

Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego

Tyreologia

opis przypadku 12



partner kursu:

(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)

MERCK

Opis przypadku

Pacjent lat 72 skierowany do poradni endokrynologicznej przez lekarza rodzinnego. W ostatnich dwóch tygodniach narastające obrzęki kostek, osłabienie, duszność, kołatania serca, w ostatnich pięciu tyg. trzy epizody migotania przedsionków leczone w SOR (wcześniej sporadyczne epizody, wg relacji pacjenta nie częściej niż 1-2 razy w roku).

W bad. lab. wykonanych u lekarza rodzinnego – morfologia z rozmazem bez istotnych odchyleń, elektrolity, kreatynina w normie, TSH $<0,01$ $\mu\text{U/ml}$ [0,27 – 4,20].

Opis przypadku

Wywiad: rak jasnokomórkowy nerki – stan po nefrektomii lewostronnej 4 lata temu, napadowe migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze. Wywiad w kierunku chorób tarczycy ujemny, pacjent nie miał nigdy USG tarczycy, natomiast przed nefrektomią oznaczono TSH; wynik – 0,29 $\mu\text{U/ml}$ [0,27 – 4,20].

Leki na stałe – acenokumarol, propafenon, ramipril.

Opis przypadku

Przedmiotowo skóra ciepła, pacjent spocony, nieco zdezorientowany i pobudzony psychoruchowo, RR 160/70 mmHg, rytm serca miarowy ok. 100/min., temperatura 36,9 stopnia.

Pytanie nr 1 – otwarte

W kontekście chorób współistniejących – na co należy zwrócić szczególną uwagę w trakcie wywiadu i analizy dokumentacji medycznej?

Czy jakieś procedury diagnostyczne lub terapeutyczne mogły przyczynić się do wystąpienia zaburzeń funkcji tarczycy

Odpowiedź

- Oczywiście należy zwrócić uwagę na możliwą ekspozycję na duże dawki jodu; w kontekście choroby nowotworowej – prawdopodobnie wykonywano kontrolne KT z kontrastem. Czy tak było, kiedy wykonano ostatnie badanie; w kontekście migotania przedsionków – czy pacjent w SOR otrzymał amiodaron?

Odpowiedź

- Według dostępnej dokumentacji ostatnie KT z kontrastem wykonano około osiem miesięcy temu. W trakcie pierwszego oraz trzeciego epizodu migotania przedsionków (odpowiednio ok. pięć tygodni temu i tydzień temu) zastosowano amiodaron dożylnie (odpowiednio około 600 i około 900 mg). Drugi epizod – rytm zatokowy przywrócono przy użyciu propafenonu.

Pytanie

Jakie jest najbardziej prawdopodobne wstępne rozpoznanie?

- a. Przejściowy spadek TSH na skutek podania dużej dawki jodu
- b. Choroba Graves-Basedowa
- c. Wole guzkowe nadczynne
- d. Poamidaronowa nadczynność tarczycy

Odpowiedź

Prawidłowa odpowiedź to d. Pacjent nie przyjmuje amiodaronu przewlekłe, jednakże rozwój objawów możliwy jest także po podaniu znacznej dawce amiodaronu dożylnie w SORze. Pogorszenie stanu ogólnego i nasilenie dolegliwości następuje po pierwszym podaniu amiodaronu.

Odpowiedź

Należy jednak pamiętać, iż wybór odpowiedzi d nie wyklucza, iż prawdziwa może być także odpowiedź b lub c.

Wyróżniamy dwa typy poamiodaronej nadczynności tarczycy (AIT) – typ pierwszy wynika podania dużej dawki jodu osobie z istniejącą wcześniej, zwykle niezdiagnozowaną patologią tarczycy, typ drugi to destrukcyjny proces zapalny.

Jakie badania należy wykonać?

- a. fT3 i fT4
- b. USG tarczycy
- c. Scyntygrafię tarczycy
- d. TRAb
- e. Wszystkie wymienione

Odpowiedź

Oczywiście odpowiedź e.

Poziomy wolnych hormonów tarczycy – obok stanu klinicznego – stanowią istotny element oceny ciężkości nadczynności tarczycy.

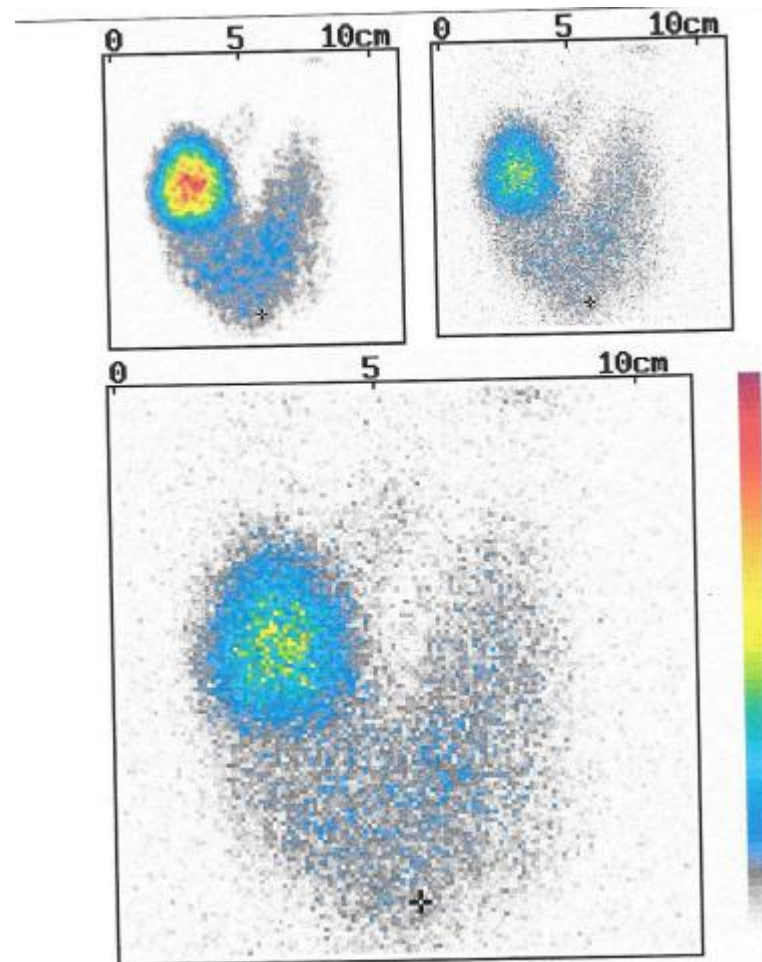
Pozostałe badania mogą natomiast pomóc w różnicowaniu pomiędzy typem 1 i 2 AIT i w konsekwencji wyborze właściwego leczenia.

Wyniki badań

- FT3: 8,03 pmol/l [3,90 — 6,70]
- FT4: 34,69 pmol/l [11,5 — 21,0]
- TRAb: 0,12 IU/l [< 2,00]

Wyniki badań

- USG – tarczycza niepowiększona, echogeniczność nieco niejednorodna, bez zwiększonego przepływu w badaniu dopplerowskim; w biegunie górnym płata prawego zmiana ogniskowa o maks. wymiarze ok. 25 mm, lita, hyperechogeniczna, TIRADS 3;
- scyntygrafia ze 131-I - ognisko gromadzenia znacznika w biegunie górnym płata prawego, niewielki wychwyt w pozostałej części tarczycy.



Prawdopodobna diagnoza to:

- a. Typ 1 AIT
- b. Typ 2 AIT
- c. Typ mieszany

Odpowiedź

- Odpowiedź a.

Mamy tu obraz pacjenta z guzkiem autonomicznym.

Podanie dużej dawki amiodaronu spowodowało rozwinięcie się lub nasilenie nadczynności.

Warto zauważyć, że już cztery lata wcześniej (przed nefrektomią) TSH wynosiło 0,29, jednak nie została podjęta dalsza diagnostyka.

Pytanie

Jakie powinno być leczenie pierwszego rzutu?

- a. Tiamazol
- b. Prednizon
- c. Beta-bloker
- d. Propylotiouracyl
- e. a i c
- f. c i d

Odpowiedź

Prawidłowa odpowiedź: e

Lekami pierwszego rzutu są tyreostatyk (tiamazol), beta-blokery, ew. niedostępny w Polsce nadchloran sodu. Prednizon stosuje się jako lek pierwszorzutowy w AIT typu drugiego (z destrukcyjnym zapaleniem), propylotiouracyl to tyreostatyk drugiego rzutu.