

A HIPOTIREÓZIS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Solymosi Tamás

Budapest, 2001. augusztus 27.

TÁRGYALT TÉMÁK

- Fogalmi tisztázás
- Típusok, gyakoriság
- Hormon-szintek, tünettan, kezelés indikációja
- Kezelés
- Speciális állapotok (gyerekkor, terhesség, post partum időszak, időskor)
- Levo-tiroxin kezelés egyéb indikációi

MI A HIPOTIREÓZIS

Definíció

- a pajzsmirigy elégtelen hormon-termelése
- a szövetek elégtelen pajzsmirigy-hormon-ellátottsága

Klinikai formák

szubklinikus vs. „tényleges” hipotireózis

Gyakorlati megközelítés

kezelést igényel-e vagy (még) nem

A HIPOTIREÓZIS OKAI

centrális (hipofízis-hipotalamikus) **20-500/Mo.**

pajzsmirigy eredet

primér autoimmun **100.000-200.000 / Mo.**

primér, infiltratív **10-20/Mo.**

szekunder (mûtét, I-131) **30.000-60.000 / Mo.**

célszervi hiba **500/világ**

az esetek **0,1%-ra** jut a terjedelem **84,5%-a**
monográfiák, tankönyvek esetében

A HIPOTIREÓZISOK GYAKORISÁGA

újonnan felismert esetek (No./100.000/év)

autoimmun eredet 21-47 (**31**)

mûtét utáni 7-31 (**20**)

20-74 (53) mûtét/100.000

szubklinikus hipotireózis gyakorisága:

18-32 (**23**)

EPIDEMIOLOGIA (Whickham-study)

- új esetek (prevalencia): 3/1000 nő
az új eseteknél az átlagéletkor 57 év
- spontán hipotireózisoknál a felismerés aránya 45 év alattiaknál 9%, 45 és 64 év közöttiekénél 51%
- új + régi esetek (incidencia): 14(19)/1000
- esetek 1/3-a iatrogén (mûtét, izotóp)

EPIDEMIOLOGIA

(saját adatok)

- új esetek (prevalencia): 0,5/1000 nő
az új eseteknél az átlagéletkor 51 év
- új + régi esetek (incidencia): 5/1000
- esetek 1/3-a iatrogén (műtét, izotóp)
- prevalencia és átlagéletkor alapján az incidencia 12/1000 lenne. Hova lett a betegek 60%-a?!
spontán javulás? abbahagyta a kezelést!?

HIPOTIREÓZISOK DIAGNOSZTIKÁJA

gyanú ? TSH

TSH ? 4,0 mIU/l ? a pajzsmirigy beteg

Mi veti fel a gyanút?

- gyermekkorban struma
- középkorú nőnél hízás, koleszterin ?
- 60 év feletti nőnél bármelyik életjelenség
(a betegség előfordulása ? 10%)

Késői dg. maradandó károsodás veszélye !

HIPOTIREÓZISOK DIAGNOSZTIKÁJA - 2.

- a leletet kell kezelnünk és nem a beteget
- a betegek kb. fele minden erőfeszítésünk ellenére se produkál tünetet a th. indításakor...
- utóbbiak negyede a th. beállítása utáni hónapokban produkálja a hipotireózis tüneteit

A beteget a kezelés elkezdésekor kell a fentiekről felvilágosítanunk !

A HIPOTIREÓZIS KEZELÉSE

- Mit adjunk - nem kérdés
- Mennyit adjunk - majdnem akadémikus kérdés
- Mikor adjunk - jól el lehet rajta vitatkozni, de néhány egyszerű alapszabály betartása esetén elhatározás kérdése

A HIPOTIREÓZIS KEZELÉSE: mit és mennyit adjunk

- 1,5 ug/kg l-T4 a teljes pótlás (75-125 ug)
- 50 ug-nál kevesebbnek felnőtnél nincs hatása
- TSH ≤ 15 mIU 50-75 ug kezdő adag
TSH ≤ 15 mIU/l - 75-125 ug a kezdő adag
- 2 hetente 25-25 ug-mal emelve állítandó be
idős, szívbetegnél lassabban: 12,5 ug 2 hetente
terhesnél gyorsabban 5 naponta emelni

A HIPOTIREÓZIS KEZELÉSE: mikor kezeljük - alapszabályok

- hipotireózis átmeneti formái kizárandók
- FT4 is kóros, muszáj adni
- kismamánál, gyermeknél minimális TSH-emelkedés is kezelendő
- szubklinikus hipotireózist idős vagy szívbeteg embernél ne kezeljük
- szubklinikus hipotireózis egyéb eseteiben, ha nem adunk gyógyszert, 6-12 havonta kontroll

A HIPOTIREÓZIS ÁTMENETI FORMÁI

- mûtét utáni első év
- silent thyreoiditis (ennek leggyakoribb formája a post partum thyreoiditis)
- szubakut pajzsmirigy-gyulladás (de Quervain) hipotireótikus fázisa

PROBLÉMÁK A KEZELÉS SORÁN

- csökkent felszívódás: Al-, vas-tartalmú készítmények, szukralfát, kolesztiramin
- fokozott clearance
carbamazepine, fenitoin, rifampin
- T4-T3 konverzió gátlása
szelén-hiány, amiodarone

A HIPOTIREÓTA BETEG GONDOZÁSA

- gyermek és kismama szakrendelésre való
- beállított alulműködő ember évenkénti ellenőrzését vétek szakrendelésen végezni
- frissen diagnosztizált esetben a kezelés szükségességének elbírálása jártasság és nem papír kérdése
- valóság: a házi orvosnak (még) púp a hátán, a szakrendelés számára viszont fejőstehén a beteg

SPECIÁLIS ÁLLAPOTOK gyermekkor

- majdnem mindig tünetmentes állapotban ismerszik fel a betegség (golyva)
- a gyermeket és a szülőt külön-külön és nem egyszer ismételten is meg kell győzni a kezelés indokoltságáról és tökéletes voltáról
- katonai és rendőri pályáról eltanácsolhatják (?!)

SPECIÁLIS ÁLLAPOTOK időskor

- 60 év feletti nők több mint 10%-a hipotireóta
- tünetszegény a betegség - viszont fokozott az érzékenység a szubsztitúcióra (diabetes, hipertonia, ISZB).
- ISZB-t rontja a nem megfelelően kezelt hipotireózis

SPECIÁLIS ÁLLAPOTOK

terhesség alatt, szülés után

- tünetre nem érdemes várni
- th. beállítással nem szabad várni
- TSH minimális emelkedése is egyértelműen indokolja a kezelést avagy az adag emelését
- kezeletlen hipotireózis veszélyei: vetélés, koraszülés, kis súlyú újszülött, IQ csökkenés
- szülés után általában csökkenthető az adag

NÉHÁNY MEGJEGYZÉS

- **MAGAS TSH = ALUL**mûködés
- hipotireózis = Hashimoto vagy iatrogén ok
 - társ-autoimmun betegségre gondolni kell
 - alulmûködés is relatív mûtéti ellenjavallat
- hipotireózis stádiumában vezetni nem szabad
- terhesség esetén soron kívüli ellenõrzés (elsõ fokú nõrokon terhessége kezdetén TSH, FT4)

RÖVID ÖSSZEFOGLALÁS

- diagnózis egyszerű (egy vérvétel)
 - diagnózis eszköze,
TSH tökéletesen megbízható
(pozitív prediktív értéke 100%)
 - ideális a terápia
 - gondozás élethosszig tart

?

AZ IDEÁLIS GONDOZÓ A HÁZIORVOS

A LEVO-TIROXIN KEZELÉS EGYÉB INDIKÁCIÓI

- megszûnt indikációk: szívelégtelenség, premenstruációs sy., pajzsmirigy mûtét utáni euthyreoid állapot, kóros elhízás
- diagnosztikus célú l-T4 kezelés göbös golyvánál: megkisebbedik-e a göb vagy sem
- benignus göbös golyva terápiája l-T4-gyel (??)
(Ridgway 1998 - New Engl J Med)