

4.4 Παθήσεις Θυρεοειδούς

4.4.1 Ανατομική (Συνοπτικά)

Ο θυρεοειδής αδένας είναι από τους μεγαλύτερους ενδοκρινείς αδένες. Αποτελείται από δύο λοβούς που συνδέονται με τον ισθμό (ο οποίος είναι μία λεπτότερη ζώνη), βρίσκεται κάτωθεν του κρικοειδούς χόνδρου του λάρυγγα, χρησιμεύει ως ορόσημο και πολλές φορές εκφύεται από αυτόν ο πυραμοειδής λοβός.

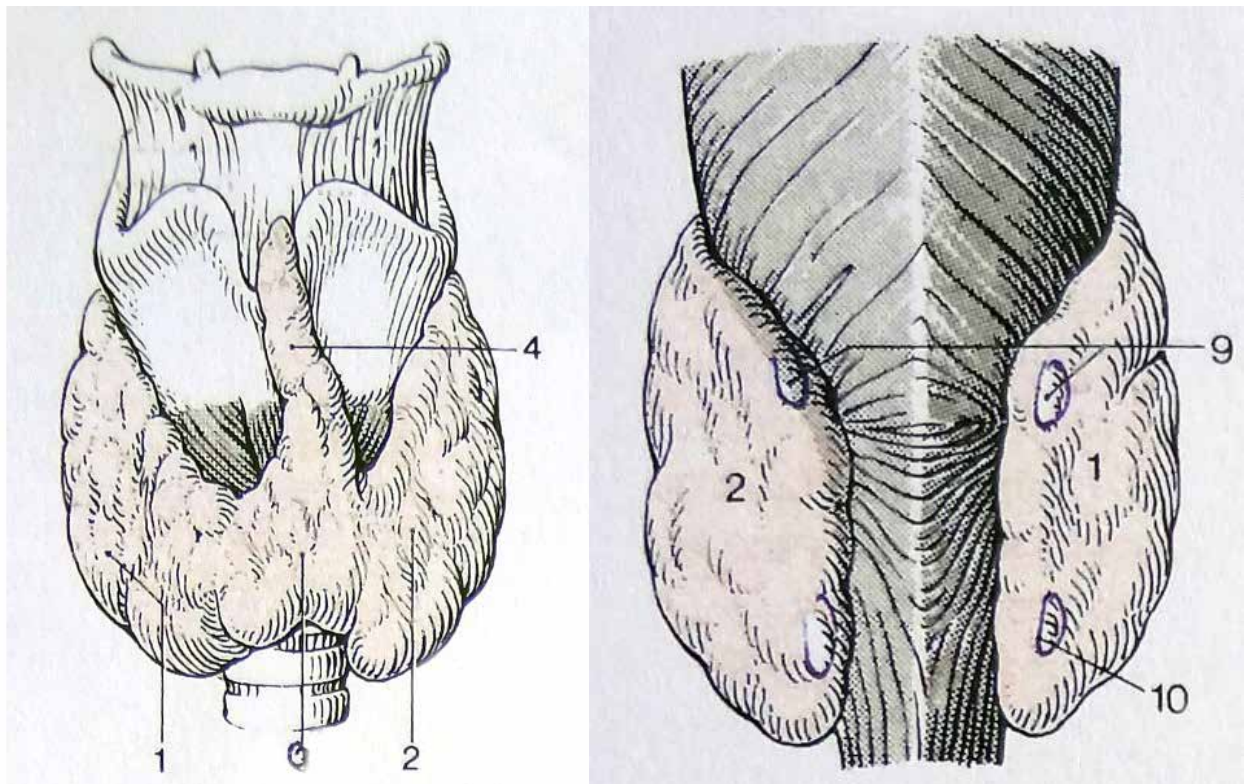
Ο δεξιός λοβός του θυρεοειδούς είναι μεγαλύτερος, πιο αγγειοβριθής και συνήθως διογκώνεται περισσότερο σε παθήσεις. Οι δύο λοβοί του θυρεοειδούς καλύπτονται από τους στερνοϋοειδείς και στερνοθυρεοειδείς μυς.

Ο θυρεοειδής αδένας βρίσκεται μπροστά και πλάγια της τραχείας, κινείται προς τα πάνω μαζί με το λάρυγγα κατά την κατάποση και υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν ψηλαφάται.

(ΕΙΚΟΝΑ 4.15)

Αιματώνεται από την άνω θυρεοειδή αρτηρία (κλάδος της έξω καρωτίδας) και από την κάτω θυρεοειδή αρτηρία (κλάδος της υποκλείδιας αρτηρίας), ενώ το φλεβικό αίμα με τις άνω και μέσες θυρεοειδικές φλέβες εκβάλλει στην έσω σφαγίτιδα και με την κάτω θυρεοειδική φλέβα στην ανώνυμο φλέβα.

Ο θυρεοειδής αδένας αποτελείται από 1.000.000 σφαιρικά θυρεοειδικά θυλάκια, τα οποία είναι κυστίδια όπου αποταμιεύονται οι θυρεοειδικές ορμόνες T_3 και T_4 . Ανάμεσα στα θυρεοειδικά κυστίδια βρίσκονται τα C-κύτταρα του θυρεοειδούς που παράγουν μία ουσία, την καλσιτονίνη. Αντίστοιχα, τα θυρεοειδικά θυλάκια περιέχουν μία γλυκοπρωτεΐνη, τη θυρεοσφαιρίνη, που χρησιμεύει για την αποθήκευση των T_3 και T_4 στα θυρεοειδικά θυλάκια. Για τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών, ο θυρεοειδής αδένας χρησιμοποιεί ως βασική ύλη το ιώδιο (I), το οποίο



ΕΙΚΟΝΑ 4.15: Θέση του θυρεοειδούς αδένος (πρόσθια και οπίσθια άποψη).

είναι κυρίως αποθηκευμένο στον αδένα. Επιπροσθέτως, στη ρύθμιση των θυρεοειδικών ορμονών συμμετέχει ο άξονας υποθάλαμος (TRH)-υπόφυση (TSH)-θυρεοειδής (T_3 , T_4), το διαθέσιμο ιώδιο και το φυτικό νευρικό σύστημα.

Πιο αναλυτικά, οι θυρεοειδικές ορμόνες T_3 (τριιωδοθυρονίνη) και T_4 (θυροξίνη) στο πλάσμα είναι συνδεδεμένες με πρωτεΐνες (την γλοβουλίνη (TBG) που δεσμεύει την T_4 σε ποσοστό 70%, την προαλβουμίνη (TBPA) που δεσμεύει την T_4 και την λευκωματίνη (αλβουμίνη) που δεσμεύει την T_4 σε ποσοστό 10% και την T_3 σε ποσοστό 30%) και μόνο το 0,04% και 0,4% των T_4 και T_3 , αντίστοιχα, κυκλοφορεί ελεύθερο στο πλάσμα και είναι βιολογικά δραστικό στους ιστούς.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες πρακτικά δρουν σε όλους τους ιστούς του σώματος. Βέβαια, η κύρια ορμόνη που εκκρίνεται από το θυρεοειδή είναι η T_4 (θυροξίνη), η οποία μεταβολίζεται στους ιστούς και μετατρέπεται σε T_3 (τριιωδοθυροξίνη), που είναι πιο δραστική.

4.4.2 Δράσεις Θυρεοειδικών Ορμονών (T_3 και T_4)

Οι θυρεοειδικές ορμόνες δρουν:

- Στο μεταβολισμό, όπου προκαλούν:
 - ο Αύξηση των καύσεων στον οργανισμό.
 - ο Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος (θερμιδογόνος δράση).
 - ο Αύξηση της γλυκόζης στον οργανισμό (διότι αυξάνουν την απορρόφηση της γλυκόζης από το έντερο και αυξάνουν επίσης τη γλυκόλυση και τη νεογλυκογένεση).
 - ο Αύξηση της χοληστερόλης (επηρεάζοντας τη βιοσύνθεσή της).
 - ο Αύξηση των Ε.Λ.Ο. (λόγω της αυξημένης λιπολυτικής δράσης).
 - ο Αύξηση της σύνθεσης και του καταβολισμού των πρωτεϊνών, οδηγώντας σε αρνητικό ισοζύγιο αζώτου (N_2) και απώλεια βάρους.
- Στην αύξηση του οργανισμού, όπου αυξάνουν την ανάπτυξη του σώματος και την ωρίμανση, καθώς η αυξητική ορμόνη (GH)

χρειάζεται την επίδραση των T_3 και T_4 για να δράσει.

- Στο κυκλοφορικό σύστημα, όπου προκαλούν αύξηση του Κ.Λ.Ο.Α., αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αύξηση του καρδιακού έργου και αύξηση της περιφερικής αγγειοδιαστολής. Στο αιμοποιητικό ενεργοποιούν την ερυθροποίηση.
- Στο Κ.Ν.Σ., όπου συμβάλλουν στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και την ωρίμανση των ιστών.

Τέλος, η χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών (T_3 και T_4) προκαλεί αύξηση του ασβεστίου αίματος ($\uparrow Ca^{++}$) και του ασβεστίου ούρων ($\uparrow Ca^{++}$ ούρων), ενώ αυτές συμβάλλουν, επίσης, στη μετατροπή των προβιταμινών σε βιταμίνες.

4.4.2.1 Μέθοδοι Ελέγχου της Λειτουργίας του Θυρεοειδούς

- Ποσοτικός προσδιορισμός των ελεύθερων T_3 και T_4 στο αίμα για εξακρίβωση υποθυρεοειδισμού, υπερθυρεοειδισμού και θυρεοτοξίκωσης καλό είναι να συνεκτιμάται η ολική T_4 και η ελεύθερη θυροξίνη FT_4 .
- Ποσοτικός προσδιορισμός TSH στο αίμα για εξακρίβωση πρωτοπαθούς ανεπάρκειας θυρεοειδούς, ισχύει ($\uparrow TSH \rightarrow$ υποθυρεοειδισμός και όταν $\downarrow TSH \rightarrow$ υπερθυρεοειδισμός).
- Δοκιμασία TRH (μόνο μετά από αποκλεισμό ενός μακροαδενώματος υπόφυσης).
- Δοκιμασία πρόσληψης ραδιενεργού ιωδίου (I_{131}) από το θυρεοειδή (για εκτίμηση της δραστηριότητας του αδένου). Χορηγούμε μικρή ποσότητα ραδιενεργού ιωδίου από το στόμα και παρακολουθούμε τη συγκέντρωση του ισοτόπου στο θυρεοειδή με γ-ακτινοβολία. Υψηλές τιμές πρόσληψης ιωδίου (στο 50%) παρατηρούνται στον υπερθυρεοειδισμό.
- Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς. Βασική εξέταση που μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για την ανατομική κατάσταση του θυρεοειδούς αδένου (ακριβή έκταση του αδένου), τη διάκριση των όζων (θερμοί $\rightarrow$ αυτοί

που παρουσιάζουν αυξημένη πρόσληψη του ισοτόπου, ψυχροί → αυτοί που δεν προσλαμβάνουν), έκτοπο θυρεοειδικό ιστό (όπως επί γλωσσικού θυρεοειδούς, θυρεοειδικού ιστού ωοθήκης, οπισθοστερνικής βρογχοκήλης, τερατώματος) και τυχόν μεταστάσεις. Ωστόσο, το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς δεν πρέπει να αποτελεί εξέταση ρουτίνας ούτε να προηγείται του υπερηχογραφήματος. Το αντίθετο πρέπει να γίνεται σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις.

- Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς. Αποτελεί βασική εξέταση ρουτίνας, που μας δίνει πάρα πολλές πληροφορίες για το μέγεθος του θυρεοειδικού αδένα, την ύπαρξη ή όχι όζων, κύστεων ή άλλων μορφωμάτων στον αδένα, την παρακολούθηση του μεγέθους των δύο λοβών και των μεταβολών του μεγέθους των όζων και τη διαπίστωση της υφής του όζου (εάν είναι κυστικός ή συμπαγής), ενώ μπορεί να μας βοηθήσει επίσης στην κατευθυνόμενη βιοψία. Το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς πρέπει πάντα να προηγείται του σπινθηρογραφήματος.
- Βιοψία και κυτταρολογική εξέταση (για την έρευνα της φύσης των όζων και τον αποκλεισμό κακοήθειας).
- Ανοσολογικές δοκιμασίες, για αναζήτηση των TSI αυτοαντισωμάτων (κατά του υποδοχέα TSH), αυτά είναι θετικά στη νόσο Graves.

4.4.3 Παθολογικές Καταστάσεις Θυρεοειδούς

Είναι οι εξής:

- Απλή βρογχοκήλη.
- Οζώδης τοξική βρογχοκήλη (νόσος Plummer).
- Τοξικό αδένωμα θυρεοειδούς.
- Υπερθυρεοειδικό σύνδρομο, νόσος Graves.
- Θυρεοειδίτιδες:
 - *Υποξεία de Quervain.
 - *Χρόνια Hashimoto.
 - *Riedel.
- Υποθυρεοειδισμός.
- Υποκλινικές καταστάσεις:
 - *Υποκλινικός υποθυρεοειδισμός.
 - *Υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός.
- Όζοι θυρεοειδούς.
- Θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό και υποθυρεοειδισμός στην κύηση.
- Νεοπλάσματα θυρεοειδούς.

4.4.3.1 Απλή Βρογχοκήλη

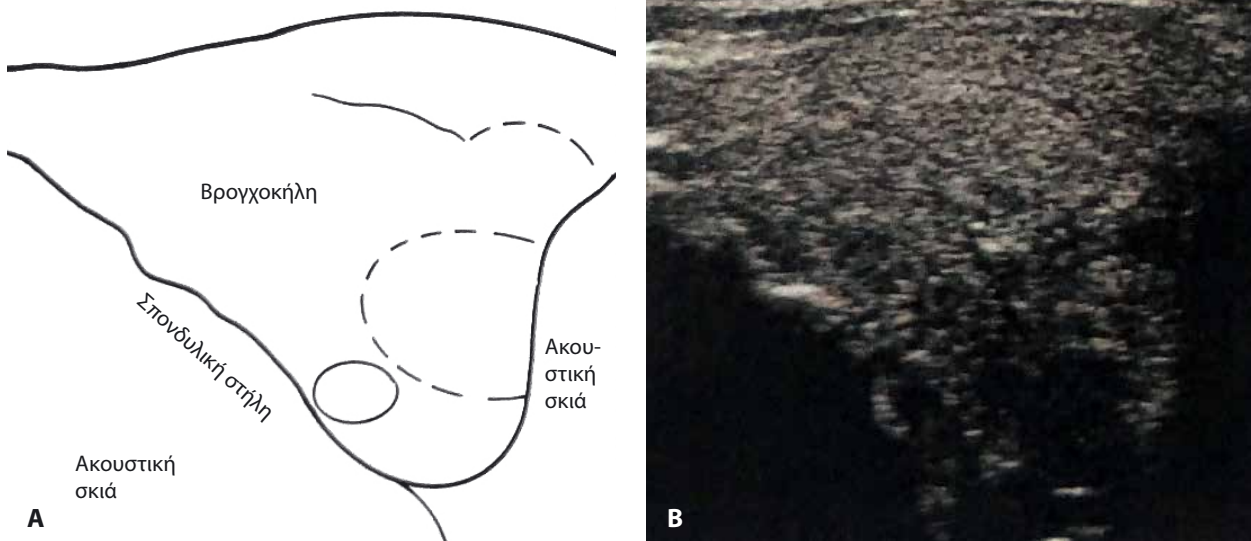
Είναι κάθε διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα ανεξαρτήτου αιτιολογίας, μορφολογίας ή κλινικών εκδηλώσεων. Η διόγκωση έχει τουλάχιστον διπλάσιο μέγεθος, οι ασθενείς είναι συνήθως ευθυρεοειδικοί και παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Διακρίνουμε τέσσερις μορφές απλής βρογχοκήλης α) σποραδική, β) ενδημική, γ) αντισταθμιστική και δ) διάχυτη ή οζώδη.

Η σποραδική μπορεί να οφείλεται σε συγγενείς ενζυμικές διαταραχές της σύνθεσης των θυρεοειδικών ορμονών, συγκεκριμένα έλλειψη του ενζύμου υπεροξειδάση, σε έλλειψη ιωδίου και τέλος σε χημικούς παράγοντες, όπως το λίθιο. Προσβάλλει μεμονωμένα μόνο άτομα και από εκεί πήρε και το όνομά της.

Η ενδημική εμφανίζεται σε ποσοστό > 10% του πληθυσμού, κυρίως σε περιοχές όπως Ιμαλάια, κεντρική Αφρική, Νέα Γουινέα, Φιλιππίνες και Ινδονησία, παρατηρείται πιο συχνά στα κορίτσια. Προκαλείται σε περιοχές με έλλειψη ιωδίου (με συνέπεια την ανεπαρκή παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών και αντισταθμιστικά την υπερλειτουργία και υπερέκκριση TSH που οδηγεί σε υπερπλασία ή υπερτροφία του θυρεοειδούς αδένα), μετά από λήψη ιωδίου (περίσσεια), καθώς και από διατροφικά αίτια, όπως δίαιτα πλούσια σε βρογχοκληγόνες ουσίες (λάχανο, σόγια).

Η αντισταθμιστική βρογχοκήλη εμφανίζεται κατόπιν υφολικής θυρεοειδεκτομής.

Άλλες παθολογικές μορφές βρογχοκήλης είναι η τοξική βρογχοκήλη (διακρίνεται στη διάχυτη τοξική βρογχοκήλη ή νόσος Graves, όπου συνυπάρχει υπερθυρεοειδισμός και στην πολυοζώδη βρογχοκήλη ή νόσος Plummer) και η νεοπλασματική βρογχοκήλη (καλοήθης ή κακοήθης).



ΕΙΚΟΝΑ 4.16: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μέρη του τραχήλου.

Κλινική Εικόνα

Κλινικά έχουμε:

- Αύξηση διαμέτρου του τραχήλου.
- Ο αδένας μπορεί να είναι διάχυτα ομότιμα διογκωμένος με τάσεις αύξησης των διαστάσεων ή οζώδης.
- Δεν υπάρχει πόνος.
- Ο ασθενής είναι ευθυρεοειδικός (TSH, T_3 , T_4 , anti-TPO, anti-TG φυσιολογικά).
- Σε ευμεγέθη βρογχοκήλη μπορεί να έχουμε πιεστικά φαινόμενα, όπως δυσφαγία (από πίεση του οισοφάγου), αναπνευστική δυσχέρεια (από πίεση της τραχείας), αίσθημα πνιγμονής (από πίεση της άνω κοίλης), βράγχος φωνής (από πίεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου).

Διάγνωση

Τίθεται από τα παρακάτω:

- Ιστορικό.
- Αντικειμενική εξέταση (ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένος).
- Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς, όπου απεικονίζεται η αύξηση του μεγέθους του αδένος και η οζώδης διαμόρφωσή του.
- Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς, όπου φαίνεται η ομοιογενής κατανομή του ισότοπου.

(ΕΙΚΟΝΑ 4.16)

Αντιμετώπιση

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε χειρουργική.

Φαρμακευτικά γίνεται με χορήγηση θυροξίνης (T_4) και ιωδίου, με σκοπό να μειωθεί το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένος. Η χορήγηση θυροξίνης πρέπει να ακολουθείται από συνεχή παρακολούθησή της και της TSH, γιατί υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να δημιουργήσουμε φαρμακευτικό υπερθυρεοειδισμό.

Χειρουργικά γίνεται με αφαίρεση της ευμεγέθους βρογχοκήλης, για όσες δημιουργούν αισθητικά προβλήματα και πιεστικά φαινόμενα (αναφέρθηκαν προηγουμένως), καθώς και σε υποψία ή επιβεβαιωμένη κακοήθεια. Σε ασθενείς που χειρουργούνται συνιστάται, μετά την επέμβαση, η χορήγηση θυροξίνης (T_4) για το υπόλοιπο της ζωής τους.

4.4.3.2 Τοξική Οζώδης Βρογχοκήλη (Νόσος Plummer)

Παρατηρείται σε ασθενείς (κυρίως ηλικιωμένες γυναίκες 60-65 ετών) με μεγάλο ιστορικό πολυοζώδους βρογχοκήλης. Οι οζώδεις βρογχοκήλες, για άγνωστο λόγο, ξεκινούν να λειτουργούν αυτόνομα και να υπερεκκρίνουν θυρεοειδικές ορμόνες T_3 και T_4 , δηλαδή εξελίσσονται σε τοξικές. Εδώ θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από τη νόσο

Graves. Τα κύρια διαφοροδιαγνωστικά είναι ότι στη νόσο Plummer δεν υπάρχει αυτοανοσοποιητική διαταραχή, δεν είναι διάχυτη η διόγκωση αλλά ανώμαλη και δεν υπάρχουν εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς.

Κλινική Εικόνα

Η κλινική εικόνα είναι πιο ήπια απ' ό,τι στη νόσο Graves. Γενικά οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα και σημεία από το καρδιαγγειακό σύστημα (κολπική μαρμαρυγή, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια), την κυκλοφορία εγκεφάλου, το γαστρεντερικό και το μυοσκελετικό σύστημα (μυϊκή αδυναμία) καθώς έχουν ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Διάγνωση

Έχουμε βιοχημική εικόνα υπερθυρεοειδισμού, δηλαδή $\uparrow FT_3$, $\uparrow T_4$ και $\downarrow TSH$. Το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς μας δείχνει διάσπαρτες θερμές εστίες, ενώ τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα είναι συνήθως αρνητικά.

Αντιμετώπιση

Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική με χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου I_{50-50} mCi και χειρουργική με υφολική θυρεοειδεκτομή.

4.4.3.3 Τοξικό Αδένωμα Θυρεοειδούς

Πρόκειται για μονήρες αδένωμα που αυτόνομα υπερλειτουργεί και προκαλεί υπερθυρεοειδισμό. Η παθογένειά του είναι άγνωστη. Εμφανίζεται ως μονήρης όζος που τα κύτταρά του υπερεκκρίνουν θυρεοειδικές ορμόνες T_3 και T_4 .

Κλινική Εικόνα

Έχουμε κλινική εικόνα θυρεοτοξίκωσης που εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες 30-50 ετών. Τα συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, κυρίως ταχυκαρδία παροξυσμική ή μόνιμη, νευρικότητα, απώλεια βάρους και δύσπνοια γίνονται εμφανή συνήθως όταν το αδένωμα είναι μεγαλύτερο από 3 εκ.

Διάγνωση

Θα τεθεί από την κλινική εικόνα του ασθενούς σε συνδυασμό με την αύξηση των θυρεοειδικών ορμονών (T_3 , T_4) και το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς, όπου απεικονίζεται το αδένωμα ως θερμός όζος, ενώ ο υπόλοιπος θυρεοειδής αδένας δεν απεικονίζεται. Το αδένωμα μπορεί να υποστεί κυστική εκφύλιση με κεντρική νέκρωση και αιμορραγία.

(ΕΙΚΟΝΑ 4.17)

Αντιμετώπιση

Σε περίπτωση εμφάνισης υπερθυρεοειδισμού χορηγούμε αντιθυρεοειδικά φάρμακα, όπως μεθιμαζόλη και καρβιμαζόλη. Η κύρια θεραπεία, όμως, είναι η χειρουργική αφαίρεση του αδενώματος (λοβεκτομή), αφού προηγουμένως έχει καταστεί το άτομο ευθυρεοειδικό (προ της επέμβασης) με τη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

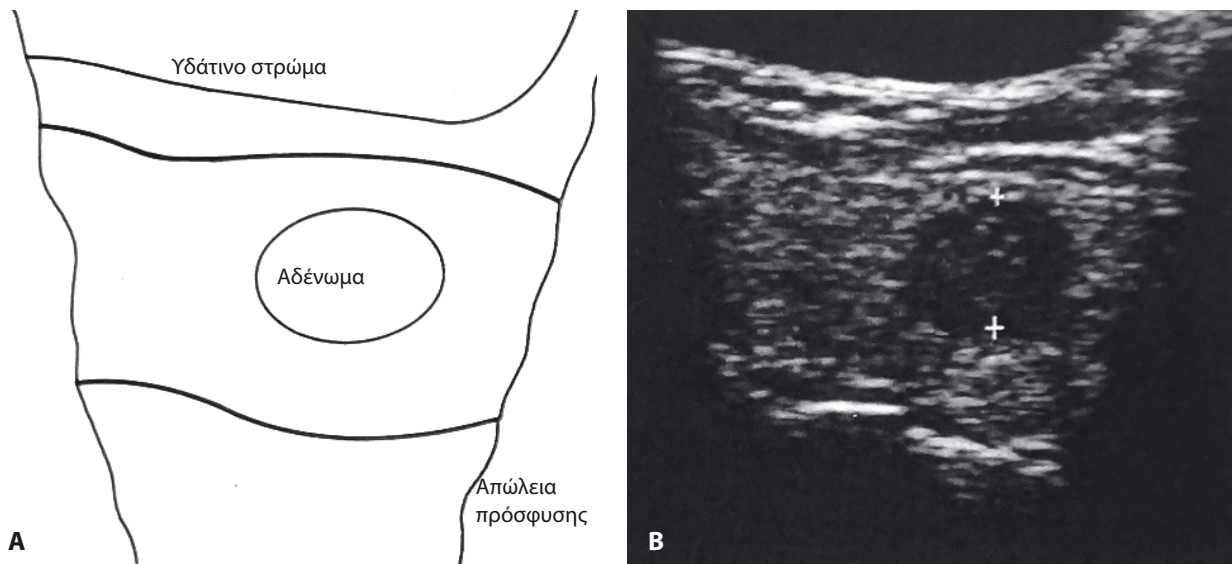
4.4.3.4 Υποθυρεοειδισμός

Είναι παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ή ελαττωμένη έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών και την ελάττωσή τους στους περιφερικούς ιστούς.

Διακρίνουμε τον πρωτοπαθή και δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό. Τα κύρια διαφοροδιαγνωστικά είναι ότι ο πρωτοπαθής οφείλεται σε βλάβη στο θυρεοειδή αδένος (θυρεογενής), ενώ ο δευτεροπαθής οφείλεται σε βλάβη στην υπόφυση ή τον υποθάλαμο (υποθαλαμικός). Επιπλέον, στον πρωτοπαθή έχουμε χαμηλές θυρεοειδικές ορμόνες (T_3 και T_4) με αυξημένη TSH, ενώ στο δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό έχουμε και χαμηλή TSH.

Αίτια

- Αυτοάνοσα [θυρεοειδίτιδα σιωπηλή ή μετά τον τοκετό, θυρεοειδίτιδα Hashimoto και ιδιοπαθές μυξοίδημα (όπου υπάρχει ατροφία του θυρεοειδούς αδένος)].
- Ιατρογενή [μετά από χειρουργική αφαίρεση θυρεοειδούς και υφολική θυρεοειδεκτομή ή μετά από θεραπεία με αυξημένη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου (I_{131})].



ΕΙΚΟΝΑ 4.17: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μέρη του τραχήλου.

- Συγγενής αγενεσία θυρεοειδούς και συγγενής ενζυμική διαταραχή σύνθεσης των ορμονών (ανεπάρκεια της υπεροξειδάσης).
- Έλλειψη ιωδίου.
- Φάρμακα βρογχοκνηλογόνα όπως λίθιο (Li), αμιωδαρόνη και αποχρεμπτικά σιρόπια προκαλούν ελαττωμένη έκκριση T_3 και T_4 .

Κλινική Εικόνα

Τα βασικά συμπτώματα του υποθυρεοειδικού συνδρόμου είναι η έντονη καταβολή δυνάμεων, η αδυναμία, η μειωμένη ικανότητα μνήμης, ο βραδυψυχισμός, η αύξηση του σωματικού βάρους, η δυσκοιλιότητα, το βράγχος φωνής, η απόπτωση τριχών, μυαλγίες, κράμπες, αρθραλγίες, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, η κώφωση, η δυσανεξία στο ψύχος και ο λήθαργος σε βαριές καταστάσεις.

Επισκοπικά θα παρατηρήσουμε την ωχρότητα δέρματος, την παχιά γλώσσα, την αργή ομιλία, το περικογχικό οίδημα, ο ασκίτης και τα περιφερικά οιδήματα άκρων που το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν αφήνουν εντύπωμα. Ακόμη το δέρμα είναι ξηρό, τραχύ και ψυχρό, τα νύχια είναι εύθρυπτα και υπάρχει τριχόπτωση.

Από την εξέταση της καρδιάς θα παρατηρήσουμε βραδυκαρδία, αδύναμο σφυγμό, υπέρταση, κκ-αποκλεισμό και συμπτώματα στηθάγχης ή καρδιακής ανεπάρκειας. Στο Η.Κ.Γ. έχουμε

παράταση του διαστήματος QT, χαμηλά δυναμικά R και αρνητικά διαστήματα T, ενώ είναι δυνατόν να παρατηρηθεί περικαρδιακή συλλογή υγρού.

Από τη νευρολογική εξέταση έχουμε ελάττωση των τενοντίων αντανάκλαστικών, σύγχυση, κατάθλιψη, άνοια και σπανιότερα παρεγκεφαλιδική αταξία.

Από το αίμα μπορεί να παρατηρηθεί αναιμία ορθόχρωμη-νορμοκυτταρική αλλά και μακροκυτταρική.

Τα ευρήματα από την κλινική εξέταση του ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνουν βυθιότητα των καρδιακών τόνων σε περίπτωση περικαρδιακής συλλογής υγρού, ελάττωση του αναπνευστικού ψυθιρίσματος στο ένα από τα δύο πνευμονικά πεδία σε περίπτωση υπεζοκωτικής συλλογής, ελάττωση των τενοντίων αντανάκλαστικών και υποθερμία.

Εργαστηριακά Ευρήματα

- Ελάττωση της ολικής ή ελεύθερης T_3 και T_4 ορμόνης (κύριο εργαστηριακό εύρημα).
- Η αυξημένη TSH ορμόνη (στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό) και η χαμηλή TSH (στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό) αποτελούν βασικό εύρημα.
- Βιοχημικές διαταραχές όπως:
 - ο $\uparrow$ ΧΠΚ.
 - ο $\uparrow$ ΛΔΗ.

- ο ↑SGOT.
- ο ↑SGPT.
- ο ↑Chol.

Χαρακτηριστική Διαγνωστική Τριάδα

↓FT₃ ↓T₄ ↑TSH → Πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός.

↓FT₃ ↓T₄ ↓FTSH → Δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός.

Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση του υποθυρεοειδισμού συνιστάται η χορήγηση L-θυροξίνης σε δόσεις που κυμαίνονται από 50-150 μg/ημέρα. Ξεκινάμε πάντοτε με μικρή δόση (25 μg/ημέρα) και αυξάνουμε σταδιακά ανά 6-8 εβδομάδες μέχρις ότου βρεθεί η άριστη δόση. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην έναρξη της αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιοπάθεια ή ιστορικό καρδιακών διαταραχών, στους οποίους χορηγούμε χαμηλές δόσεις (25-50 mg/ημέρα). Η απότομη έναρξη της θεραπείας με μεγάλες δόσεις θυροξίνης εγκυμονεί κινδύνους από το καρδιαγγειακό σύστημα λόγω της απότομης αύξησης του όγκου παλμού όπου μπορεί να προκαλέσει ακόμα και αιφνίδιο θάνατο.

Η χορήγηση της L-θυροξίνης είναι, τις περισσότερες φορές, ισόβια και φυσικά, κατά τη θεραπεία, χρειάζεται συχνός έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών (FT₃, T₄, TSH) στο πλάσμα.

Σε περίπτωση μυξοιδηματικού κώματος, που αποτελεί μία βαριά κατάσταση, συνιστάται άμεση εισαγωγή του ασθενούς σε Μ.Ε.Θ., όπου χορηγείται L-θυροξίνη ενδοφλέβια και γίνεται υποστήριξη με αναπνευστήρα εάν χρειαστεί, ενώ τις επόμενες ημέρες χορηγείται δόση θυροξίνης 200 mg/ημέρα και αναμένουμε βελτίωση σε 24-36 ώρες. Επιπλέον, επειδή συνήθως συνυπάρχει και ανεπάρκεια επινεφριδίων χορηγούμε και κορτιζόνη (Solu-Cortef 1 x 4 ημερησίως για 7 ημέρες).

Η αντιμετώπιση του μυξοιδηματικού κώματος σε Μ.Ε.Θ.Α. περιλαμβάνει τα εξής:

- Αναπνευστήρα για υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας.
- Χορήγηση (Δm) διαλύματος NaCl 0,9% και φουροσεμίδης (Lasix) I.V. σε περίπτωση υπονατριάμιας.

- Χορήγηση υγρών, ντοπαμίνης (Dopamine) και υδροκορτιζόνης (Inj Solu-Cortef 250mg x 7 ημέρες) σε περίπτωση υπότασης.
- Χορήγηση θυροξίνης μέσω Levin ή I.V. σε ποσότητες 300-500 mg τις πρώτες δύο ημέρες.

Πιο αναλυτικά θα αναφερθούμε στο κεφάλαιο της Επείγουσας Ιατρικής.

Αίτια Παροδικού Υποθυρεοειδισμού

Οι καταστάσεις που προκαλούν παροδικό υποθυρεοειδισμό είναι οι ακόλουθες:

- Υποξεία θυρεοειδίτιδα de Quervain.
- Σιωπηλή θυρεοειδίτιδα.
- Θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό.
- Μετά από θεραπεία για τη νόσο Graves.
- Μετά από χειρουργική θεραπεία για τη νόσο Graves.
- Παροδικός νεογνικός υποθυρεοειδισμός.
- Φάρμακα αντιθυρεοειδικά (καρβιμαζολη, μεθιμαζολη, λίθιο (Li) και αμιωδαρόνη.

4.4.3.5 Υποθυρεοειδισμός στην Κύηση

Αποτελεί σχετικά συχνό φαινόμενο και παρατηρείται σε γυναίκες που ήδη έχουν υποθυρεοειδισμό ή σε γυναίκες χωρίς καμία διαταραχή του θυρεοειδούς μέχρι τη στιγμή της εγκυμοσύνης. Ο υποθυρεοειδισμός στην κύηση πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα διότι προκαλεί σοβαρές διαταραχές στο έμβρυο κατά την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος (νοντική έκπτωση και διαταραχές λόγου).

Στόχος είναι η τιμή της TSH να είναι μικρότερη από 2,5 στην αρχή της εγκυμοσύνης και μικρότερη από 3 στο τέλος της κύησης. Τα αυξημένα αντιθυρεοειδικά αντισώματα προδιαθέτουν αυξημένο κίνδυνο αποβολών στην εγκυμονούσα. Στην εγκυμοσύνη συνιστάται χορήγηση αυξημένης δόσης, ενώ σε γυναίκα που χορηγούνταν θυροξίνη ως θεραπεία για το θυρεοειδή πρέπει κατά την εγκυμοσύνη να αυξήσουμε τη δόση στο διπλάσιο, 2 φορές την εβδομάδα, συνήθως στο τρίτο τρίμηνο.

Αίτια

Τα αίτια του υποθυρεοειδισμού στην κύηση είναι η μείωση του κυκλοφορούντος ιωδίου στην κύηση και η αυξημένη HCG (χοριακή γοναδοτροπίνη), που καταστέλλει την TSH (θυρεοειδοτρόπο ορμόνη).

Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι δίνουμε αυξημένη θυροξίνη σε υποθυρεοειδισμό στην κύηση και ότι τα αυξημένα αντιθυρεοειδικά αντισώματα αυξάνουν τον κίνδυνο αποβολών.

4.4.3.6 Υπερθυρεοειδισμός (Υπερθυρεοειδικό Σύνδρομο)

Ο υπερθυρεοειδισμός είναι μία παθολογική κατάσταση που προκαλείται από την αυξημένη παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών και οφείλεται στην υπερλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Τα σπουδαιότερα αίτια υπερθυρεοειδισμού είναι:

- Νόσος Graves (διάχυτη τοξική βρογχοκήλη) 90%.
- Νόσος Plummer (τοξική οζώδης βρογχοκήλη).
- Τοξικό αδένωμα θυρεοειδούς.
- Αδένωμα υπόφυσης που υπερεκκρίνει θυρεοειδικές ορμόνες.
- Θυρεοειδίτιδες (υποξεία de Quervain, μετά τον τοκετό, ανώδυνη και σιωπηλή θυρεοειδίτιδα).
- Έκτοπος θυρεοειδικός ιστός.
- Ιατρογενής (από λήψη ιωδιούχων σκευασμάτων όπως η αμιωδαρόνη, που περιέχει μεγάλη ποσότητα ιωδίου και στα άτομα που τη λαμβάνουν θα αναπτύξουν σε ποσοστό 2% θυρεοτοξίκωση ήπιας διάρκειας 3-5 μηνών, η ιντερφερόνη-Α, η αυξημένη λήψη θυροξίνης (T_4) κυρίως μετά από αφαίρεση οζώδους βρογχοκήλης ή σε άτομα που τη λάμβαναν για αδυνάτισμα και τέλος η έκθεση σε ιώδιο για τη διενέργεια ακτινολογικών εξετάσεων (π.χ. I.V.P.), όπου χρησιμοποιούνται ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες).

4.4.3.7 Νόσος Graves

Πολυσυστηματική νόσος που οφείλεται σε αυτοάνοση διαταραχή και προσβάλλει συνήθως νέες γυναίκες 30-40 ετών. Σήμερα είναι αρκετά συχνή στη χώρα μας.

Ενοχοποιείται ο παράγοντας LATS (αντίσωμα με δράση όμοια της TSH που διεγείρει συνεχώς το θυρεοειδή αδένου) και τα αυτοαντισώματα TSI (κατά του υποδοχέα TSH) που διεγείρουν επίσης το θυρεοειδή αδένου. Η νόσος χαρακτηρίζεται από διάχυτη βρογχοκήλη, οφθαλμοπάθεια (εξώφθαλμο) και κλινική εικόνα υπερθυρεοειδικού συνδρόμου.

Κλινική Εικόνα

Ο ασθενής με υπερθυρεοειδικό σύνδρομο μπορεί να παρουσιάζει νευρική κατάσταση (το άτομο είναι ανήσυχος και δεν ελέγχει τις εκδηλώσεις του), υπερκινητικότητα, λεπτό τρόπο χεριών, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, εφιδρώσεις, απώλεια βάρους με καλή όρεξη, διάρροια, μυϊκή αδυναμία, καταβολή δυνάμεων, λήπτωση και απόπτωση τριχών, συναισθηματική αστάθεια (το άτομο είναι ευέξαπτο και ευσυγκίνητο), αϋπνία, μείωση της μνήμης, ελάττωση της libido, ελάττωση της ωορρηξίας, δύσπνοια, συχνουρία, πολουρία, δίψα, διαταραχές εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες, μυοκαρδιοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια στους ηλικιωμένους.

Τα σημεία και τα ευρήματα από την κλινική εξέταση του ασθενούς είναι, επισκοπικά, η διόγκωση του θυρεοειδούς, το εξώφθαλμο, το βλέμμα έντρομου ατόμου, ο ελαφρός τρόμος των βλεφάρων, το οίδημα βλεφάρων, ο τρόμος των άκρων χεριών, η δύσπνοια, η πληκτροδακτυλία, το προκνημιαίο μυξοίδημα και ο έντονος δερμογραφισμός. Με ψηλάφηση και ακρόαση θα δούμε το ζεστό και υγρό δέρμα, τον ψηλαφητό ροίζο, το συνεχές φύσημα στα αγγεία του τραχήλου και το φύσημα στο θυρεοειδή, που όταν υπάρχει είναι παθογνωμονικό. Επίσης, από την ακρόαση της καρδιάς, μπορεί να ανιχνεύσουμε αρρυθμίες, κολπική μαρμαρυγή, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, συστολική υπέρταση, ώση στην κορυφή της καρδιάς, καθώς και εμφάνιση στηθάγχης ή O.E.M.

Άλλα ευρήματα που μπορεί να έχουμε είναι αύξηση των τενοντίων αντανάκλαστικών, διπλωπία,



ΕΙΚΟΝΑ 4.18: Νόσος Graves. Συνήθως προσβάλλει γυναίκες μεταξύ 20-40 ετών. Αυτή η ασθενής εμφανίστηκε κλασικά με διάχυτη βρογχοκήλη (πάνω από την οποία ακουγόταν αγγειακό φύσημα) και με σημεία από τους οφθαλμούς.

δακρύρροια, φωτοφοβία και οφθαλμοπληγία. Η διπλωπία διακρίνεται στη μη διηθητική (με το αρκετά ανοικτό βλέφαρο) και στη διηθητική (με εκχυμώσεις της περιοχής των βλεφάρων και τάση του οφθαλμού προς τα έξω).

Η οφθαλμοπάθεια στη νόσο Graves είναι αρκετά συχνή σε ποσοστό που αγγίζει το 40%. Επίσης, το προκνημιαίο μυξοίδημα (δέρμα πεπαχυμένο, σκοτεινού κόκκινου χρώματος στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης) είναι χαρακτηριστικό όταν υπάρχει, ενώ η ονυχόλυση, η οστεοπόρωση, η ανωορρηξία, η αναιμία συνήθως μακροκυτταρική (μεγαλοβλαστική 3%) και ο αυξημένος κίνδυνος αποβολών στις εγκύους με υπερθυρεοειδισμό είναι επίσης αναφερόμενα στη νόσο Graves (υπερθυρεοειδισμός).

(ΕΙΚΟΝΑ 4.18, 4.19, 4.20)

Διάγνωση

Η διάγνωση θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα του ασθενούς και στα εργαστηριακά ευρήματα.

Η απώλεια βάρους, ο τρόμος των άκρων χειρών, η ταχυκαρδία, η διάρροια και το εξώφθαλμο



ΕΙΚΟΝΑ 4.19: Προκνημιαίο μυξοίδημα στη νόσο Graves. Όταν εκδηλώνεται, μπορεί να συνδυάζεται με θυρεοειδική πάχυνση των άκρων, όπου υπάρχει οίδημα των πτυχών των ονύχων, προκαλώντας κατάσταση που μοιάζει με την πληκτροδακτυλία.



ΕΙΚΟΝΑ 4.20: Εξόφθαλμος (πρόπτωση) στη νόσο Graves, που προκύπτει από διόγκωση των μυών καθώς και από συσσώρευση λίπους μεταξύ του οφθαλμικού κόγχου, αποτέλεσμα της διήθησης από βλεννοπολυσακχαρίτες.

αποτελούν χαρακτηριστικά που θέτουν την υπόνοια υπερθυρεοειδισμού.

Τα διαγνωστικά εργαστηριακά ευρήματα του υπερθυρεοειδισμού είναι: $\uparrow FT_3$, $\uparrow FT_4$ και $\downarrow TSH$.

Διαφορική Διάγνωση

Όσον αφορά τα υγρά χέρια πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ θυρεοειδοπάθειας και αγχώδους αιτιολογίας. Έτσι, στην αγχώδη νευρώση έχουμε ψυχρά και υγρά χέρια, ενώ στον υπερθυρεοειδισμό έχουμε ζεστά και υγρά χέρια.

Επιπλοκές

Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η θυρεοτοξική κρίση. Πρόκειται για μία θανατηφόρο επιπλοκή που ευτυχώς εμφανίζεται σπάνια και συνίσταται στην οξεία έξαρση των συμπτωμάτων του υπερθυρεοειδισμού.

Στα αίτια της θυρεοτοξικής κρίσης περιλαμβάνονται:

- Λοιμώξεις και σπηλαιμία.
- Χειρουργικό stress.
- Νόσος Graves.
- Διαβητική κετοξέωση.
- Μετά από επεμβάσεις και τραύματα.
- Εκλαμψία και τοκετός.

Κλινικά εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό ($38-41^\circ C$), ταχυκαρδία, ιδρώτες, εξάψεις, ανησυχία, διέγερση, παραλήρημα και κώμα, ενώ είναι δυνατόν να έχουμε επίσης γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, εμετούς, διάρροια), και ίκτερο, που όταν υπάρχει είναι άσχημο προγνωστικό σημείο. Ο θάνατος επέρχεται από καρδιακή ανεπάρκεια και shock.

Η αντιμετώπιση της θυρεοτοξικής κρίσης γίνεται με:

- Χορήγηση μεθιμαζόλης στην οξεία φάση ενδοφλέβια.
- Χορήγηση μεθιμαζόλης ή καρβιμαζόλης (120 mg/ημέρα) σε συνδυασμό με Δm Lugol (ιώδιο) 20 σταγόνες $\times$ 4 ημερησίως και αργότερα 8 σταγόνες/ώρα.
- Αντιμετώπιση της υπερθερμίας και της αφυδάτωσης με αντιπυρετικά και χορήγηση υγρών.
- Χορήγηση οξυγόνου.

- Χορήγηση αντιβιοτικών για την αντιμετώπιση λοιμώξεων.
- Χορήγηση κορτικοστεροειδών (Solu-Medrol $125 \text{ mg} \times 3$).
- Χορήγηση προπρανολόλης (Inderal) για αντιμετώπιση της ταχυκαρδίας.
- Πλασμαφαίρεση, που επιχειρείται για την απομάκρυνση των θυρεοειδικών ορμονών.

Αντιμετώπιση

Η θεραπεία για τη νόσο Graves περιλαμβάνει:

- Χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων (καρβιμαζόλη, μεθιμαζόλη), τα οποία δρουν εμποδίζοντας τη σύνθεση θυροξίνης και τριωδοθυρονίνης, αναστέλλουν την πρόσληψη ιωδίου (I) από τον θυρεοειδή αδένα και ελαττώνουν τα θυρεοδιεγερτικά αντισώματα. Χορηγούμε αρχικά καρβιμαζόλη (5 mg) σε δόσεις 30 mg/ημέρα ή μεθιμαζόλη (10 mg/20 mg) σε δόσεις 20 mg/ημέρα και σταδιακά μειώνουμε τη δόση.
- ο Έχουμε ταχεία ανακούφιση του ασθενούς και η διάρκεια θεραπείας είναι έως και 2 έτη. Οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων είναι εξανθήματα (5%), κνησμός, αρθραλγίες, μυαλγίες, δερματίτιδα (αποτελεί τη συχνότερη παρενέργεια η οποία όμως υποχωρεί), ηπατική βλάβη, ακοκκιοκυτταραιμία σε ποσοστό 0,5% που εκδηλώνεται με πυρετό, κυνάγχη, λευκοκυττάρωση, μυαλγίες, αρθραλγίες και έχουμε $\uparrow ALP$, $\uparrow SGOT$, $\uparrow SGPT$, $\uparrow$ γλυκόζη από τα εργαστηριακά ευρήματα.
- ο Τέλος, σε υπερθυρεοειδικές εγκύους, ιδίως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προτιμάται η προπυλθειουρακίλη, που δεν διέρχεται τον πλακούντα.
- Χειρουργική επέμβαση με υφολική θυρεοειδεκτομή, η οποία αποτελεί θεραπεία εκλογής σε περιπτώσεις ευμεγέθους βρογχοκήλης και σε αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής. Ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση έχουμε κυρίως σε νεαρά άτομα μετά από μία ή περισσότερες υποτροπές της νόσου, σε νέες γυναίκες πριν από

ενδεχόμενη τεκνοποιία και ιδιαίτερα σε παρουσία μεγάλης βρογχοκίλης.

- Πριν από την εγχείρηση πρέπει να γίνει προετοιμασία του ασθενούς (συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να γίνει ευθυρεοειδικός) με αντιθυρεοειδικά φάρμακα για 6 εβδομάδες, ώστε να ελαττώσουμε την αγγειοβρίθεια του αδένα.
- Οι επιπλοκές ή τα μειονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης είναι:
- Τραυματισμοί [αιμορραγία, τραυματισμός του λαρυγγικού νεύρου (παράλυση φωνητικής χορδής)].
- Παροδικός ή μόνιμος υποπαραθυρεοειδισμός από κατά λάθος αφαίρεση των παραθυρεοειδών αδένων.
- Μακροχρόνιος υποθυρεοειδισμός (40% στα 10 χρόνια).
- Θεραπευτική χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου. Το ραδιενεργό ιώδιο (I_{131}) προσλαμβάνεται από τον θυρεοειδή αδένα, τον ακτινοβολεί και τον καταστρέφει. Χορηγείται κυρίως σε ηλικιωμένους και επιτυγχάνει ευθυρεοειδισμό σε 6-12 βδομάδες. Η χορήγησή του γίνεται αφού προηγουμένως ο ασθενής γίνει ευθυρεοειδικός με αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Ενδείκνυνται σε γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και σε άντρες άνω των 30 ετών. Αντενδείκνυνται σε νεαρές γυναίκες και κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης (διότι το ραδιενεργό ιώδιο διέρχεται από τον πλακούντα), ενώ στα μειονεκτήματά του πρέπει να αναφέρουμε ότι σε ένα ποσοστό 80% προκαλεί υποθυρεοειδισμό και υπάρχουν υπονοίες ότι είναι πιθανό να ασκεί καρκινογόνο δράση στο θυρεοειδή.

- Χορήγηση προπρανολόλης σε δόση 20 mg/8ωρο για 1-2 μήνες με σκοπό τη βελτίωση συμπτωμάτων, όπως ταχυκαρδία και υπέρταση, καθώς και για συμπτώματα από τον αυξημένο τόνο του συμπαθητικού (έντονη διέγερση, τρόμο, εφιδρώσεις, νευρική κατάσταση, ταχυκαρδία).
- Ο εξώφθαλμος, ανεξάρτητα από την αγωγή, πρέπει να αναφέρουμε ότι έχει

ανεξάρτητη πορεία (από τη θεραπεία για τη νόσο Graves) και συνήθως παραμένει ή επιδεινώνεται. Σε βαρύ εξώφθαλμο συνιστάται χορήγηση κορτιζόνης σε μεγάλες δόσεις ενδοφλέβια, ακτινοθεραπεία, κολλύρια, διουρητικά ενώ επίσης απαιτείται διακοπή του καπνίσματος.

4.4.3.8 Υπερθυρεοειδισμός και Κύηση

Ο υπερθυρεοειδισμός στην κύηση έχει αυξημένο κίνδυνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αντίθετα, ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός δεν πρέπει να μας ανησυχεί και δε χρειάζεται να τον θεραπεύουμε.

Γυναίκα που έλαβε ραδιενεργό ιώδιο για αντιμετώπιση υπερθυρεοειδισμού δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους, διότι υπάρχει κίνδυνος υπερθυρεοειδισμού και στο έμβρυο. Επίσης, σε γυναίκα που χειρουργήθηκε για νόσο Graves κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης υπερθυρεοειδισμού στο έμβρυο διότι τα TSI αντισώματα εξακολουθούν να κυκλοφορούν στο αίμα και φυσικά περνούν με την κυκλοφορία στο έμβρυο. Στην εγκυμοσύνη με νόσο Graves το πιο ασφαλές αντιθυρεοειδικό φάρμακο είναι η προπυλθειουρακίλη, που μπορεί να χορηγείται στο πρώτο τρίμηνο σε δόση 50-100 mg/ημέρα με σταδιακή μείωση της δόσης στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, ενώ η χορήγησή της είναι ασφαλής και στο θηλασμό.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι:

- Οι παθήσεις του θυρεοειδούς δυσχεραίνουν τη σύλληψη και την τεχνητή γονιμοποίηση.
- Η θυροξίνη είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος στο έμβρυο.
- Στην κύηση συμβαίνουν αλλαγές, όπως η μείωση του κυκλοφορούντος ιωδίου, η αυξημένη θυρεοδεσμευτική πρωτεΐνη και η καταστολή της TSH από τη δράση της αυξημένης HCG.

4.4.3.9 Θυρεοειδίτιδες

Υποξεία θυρεοειδίτιδα de Quervain

Πρόκειται για οξεία φλεγμονώδη πάθηση που οφείλεται πιθανόν σε ιό. Πιο συγκεκριμένα, έχουν ενοχοποιηθεί ο ιός παρωτίτιδας, οι ιοί Coxsackie, οι αδενοϊοί και οι ιοί Echo.

Είναι σπάνια νόσος, με τα ακριβή αίτια της να παραμένουν άγνωστα. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20-60 ετών και ιστολογικά χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη διήθηση των θυλακίων με πολυμορφοπύρρηνα και λεμφοκύτταρα, καταστροφή του επιθηλίου και απώλεια κολλοειδούς. Κύριο όμως χαρακτηριστικό είναι η ανεύρεση γιγαντοκυττάρων και ο σχηματισμός κοκκιωμάτων, για αυτό άλλωστε η υποξεία θυρεοειδίτιδα ονομάζεται και κοκκιωματούδης.

Η νόσος διαρκεί από λίγες βδομάδες έως μερικούς μήνες, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι παρουσιάζει εξάρσεις.

Κλινική Εικόνα

Εκδηλώνεται με πόνο στην πρόσθια τραχηλική χώρα και ιδίως στην περιοχή του θυρεοειδούς όπου έχουμε μεγάλη ευαισθησία του θυρεοειδούς (ομότιμα διογκωμένος) καθώς προσβάλλονται και οι δύο λοβοί. Υπάρχει πυρετός έως 40° C με ρίγη, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία, δυσκαταποσία, ταχυκαρδία, νυχτερινούς ιδρώτες και ελαφρύ τρόμο άκρων, συμπτώματα τα οποία σταδιακά υποχωρούν.

Αρχικά παρουσιάζεται μέτριος υπερθυρεοειδισμός (σε ποσοστό 25%) λόγω της καταστροφής του θυρεοειδούς και την απελευθέρωση των ορμονών στην κυκλοφορία, που μετέπειτα ακολουθείται από παροδικό υποθυρεοειδισμό και στη συνέχεια ευθυρεοειδισμό.

Εργαστηριακά Ευρήματα

Έχουμε αύξηση T.K.E. ≥ 100 και αύξηση των θυρεοειδικών ορμονών $\uparrow FT_3$ και $\uparrow FT_4$, τουλάχιστον στην αρχή της νόσου. Στο σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς κύριο χαρακτηριστικό είναι η αδυναμία ή έλλειψη απεικόνισης του θυρεοειδούς αδένα.

(ΕΙΚΟΝΑ 4.21)

Αντιμετώπιση

Η διάρκεια της θεραπείας είναι 1-2 μήνες. Σε ελαφριές περιπτώσεις ξεκινάμε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, καθώς και προπρανολόλη σε περίπτωση συμπτωμάτων διέγερσης του συμπαθητικού. Σε πιο έντονες καταστάσεις χορηγούμε κορτικοστεροειδή, όπως πρεδνιζολόνη (Prezolon) 30-40 mg/ημέρα (με προοδευτική μείωση της δόσης μετά από 15 ημέρες) για 1-2 μήνες. Είναι δυνατόν, σε ανθεκτικές περιπτώσεις, η χορήγησή τους να συνεχιστεί με μικρότερες δόσεις έως και 6 μήνες, ενώ έχει αποδειχτεί ότι εδώ τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα δεν έχουν αποτέλεσμα.

Αξίζει να σημειωθεί πως η πρώιμη απόσυρση των κορτικοειδών ενδέχεται να οδηγήσει σε νέα εξάρση της θυρεοειδίτιδας, ενώ δεν αποκλείεται η εμφάνιση εκ νέου του πόνου μετά την οριστική διακοπή της κορτιζόνης.

Στην περίπτωση αυτή συνιστάται επανέναρξη της αγωγής στη δόση που ήταν αρκετή για την κάλυψη των συμπτωμάτων. Οι υποτροπές είναι συχνές. Η δυσφορία στην περιοχή του τραχήλου μπορεί να παραμείνει για πολλούς μήνες.

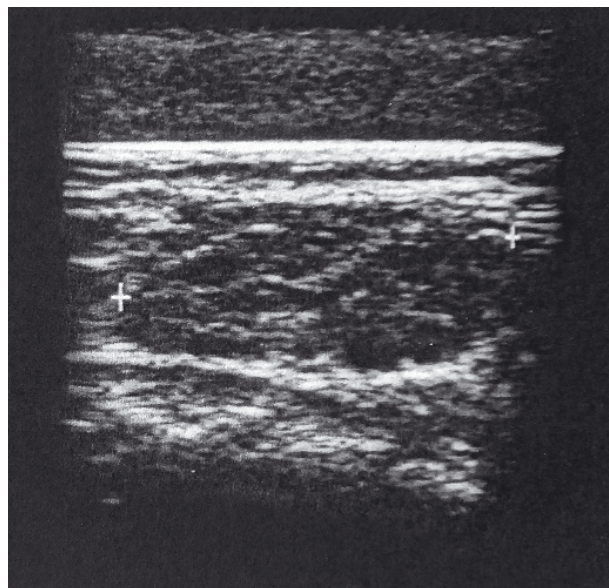
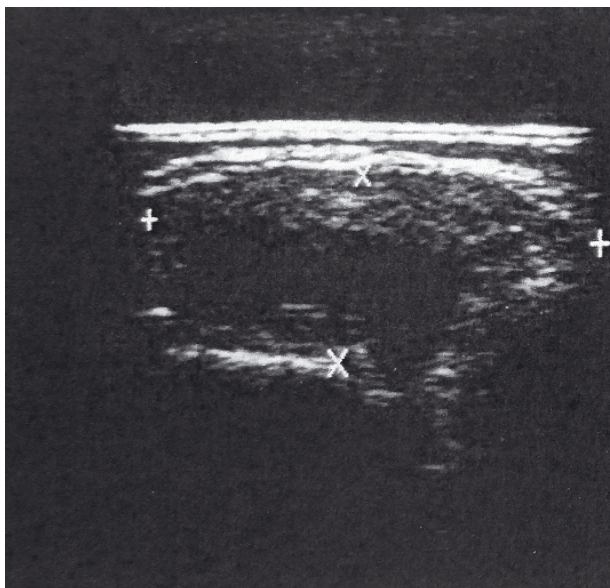
Χρόνια θυρεοειδίτιδα Hasimoto

Είναι νόσος αυτοάνοσος και αποτελεί την πιο συχνή αιτία υποθυρεοειδισμού σε παιδιά και ενήλικες. Απαντάται σε δύο μορφές α) την ιδιοπαθή ή ατροφική (χωρίς βρογχοκήλη), που αποτελεί και την τελική μορφή της θυρεοειδίτιδας και β) με βρογχοκήλη.

Κλινική Εικόνα

Προσβάλλει πιο συχνά τις γυναίκες, ηλικίας 30-50 ετών. Εκδηλώνεται ως βρογχοκήλη με βραδεία εξέλιξη (βραδεία διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα), η διόγκωση είναι άμφω συμμετρική, μέτρια υπόσκληρη, στερεάς σύστασης και κινητή με την κατάποση.

Επειδή οφείλεται σε αυτοάνοση διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων (αντιθυρεοσφαιρινικών, αντιμικροσωμιακών), ενώ ιστολογικά έχουμε έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση με καταστροφή θυλακίων, ίνωση και αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής του αδένα.



ΕΙΚΟΝΑ 4.21: Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένος.

Ο ασθενής αρχικά μπορεί να είναι ευθυρεοειδικός (FT_3 , FT_4 κ.φ.) και βαθμιαία να γίνει υποθυρεοειδικός ($\downarrow FT_3$, $\downarrow FT_4$).

Εργαστηριακά Ευρήματα

- FT_3 , FT_4 ορού: ελαττωμένες ή φυσιολογικές
- $\uparrow$ Anti-TPO, $\uparrow$ anti-TG [κύριο εύρημα είναι η αύξηση των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων, κυρίως σε ποσοστό 90% η αύξηση των αντιμικροσωματικών (anti-TPO)].
- Στο υπερηχογράφημα θυρεοειδούς έχουμε ανομοιογένεια του αδένα και αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής δομής του θυρεοειδούς αδένα.

(ΕΙΚΟΝΑ 5.22)

Αντιμετώπιση

Συνιστάται ισόβια χορήγηση θυροξίνης (T_4) επι ύπαρξης υποθυρεοειδισμού, ενώ επί υπόνοι-
ας κακοήθειας συνιστάται χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς αδένα. Η χορήγηση θυροξίνης πρέπει να ξεκινά αρχικά με μικρές δόσεις 25-50 mg/ημέρα και αυξάνουμε σταδιακά μέχρι την επί-
τευξη αρίστου αποτελέσματος.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι σε περίπτωση όπου έχουμε φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (TSH) και μόνο θετικά αντισώματα τότε δεν χορηγούμε θεραπεία αλλά συστήνουμε συχνή

παρακολούθηση του θυρεοειδούς ανα έτος γιατί ενδέχεται ο υποθυρεοειδισμός να εμφανιστεί αργότερα.

Θυρεοειδίτιδα Riedel

Ονομάζεται και ινώδης θυρεοειδίτιδα. Είναι εξαιρετικά σπάνια, προσβάλλει γυναίκες μέσης ηλικίας και η αιτία είναι άγνωστη μέχρι σήμερα. Κατά πολλούς θεωρείται παραλλαγή της θυρεοειδίτιδας Hashimoto.

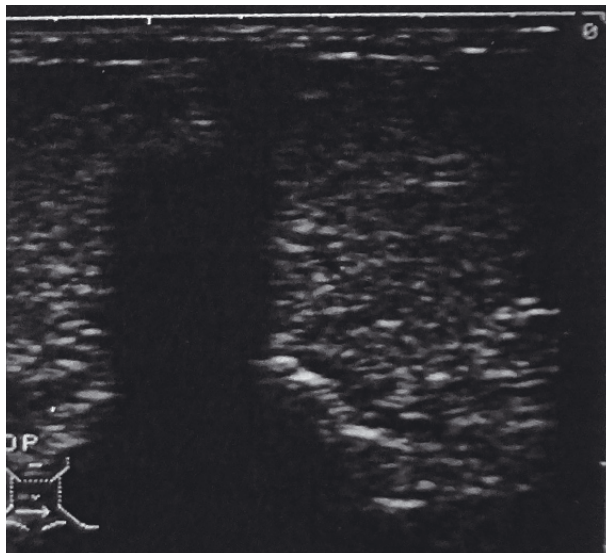
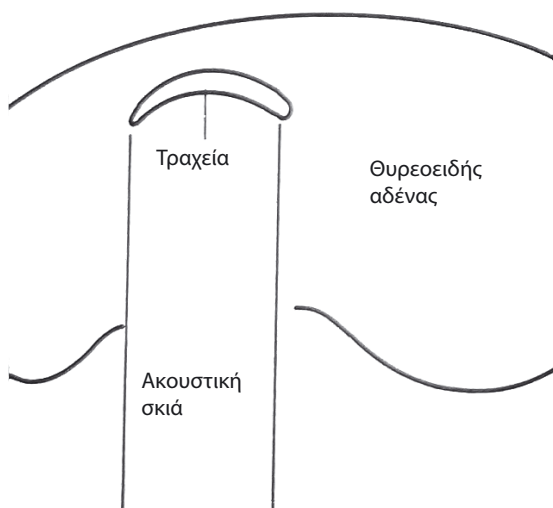
Χαρακτηρίζεται από βραδεία διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα, η βροχοκήλη ψηλαφητικά εμφανίζει πετρώδη σκληρία και είναι επώδυνη, ενώ η λειτουργικότητα του αδένα είναι φυσιολογική (FT_3 , FT_4 κ.φ.).

Στο υπερηχογράφημα ο θυρεοειδής αδένας χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ίνωση, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ίνωση και των πέριξ ιστών. Η νόσος μπορεί να συνυπάρχει με οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση.

Αντιμετώπιση

Μερική θυρεοειδεκτομή και χορήγηση θυροξίνης (T_4) ως θεραπεία υποκατάστασης.

Η φαρμακολογική θεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση ταμοξιφαίνης για υποστροφή της ίνωσης και κορτικοστεροειδή για την ανακούφιση από τον πόνο και τα πιεστικά φαινόμενα.



ΕΙΚΟΝΑ 4.22: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μέρη του τραχήλου.

4.4.3.10 Υποκλινικές Καταστάσεις Θυρεοειδούς

Οι υποκλινικές καταστάσεις του θυρεοειδούς είναι ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός και ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός.

Υποκλινικός Υποθυρεοειδισμός

Πρόκειται για ελαφρύ υποθυρεοειδισμό που συνήθως είναι ασυμπτωματικός και εργαστηριακά χαρακτηρίζεται από αυξημένη TSH ορμόνη, ενώ οι θυρεοειδικές ορμόνες FT_3 και FT_4 είναι φυσιολογικές.

Αίτια

- Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto (είναι η πιο συχνή αιτία).
- Η οξεία θυρεοειδίτιδα.
- Η θυρεοειδεκτομή.
- Τα φάρμακα και η χημειοθεραπεία.

Επιπλοκές

Συνήθως στους ασθενείς με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό παρατηρείται μία αύξηση των λιπιδίων στο αίμα ($\uparrow$ Chol, $\uparrow$ Trigl) υπάρχει μία προδιάθεση για παχυσαρκία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος, δηλαδή συνοπτικά:

- Υπερλιπιδαιμία.
- Παχυσαρκία.
- Υπέρταση.

Αντιμετώπιση

Είναι γνωστό ότι οι αυστηρά φυσιολογικές τιμές της TSH είναι μεταξύ 0,4 – 4:

- Όταν η τιμή της TSH είναι μεγαλύτερη από 10, τότε υποχρεωτικά το άτομο χρειάζεται αγωγή και χορηγούμε θυροξίνη ξεκινώντας με μικρές δόσεις και αυξάνοντας σταδιακά μέχρι να επαναφέρουμε την TSH ορμόνη στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Όταν η τιμή της TSH κυμαίνεται μεταξύ 4-8 τότε, στην περίπτωση που έχουμε αρνητικά αντιθυρεοειδικά αντισώματα και φυσιολογικό υπερηχογράφημα θυρεοειδούς, δεν απαιτείται αγωγή παρά μόνο συχνή παρακολούθηση του ασθενούς ανά 6μηνο. Με άλλα λόγια, εάν έχουμε ήπια αύξηση της TSH με αρνητικά (-) αντιθυρεοειδικά αντισώματα και ECHO θυρεοειδούς φυσιολογικά, τότε δε χρειάζεται καμία θεραπεία. Στην περίπτωση όμως που έχουμε αυξημένα ή θετικά αντιθυρεοειδικά αντισώματα [και τα δύο ή ένα εκ των δύο, δηλαδή anti-TPO (+) και/ή anti-TG (+)], τότε συνιστάται η χορήγηση θυροξίνης (T_4) όταν η TSH είναι πάνω από 6 με σκοπό να επαναφέρουμε την TSH ορμόνη στα φυσιολογικά όρια.
- Στις περιπτώσεις ήπιας αύξησης της τιμής της TSH, δηλαδή μεταξύ 5,5–7, συνήθως δεν πρέπει να βιαστεί ο ιατρός να δώσει

φαρμακευτική αγωγή και ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπου τα φυσιολογικά όρια της TSH ανεβαίνουν έως το 7 ή 8. Και αυτό γιατί έχει διαπιστωθεί ότι η TSH ορμόνη αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία και ότι η αυξημένη TSH ορμόνη στους γέροντες έχει σχέση με τη μακροβιότητα. Καλό είναι λοιπόν να θεωρούμε φυσιολογικές, στους γέροντες ή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τιμές της TSH μεταξύ 7–8.

Υποκλινικός Υπερθυρεοειδισμός

Ουσιαστικά πρόκειται για μία κατάσταση ελαφρούς υπερθυρεοειδισμού, όπου εργαστηριακά χαρακτηρίζεται από πτώση της TSH $< 0,1$, ενώ οι θυρεοειδικές ορμόνες FT₃ και FT₄ είναι φυσιολογικές.

Αίτια

Στα αίτια συμπεριλαμβάνεται η νόσος Graves καθώς και φάρμακα (η χορήγηση θυροξίνης σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να καταστείλει την TSH προκαλώντας φαρμακευτικό υπερθυρεοειδισμό).

Κλινική Εικόνα

Κλινικά ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός μπορεί αρχικά να είναι ασυμπτωματικός αλλά αργότερα μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα κυρίως από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως ταχυκαρδίες, αρρυθμίες (κολπική μαρμαρυγή), καθώς επίσης άνοια και οστεοπόρωση.

Αντιμετώπιση

- Στην περίπτωση που η TSH κυμαίνεται μεταξύ 0,1–0,4 η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη, εκτός και αν ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα (όπως ταχυκαρδίες και αρρυθμίες), όπου πρέπει να χορηγήσουμε αντιθυρεοειδικά φάρμακα (μεθιμαζόλη, καρβιμαζόλη) και προπρανολόλη για ελάττωση της ταχυκαρδίας.
- Στην περίπτωση όμως που TSH $< 0,1$ και οι FT₃, FT₄ είναι φυσιολογικές, τότε απαιτείται εξαρχής θεραπεία με αντιθυρεοειδικά φάρμακα (μεθιμαζόλη 10/20 mg ή καρβιμαζόλη) σε περίπτωση νόσου Graves. Σε

περίπτωση τοξικού αδενώματος ή διάχυτης αυτονομίας ενδύκνεται η χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς ή η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο..

Όζοι Θυρεοειδούς

Ουσιαστικά πρόκειται για διόγκωση από πολλά θυρεοειδικά κύτταρα στο παρέγχυμα του θυρεοειδούς ή με άλλα λόγια είναι μία αλλοίωση του θυρεοειδικού παρεγχύματος. Πήρε το όνομά του από τη λέξη «ρόζος» όπως στο ξύλο. Μπορεί να είναι μονήρης ή και πολλαπλοί όζοι.

Οι πολλαπλοί όζοι είναι κατά κανόνα καλοήθεις, ενώ ο μονήρης όζος είναι καλοήθης σε ποσοστό 90% και σε ένα ποσοστό 10% μπορεί να είναι κακοήθης.

Οι όζοι του θυρεοειδούς παρατηρούνται στο 10% του γενικού πληθυσμού και είναι πιο συχνόι στις γυναίκες.

Μορφές

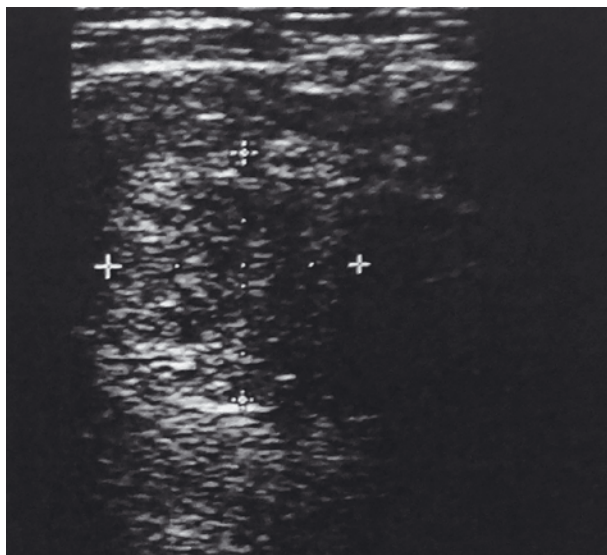
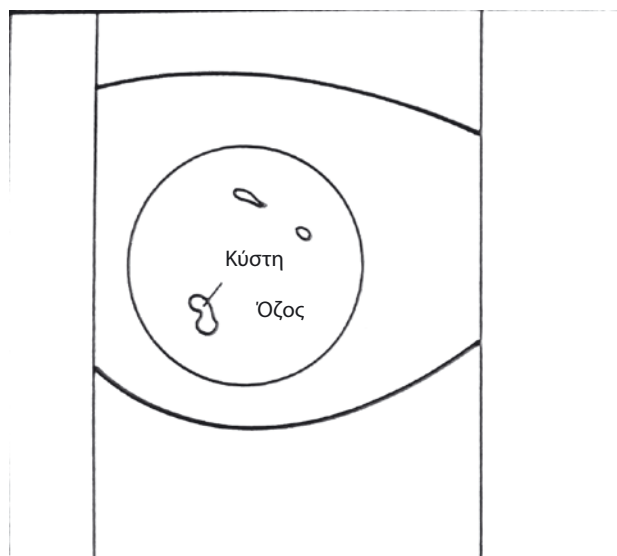
Ένας μονήρης όζος ή διόγκωση του θυρεοειδούς μπορεί να είναι:

- Αδενωματώδης όζος (6%), καρκίνωμα (μυελοειδές, θυλακίωδες, θηλώδες, των κυττάρων του Hürthle, αναπλαστικό), λέμφωμα θυρεοειδούς, μεταστατικό καρκίνωμα θυρεοειδούς και σάρκωμα (σπανιότερα).
- Όζος θυρεοειδίτιδας (10%).
- Κύστη θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών, αδένωμα παραθυρεοειδών (12%).
- Υπερπλαστικός δεξιός λοβός λόγω αγενεσίας του άλλου ή αντιρροπιστική υπερπλασία του ενός λόγω αφαίρεσης του άλλου.
- Λίπωμα, τεράτωμα, δερμοειδής κύστη, κυστικό ύγρωμα (12%).

Η διάκριση των όζων θυρεοειδούς γίνεται με βάση τη φυσική εξέταση, την ηλικία, το φύλο, τη φύση του όζου, το ιστορικό ακτινοβόλησης της πρόσθιας τραχηλικής χώρας ή το οικογενές ιστορικό μυελοειδούς καρκινώματος.

Η σκληρή και ταχεία διόγκωση του θυρεοειδούς, καθώς και η μακρά παρουσία όζου είναι υπέρ της κακοήθειας.

Υποπτοι όζοι θυρεοειδούς με διάμετρο < 1 εκ. θεωρούνται ασήμαντοι και δε χρειάζεται να διερευνούνται εκτός εάν υπάρχει θετικό



ΕΙΚΟΝΑ 4.23: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μόρια του τραχήλου.

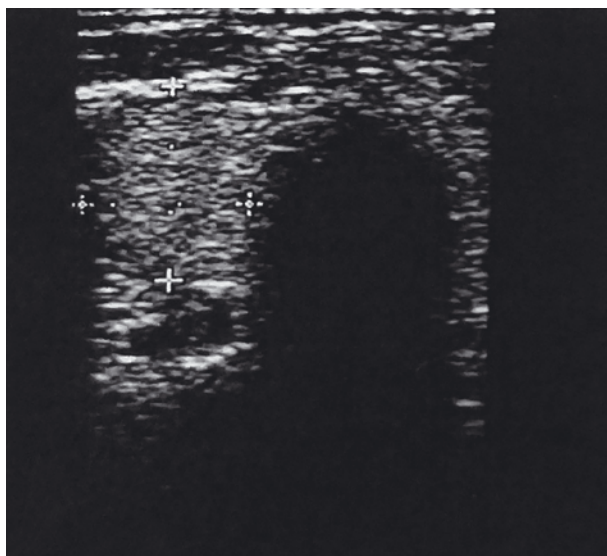
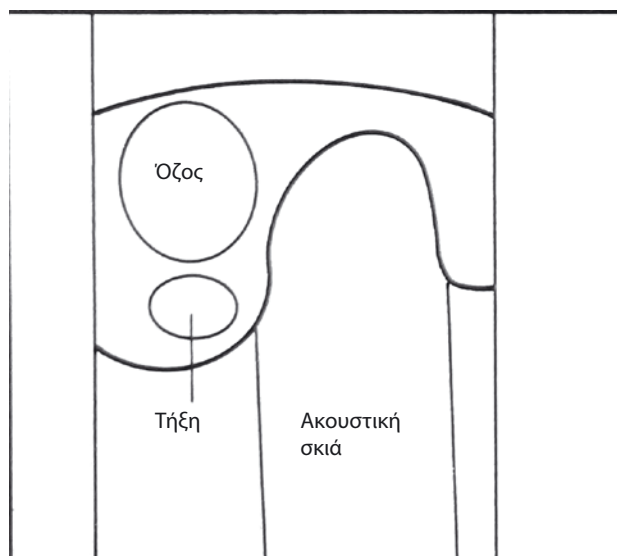
οικογενειακό ιστορικό ή τραχηλική λεμφαδενοπάθεια.

Στο υπερηχογράφημα θυρεοειδούς στοιχεία υπερ κακοήθειας είναι ο υποηχογενής όζος και ο όζος που έχει ακανόνιστα ή πολυλοβωτά όρια, οι μικροαποτιτανώσεις, οι όζοι με προσθιοπίσθια διάμετρο μεγαλύτερη από την εγκάρσια διάμετρο (taller than wide) και αυξημένη κεντρικά αιμάτωση.

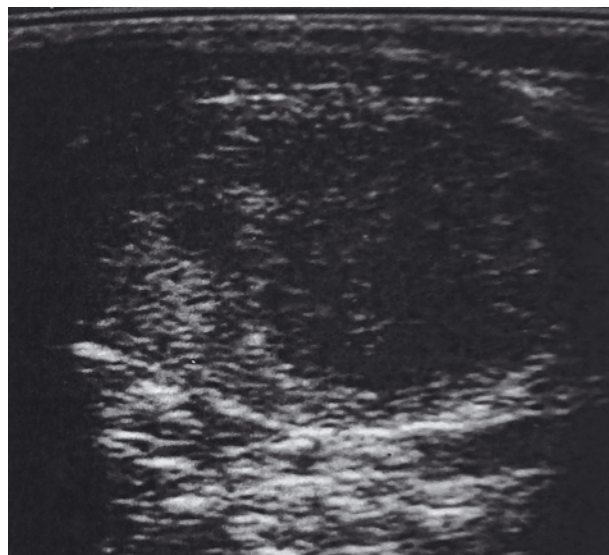
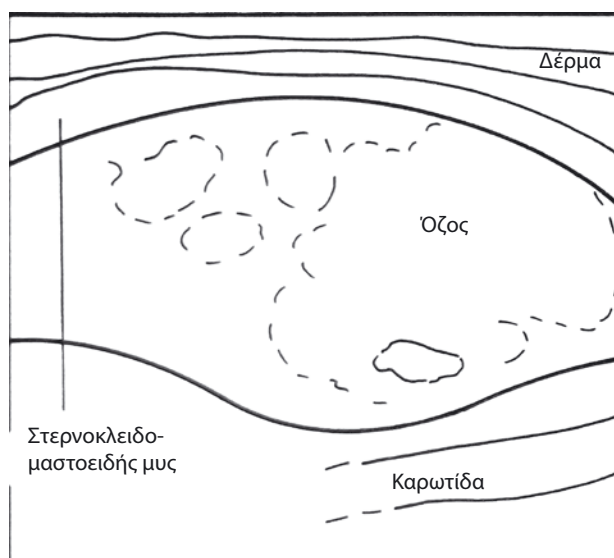
(ΕΙΚΟΝΑ 4.23, 4.24, 4.25)

Το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς (scanning) με Tc_{99} ή I_{131} είναι η επόμενη βασική εξέταση για τη διάκριση του όζου σε ψυχρό ή θερμό, ανάλογα με το εάν προσλαμβάνει το ραδιενεργό ισότοπο ή όχι.

Η λήψη υλικού, μετά από παρακέντηση διά λεπτής βελόνας, από 2-4 διαφορετικά σημεία του θυρεοειδικού όζου και η κυτταρολογική εξέταση αυτού μπορεί να διαγνώσει καλοήγη ή κακοήγη νεοπλασμάτα.



ΕΙΚΟΝΑ 4.24: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μόρια του τραχήλου.



ΕΙΚΟΝΑ 4.25: Σπινθηρογράφημα. Θυρεοειδής αδένας και ανατομικά μέρη του τραχήλου.

Η λειτουργική κατάσταση του μονήρους όζου καθορίζεται με το σπινθηρογράφημα, συνήθως με Tc_{99} (τεχνήτιο).

Στο 80% των περιπτώσεων ο όζος είναι ψυχρός, δηλαδή έχουμε ελαττωμένη πρόσληψη του ισοτόπου από τον όζο σε σχέση με το γύρω ιστό και στο 20% ο όζος είναι θερμός, δηλαδή έχουμε αυξημένη πρόσληψη του ραδιενεργού ισοτόπου από τον όζο σε σχέση με το γύρω ιστό.

Ο θερμός όζος είναι πάντοτε καλοήθης, ενώ ο ψυχρός όζος θέτει υποψία κακοήθειας (10% κακοήθης, 90% καλοήθης). Πιο συγκεκριμένα, ο θερμός όζος είναι μία περιοχή του θυρεοειδικού ιστού με αυξημένη λειτουργικότητα και πρόσληψη του ισοτόπου και η εξέλιξή του στο 60% είναι να παραμείνει θερμός όζος, στο 20% θα μεταπέσει σε τοξικό αδένωμα και σε ποσοστό 20% είναι εξαρχής τοξικό αδένωμα.

Υποψία Μονήρους Όζου για Κακοήθεια

Ο όζος είναι ύποπτος για κακοήθεια στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Ο όζος έχει συνεχώς αυξητική τάση.
- Ο όζος είναι συμπαγής με ακανόνιστα όρια.
- Ο μονήρης όζος με διάμετρο > 1,5 εκ.
- Η καθήλωση του όζου στους γύρω ιστούς.
- Η παρουσία παθολογικών τραχηλικών λεμφαδένων.

- Η πάρεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου.
- Όταν συνυπάρχουν δυσφαγία και βράγχος φωνής.

Υπέρ της κακοήθειας είναι και τα παρακάτω:

- Νεαρά άτομα και έφηβοι, κυρίως άρρενες.
- Άτομα μεγάλης ηλικίας.
- Ο μονήρης σκληρός όζος, ανώμαλος με συμφύσεις.
- Η ανεύρεση παθολογικών τραχηλικών λεμφαδένων.
- Η καθήλωση του αδένα στους γύρω ιστούς.
- Η παράλυση των φωνητικών χορδών.
- Η δυσφαγία και το βράγχος φωνής.

Αντιμετώπιση

Σε περίπτωση μονήρους όζου, όπου έχει αποκλεισθεί η κακοήθεια κατόπιν βιοψίας.

Σε περίπτωση μονήρους ψυχρού όζου με στοιχεία κακοήθειας συνιστάται εξαρχής χειρουργική αφαίρεση του όζου.

Θα πρέπει πάντα στη διερεύνηση όζου θυρεοειδούς να αποστέλλονται και οι βιοχημικοί -ορμονικοί δείκτες στον ορό του αίματος, όπως TSH, FT_4 , FT_3 , και καλσιτονίνη ορού.

Η θυρεοσφαιρίνη ορού (Tg) και η καλσιτονίνη ορού (CT) δεν πρέπει να αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας. Συγκεκριμένα, η καλσιτονίνη ορού πρέπει

να προσδιορίζεται σε άτομα με μονήρη ψυχρό όζο με αυξητικές τάσεις ή στοιχεία κακοήθειας, καθώς και σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό μυελοειδούς καρκινώματος θυρεοειδούς.

Αύξηση της καλσιτονίνης ορού έχουμε στο μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς, αλλά μπορεί να έχουμε και σε άλλες καταστάσεις, όπως το κάπνισμα.

Όσον αφορά τους κυστικούς όζους δεν χρειάζονται παρακέντηση, δεδομένου ότι το υγρό έχει την τάση να αναπαράγεται. Όταν όμως ένας κυστικός όζος έχει μεγάλη τάση αύξησης, τότε πρέπει να αντιμετωπίζεται είτε χειρουργικά είτε με έγχυση αιθανόλης (σκληροθεραπεία) καθοδηγούμενη υπερηχογραφικά..

Θυρεοειδίτιδα μετά τον Τοκετό

Δεν είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή και συστήνεται η ετησία παρακολούθηση του μεγέθους και της μορφολογίας του όζου. Εμφανίζεται 2-12 μήνες μετά τον τοκετό με σαφή μεγάλη ανώδυνη διόγκωση του θυρεοειδούς και εικόνα υπέρ- ή υποθυρεοειδισμού. Ο θυρεοειδής αδένας είναι διηθημένος με λεμφοκύτταρα και έχουμε θετικά αντιθυρεοειδικά αντισώματα, κυρίως τα αντιμικροσωμιακά anti-TPO (70%).

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τη νόσο Graves. Σε έντονη συμπτωματολογία χορηγούμε β-αποκλειστές, ενώ συνήθως δεν απαιτούνται τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Θυρεοειδίτιδα Σιωπηλή

Πρόκειται για βρογχοκήλη (ανώδυνη διόγκωση του θυρεοειδούς), όπου έχουμε εμφάνιση παροδικού υπερθυρεοειδισμού για 1 – 3 βδομάδες. Ο αδένας είναι διηθημένος με λεμφοκύτταρα και δεν απαιτείται καμία θεραπεία.

Ακτινική Θυρεοειδίτιδα

Προκαλείται μετά από ακτινοβολία στην περιοχή του τραχήλου. Η έκταση της βλάβης εξαρτάται από τον τύπο και τη δόση της ακτινοβολίας. Δεν χρειάζεται θεραπεία.

4.4.3.11 Νεοπλάσματα Θυρεοειδούς

Καρκίνωμα (Ca) Θυρεοειδούς Αδένα

Είναι σπάνιο (0,5%), εξελίσσεται αργά, εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και στο 50% έχει τη μορφή ψυχρού μονήρους όζου.

Μορφές

Διακρίνουμε τις εξής:

- Καλώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα (80%), το οποίο με τη σειρά του χωρίζεται στο:
 - ο Θηλώδες καρκίνωμα (60%), είναι και το καλοπρόσπερο με ποσοστό θανάτων μόνο 0,4%.
 - ο Θυλακιώδες καρκίνωμα (20%).
 - ο Μικτό καρκίνωμα.
 - ο Καρκίνωμα Hürthle, αποτελεί μία παραλλαγή του θυλακιώδους καρκινώματος.
- Μυελοειδές καρκίνωμα (8%), το οποίο προέρχεται από τα C-κύτταρα του θυρεοειδούς αδένος.
- Αδιαφοροποίητο αναπλαστικό καρκίνωμα (10-12%), είναι το κακοπρόσπερο με την ταχύτερη εξέλιξη.

Αίτια

Υποπτοι για καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένος είναι όσοι έχουν ιστορικό ακτινοβολίας (με δόσεις < 500 rads) στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, οι ορμονικοί παράγοντες (ενδημική βρογχοκήλη) και όσοι έχουν άτομα με καρκίνο θυρεοειδούς στο στενό συγγενικό τους περιβάλλον (οικογενής).

Συνηγορούν επίσης, υπέρ νεοπλασίας του θυρεοειδούς τα παρακάτω:

- Η ασύμμετρη διόγκωση του αδένος μετά από ψυχρό όζο.
- Ο σκληρός θυρεοειδής.
- Τα φαινόμενα πίεσης στον τράχηλο.
- Η διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων.
- Η ταχεία διόγκωση του θυρεοειδούς.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή μονήρους όζου, πολυοζώδους βρογχοκήλης, τοξικής βρογχοκήλης ή σαν θυρεοειδίτιδα.