

Rozmary štítné žlázy

MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.¹, MUDr. Ľubica Víchová²

¹Interní oddělení Nemocnice Hranice, a. s.

²Praktická lékařka pro dospělé a dorost, Hranice

Předkládáme kazuistiku pacientky, u které dochází ke střídání hyper- a hypofunkce štítné žlázy. Jedná se o mladou ženu léčenou pro neplodnost, u které byla v rámci vyšetření v gynekologické poradně zjištěna subklinická hypertyreóza (hodnoceno jako hyperfunkční fáze chronické lymfocytární tyreoiditidy) s následným vývojem do hypofunkce. Po suplementaci tyroxinem pacientka otěhotněla a donosila zdravé dítě. Za 4 měsíce po porodu došlo ke vzniku poporodní tyreoiditidy se spontánní úpravou bez terapie. Tato kazuistika dokládá střídání funkce štítné žlázy na imunologicky predisponovaném terénu (zvýšené hladiny protilátek proti tyreoglobulinu).

Klíčová slova: chronická lymfocytární tyreoiditida, poporodní tyreoiditida, protilátky proti tyreoglobulinu.

Vagaries of the thyroid gland

We present a case of a young woman with alternating hyper- and hypothyroidism. During the treatment of her infertility, the outpatient gynaecologist revealed subclinical hyperthyroidism (diagnosed as a hyperthyroid period of chronic lymphocytic thyroiditis) which subsequently switched to hypothyroidism. Following thyroxine supplementation the patient became pregnant and bore a full-term child. Four months after the delivery a post-partum thyroiditis sprang up and vanished spontaneously without treatment. This case-report demonstrates how thyroid gland function may alternate in an immunologically predisposed terrain (positive thyreoglobulin antibodies).

Key words: chronic lymphocytic thyroiditis, thyroiditis post partum, thyreoglobulin antibodies.

Interní Med. 2011; 13(10): 401–402

Vlastní případ

Předkládáme kazuistiku pacientky, u které dochází ke střídání mírné hyper- a hypofunkce štítné žlázy. Jedná se o t. č. 33letou ženu bez významné rodinné i osobní anamnézy, bez alergií a trvalé medikace a taktéž zcela normálního fyzikálního nálezu. Lékařskou pomoc začala intenzivněji vyhledávat až v r. 2007, kdy se jí nedařilo otěhotnět. Stav byl uzavírán jako syndrom polycystických ovarií s hyperandrogenií a anovulací. Tehdy byly hladiny hormonů štítné žlázy v normě. V r. 2008 pacientka potratila ve 14. týdnu těhotenství po in vitro fertilizaci a v tomtéž roce podstoupila revizi dutiny děložní pro zmlkě těhotenství v 6. týdnu gravidity. Následujícího roku (4/2009) byla opět vyšetřena v poradně pro léčbu neplodnosti, kdy již byla zjištěna nízká hladina TSH (0,03 mU/l, norma: 0,35–4,94) a zvýšené protilátky proti tyreoglobulinu (TGAB 20,2 kU/l, norma do 4,1 kU/l). fT3, fT4 i protilátky proti tyreoperoxidáze (ATPO) a proti receptorům pro TSH (TRAK) byly v normě. Gynekologem bylo doporučeno dovyšetření cestou praktického lékaře. Odběry v ordinaci praktické lékařky (5/2009) potvrdily přítomnost subklinické hypertyreózy (TSH 0,014 mU/l) s elevací protilátek proti tyreoglobulinu (TGAB 40,0 kU/l). Ultrazvukové vyšetření štítné žlázy neprokázalo žádnou abnormalitu. Stav byl proto hodnocen jako hyperfunkční fáze chronické lymfocytární tyreoiditidy a pacientka pone-

chána ve sledování bez tyreostatik. Za 3 měsíce poté (8/2009) se dostavila ke kontrolnímu odběru, kdy již došlo k přesmyku z hyperfunkční fáze do subklinické hypotyreózy (TSH 6,25 mU/l) při chronické lymfocytární tyreoiditidě. Pacientce byla po konzultaci s endokrinologem nasazena malá dávka Euthyroxu 50 µg/den. Pacientce se následně podařilo otěhotnět (pomocí in vitro fertilizace) a v 9. týdnu gravidity se dostavila ke kontrolnímu odběru. Vzhledem k příznivým hodnotám (fT4 16,39 pmol/l, fT3 4,45 pmol/l, TSH 1,22 mU/l) byla substituce Euthyroxem v dávce 50 µg/den za kontrol ponechána po celou dobu těhotenství. Těhotenství, jakožto stav fyziologické imunoprese, přivodilo také pokles protilátek TGAB na 7,6 kU/l. V květnu 2010 pacientka porodila zdravé dítě a kontrolní TSH setrvalo v normě (1,242 mU/l), substituce Euthyroxem byla tedy ponechána. Gravidita byla komplikována gestačním diabetem, přičemž před těhotenstvím měla pacientka oGTT i glykemii nalačno opakovaně v normě. Na další kontrolu se pacientka dostavila až na konci září 2010 a stěžovala na pocity tepla a 2 řidší stolice denně. Euthyrox již minimálně měsíc neužívala, sama si jej vysadila. Laboratorní výsledky potvrdily podezření na hyperfunkci štítné žlázy, kdy hladina TSH byla pod detekčním limitem a fT4 26,47 pmol/l (norma: 9,01–19,0). Vzhledem k charakteristické manifestaci 4 měsíce po porodu, negativitě protilátek

proti TSH receptorům (pod 0,4 IU/l), normálnímu UZ nálezu a predisponovanému terénu (pozitivní titr protilátek TGAB již před těhotenstvím) byl stav hodnocen jako poporodní tyreoiditida s hyperfunkcí a pacientka ponechána ve sledování bez tyreostatik. Prakticky toto bylo poprvé, kdy pacientka jevila klinicky známky poruchy funkce štítné žlázy, dosud byla hyper- i hypofunkce pouze subklinická. Při další kontrole v lednu 2011 již byla pacientka zcela bez potíží, poporodní tyreoiditida odezněla a fT4 (11,39 pmol/l) i TSH (1,037 mU/l) se normalizovaly. Vzhledem k možnosti vývoje hypotyreózy po poporodní tyreoiditidě a k přetrvávání zvýšené hladiny protilátek TGAB (TGAB 51,4 kU/l, ATPO 2,6 kU/l, TRAK 0 IU/l) byla pacientka pozvána k další kontrole, při které (5/2011) přetrvává fT4 (13,52 pmol/l) i TSH (4,095 mU/l) v normálním rozmezí, avšak TSH již mírně stoupl. Do budoucna je možný – avšak ne nezbytný – vývoj do hypofunkce (při rozvoji chronické lymfocytární tyreoiditidy).

Diskuze

Touto kazuistikou bychom chtěly demonstrovat nutnost pečlivého sledování (jak klinického, tak laboratorního) u pacientek s pozitivitou autoprotiátek. Tato pozitivita predikuje jistě „problémy“ s funkcí štítné žlázy, např. zvýšené riziko poporodní tyreoiditidy. Poporodní tyreoiditida je obecně pokládána za „self-limiting“

proces, jak tomu bylo i u naší pacientky, avšak je nutné tyto pacientky pozorovat.

Dle aktuálních doporučených postupů má být hypotyreóza (i subklinická) prekoncepčně léčena (1). Tak tomu bylo také u této pacientky, kdy jsme (za konzultací s endokrinologem) substituci zahájily. V těhotenství běžně navyšujeme dávku substituce o 1/4 až 1/3 tak, aby fT_4 bylo v pásmu horní poloviny až třetiny normální saturace a TSH 1–2 mU/l (1).

Závěr

Vzhledem k přetíženosti endokrinologických ambulancí a četnosti poruch štítné žlázy

v populaci není možné, aby se o všechny pacienty starali endokrinologové. Péče o pacientky s nekomplikovanými onemocněními štítné žlázy může být delegována na praktické lékaře, jak navrhuje ve svém doporučení Zamrazil (2). Ani naše pacientka nebyla předána do péče endokrinologovi, i když jsme o to usilovaly v perikoncepčním období, avšak pacientka tomuto kroku nebyla nakloněna.

Poděkování: Naše poděkování patří endokrinologovi prof. MUDr. Jiřímu Horáčkovi, CSc., z 2. interní kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové za jeho odborné konzultace.

Literatura

1. Límanová Z, Laňková J, Zamrazil V. Funkční poruchy štítné žlázy. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČL S JEP, 2008.
2. Zamrazil V. Onemocnění štítné žlázy v ordinaci praktického lékaře. Prakt. Léč. 2007; 87(3): 142–149.

Článek přijat redakcí: 23. 5. 2011

Článek přijat k publikaci: 26. 5. 2011

MUDr. Lúbia Cibíčková, Ph.D.

Interní oddělení
Nemocnice Hranice, a. s.
Velká 156, 753 01 Hranice
cibickova@seznam.cz

