, што је све присутно код приказаног случаја.

Значајно је напоменути супклинички облик болести. Карактерише га повишен ниво сермуског *TSH* уз нормалне вредности *T₃* и *T₄* и без пратећих симптома. Доста је чест и јавља се у 6-8% жена (10% преко 60 године) и код 3% мушкараца.^{1,2,4,9,13,15} Одлука о даљој терапији зависи од тога да ли постоје *TPO* антитела. Ако су позитивна, неопходна је терапија малим дозама *L*-тироксина да би се нормализовао ниво *TSH*; уколико су негативна, болесник се прати једном годишње. Такође, код високог титра антитела велика је вероватноћа за даљим напредовањем поремећаја до манифестног хипотиреоидизма^{1,2,3,15,16,17,18}.

Без обзира на узрок хипотиреозе, терапија је супституциона. Лечење се започиње применом мањих доза, посебно код старијих и срчаних болесника. Ако је хипотиреоза последица оштећења жлезде (примарна хипотиреоза), циљ терапије је да се *TSH* одржава мало

изнад горње границе, што се постиже за неколико месеци. Ако је хипотиреоза секундарна, тј. последица недостатка *TSH*, тежи се да се терапијом ниво T_3 одржава на нормали. Лек се узима у једној дневној (јутарњој) дози. Праћење ових болесника је доживотно^{1,2,3,7,9,14,18}.

Закључак

Приказан је случај болеснице са непрепознатим тешким обликом хипотиреозе који је животно угрожавао,

јер је претио да се заврши микседематозном комом. У приказу је истакнуто да су препознатљиви били симптоми и знаци од стране кардиоваскуларног система и због тога је превиђена хипотиреоза. Присуство едема који су другачији него у кардијалним едемима (еластични и хладни), као и перикардни излив, допринели су да се на дијагнозу хипотиреозе касно помисли. Рана и благовремена дијагноза која је једноставна и доступна, спречава овакве пропусте и омогућава брзо и ефикасно лечење супституционом терапијом.

Tanja Stojčevska, Dalibor Dragišić

Clinical Hospital Center "Dr Dragiša Mišović - Dedinje",
Belgrade, Serbia

Hypothyroidism – common disease and easy to treat

Key words:

erythematous skin changes,
subcutaneous nodes,
paniculitis,
pre-school child.

Abstract

Introduction. Hypothyroidism is a disease that occurs as a consequence of the lack of thyroid hormones in the body or the absence of their effects on cells. Hypothyroidism is at least twice as common in women as it is in men. Manifestation is the disorder of metabolism, which leads to a general slowing of mental and body functions. Hypothyroidism usually develops gradually. Symptoms may not appear until years after the thyroid has stopped functioning and they are often mistaken for signs of other illnesses, menopause or aging. Diagnosis is based on the patient's observations, medical history, physical examination, and thyroid function tests.

Case report. This case report is about patient with severe form of hypothyroidism, which is sent to our institution for further treatment under the diagnosis of heart failure

Conclusion. The fast diagnosis and appropriate and timely treatment prevented further deterioration with possible myxedematous coma, and therefore uncertain outcome.

Литература

1. Харисон ТР. Харисонова начела интерне медицине. *Bard-Fin* Београд & Романов, Бања Лука, 2004, 2060-2069.
2. Kumar P, Clark M. *Clinical medicine*. Saunders 2009, 985-987.
3. Klein, I. *The cardiovascular system in hypothyroidism*. In: Werner and Ingbar's The Thyroid, 9th ed. (Braverman, L.E., and Utiger, R.D., eds.) Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2005a.
4. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. *Thyroiditis*. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2646-55.
5. Radaideh A, El-Khateeb M, Batieha AM, Nasser AS, Ajlouni KM. *Thyroid function and thyroid autoimmunity in patients with type 1 diabetes mellitus*. *Saudi Med J*. 2003 Apr;24(4):352-5.
6. Stathatos N, Wartofsky L. *Perioperative management of patients with hypothyroidism*. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2003 Jun;32(2):503-18.
7. Harjai, K.J., and Licata, A.A. *Effects of amiodarone on thyroid function*. *Ann. Intern. Med.*, 1997, 126:63-73.
8. Poppe K, Glinioer D. *Thyroid autoimmunity and hypothyroidism before and during pregnancy*. *Hum Reprod Update*. 2003 Mar-Apr;9(2):149-61.
9. Bunevicius, R., Kazanavicius, G., Zalinkevicius, R., and Prange, A.J. Jr. *Effects of thyroxine as compared with thyroxine plus triiodothyronine in patients with hypothyroidism*. *N. Engl. J. Med.*, 1999, 340:424-429.
10. Charles P, Stowell and John W. Barnhill, *Acute Mania in the Setting of Severe Hypothyroidism*. *Psychosomatics*, Jun 2005; 46: 259 - 261.
11. Hattori H, Hattori C, Yonekura A, Nishimura T. *Two cases of sleep apnea syndrome caused by primary hypothyroidism*. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2003;(550):59-64.
12. Khurram IM, Choudhry KS, Muhammad K, Islam N. *Clinical presentation of hypothyroidism: a case control analysis*. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2003 Jan-Mar;15(1):45-9.
13. Lombardo F, Gandini L, Santulli M, Jannini EA, Dondero F, Lenzi A. *Endocrinological diagnosis in sexology*. *J Endocrinol Invest*. 2003;26(3 Suppl):112-4.
14. Krassas GE, Perros P. *Thyroid disease and male reproductive function*. *J Endocrinol Invest*. 2003 Apr;26(4):372-80.
15. Emerson, C.H. *Myxedema coma*. In: Intensive Care Medicine. (Irwin, R.S., Cerra, F.B., and Rippe, J.M., eds.) Lippincott-Raven, Boston, 2003, pp. 1171-1173.
16. Grebe, S.K., Cooke, R.R., Ford, H.C., et al. *Treatment of hypothyroidism with once weekly thyroxine*. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1997, 82:870-875.
17. Viera AJ. *Thyroid function testing in outpatients: are both sensitive thyrotropin (sTSH) and free thyroxine (FT4) necessary*. *Fam Med*. 2003 Jun;35(6):408-10.
18. Franklyn JA, Sheppard MC, Maisonneuve P. *Thyroid function and mortality in patients treated for hyperthyroidism*. *JAMA* 2005 Jul 6;294(1):71-80.

Примљен • Received: 6. 2. 2010.
Прихваћен • Accepted: 6. 7. 2010.