

# *Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego*

## **Tyreologia**

### **opis przypadku 16**



***partner kursu:***

*(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)*

**MERCK**

# Opis przypadku

64-letnia kobieta leczona w powodu **depresji**. W ostatnim czasie hospitalizowana na Oddziale Psychiatrycznym z powodu braku napędu; pacjentka pozostaje przez całą dobę w łóżku, twierdząc, że nie ma siły, aby wstać i chodzić.

# Opis przypadku

Pacjentka urodziła 4 córki, pracowała zawodowo. Córki wspominają, że „matka była okazem zdrowia i tryskała energią”. Problemy zdrowotne zaczęły się 10 lat temu, jednak pogorszenie nastąpiło w ciągu kilku ostatnich latach. Nie znaleziono przyczyn somatycznych zgłaszanych dolegliwości, zdiagnozowano depresję.

Leczenie przeciwdepresyjne nie przyniosło poprawy.

# Opis przypadku

- Podczas hospitalizacji poproszono o konsultację internistyczną
- W badaniu podmiotowym pacjentka zgłaszała: uczucie zimna (nosiła wełniane skarpety w środku lata), brak apetytu, zaparcia, ogólne osłabienie
- W badaniu przedmiotowym konsultujący internista zauważył:
  - Bładość powłok skórnych i suchość skóry- łuszczenie naskórka szczególnie na kończynach dolnych, w pościeli mnóstwo złuszczonego naskórka
  - Brak owłosienia łonowego i pachowego, oraz ubytek owłosienia w okolicy brwi
  - Zaniki mięśniowe na kończynach dolnych i górnych

# Opis przypadku



# Opis przypadku

- Internista zalecił diagnostykę laboratoryjną i obrazową
- Podstawowe badania rozszerzył o oznaczenie stężenia **TSH**

**TSH=2,4 mIU/l**

NORMA??????

# Komentarz

- GDY WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH NIE WYJAŚNIAJĄ OBRAZU  
KLINICZNEGO NALEŻY SZUKAĆ **RZADKICH PRZYCZYN  
WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW**
- .....konsultujący internista wysunął podejrzenie zaburzeń  
hormonalnych i zalecił **konsultację endokrynologiczną**

# Opis przypadku

- Konsultujący endokrynolog na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego wysunął podejrzenie....????
- Pacjentka została przekazana na Oddział Endokrynologii



# Wyniki badań laboratoryjnych na Oddziale Endokrynologii

- TSH 2,45  $\mu$ U/ml 0,27 — 4,20
- ↓ FT3 4,02 pmol/l 3,93 — 7,70
- ↓ FT4 5,85 pmol/l 11,5 — 21,0
- ACTH 18,6 pg/ml
- ↓ DHEA-S 1  $\mu$ g/dl 9 — 246
- ↓ Kortyzol 8:00 57 nmol/l 171-536
- ↓ Kortyzol 18:00 30 nmol/l 64-327
- ↓ FSH 0,9 mIU/ml 26,0 — 135,0
- ↓ LH 0,2 mIU/ml 7,5-58,5
- ↓ Estradiol (E2) < 5,00 pg/ml

Pytanie: Jakie rozpoznanie można postawić?

- A. choroba Addisona
- B. wtórna niedoczynność tarczycy
- C. wtórna niedoczynność kory nadnerczy
- D. niedoczynność przysadki w osi gonadotropowej
- E. prawidłowe odpowiedzi B, C i D

# Prawidłowa odpowiedź: E

- Niedoczynność przysadki w osiach:
  - tyreotropowej,
  - kortykotropowej,
  - gonadotropowej

**Dg. Wielohormonalna niedoczynności przysadki**

Pytanie: Jakie badania dodatkowe należy wykonać w pierwszej kolejności?

- A. MR przysadki
- B. konsultację okulistyczną
- C. dobową zbiórkę moczu na kortyzol i elektrolity
- D. scyntyografię tarczycy
- E. prawidłowe są odpowiedzi A i B

# Prawidłowa odpowiedź: E

- *Komentarz:*
- *w pierwszej kolejności należy podejrzewać uszkodzenie przysadki-  
najprawdopodobniej przez proces rozrostowy w jej obrębie; MR to badanie  
z wyboru do obrazowania przysadki*
- W MR przysadki zobrazowano **inwazyjny guz przysadki** bez ucisku na skrzyżowanie nn. wzrokowych
- W badaniu okulistycznym bez cech uszkodzenia drogi wzrokowej, bez ograniczenia pola widzenia

Pytanie: Jakie postępowanie terapeutyczne jest najbardziej optymalne u naszej pacjentki?

- A. Pilne skierowanie na operację usunięcia makrogruczolaka przysadki
- B. Rozpoczęcie hormonalnej terapii zastępczej
- C. Rozpoczęcie leczenia hydrokortyzonem, następnie lewotyroksyną
- D. Radioterapia stereotaktyczna
- E. Wyrównanie funkcji tarczycy, gdyż pozostałe odchylenia są wtórne do zaburzeń funkcji tarczycy

# Odpowiedź: C

- Komentarz: L-tyroksyna może zwiększyć klirens endogennego kortyzolu i zaostrzyć niedoczynność nadnerczy, dlatego najpierw rozpoczynamy leczenie hydrokortyzonem (20-30 mg/d) a następnie L-tyroksyną do dawki docelowej ok. 1.6 mcg/kg mc

# Pytanie: jak należy monitorować leczenie we wtórnej niedoczynności tarczycy?

- A. opieramy się o pomiar stężenia TSH, które powinno obniżyć się o połowę
- B. oceniamy stężenie FT4 po przyjęciu L-tyroksyny
- C. nie ma możliwości bezpośredniego monitorowania wyrównania funkcji tarczycy i opieramy się tylko na parametrach pośrednich wskazujących na wyrównanie
- D. oceniamy stężenie FT4 przed przyjęciem porannej dawki L-tyroksyny
- E. stosujemy stałą wyliczoną dawkę L-tyroksyny, więc monitorowanie nie jest potrzebne



# Odpowiedź: D

- *Komentarz:*

*Wg zaleceń ATA Stężenie FT4 u pacjentów leczonych L-tyroksyną z powodu wtórnej niedoczynności tarczycy powinno mieścić się w górnym zakresie wartości referencyjnych.*

*Stężenie FT4 po przyjęciu tabletki rośnie ponad wartości referencyjne ze względu na farmakokinetykę leku i pomiar po przyjęciu tabletki byłby niemiarodajny.*