

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΕΣ

Ιφιγένεια Κώστογλου-Αθανασίου, MD, PhD
Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι θυρεοειδίτιδες είναι ετερογενής ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από κάποια μορφή φλεγμονής του θυρεοειδούς. Στις θυρεοειδίτιδες περιλαμβάνονται διαταραχές που προκαλούν οξεία νόσηση με πόνο στο θυρεοειδή, όπως είναι η υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα και η πυώδης θυρεοειδίτιδα και καταστάσεις στις οποίες δεν υπάρχει εμφανής φλεγμονή και η νόσηση εκδηλώνεται κυρίως με δυσλειτουργία του θυρεοειδούς ή βρογχοκήλη, όπως η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα ή υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα και η ινώδης θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα του Riedel. Στους περισσότερους τύπους υποξείας θυρεοειδίτιδας κλασικά παρατηρείται υπερθυρεοειδισμός που ακολουθείται από φάση υποθυρεοειδισμού και τελικά υποχώρηση του υποθυρεοειδισμού. Στις θυρεοειδίτιδες με άλγος και ευαισθησία στο θυρεοειδή συμπεριλαμβάνονται η υποξεία θυρεοειδίτιδα, η πυώδης θυρεοειδίτιδα, η τραυματική θυρεοειδίτιδα και η μετακτινική θυρεοειδίτιδα. Στις θυρεοειδίτιδες χωρίς άλγος στο θυρεοειδή και ευαισθησία συμπεριλαμβάνονται η σιωπηλή, η μετά τοκετό, η οφειλόμενη σε φάρμακα, η ινώδης θυρεοειδίτιδα και η χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto.

Λέξεις ευρετηρίου: υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός, μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα, σιωπηλή θυρεοειδίτιδα, αμυωδάρωνη

Εισαγωγή

Οι θυρεοειδίτιδες είναι ετερογενής ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από κάποια μορφή φλεγμονής του

θυρεοειδούς. Στις θυρεοειδίτιδες περιλαμβάνονται διαταραχές που προκαλούν οξεία νόσηση με οξύ πόνο στο θυρεοειδή, όπως είναι η υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα και η πυώδης θυρεοειδίτιδα και καταστάσεις στις οποίες δεν υπάρχει εμφανής φλεγμονή και η νόσηση εκδηλώνεται κυρίως με δυσλειτουργία του θυρεοειδούς ή βρογχοκήλη, όπως η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα ή υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα και η ινώδης θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα του Riedel (πίνακας 1).

Στους περισσότερους τύπους υποξείας θυρεοειδίτιδας κλασικά παρατηρείται υπερθυρεοειδισμός που ακολουθείται από φάση υποθυρεοειδισμού και τελικά υποχώρηση του υποθυρεοειδισμού. Ο υπερθυρεοειδισμός οφείλεται σε καταστροφή των θυρεοειδικών θυλακίων και αποδόμηση της αποθηκευμένης θυρεοσφαιρίνης που οδηγεί σε απελευθέρωση της θυροξίνης και της τριιωδοθυρονίνης. Καθώς η συνεχιζόμενη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών δεν είναι αυξημένη, η πρόσληψη του ραδιενεργού ιωδίου είναι ελαττωμένη, συνήθως λιγότερο από 1% κατά τη διάρκεια της υπερθυρεοειδικής φάσης, και ο υπερθυρεοειδισμός διαρκεί μόνο μέχρι την εξάντληση των αποθηκευμένων ορμονών. Ο υποθυρεοειδισμός είναι επίσης συνήθως παροδικός, αλλά μπορεί να είναι και μόνιμος.

Οι διάφοροι τύποι θυρεοειδίτιδας μπορεί να ταξινομηθούν με διάφορους τρόπους, σύμφωνα με την αιτιολογία τους, την ιστολογική ή την κλινική εικόνα. Η ταξινόμηση των διαφόρων μορφών θυρεοειδίτιδας ανάλογα με το εάν συσχετίζεται με πόνο στο θυρεοειδή ή ευαισθησία, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον κλινικό ιατρό επειδή η παρουσία ή απουσία των ευρημάτων αυτών διαπιστώνεται εύκολα και κυριαρχεί στη διαγνωστική σκέψη.

Πίνακας 1. Θυρεοειδίτιδες

Θυρεοειδίτιδες με πόνο στο θυρεοειδή και ευαισθησία	Θυρεοειδίτιδες χωρίς πόνο στο θυρεοειδή και ευαισθησία
Υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα de Quervain's	Υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα ή σιωπηλή θυρεοειδίτιδα
Πυώδης θυρεοειδίτιδα	Μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα
Μετακτινική θυρεοειδίτιδα	Φαρμακευτική θυρεοειδίτιδα
Μετατραυματική ή μετά ψηλάφηση θυρεοειδίτιδα	Ινώδης θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα Riedel's
	Χρόνια αυτοάνοσος θυρεοειδίτιδα

Θυρεοειδίτιδες με άλγος και ευαισθησία στο θυρεοειδή

Στις θυρεοειδίτιδες αυτές συμπεριλαμβάνονται η υποξεία θυρεοειδίτιδα, η πυώδης θυρεοειδίτιδα, η τραυματική θυρεοειδίτιδα και η μετακτινική θυρεοειδίτιδα.

Υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα. Η υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα χαρακτηρίζεται από πόνο στο λαιμό, ευαίσθητη διάχυτη βρογχοκήλη και υπερθυρεοειδισμό. Θεωρείται ότι προκαλείται από ιογενή λοίμωξη ή φλεγμονώδη εξεργασία που ακολουθεί μια ιογενή λοίμωξη. Πολλοί ασθενείς έχουν πρόσφατο ιστορικό λοίμωξης του ανωτέρου αναπνευστικού. Περιστατικά της νόσου έχουν περιγραφεί σε συσχέτιση με επιδημίες από ιό Cocksackie ή άλλες ιογενείς λοιμώξεις. Παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση με το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας HLA-B35.

Οι ασθενείς μπορεί να έχουν πυρετό και συστηματικά συμπτώματα γρίπης. Ο πόνος στο λαιμό μπορεί να αντανακλά στα αυτιά και συνήθως είναι το κυριότερο σύμπτωμα που προβληματίζει τον ασθενή. Ο θυρεοειδής είναι συνήθως μέτρια διογκωμένος, στερεάς σύστασης και μπορεί να είναι τόσο ευαίσθητος που ο ασθενής να μην επιτρέπει τη ψηλάφηση.

Τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού μπορεί να είναι ήπια ή και να απουσιάζουν τελείως. Το χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι η αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, που είναι συνήθως > 50 mm/1h και μπορεί να υπερβαίνει τα 100 mm/1h. Μπορεί να υπάρχει ήπια λευκοκυττάρωση ή αναιμία και μερικοί ασθενείς θα έχουν ελάχιστα αυξημένους τίτλους αντιθυρεοσφαιρικών ή αντισωμάτων κατά της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης. Τα επίπεδα της ιντερλευκίνης-6 του ορού είναι αυξημένα.

Ιστολογικά παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση με χαρακτηριστικά πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα, ουδετερόφιλα και λεμφοκύτταρα. Το υπερηχογράφημα του αδένου μπορεί να αποκαλύψει περιοχές υποηχογένειας. Η διάγνωση είναι συνήθως εμφανής κλινικά και επιβεβαιώνεται από τη χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου στις 24 h και από την αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την οξεία πυώδη θυρεοειδίτιδα και την οξεία αιμορραγία σε θυρεοειδικό όζο. Η υποξεία κοκκιωματώδης θυρεοειδίτιδα είναι δυνατό να υποτροπιάσει.

Θεραπευτικά χορηγείται επαρκής αναλγητική αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως ασπιρίνη, ιβουπροφαίνη, ναπροξίνη και άλλα. Αν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα δεν επαρκούν θα χορηγηθεί πρεδνιζόνη σε δόση 30 ως 40 mg ημερησίως. Οι περισσότεροι ασθενείς απαιτούν τουλάχιστον 4 ως 8 εβδομά-

δες υψηλής δόσης θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Πυώδης θυρεοειδίτιδα. Η πυώδης θυρεοειδίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Οξεία λοίμωξη, με σχηματισμό αποστήματος μπορεί να προκληθεί από gram-θετικούς ή gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς, που φθάνουν στο θυρεοειδή με την αιματογενή οδό συνήθως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς ή από τους γεινιάζοντες ιστούς. Σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς μπορεί να παρατηρηθούν και χρόνιες λοιμώξεις του θυρεοειδούς από μυκοβακτηρίδια, μύκητες και από την *Pneumocystis carinii*.

Η οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα χαρακτηρίζεται από οξείας έναρξης άλγος στο λαιμό και ευαισθησία που είναι συνήθως ετερόπλευρη και συνοδεύεται από πυρετό, ρίγη και άλλα συμπτώματα και σημεία λοίμωξης. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ετερόπλευρη ψηλαφητή μάζα στο λαιμό που μπορεί να είναι ευκίνητη. Το οξύ άλγος στο λαιμό, η ευαισθησία και η θυρεοειδική μάζα μπορεί ωστόσο να προκαλείται και από αιμορραγία σε όζο θυρεοειδούς, κατάσταση που πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση. Η θυρεοειδική λειτουργία σε ασθενείς με οξεία πυώδη θυρεοειδίτιδα είναι συνήθως φυσιολογική.

Ασθενής με επώδυνη θυρεοειδική μάζα θα πρέπει να εκτιμάται άμεσα με βιοψία δια λεπτής βελόνης ακολουθούμενη από παροχέτευση και θεραπεία με αντιβιοτικά σύμφωνα με τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του υγρού που λαμβάνεται από τον όζο του θυρεοειδούς ή της καλλιέργειας αίματος. Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην επιβεβαίωση της παρουσίας του αποστήματος και να αναγνωρίσει ενδεχόμενα πολλαπλά αποστήματα.

Μετακτινική θυρεοειδίτιδα. Μπορεί να εμφανισθεί σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό που προκαλείται από νόσο του Graves' που αντιμετωπίζεται με ραδιενεργό ιώδιο. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίσουν πόνο στο θυρεοειδή και ευαισθησία 5-10 ημέρες μετά τη λήψη του ιωδίου που οφείλεται σε νέκρωση των θυρεοειδικών κυττάρων και επακόλουθη φλεγμονή. Το άλγος στο λαιμό και η ευαισθησία είναι συνήθως ήπια και υποχωρούν σε λίγες ημέρες ως 1 εβδομάδα. Μπορεί να παρατηρηθεί κάποια έξαρση του υπερθυρεοειδισμού.

Μετατραυματική θυρεοειδίτιδα. Η έντονη ψηλάφηση του θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης, οι χειρισμοί του θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της βιοψίας του θυρεοειδούς ή χειρουργικής επέμβασης, ή ακόμη τραύμα από ζώνη ασφαλείας αυτοκινήτου μπορεί να προκαλέσουν θυρεοειδίτιδα που εκδηλώνεται σαν παροδικό άλγος στον τράχηλο, ευαισθησία και παροδική θυρεοτοξίκωση.

Θυρεοειδίτιδες χωρίς άλγος και ευαισθησία

Μορφές του τύπου αυτού της θυρεοειδίτιδας είναι η σιωπηλή, η μετά τοκετό, η σφειλομένη σε φάρμακα, η ινώδης θυρεοειδίτιδα και η χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto.

Υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα. Η υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα χαρακτηρίζεται κυρίως από παροδικό υπερθυρεοειδισμό, που ακολουθείται σε μερικές περιπτώσεις από υποθυρεοειδισμό και μετά ανάκαμψη. Είναι επίσης γνωστή σαν σιωπηλή θυρεοειδίτιδα και λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα με αυτόματα υφιέμενο υπερθυρεοειδισμό.

Η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα είναι μέρος του φάσματος της αυτοάνοσης θυρεοειδικής νόσου. Ιστολογικά είναι παρόμοια με τη χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto, αλλά στη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα παρατηρούνται λιγότερα λεμφικά θυλάκια με βλαστικά κέντρα και ίνωση και λιγότερο οξύφιλα κύτταρα από ότι στη χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα. Η υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα χαρακτηρίζεται από τίτλους αντισωμάτων κατά της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης σε 60% και αντιθυρεοσφαιρινικών αντισωμάτων στο 25% των περιπτώσεων αν και γενικά οι τίτλοι είναι χαμηλότεροι από αυτούς που παρατηρούνται στη χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα. Ανιχνεύονται επίσης αντισώματα κατά του υποδοχέα της θυρεοτρόπου ορμόνης, διεγερτικά και ανασταλτικά σε 19% των ασθενών. Η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα συσχετίζεται με το HLA-DR3 και HLA-DR5.

Ασθενείς με σιωπηλή θυρεοειδίτιδα παρουσιάζονται με συμπτώματα ήπιου υπερθυρεοειδισμού και μικρή βρογχοκήλη σε 50-60% των ασθενών. Ο υπερθυρεοειδισμός οφείλεται σε έκλυση των θυρεοειδικών ορμονών λόγω κυτταρικής λύσης και υποχωρεί σε 6-12 εβδομάδες ή μεταπίπτει στο 50% περίπου σε παροδικό υποθυρεοειδισμό που υποχωρεί σε 2-12 εβδομάδες, ενώ είναι δυνατό να μεταπέσει σε μόνιμο υποθυρεοειδισμό. Η διαταραχή είναι τελείως ασυμπτωματική σε 8% των περιπτώσεων. Η διάγνωση θα γίνει με τη μέτρηση της πρόσληψης του ραδιενεργού ιωδίου στις 24 h που είναι μικρότερη από 1%. Ο υπερθυρεοειδισμός στη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα είναι συνήθως ήπιος και σπάνια διαρκεί περισσότερο από λίγους μήνες. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι κατόπιν ευθυρεοειδικοί, μερικοί παραμένουν υποθυρεοειδικοί και τουλάχιστο 1/3 των ασθενών έχουν επιμένονσα βρογχοκήλη και ως 20% των ασθενών που εκτιμήθηκαν μετά μια δεκαετία είχαν μόνιμο υποθυρεοειδισμό. Θεραπευτικά χορηγούνται β-αναστολείς. Η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα μπορεί να υποτροπιάσει.

Μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα. Η μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα είναι παρόμοια κλινικά και παθογενετικά με την υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα, εκτός από το ότι εξορισμού παρατηρείται σε γυναίκες μέσα σε ένα χρόνο μετά τοκετό (ή μετά αυτόματη ή προκλητή αποβολή). Η μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα διαφέρει από την υποξεία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα κατά το ότι περισσότερες ασθενείς έχουν αυξημένο τίτλο αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων στον ορό (αντιθυρεοσφαιρινικά και αντισώματα κατά της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης). Η συγκέντρωση των αντισωμάτων είναι υψηλότερη και η πιθανότητα μόνιμης θυρεοειδικής νόσου είναι μεγαλύτερη.

Η μετά από τοκετό θυρεοειδίτιδα είναι συχνή. Εμφανίζεται τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό και προσβάλλει το 5-10% των γυναικών. Η διαταραχή είναι παρόμοια κλινικά και ιστολογικά με τη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα. Συχνά η νόσος παραμένει αδιάγνωστη γιατί οι γιατροί δεν είναι γνώστες της θυρεοειδίτιδας αυτής και πολλά από τα συμπτώματα δεν αξιολογούνται και αποδίδονται σε συγκινησιακές ή άλλες καταστάσεις που παρουσιάζουν οι γυναίκες μετά από ένα νεογέννητο. Η διάγνωση τίθεται από το ότι δεν υπάρχει ιστορικό διαταραχής των θυρεοειδικών ορμονών πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει αύξηση ή ελάττωση της TSH και δεν υπάρχουν θετικά αντισώματα κατά των υποδοχέων της TSH, για να αποκλεισθεί η νόσος Graves', ή τοξικό αδένωμα. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου στις 24 h.

Στην κλασική της μορφή αρχίζει με παροδικό υπερθυρεοειδισμό συνήθως 6 εβδομάδες με 6 μήνες μετά τον τοκετό. Μετά ακολουθεί υποθυρεοειδισμός που υποχωρεί συνήθως μέσα στον πρώτο χρόνο από τον τοκετό. Εκτός από την κλασική αυτή μορφή που αφορά το 26% των περιπτώσεων η θυρεοειδίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί μόνο με υπερθυρεοειδισμό (38%) ή μόνο με υποθυρεοειδισμό. Ο υπερθυρεοειδισμός είναι σχεδόν πάντα ήπιος και έχει μικρή διάρκεια. Δεν χρειάζεται θεραπεία, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις που χορηγούνται β-αναστολείς. Ο υποθυρεοειδισμός πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση θυροξίνης για χρονικό διάστημα περίπου 6 μηνών. Στο 25% των ασθενών ο υποθυρεοειδισμός βρέθηκε να παραμένει μόνιμος.

Η μετά από τοκετό θυρεοειδίτιδα θεωρείται αυτοάνοσος νόσος. Ο τίτλος των θετικών αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων ελαττώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνεται μετά τον τοκετό σε επίπεδα υψηλότερα από τα αρχικά και κατόπιν ελαττώνεται. Η υψηλότερη τιμή των αντισωμάτων παρατηρείται 5-7 μήνες μετά τον τοκετό. Το 33-85% των γυναικών που έχουν θετικά αντισώματα στην

περίοδο της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό θα παρουσιάσουν θυρεοειδίτιδα. Η παρουσία θετικών αντισωμάτων δεν επηρεάζει τη σύλληψη, αλλά αυξάνει στο διπλάσιο τις αυτόματες αποβολές. Η μετά τοκετό θυρεοειδίτιδα είναι πιθανό να υποτροπιάσει μετά επόμενες κύσεις και τελικά μέχρι 50% των γυναικών αναπτύσσουν υποθυρεοειδισμό ή βρογχοκήλη ή αμφοτέρα.

Φαρμακευτική θυρεοειδίτιδα. Ασθενείς που λαμβάνουν ιντερφερόνη-α, ιντερλευκίνη-2 ή αμιωδαρόνη μπορεί να εμφανίσουν σιωπηλή θυρεοειδίτιδα.

Ιντερφερόνη-α. Περίπου 1-5% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα τύπου Β ή C ή καρκίνο που λαμβάνουν χρονίως ιντερφερόνη-α εμφανίζουν σιωπηλή θυρεοειδίτιδα. Άλλα νοσήματα του θυρεοειδούς μπορεί επίσης να εμφανισθούν, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Graves', μόνιμου υποθυρεοειδισμού ή αυξημένων επιπέδων αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων χωρίς θυρεοειδική δυσλειτουργία. Προοπτική μελέτη εκτίμησε 32 ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα οφειλόμενη στον ιό της ηπατίτιδας C που ελάμβαναν ιντερφερόνη-α. Από τους ασθενείς αυτούς 5 εμφάνισαν εμφανή θυρεοειδική νόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, από τους οποίους 4 έγιναν θυρεοτοξικοί (3 λόγω καταστροφικής ή φλεγμονώδους θυρεοειδίτιδας με χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου) και 1 εμφάνισε υποθυρεοειδισμό.

Οι μεταβολές αυτές παρατηρούνται μετά 3 μήνες θεραπείας συνήθως αλλά είναι δυνατό να παρατηρηθούν όσο δίδεται η θεραπεία με ιντερφερόνη-α. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς που έχουν αυξημένα επίπεδα αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων πριν την έναρξη της θεραπείας, εύρημα που υποδηλώνει ότι το φάρμακο κατά κάποιο τρόπο επιδεινώνει προϋπάρχουσα αυτοάνοση θυρεοειδική νόσο. Η θεραπεία με ιντερφερόνη-α έχει βρεθεί να αυξάνει τα επίπεδα αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων και να προκαλεί υποθυρεοειδισμό που δεν υποχωρεί μετά τη διακοπή της θεραπείας σε πολλές περιπτώσεις.

Όπως παρατηρείται στη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα γενικά, οι περισσότεροι ασθενείς που λαμβάνουν ιντερφερόνη έχουν βιοχημικές παρά κλινικές ενδείξεις θυρεοειδικής νόσου. Η θυρεοτρόπος ορμόνη (TSH) θα πρέπει να μετράται πριν από την έναρξη της θεραπείας με ιντερφερόνη-α και ίσως περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η τακτική κλινική εκτίμηση είναι αρκετή.

Ιντερλευκίνη-2. Η θεραπεία με ιντερλευκίνη-2 μπορεί να προκαλέσει εικόνα όμοια με τη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα ή υποθυρεοειδισμό.

Αμιωδαρόνη. Η αμιωδαρόνη μπορεί να προκαλέσει θυρεοειδίτιδα με άγνωστο μηχανισμό και προκαλεί κλινική εικόνα παρόμοια με αυτή της σιωπηλής θυρεοειδίτιδας. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών και τα επίπεδα της ιντερλευκίνης-6 είναι αυξημένα. Οι ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό που οφείλεται σε θυρεοειδίτιδα έχουν μικρή διόγκωση του θυρεοειδούς και χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου. Αν ο υπερθυρεοειδισμός οφείλεται σε θυρεοειδίτιδα παρά σε περίσσεια ιωδίου, θα πρέπει να χορηγηθούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα ή πρεδνιζόνη και η διάρκεια της θεραπείας θα εξαρτηθεί από την απάντηση στη θεραπεία.

Ινώδης θυρεοειδίτιδα. Η ινώδης θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα του Riedel χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ίνωση και διήθηση από μακροφάγα ή ηωσινόφιλα του θυρεοειδούς που επεκτείνεται στους γύρω ιστούς. Φαίνεται ότι είναι πρωτοπαθής ινώδης εξεργασία και έχει αναφερθεί σε ασθενείς με ίνωση του μεσοθωρακίου ή του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Οι ασθενείς που προσβάλλονται έχουν αίσθημα δυσφορίας στον τράχηλο, δυσφαγία ή βράγχος φωνής και διάχυτη, συμμετρική διόγκωση του θυρεοειδούς που είναι πολύ σκληρή και καθηλωμένη και δεν διαχωρίζεται από τους γύρω ιστούς. Τα επίπεδα των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων μπορεί να είναι υψηλά. Η διάγνωση τίθεται με τη βιοψία.

Η θεραπεία με πρεδνιζόνη μπορεί να ελαττώσει τα τοπικά συμπτώματα. Η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται για να ανακουφίσει την συμπίεση της τραχείας ή του οισοφάγου και για τον αποκλεισμό του καρκινώματος. Η ταμοξιφαίνη μπορεί να βοηθήσει μερικούς ασθενείς.

Χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα. Η χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα είναι μια συχνή πάθηση αφού, με την εκτίμηση θετικών αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων, προσβάλλει στην ηλικία των 20 ετών το 10-15% των γυναικών και μετά την ηλικία των 55 ετών το 30-33%. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες από τους άνδρες και αποτελεί την πιο συχνή αιτία βρογχοκήλης και υποθυρεοειδισμού.

Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι οι υψηλοί τίτλοι αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων στο αίμα που βρίσκονται στο 90% περίπου των ασθενών. Στην ψηλάφηση ο θυρεοειδής είναι ημίσκληρος, έχει ανώμαλη επιφάνεια και μπορεί να έχει τη μορφή όζου ή πολυοζώδους βρογχοκήλης.

Το υπερηχογράφημα δίνει πληροφορίες για την ύπαρξη όζων και το μέγεθος του αδένου. Το σπινθηρογράφημα βοηθάει μόνο στη σιωπηλή θυρεοειδίτιδα, στην οποία η πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου από τον αδένου είναι χαμη-

λή. Σαν εκδηλώσεις της νόσου θεωρούνται η σιωπηλή και η μετά τον τοκετό θυρεοειδίτιδα. Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που προκαλείται από παθολογική άνοση απάντηση χυμικού και κυτταρικού τύπου. Τα πιο συχνά ευρήματα στη χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα είναι η βρογχοκήλη, ο υποθυρεοειδισμός ή και τα δύο. Το κύριο χαρακτηριστικό της χρόνιας αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας είναι τα υψηλά αντιθυρεοειδικά αντισώματα. Η ύπαρξη θετικών αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων δεν αποτελεί ένδειξη χορήγησης θυροξίνης, εκτός εάν υπάρχει υποθυρεοειδισμός. Όταν υπάρχει υποθυρεοειδισμός χορηγείται θυροξίνη. Η θεραπεία είναι μακροχρόνια, συνήθως για όλη τη ζωή.

ABSTRACT

Thyroiditis

Ifigenia Kostoglou-Athanassiou

**Department of Endocrinology, Red Cross Hospital,
Athens, Greece**

The term thyroiditis encompasses a diverse group of disorders characterized by some form of thyroid inflammation. They include conditions that cause acute illness with severe thyroid pain, such as subacute granulomatous thyroiditis and infectious thyroiditis, and conditions in which there is no clinically evident inflammation and the illness is manifested primarily by thyroid dysfunction or goiter, such as subacute lymphocytic thyroiditis and fibrous (Riedel's) thyroiditis. The pattern of changes in thyroid function in patients with most types of subacute thyroiditis is hyperthyroidism, followed by hypothyroidism and then recovery. Causes of thyroiditis with thyroid pain and tenderness are subacute, infectious, traumatic and radiation thyroiditis. Causes of thyroiditis without pain and tenderness are painless, postpartum, drug-induced, fibrous and chronic autoimmune thyroiditis.

Key words: hyperthyroidism, hypothyroidism, painless thyroiditis, postpartum thyroiditis, amiodarone

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ohsako N, Tamai H, Sudo T, et al. Clinical characteristics of subacute thyroiditis classified according to human leucocyte antigen typing. *J Clin Endocrinol Metab* 1995, 80: 3653
2. Lazarus JH, Hall R, Othman S, et al. The clinical spectrum of postpartum thyroid disease. *QJM* 1996, 89: 429
3. Harjai KJ, Licata AA. Effects of amiodarone on thyroid function. *Ann Intern Med* 1997, 126: 63
4. Leckie RG, Buckner AB, Bornermann M. Seat belt-related thyroiditis documented with thyroid Tc-99m pertechnetate scans. *Clin Nucl Med* 1992, 17: 859
5. Ozawa Y. Painless (silent) thyroiditis. *Nippon Rinsho* 1999, 57:1770-1774
6. Stagnaro-Green AS. Postpartum thyroiditis: prevalence, etiology and clinical implications. *Thyroid* 1993, 16:1-11
7. Tachi J, Amino N, Tanaki H, Aozasa M, Iwatani Y, Miyai K. Long term follow-up and HLA association in patients with postpartum hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 1988, 66:480-484
8. Othman S, Phillips DI, Parkes AB, Richards CJ, Harris B, Fung H, et al. A long-term follow-up of postpartum thyroiditis. *Clin Endocrinol* 1990, 32:559-564
9. Kent GN, Stuckey B, Allen J, Lambert T, Gee V. Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric effective morbidity. *Clin Endocrinol* 1999, 51:429-438
10. Vargas MT, Briones-Urbina R, Gladman D, Papsin F, Walifisk P. Antithyroid microsomal antibodies and HLA-DR5 are associated with postpartum thyroid dysfunction: evidence supporting an autoimmune pathogenesis. *J Clin Endocrinol Metab* 1988, 67:327-333
11. Gerstein HC. How common is postpartum thyroiditis: a methodologic overview of the literature. *Arch Intern Med* 1990, 150:1397-1400
12. Canaris G, Manowitz N, Mayor G, Ridgway E. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med* 2000, 160:526-534