

Nedeni Bilinmeyen Ateş Etiyolojisi Araştırılırken Saptanan Üç Tiroidit Olgusu

Three Thyroiditis Case Detected While Investigating Fever Etiology

Nazlım AKTUĞ DEMİR¹, Şua SÜMER¹, Onur URAL¹, Ayşe TORUN²

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

² Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

* Bu yazı XVIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Ateş pek çok hastalığın ortak bulgusudur. En sık infeksiyonlarda görülmekle beraber infeksiyon hastalıkları dışında da karşımıza çıkabilir. Tiroiditler nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılırken saptanan nadir nedenlerdendir. Ayırıcı tanıda düşünülürse tanısı kolaylıkla konulabilmektedir. Bu makalede kliniğimizde nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılırken saptanan üç tiroidit olgusu irdelenmiştir. Hepsinin ortak şikayetleri ateş, boğaz ağrısı ve kilo kaybıdır. Fizik muayenelerinde bütün olgularda tiroid bezi hassas olarak saptanmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği, lökositoz ve tiroid stimüle edici hormon baskılanması tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş; Tiroidit

SUMMARY

Three Thyroiditis Case Detected While Investigating Fever Etiology

Nazlım AKTUĞ DEMİR¹, Şua SÜMER¹, Onur URAL¹, Ayşe TORUN²

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Selçuk, Konya, Turkey

² Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Şanlıurfa Training and Research Hospital, Şanlıurfa, Turkey

Fever is a common finding in many diseases. Seen mostly in infections, it can also occur in noninfectious pathologies. Thyroiditis is one of its rare causes found when exploring the etiology of fever with unknown origin. It can be diagnosed easily if it is considered when making a differential diagnosis. In this paper, we described three thyroiditis cases that were encountered when exploring the etiology of fever with unknown origin in our clinic. Their common complaints were fever, sore throat and weight loss. The thyroid glands were found sensitive in all cases during physical examinations. High erythrocyte sedimentation rate, leukocytosis, and thyroid stimulating hormone inhibition were found in their laboratory tests.

Key Words: Fever of unknown origin; Thyroiditis

GİRİŞ

Ateş çeşitli uyaranlara karşı vücudun verdiği bir yanıttır. İnfeksiyon hastalıklarının en sık karşılaşılan bulgularından birisi olmakla birlikte her ateş yüksekliği infeksiyonlara bağlı değildir ve infeksiyon hastalıklarının hepsinde ateş görülmez. Klasik nedeni bilinmeyen ateş (NBA) tanımı ilk kez 1961 yılında Petersdorf ve Beeson tarafından yapılmış ancak zaman içinde değişim göstererek klasik, insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ilişkili, immünsüpresiflerde görülen ve nozokomiyal NBA olarak farklı alt gruplara ayrılmıştır. İki yüzden fazla hastalık NBA nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Klasik NBA tanı grupları infeksiyon hastalıkları, malign hastalıklar, infeksiyon dışı inflamatuvar hastalıklar, diğer tanılar ve tanı konulamayanlar olmak üzere sınıflandırılabilir^[1,2]. Tiroiditler NBA etyolojisi araştırılırken saptanan nadir nedenler arasındadır. Ancak ayrıntılı fizik muayene ve tiroid hormon testleriyle tanısı kolaylıkla konulabilmektedir^[1-4].

Bu yazıda; Ocak 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimizde NBA etyolojisi araştırılırken saptanan üç tiroidit olgusu irdelenmiştir.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Kırk yedi yaşında kadın hasta, iki aydır devam eden yüksek ateş, eklem ağrısı, halsizlik, kilo kaybı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde iki ay önce üst solunum yolu infeksiyonu şikayetlerinin olduğu bu nedenle sağlık kuruluşlarına başvurduğu ancak verilen tedavilerle düzelmediği ve son 15 günde üç kilo verdiği öğrenildi. Sistem sorgulamasında ateş, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, öksürük, gece terlemesi mevcuttu. Fizik muayenesinde; ateş: 38.5°C, nabız: 126/dakika, tiroid palpasyonunda belirgin hassasiyet ve ağrı mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde: lökosit sayısı: 14.000/mm³ (4000-10.000/mm³), hemoglobin (Hb): 11.5 g/dL (13-18 g/dL), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 113 mm/saat (0-20 mm/saat), C-reaktif protein (CRP): 178 mg/L (0-5 mg/L) ve prokalsitonin (PCT): 0.18 ng/mL (< 0.1 ng/mL) olarak tespit edildi. Hasta NBA etyolojisi araştırılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde tiroid palpasyonunda

belirgin hassasiyet saptanması ve ESH'nin 113 mm/saat olması nedeniyle tiroiditten şüphelenilen hastadan tiroid fonksiyon testleri yatışının birinci günü istendi. Hastadan iki set kan kültürü alındı. Ayrıca biyokimyasal tetkikleri istendi. Sık ateş takibi yapılarak antibiyotik başlanmadan hasta takip edildi. Serbest T3 (ST3): 4.3 pg/mL (2-4.4 pg/mL), serbest T4 (ST4): 1.67 ng/dL (0.93-1.7 ng/dL), TSH: 0.065 µIU/mL (0.27-4.2 µIU/mL) ve tiroid otoantiklorları negatif olarak tespit edildi. NBA nedeni tespit edildiği için hastadan ayrıntılı viral serolojik testler ve ek görüntüleme yöntemleri istenmesine gerek kalmadı. Bu bulgularla tiroidit ön tanısıyla hasta Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalına devredildi. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalında tedavi başlanan hastanın ateşinin üçüncü günden itibaren düştüğü öğrenildi. Hastanın takibi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır.

Olgu 2

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, bir aydır olan yüksek ateş ve bu sürede üç kilo kaybı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Sistem sorgulamasında boğaz ağrısı ve ateş şikayeti mevcuttu. Fizik muayenesinde ateş: 38.3°C, nabız: 128/dakika tiroid bezinin palpasyonunda minimal hassasiyet tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit sayısı: 10.600/mm³ (4000-10.000/mm³), Hb: 13 g/dL (13-18 g/dL), ESH: 58 mm/saat (0-20 mm/saat), CRP: 41 mg/L (0-5 mg/L), PCT: 0.23 ng/mL (< 0.1 ng/mL) olarak tespit edildi. Hasta kliniğimize NBA ön tanısıyla yatırılarak ayrıntılı biyokimyasal tetkikler, PA akciğer grafisi, tam idrar tetkiki ve viral serolojik göstergeler istendi. Hastadan iki set kan kültürü alındı. Tetkikleri normal olarak değerlendirilen ve antibiyotiksiz ateş takibi yapılarak izlenen hastanın yatışının üçüncü gününde gönderilen tiroid fonksiyon testlerinde ST3: 3.04 pg/mL (2-4.4 pg/mL), ST4: 1.15 ng/dL (0.93-1.7 ng/dL), TSH: 0.008 µIU/mL (0.27-4.2 µIU/mL), anti-tiroglobulin antikorları (anti-TG): > 4000 IU/mL (0-115 IU/mL), tiroperoksidaz antikorları (anti-TPO): 552 IU/mL (0-34 IU/mL) olarak saptandı. Tiroidit ön tanısıyla hasta Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalına devredildi. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalında tedavi başlanan hastanın ateşinin beşinci

günden itibaren düştüğü öğrenildi. Hastanın takibi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır.

Olgu 3

Elli beş yaşında kadın hasta, yaklaşık üç aydır olan yüksek ateş, üşüme, titreme, tüm vücutta ağrı ve son üç ayda altı kilo kaybı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın sistem sorgusunda boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, baş ağrısı ve yaygın kas ağrısı vardı. Fizik muayenesinde ateşi: 38°C, nabız 132/dakika, tiroid palpasyonunda minimal hassasiyeti mevcuttu, diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit sayısı: 11.900/mm³ (4000-10.000/mm³), Hb: 12 g/dL (13-18 g/dL), ESH: 57 mm/saat (0-20 mm/saat), CRP: 211 mg/dL (0-5 mg/L), PCT: 0.08 ng/mL (< 0.1 ng/mL) olarak tespit edildi. Hasta kliniğimize NBA ön tanısıyla yatırıldı ve ayrıntılı biyokimyasal tetkikler, PA akciğer grafisi, tam idrar tetkiki ve viral serolojik göstergeler istendi. Hastadan iki set kan kültürü alındı. Tetkikleri normal olarak değerlendirilen ve antibiyotiksiz ateş takibi yapılarak izlenen hastanın yatışının ikinci gününde istenen tiroid fonksiyon testlerinde ST3: 6.2 pg/mL (2-4.4 pg/mL), ST4: 6.8 ng/dL (0.93-1.7 ng/dL), TSH: 0.005 µIU/mL (0.27-4.2 µIU/mL) olarak saptandı. Bu bulgularla tiroidit ön tanısı düşünülen hasta, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalına yönlendirildi. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalında tedavi başlanan hastanın ateşinin üçüncü günden itibaren düştüğü öğrenildi. Hastanın takibi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır.

TARTIŞMA

NBA sistematik olarak yaklaşıldığında genellikle tanısı konulabilen farklı hastalık gruplarının neden olduğu bir tablodur. Dünya genelinde serilerin %34'ünü infeksiyonlar, %20'sini neoplazmlar, %13'ünü kollajen-vasküler hastalıklar, %20'sini diğer hastalıklar ve %13'ünü tanısız kalanlar oluşturmaktadır. Ancak bu dağılım kıtadan kıtaya, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ülkemizde ise infeksiyonların oranının belirgin olarak yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Ülkemizde olguların %49'unu infeksiyonlar, %17'sini neoplazmlar, %17'sini kollajen-vasküler hastalıklar, %8'ini

diğer hastalıklar oluştururken, %10'u tanısız kalmaktadır^[1,2,4].

Tiroiditler, NBA nedenleri arasında nadir olarak görülen genellikle gözden kaçabilen ancak ayrıntılı fizik muayene ve uygun tetkikler sonucunda kolaylıkla tanısı konulabilen bir hastalık grubudur. Tiroiditlerin klinik bulguları; viral üst solunum yolu infeksiyonlarını takiben gelişen ateşle birlikte boyunun ön kısmında ağrı ve yutma güçlüğüdür^[1,2]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada beş yıllık süreçte klasik NBA tanımına uyan 27 olgu incelenmiş, sadece bir olguda tiroidit saptanmıştır^[5]. Bir başka çalışmada ise 86 NBA olgusu incelenmiş ve dört olguda tiroidit bildirilmiştir^[6]. Ülkemizden yapılan bir diğer çalışmada Sipahi ve arkadaşları 1990-2006 yılları arasında izlenen 857 NBA olgusunu değerlendirmişler ve 16'sına subakut tiroidit tanısı konulduğunu bildirmişlerdir^[7]. Kliniğimizde 2016 yılı içinde 18 NBA olgu takip edilmiş ve üç olguda tiroidit tespit edilmiştir.

Tiroidit, genellikle üst solunum yolu viral infeksiyonlarını takiben gelişir. Bazı viral epidemiler sırasında görülebilmektedir. Tiroidit ile ilişkili olduğu düşünülen virüsler kabakulak, kızamık, influenza, Epstein-Barr virüsü, adenovirüs, koksaki ve eko virüslerdir^[8]. Olgularımızın birinde üst solunum yolu infeksiyonu geçirme öyküsü vardı ancak kanıtlanmış bir viral infeksiyon yoktu. Diğer iki olgumuzda viral infeksiyon geçirme öyküsü mevcut değildi.

Tiroiditin klinik bulguları, tiroid bezine uyan bölgede ağrı ve tiroid bezi üzerinde hassasiyet, ateş, boğaz ağrısı ve kilo kaybıdır. Tiroiditlere bağlı boğaz ağrısı boyun hareketleri ve yutkunmakla artar, çeneye, kulağa ve oksipital bölgeye yayılabilir. Fizik muayenede tiroid bezi sert ve hassastır. Boyunda tiroid bezine uyan bölge sıcak ve kızamık olabilir. Ancak bu semptomlar her zaman görülmeyebilir. Hastaların çoğunda, halsizlik, iştahsızlık, kemik, eklem ve kas ağrıları, üşüme, titreme, ateş gibi belirtiler görülürken bazı olgularda yutma güçlüğü ve ses kısıklığı da gözlenebilir. Tirotoksikoza bağlı sinirlilik, uykusuzluk, sıcağa tahammülsüzlük, terleme, tremor ve taşikardi görülebilir^[8,9]. Olgularımızın üçünde de ortak bulgular; ateş, boğaz ağrısı, tiroid bezinde hassasiyet, taşikardi ve kilo kaybı idi.

Tiroiditte hastalığın başlangıcında tiroid dokusunun inflamatuvar yıkımı ile tiroid hormonları kana geçer. Serum ST3 ve ST4 değerleri yükselir buna bağlı olarak TSH değerinde baskılanma görülür. Hastalar başlangıçta hipertiroidik iken tiroidin kolloidi boşalınca ötiroidik veya hipotiroidik olabilir. Tiroiditin bir diğer önemli laboratuvar bulgusu da ESH yüksekliğidir^[8,9]. Olgularımızın üçünde de tiroiditle uyumlu sedimentasyon artışı, TSH değerlerinde baskılanma mevcuttu.

Sonuç olarak tiroiditler, NBA nedenleri arasında nadir olarak görülen genellikle gözden kaçabilen ancak ayrıntılı fizik muayene ve uygun tetkikler sonucunda kolaylıkla tanısı konulabilen bir hastalık grubudur.

KAYNAKLAR

1. Wright WF, Mackowiak PA. Fever of unknown origin. In: Bennet JE, Dolin R, Blaser MJ (eds). *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015:721-31.
2. Saltoğlu N. Nedeni bilinmeyen ateş. In: Willke Topcu A, Söyletir G, Doğanay M (eds). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2017:519-28.
3. Kaya T, Tamer A. Nedeni bilinmeyen ateş. *Sakarya Med J* 2014;4:104-8.
4. Küçükdarlı Y, Öztürk MA, Sönmezoğlu M. Nedeni bilinmeyen ateş. *İç Hastalıkları Derg* 2011;18:1-11.
5. Satılmış Ö, Demir NA, Sümer Ş, Ural O. Nedeni bilinmeyen ateş: 27 olgu bildirisi. *İnfeksiyon Derg* 2008;22:69-73.
6. Özer S, Ak Ö, Genç S, Ustaoglu R, Karagöz G. Nedeni bilinmeyen ateş: 86 olgu bildirisi. *Klinik Derg* 2004;17:34-7.
7. Sipahi OR, Senol S, Arsu G, Pullukcu H, Tasbakan M, Yamazhan T, et al. Pooled analysis of 857 published adult fever of unknown origin cases in Turkey between 1990-2006. *Med Sci Monit* 2007;13:CR318-22.
8. Uysal AR. Subakut granulomatöz tiroidit. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 1990;10:447-50.
9. Volpe R. *Infectious, Subacute, and Sclerosing Thyroiditis*. In: DeGroot LJ, Jameson JL (eds). 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001:481-9.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Doç. Dr. Sua SÜMER

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

Alaeddin Keykubat Kampüsü Konya-Türkiye

E-posta: suasumer@gmail.com