

HASHİMOTO TİROİDİTİ

22 Olguda Sonuçlar

HASHİMOTO THYROIDITIS :
Results in 22 Patients

Adam USLU
Hüsnü GÜRSU
Mehmet Hamdi SAKARYA
Ahmet NART
Mustafa TİRELİ

SUMMARY

Hashimoto thyroiditis is the most common form of chronic thyroiditis. In this paper, we report the results of 22 cases operated for goitre whom postoperative pathological examinations revealed Hashimoto thyroiditis. 21 patients were euthyroid and one was hyperthyroid, preoperatively. Thyroidal hyperplasia was multinodular in 14, solitary nodular in 6 and bilaterally diffuse in 2 of the patients. Bilateral near total, subtotal and unilateral subtotal lobectomies were performed in 2, 15 and 5 patients, respectively. Postoperative follow-up ranged between 10-114 months with a mean of 51.5. Three patients had nodular recurrences of Hashimoto thyroiditis and were treated with L-thyroxin substitutions.

(Key Words: Lymphocytic thyroiditis, Struma lymphomatosa)

ÖZET

Hashimoto tiroiditi en sık karşılaşılan kronik tiroidit formudur. Bu çalışmada, guatr ön tanısı ile ameliyat edilen ve postoperatif patolojik tetkik sonucu Hashimoto tiroiditi tanısı konan 22 kadın hastanın sonuçları sunulmaktadır. Ameliyat öncesi 21 olgu ötiroid, 1 olgu hipertiroidikti. Olguların 14'ünde multipl nodül, 6'sında tek nodül, 2'sinde diffüz hiperplazi vardı. Hastaların 15'ine bilateral subtotal 15'ine unilateral subtotal, ikisine de bilateral totale yakın tiroidektomi yapılmıştır. Ameliyat sonrası 10-114 ay (ortalama 51.5) izlenen olgulardan 3'ünde nodüler tarzda Hashimoto tiroiditi nüksü görülmüş ve bunlar tiroksin tedavisiyle iyileşmişlerdir.

(Anahtar Sözcükler: Lenfositik tiroidit, Struma lenfomatoza)

Hashimoto tiroiditi günümüzde otoimmun bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kitle taramalarında % 1.3-2 oranlarında görüldüğü ileri sürülmektedir (4, 5). Bu seyrek görülen hastalığın tedavisinde cerrahi yöntemin yeri çok sınırlıdır. Çoğu olguda tıbbi tedavi ile sonuç alınabilir. Ancak Hashimoto tiroiditi tanısı konmasında çok değerli olan otoimmün antikor tayini ve ince iğne aspirasyon biopsisi yöntemlerinin kullanılmadığı koşullarda, pekçok Hashimoto tiroiditli olgu nodüler guatr ön tanısı ile ameliyata alınmakta ve kesin tanıya, çıkarılan tiroid dokusunun ameliyat sonrası tetkiki ile ulaşılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu retrospektif araştırma, Şubat 1982 ile Ekim 1990 tarihleri arasında SSK Buca Hastanesi 1. ve 3. Cerrahi Kliniklerinde guatr nedeniyle ameliyat edilen ve ameliyat sonrası patolojik inceleme ile Hashimoto tiroiditi tanısı konan 22 hasta üzerinde yapılmıştır. Patolojik inceleme sonucu granülomatöz veya fokal lenfositik tiroidit olan olgular, çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastalarımızın tümü kadındır. Olgular 26-65 yaşları arasında olup yaş ortalaması 40.7'dir.

Ameliyat öncesinde hastalarımızın 14'ünde multinodül, 6'ında tek nodül, 2'inde de diffüz hiperplazi vardı. Sintigrafik tetkikinde düzensiz ve benekli aktivite dağılımı saptanan 4 olguda palpasyonda multipl küçük nodül saptanmıştır. 21 olguda ötiroidi, 1 hastada hipertiroidi bulunmuştur. Ameliyat öncesi devrede yaptırılan tiroid sintigrafisi ile ilgili bilgiler 1. Tabloda verilmiştir.

Ötiroidli 21 olgu rutin hazırlıktan; hipertiroidili bir olgu da antiötiroid ilaçlar ile (propiltiourasil, 30 mg/gün) ötiroid hale getirildikten sonra guatr tanısı ile ameliyata alınmışlar ve hastaların 15'inde bilateral subtotal, 5'inde unilateral subtotal, 2'inde bilateral totale yakın tiroidektomi yapılmıştır. Ameliyat sonrası hipoparatiroidizm ve Nervus Laringeus rekürrens zedelenmesiyle karşılaşılmamıştır.

TABLO - 1: Hashimoto Tiroiditli 22 Hastanın Sintigrafik Bulguları

Sintigrafik Bulgu	Hasta Sayısı
Homojen aktivite	2
Multipl sıcak ve soğuk nodül	2
Multipl sıcak nodül	4
Düzensiz benekli aktivite (salt - pepper pattern)	4
Soğuk nodül	10
Soliter	6
Multipl	4

Ameliyat sonrası devrede tüm olgular düzenli aralıklarla tiroid fonksiyon testleri ve tiroid sintigrafisi yapılarak izlenmişlerdir.

Bu incelemeler ve fizik muayene sonrasında tiroide şüpheli ve belirgin büyüme saptananlarda ince iğne aspirasyon biopsisi ile doku örneği alınıp yeniden patolojik tetkik yaptırılmıştır. Ameliyat sonrası devrede toksik olgu dışında talan tüm olgular, sürekli kullanılmak üzere 0.2 mg/gün dozunda tiroksin hormonu almışlardır.

SONUÇ VE BULGULAR

Olgular 10 ile 114 ay arasında (ortalama 51.5) değişen sürelerle izlenebilmişlerdir. İzleme periyodu boyunca 21 olgu ötiroid kalmış, tirotoksikozlu olguda 8. ayda nüks gelişmiştir. Bu olguda ilk operasyonda propiltiourasil ile hazırlık sonrası bilateral subtotal tiroidektomi uygulanmıştır. Bu hastanın nüks sonrası sintigrafisinde bilateral diffüz hiperplazi ve sağ lobda tek nodül saptanmıştır. Nodülden ince iğne aspirasyon biopsisi ile alınan dokunun tetkiki de Hashimoto tiroiditi olarak rapor edilmiştir. Hasta metimazol (30 mg/gün) ile ötiroid hale getirildikten sonra yeniden ameliyata alınmış ve bilateral totale yakın tiroidektomi uygulanmıştır. 1 yıllık kontrollerde klinik ve sintigrafik bulgular normaldir. Bilateral subtotal lobektomi ile tedavi edilen diğer 14 ötiroid olgudan yalnızca birinde istmusa uyan yerde 2 cm çaplı tek soğuk nodül şeklinde nüks görülmüştür. Bu nodülden alınan ince iğne aspirasyon biopsisi mater-

yalinin patolojik incelemesinin de Hashimoto tiroiditi olarak sonuçlanması üzerine hastaya uygulanan 0,2 mg/gün dozunda L-tiroksin tedavisinde devam edilmiş ve 10 ay sonra nodülün kaybolduğu saptanmıştır. Tek taraflı subtotal lobektomi ile tedavi edilen 5 olgudan ikisinde ilk ameliyatta dokunulmayan lobda tek nodül tarzında Hashimoto tiroiditi nüksü saptanmıştır. Anamnezde; her iki olgunun ameliyat sonrası düzensiz ve düşük dozda L-tiroksin kullandığı öğrenilmiştir. Bu olgularda verilen günlük tiroksin dozu artırılmıştır. Vakalar halen gözlem altındadır. 2 taraflı totale yakın lobektomi yapılanlarda nüks gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Otoimmün karakterli Hashimoto tiroiditi klinikte en sık karşılaşılan kronik tiroidit formudur. Pekçok hasta asemptomatiktir. Bununla beraber, tiroidde ağırlı hassas bir büyümeye sıkça rastlanır (2, 3). Tiroiddeki büyüme çoğu kez her iki lobu da tutan diffüz hiperplazi şeklindedir. Olguların % 20 sinde nodüler tarzda guatr da saptanabilir. Endemik guatr bölgelerinde yapılan araştırmalarda, iğne aspirasyon biopsisi sonrası Hashimoto tiroiditi görülme sıklığı % 0.3 olarak bildirilmektedir (17). tanı sırasında olguların büyük bir çoğunluğu ötiroid veya hipotiroidiktir (2, 3). Pekçok olguda geçici tirotoksikoz ortaya çıkabilir. Bu otoimmün hastalıkta progresif bir tiroisit yıkımına bağlı olarak hastalığın hipotiroidizm ile sonuçlandığı öne sürülmüştür. Ancak 14 yıl izlenen, 52 olguluk bir seride yalnızca 3 olguda (5) hipotiroidizm tespit edilmiştir. Antimikrozomal Antikor, Antitiroglobulin Antikor ve Tiroid Stimulan Hormon düzeyleri yüksek seyreden bir diğer seride ise yıllık hipotiroidizm insidansı % 2 olarak bildirilmiştir (8). Kesin tanıda iki bulgu önemlidir. Birincisi serum Antitiroglobulin Antikoru ve Antimikrozomal ve Antikor düzeylerinin yüksek olması (> 1/32); ikincisi, ince iğne aspirasyon biyopsisinde diffüz oksifilik değişiklikler gösteren folikül hücrelerinin (Hürthle-Ashkenazy) varlığı ile

tiroisitlerde lenfosit ve plazmosit infiltrasyonuna bağlı parankim yıkımının gösterilmesidir (1, 4, 6, 7, 10). Hastalığın tanısında yararlı olan diğer bir yöntem, tiroidin sintigrafik incelemesidir. Histolojik olarak tanısı kesinleştirilmiş 15 olguda sintigrafik bulgular; bilateral multinodüler guatr (% 40), hipoaktif rodüller (% 28), vedüzensiz - benekli hiperplazi (% 14) olarak tespit edilmiştir (9).

Bir başka çalışmada ise, bu oranlar düzensiz-benekli hiperplazi için (% 53), hipoaktif nodüller için ise (% 14.5) olarak ileri sürülmüştür (4). Bizim çalışmamızda, sintigrafik sonuçlarımız Tablo-1'de gösterilmiştir. Hashimoto tiroiditinde sintigrafi bulgularının değişken olması, bu yöntemin primer ve duyarlı bir tanı aracı olarak kullanımını kısıtlamaktadır. Ancak sık karşılaşılan görüntü tiplerinin bilinmesinin, diğer objektif ve kesin tanı kriterlerini desteklemede faydalı olabileceği kabul edilmektedir (4, 6, 9). Bu hastaların ortalama % 3'ünde tiroid karsinomunun geliştiği göz önüne alınırsa, sintigrafi ve palpasyonda şüpheli tek nodüllü bulunan olgularla ince iğne aspirasyon biopsisine başvurulmalı ve bu incelemenin sonucuna göre tedavi düzenlenmelidir. Büyük serilerde; sintigrafilerinde düzensiz-benekli hiperplazi tespit edilen olgularda karsinomla karşılaşıl-madığı bildirilmiştir (5). Hashimoto tiroiditi sonrası karsinom gelişen olguların büyük çoğunluğu metastaz yapmamış, okült papiller karsinomlar olup, multifokal kanser alışılmamış bir bulgudur (1, 9). Hashimoto Tiroiditi'nin temel tedavi yöntemi tıbbidir. büyümüş bir tiroidi bulunan fakat başka belirtileri olmayanlarda tiroksin preparatları ile TSH hormon üretimi baskılanarak tiroidde küçülme ve tümüyle gerileme elde edilebilir (1, 6, 11, 12). Klinik çalışmalarda bu tedavinin Antimikrozomal Antikor ve Antitiroglobulin Antikor titrasyonu üzerindeki etkisi farklılık göstermektedir. Tiroksinin hem TSH konsantrasyonu hem de tiroisitlerin otoantijenik özelliklerini azaltarak her iki antikor titresini düşürdüğü bildirilirken (13), ayrı bir çalışmada bu etkinin yalnızca hipotiroidik Hashimoto olgularında belirgin olduğu

gözlenmiştir (14). Günde 0.2 mg'lık sürekli tiroksin (14) tedavisi ile tüm olgularda guatr boyutları belirgin olarak küçülmekte ve TSH salınımı tamamen bloke edilmektedir. Antimikrozomal Antikor ve Antitiroglobulin Antikor serum düzeyleri dalgalanma göstermekle birlikte, tedaviye bağlı düşüşler özellikle hipotiroidi ile seyreden olgularda anlamlı düzeylere ulaşmakta ancak tüm metabolik koşullar için bu antikorların tedaviye karşın daima pozitif titrasyonda kaldıkları kabul edilmektedir (6, 11, 12, 13, 14, 15).

Hashimoto trioiditi tanısı günümüzde, antikor tayinleri ile ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yöntemi ile kesin olarak konulabilmekte ve olgular genellikle tiroksin verilerek tedavi edilmektedirler. Bununla beraber, bazı hastalarda aşağıda belirtilen koşullarda cerrahi girişimin ön plana çıktığı unutulmalıdır (5, 16) :

1) Sintigrafide TSH supresyonuna cevap vermeyen ya da kısmi gerileme gösteren dominant bir nodülün varlığı,

2) Supresyon tedavisine rağmen bilateral tiromegalinin artarak devam etmesi ve baskı belirtilerinin (dispne, disfaji gibi) ortaya çıkması.

3) Anamnez ve fizik bakıda kanser düşündürülen bulguların olması (radyasyon, MEA (Multipl Endokrin Adenomatosis) sendromu, sinir paralizisi, servikal lenfadenopati vb.)

4) İnce iğne aspirasyon biopsisinde lenfoma ve Hashimoto arasında kesin ayrımın yapılamaması,

4) Hipertiroidizmle seyreden otonom sıcak bir nodülün varlığıdır.

KAYNAKLAR

1. Mc Conahey WM. Hashimoto's Thyroiditis *Med Clin North Am.* 1972; 56: 885-96.
2. McGregor AM, Hall R. Thyroiditis. In: *Endocrinology, De Grot LJ, Philadelphia: Saunders Company; 1989: 683.*
3. Turnbridge WMG, Brewis M, French JM. Natural History of Autoimmune Thyroiditis. *Br Med J.* 1981; 282: 258-62.
4. Fisher DA, Oddie TH, Johnson DE, et al. The Diagnosis of Hashimoto's Thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab.* 1975; 40: 795-801.
5. Woolf PD. Thyroiditis. *Med Clin North Am.* 1985; 69: 1035-48.
6. Başkal N. Kronik Tiroiditler. *Türkiye Kli Tıp*

Bil Der. 1990; 5: 452-8.

7. Baker BA, Ghorib H, Morkowitz H. Correlation of Thyroidal Autoantibodies and Cytologic Features in Suspected Autoimmune Thyroid Disease. *Ame J Med.* 1983; 74: 941-4.

8. Turnbridge WMG. The Epidemiology of Hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Me-tab.* 1979; 8: 21-7.

9. Paull BR, Alderson PO, Siegel BA, et al. Thyroid Imaging in Lymphocytic Thyroiditis *Radiology.* 1975; 115: 139-42.

10. Rosai J. Hashimoto's Thyroiditis. In: *Ackerman's Surgical Pathology, Rosai J. St. Louis: CV Mosby Company; 1989: 396-97.*

11. Greenspon FS, Rapaport B. Thyroid Gland. In: *Basic and Clinical Endocrinology, Greenspon FS, Forsham PH. eds. California Lange Med, Pub; 1986: 143.*

12. Cotton GE, Garman CA, Myberry WE: Suppression of (h-TSH) in Serums of Patients with Myxedema of Varying Etiology Treated with Thyroid Hormones. *N Engl J Med.* 1971; 285: 529-33.

13. Jansson R, Karlsson A, Dahlberg PA. Thyroxine, Methimazole and Thyroid Microsomal Antibody Titres in Hypothyroid Hashimoto's Thyroiditis. *Br Med J.* 1985; 290: 11-3.

14. Chiovata L, Marcoca C, Mariotti S, et al. L-Thyroxine Therapy Induces a Fall of Thyroid Microsomal and Thyroglobulin Antibodies in Idiopathic Myxedema and Hypothyroid but not in Euthyroid Hashimoto's Thyroiditis. *J Endocrinol Invest.* 1986; 9: 299-305.

15. Papapetrou PD, Lazaruss JH, Mac Sween RNM, et al. Long Term Treatment of Hashimoto's Thyroiditis with Thyroxine. *Lancet.* 1972; 18: 1045.

16. Thomas CG Jr, Rutledge RG. Surgical Intervention in Chronic (Hashimoto's) Thyroiditis. *Ann Surg.* 1981; 193: 769-76.

17. Yahn R, Dülger M, Oğuz M, Gültekin A, Yıldırım C, Temizkan N. Endemik Bir Guatr Bölgesindeki Araştırma Sonuçları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1987, 1: 197-200.

Editör'ün Notu:

Konu ile ilgili elimize geçen yerli literatür yararlanılması umudu ile sunulmuştur:

1. Hashimoto. *Ank Numune Hast Tıp Bült* 1971; 12 (3): 363.
2. Sargın O, Keler H. 56 Subakut Tiroidit. *GATA Bült.* 1972; 14 (1): 15.
3. Kocaoğlu H va. Otoimmün strumit *Ege Univ Tıp Fak Mec* 1972; 11 (2): 115.
4. Doğanavşargül E va. Hashimoto Tiroiditi. *Ege Univ Tıp Fak Mec* 1977; 16 (4): 795.
5. Ataoğlu Ö va. Hashimoto, Papiller Karsinom ve Primer Lenfoma. *TCDD Hast Tıp Bült* 1992; 4 (1): 92.