

Kako prepoznati ščitnično bolezen?

Simona Gaberšček, Katja Zaletel

Uvod

Najpogostejše bolezni ščitnice so difuzna in nodozna golša, avtoimunska bolezen ščitnice ter avtonomno tkivo v ščitnici. Pojavljajo se predvsem pri družinsko obremenjenih posameznikih in ženskah, saj ima avtoimunska bolezen ščitnice približno tretjina žensk nad 50. letom. Ščitnična bolezen lahko povzroča lokalne težave v vratu, kadar je žleza povečana, ali spekter raznolikih težav, kadar je delovanje žleze zmanjšano (hipotiroza) ali povečano (hipertiroza). Bolnik ima običajno izražene le posamezne simptome in znake, zato je ščitnična bolezen pogosto prikrita in je njeno prepoznavanje težavno.

Golša

O golši govorimo, kadar je ščitnica samo povečana, deluje pa normalno. Difuzna golša je povečana enakomerno, nodozna pa vsebuje enega ali več vozličev. Golša je zelo pogosta ščitnična bolezen. Vozličje so našli kar pri 30 do 50% ljudi, ki so jim opravili ultrazvok ščitnice. Veliko je majhnih, ki jih klinično ne opazimo, ampak so vidni samo s pomočjo ultrazvoka. Samo 5% nodusov je malignih (1). Iskanje raka v ščitnici je zato zelo zahtevno opravilo. V ambulantni za bolezni ščitnice na Kliniki za nuklearno medicino odkrijemo letno 200 bolnikov z difuzno golšo in 600 do 700 bolnikov z nodozno golšo, kar je približno polovica vseh primerov v Sloveniji. V Sloveniji odkrijemo letno 100 novih primerov raka ščitnice.

Prepoznavanje golše pred pregledom pri tirologu

Kako ugotovimo, da imamo golšo? Pogosto sami opazimo ali zatipamo oteklino na sprednjem spodnjem delu vratu, lahko pa jo opazijo svojci, sodelavci, osebni zdravnik ali nekdo drug. Ker je eden od vzrokov za nastanek golše genetska predispozicija, moramo biti bolj pozorni, če imamo v družini bolnika z golšo (2). Zlasti resno moramo opredeliti morebitne bezgavke na vratu, saj so lahko prvi znak raka ščitnice.

Povečana ščitnica povzroča predvsem težave lokalno na vratu – tiščanje, občutek tujka. Če golša stisne sapnik, se lahko pojavi oteženo dihanje, najprej pri naporu, kasneje tudi v mirovanju. Če je sapnik zaradi golše zelo zožen, lahko pri vdihu slišimo piskanje, ki ga imenujemo stridor. Včasih zaradi zelo povečane ščitnice nabreknejo tudi vene na vratu, ker je moten odtok krvi.

Opredelitev golše pri tirologu

S kliničnim pregledom opredelimo velikost ščitnice z opazovanjem (inspekcijo) in tipanjem (palpacijo). Opredelimo tudi delovanje ščitnice z merjenjem nivoja tirotropina (TSH) in po potrebi ščitničnih

hormonov. Pri vsakem bolniku ob prvem pregledu opravimo ultrazvok ščitnice. Izmerimo velikost žleze, ocenimo njeno strukturo, poiščemo morebitne vozličje in izmerimo njihovo velikost. Za scintigrafijo ščitnice se odločimo, kadar v žlezi odkrijemo večje vozličje. Pri tej preiskavi bolniku vbrizgamo v veno Tc^{99m}-pertehnetat (tehneций pertehnetat), ki podobno kot jod prehaja v ščitnico, ima pa kratek razpolovni čas. Izsevane žarke gama ujame posebna kamera, signale pa nato pretvori v sliko. S tem pridobimo informacijo o naravi vozličja – ali je »topel« oziroma »vroč«, kar pomeni, da običajno izloča prekomerne količine ščitničnih hormonov in ni sumljiv za rak ščitnice, lahko pa je »hladen«. Ti so bolj sumljivi za rak ščitnice in jih običajno punktiramo. S pomočjo ultrazvoka s tanko iglo vzamemo vzoreček iz nodusa. Citolog ga pogleda pod mikroskopom in pove, ali je sumljiv ali ne. Od velikosti golše in narave vozličja je odvisno zdravljenje (3).

Hipotiroza

Hipotiroza oziroma stanje nezadostne preskrbe organizma s ščitničnimi hormoni je lahko posledica različnih bolezni, pa tudi zdravljenja drugih ščitničnih bolezni. Najpogostejši vzroki hipotiroze so Hashimotov tiroiditis (avtoimunska bolezen ščitnice), stanje po operaciji ščitnice, stanje po zdravljenju z radioaktivnim jodom, prekomerni vnos joda (amiodaron), kongenitalna motnja delovanja ščitnice. Klinična slika hipotiroze ni odvisna od vzroka, ampak od starosti bolnika, hitrosti nastanka hipotiroze in prisotnosti drugih bolezni. Hipotiroza je lahko latentna, ko je koncentracija ščitničnih hormonov še normalna, TSH pa je zvišan, ali manifestna, ko je zvišana koncentracija TSH, prosti ščitnični hormoni pa so znižani.

Prepoznavanje hipotiroze pred pregledom pri tirologu

Prepoznavanje hipotiroze je zelo težavno, ker se simptomi in znaki običajno razvijejo počasi, podobni so znakom staranja in odvisni od stopnje hipotiroze. Bolniki najpogosteje navajajo utrujenost, zaspanost, brezvoljnost, slabšo fizično in psihično zmogljivost, znake depresije, suho kožo, hripavost, zmanjšano potenje, porast telesne teže, zmanjšan apetit, zaprtje, motnje menstruacijskega ciklusa, bolečine v sklepih, mravljinčenje, slabše prenašajo mraz. Opazimo lahko, da se počasneje premikajo, počasneje govorijo, so hripavi, težje izgovarjajo besede. Nekateri bolniki imajo povečano ščitnico. Koža je bleda, suha, groba, lahko se celo lušči, je hladna, zadebeljena (4). Lasje so suhi in lomljivi, izpadajo, izpade lahko zadnja tretjina obrvi. Nohti so motni, raskavi, lomljivi. Srčna akcija je upočasnjena (5). Pri nekaterih se zviša diastolični krvni tlak. Pogosto imajo zvišan holesterol. Težave z dihanjem imajo bolniki s hudo obliko

hipotiroze in pridruženo debelostjo. Nekateri težje požirajo. Imajo lahko anemijo. Nekaterim se podaljša čas krvavitve. Tudi menstrualne krvavitve so običajno močnejše. Mišice so oslabele, pojavljajo se krči, bolečine. Pogosteje imajo sindrom karpalnega kanala. Pogosta je naglušnost. Zmanjšani so pozornost, kratkotrajni spomin, razumevanje, abstraktno mišljenje, koncentracija (6). Bolniki so letargični, zaspani. Z zdravljenjem simptomi in znaki hipotiroze izzvenijo.

Prepoznavanje hipotiroze pri tirologu

Stopnjo hipotiroze opredelimo s kliničnim pregledom in laboratorijskimi izvidi TSH in ščitničnih hormonov. Vzrok hipotiroze opredelimo s pomočjo ultrazvoka ščitnice in merjenja serumskega nivoja protiteles.

Hipertiroza

Z izrazom hipertiroza označujemo sklop bolezenskih simptomov in znakov, ki nastanejo zaradi izpostavljenosti tkiv in organov prekomerni koncentraciji ščitničnih hormonov. Najpogostejša vzroka hipertiroze sta bazedovka (avtoimunska bolezen ščitnice) in avtonomno tkivo v ščitnici. Pogosti vzroki so še Hashimotov tiroiditis (avtoimunska bolezen ščitnice), poporodni tiroiditis, virusno vnetje ščitnice (ali subakutni tiroiditis) ter obremenitev z jodom v sklopu zdravljenja z amiodaronom ali po aplikaciji rentgenskih kontrastnih sredstev. Redkeje pa srečamo bolnike z iatrogeno hipertirozo ob prevelikih odmerkih preparatov L-tiroksina ali bolnike s sekundarno hipertirozo zaradi čezmernega izločanja TSH iz adenoma hipofize (7).

Za hipertirozo je značilno, da so pospešeni številni celični metabolni procesi, ki jih uravnavajo ščitnični hormoni. Posamezne klinične manifestacije so zato raznolike, nespecifične in pogosto težko prepoznavne. Na možnost hipertiroze običajno pomislimo šele ob kombinaciji različnih simptomov in znakov. Njihova pogostost in jakost je odvisna od starosti bolnika, trajanja in stopnje hipertiroze, pridruženih bolezni ter zdravil, ki jih bolnik že jemlje. Starejši imajo pogostejše težave s srcem in manj simptomov simpatične aktivacije, kot sta nervoza ali tresenje. Hipertiroza, ki je blaga in se razvije počasi, povzroča manj simptomov kot huda hipertiroza ali hipertiroza, ki se razvije hitro. Pri srčnem bolniku je pogosto vodilna težava poslabšanje kardialnih simptomov. Nekatera zdravila, kot na primer beta blokatorji, pa lahko prikrijejo težave s srcem in zmanjšajo simptome simpatične aktivacije.

Prepoznavanje hipertiroze pred pregledom pri tirologu

Bolniki s hipertirozo običajno navajajo nervozo, utujenost, nespečnost, motnje koncentracije in poslabšanje telesne zmogljivosti. Pogosto imajo občutek močnega, prehitrega ali neenakomernega bitja srca. Nekateri se tresejo, prekomerno potijo ter slabše prenašajo vročino, nekateri opažajo močnejše izpadanje las. Lahko hujšajo ob normalnem ali povečanem apetitu, ali imajo pospešeno prebavo. Ob pogovoru z bolnikom lahko zaznamo nemir in fin tremor rok, koža pa je običajno topla in vlažna. Srčna akcija je običajno pospešena, 5 – 10% predvsem starejših bolnikov pa ima atrijsko fibrilacijo. Hipertiroza poslabša srčno popuščanje in simptome koronarne bolezni. Sistolni krvni tlak je pri nekaterih višji, diastolični pa nižji. Ženske imajo včasih

motnje menstruacijskega ciklusa, lahko je zmanjšana zmožnost zanositve. Dolgotrajna hipertiroza povzroči tudi zmanjšanje kostne gostote, ki pa se izboljša ob zdravljenju ščitnične bolezni. Bolniki s simptomi hipertiroze imajo pogosto vidno ali tipno povečano ščitnico, ki povzroča pri nekaterih občutek tiščanja ali tujka v vratu (8, 9).

Prepoznavanje hipertiroze pri tirologu

Stopnjo hipertiroze opredelimo s kliničnim pregledom in laboratorijsko določitvijo TSH, ki je značilno znižan ob normalnih ali zvišanih ščitničnih hormonih. Za opredelitev vzroka hipertiroze je potrebna določitev serumske koncentracije ščitničnih protiteles ter ultrazvočna ocena morfološke ščitnice, ki jo lahko dopolnimo z dopplersko oceno pretoka krvi skozi ščitnico. Ob sumu na avtonomno tkivo v ščitnici ali obremenitev z jodom opravimo še scintigrafijo ščitnice s Tc^{99m} , ki nam pomaga pri oceni funkcije ščitničnega tkiva.

Druge manifestacije ščitničnih bolezni

Pri bolnikih z bazedovko je poleg hipertiroze in golše pomembna manifestacija endokrina orbitopatija. To je očesna prizadetost, ki nastane zaradi vnetja za očmi v sklopu avtoimunskega odziva, in jo lahko opazimo pri polovici bolnikov. Zanj je značilno otekanje okrog oči in izbuljenost zrkel, bolnik pa običajno navaja močnejše solzenje, občutek peska ter tiščanje ali celo bolečine za očmi. S pravočasnim prepoznavanjem in zdravljenjem moramo preprečiti napredovanje bolezni s pojavom dvojnih slik ali celo poslabšanjem vida (10, 11). Redka manifestacija bazedovke je tiroidna dermopatija ali zadebelitev kože na sprednji strani goleni, ki pa bolniku običajno ne povzroča težav (12).

Pojav bolečine spredaj spodaj v vratu pri požiranju in na otip, ki jo spremlja oteklina, je lahko znak virusnega vnetja ščitnice ali krvavitve v ščitnico. Tak bolnik potrebuje čim prej obravnavo pri tirologu (13).

Zaključek

Na ščitnično bolezen lahko pomislimo, kadar že ob pogovoru z bolnikom opazimo oteklino spredaj spodaj na vratu, bolnik pa navaja lokalne težave. Lokalne težave brez golše seveda najverjetneje ne pomenijo ščitnične bolezni, pomislimo pa lahko na kronično vnetje žrela, refluksno bolezen ali zgolj psihogeno pogojene občutke. Prepoznavanje hipotiroze in hipertiroze na žalost ni enostavno, saj so simptomi in znaki nespecifični, klinična slika pa običajno ni v celoti izražena. Utrujenost in slabša zmogljivost se na primer lahko pojavita pri hipotirozi ali hipertirozi, pa tudi pri anemiji, depresiji, srčno-žilnih in živčno-mišičnih boleznih ali boleznih dihal, lahko pa sta le odraz preobremenjenosti ob prehitrem vsakdanjem tempu. Prekomerna telesna teža je problem današnjega časa, vendar je hipotiroza le redko vzrok. Kadičci imajo pogostejše globok, hripav glas in suho kožo, a je pri večini delovanje ščitnice povsem normalno. Znojenje, nespečnost, navale vročine in razbijanje srca zazna večina žensk v menopavzalnem obdobju, tudi če niso hipertirotične. Po drugi strani bolnik z blago hipotirozo ali hipertirozo pogosto svojih težav niti ne zazna, motnjo delovanja ščitnice pa odkrije naključna določitev TSH. Kadar ob kombinaciji simptomov in znakov pomislimo na možnost ščitnične bolezni, lahko enostavna določitev TSH ta sum potrdi ali

ovrže. Vsak bolnik z golšo ali patološkimi izvidi TSH in ščitničnih hormonov pa potrebuje pregled pri tirologu.

Literatura

1. Castro MR, Gharib H. Continuing controversies in the management of thyroid nodules. *Ann Intern Med* 2005; 142: 926-931.
2. Knudsen N, Laurberg P, Perrild H et al. Risk factors for goiter and thyroid nodules. *Thyroid* 2002; 12: 879-888.
3. Hegedüs L, Bonnema SJ, Bennedbaek FN. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocrine Reviews* 2003; 24: 102-132.
4. Safer JD. The skin and connective tissue in hypothyroidism. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 769-773.
5. Klein IL. The cardiovascular system in hypothyroidism. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 774-780.
6. Whybrow PC, Bauer M. Behavioral and psychiatric aspects of hypothyroidism. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 842-849.
7. Braverman LE, Utiger RD. Introduction to thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 453-455.
8. Pfannenstiel P, Hotze LA, Saller B. *Schilddrüsenkrankheiten: Diagnose und Therapie*. Berlin: Berliner Medizinische Verlagsanstalt, 1999: 39-114.
9. Pirnat E. Prepoznavanje ščitničnih bolezni. In: Gaberšček S, Zaletel K. *Bolezni ščitnice, podiplomska šola za zdravnike*. Slovensko združenje za nuklearno medicino, 2007: 9-13.
10. Zaletel K. Avtoimunske bolezni ščitnice. In: Gaberšček S, Zaletel K. *Bolezni ščitnice, podiplomska šola za zdravnike*. Slovensko združenje za nuklearno medicino, 2007: 37-40.
11. Perros P, Dickinson AJ. Ophthalmopathy. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 474-487.
12. Fatourech V. Localized myxedema and Thyroid acropachy. In: Braverman LE, Utiger RD. *Werner & Ingbar's The Thyroid. A fundamental and clinical text*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 488-499.
13. Molnar Novak H. Boleča ščitnica. In: Gaberšček S, Zaletel K. *Bolezni ščitnice, podiplomska šola za zdravnike*. Slovensko združenje za nuklearno medicino, 2007: 55-58.