



Dr n. med. Marek Derkacz, 2020-08-08 05:31

Dr n. med. Marek Derkacz

Bolesna postać zapalenia tarczycy typu Hashimoto



Fot. arch. red.

W ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia w literaturze naukowej opisano zaledwie 70 przypadków bolesnego zapalenia tarczycy typu Hashimoto.

Bolesne zapalenie tarczycy Hashimoto [z ang.: painful Hashimoto Thyroiditis (**pHT**)] jest bardzo rzadkim rozpoznaniem stawianym przez specjalistów endokrynologów. Co więcej, część lekarzy w czasie swojej codziennej praktyki nie spotkała się z pHT lub najprawdopodobniej znacznie częściej klasyfikowała ten rodzaj choroby, jako przebiegające klasycznie z towarzyszącym bólem – **podostre zapalenie tarczycy**.

Niestety z uwagi na rzadkie występowanie choroby, optymalne jej leczenie nadal pozostaje niejasne. Autorzy niedawno opublikowanego w renomowanym czasopiśmie naukowym: **Journal of the Endocrine Society** artykułu pt.: „A Literature Review of Painful Hashimoto Thyroiditis: 70 Published

Cases in the Past 70 Years” przeszukali największe światowe bazy tekstów naukowych, pod kątem opisów przypadków bolesnego zapalenia tarczycy typu Hashimoto.

Przypadki takiej postaci przewlekłego autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy, według danych pochodzących z baz czasopism naukowych, po raz pierwszy opisano oraz zamieszczono w dostępnych dzisiaj bazach w 1951 roku. Autorzy cytowanego artykułu dokonali zestawienia i charakterystyki opisanych przypadków niemal z połowy ostatniego stulecia – od 1951 roku do lutego 2019 roku. W tym czasie zidentyfikowali 70 przypadków tej postaci choroby, opisanych łącznie w 24 publikacjach. Wśród osób z bolesnym zapaleniem tarczycy typu Hashimoto zdecydowanie dominowały kobiety – 91,4% wszystkich opisanych osób z tą jednostką chorobową.

Średni wiek osób z pHT wynosił 39 lat (przedział międzykwartylowy: 32,5 – 49,75 lat). Wśród zgłoszonych i opisanych przypadków nieco ponad połowa 50,8% miało wcześniej rozpoznaną chorobę tarczycy (w tym zapalenie tarczycy typu Hashimoto, chorobę Graves-Basedowa oraz wole obojętne.) Zdecydowana większość przypadków osób z pHT miała podwyższone stężenia przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej (antyTPO) – 83,3% osób oraz podwyższone miano przeciwciał przeciwtyreoglobulinowych (aTg) – 71,2% chorych. W zdecydowanej większości przypadków – u 86,5% chorych nie występowały wcześniej objawy ze strony górnych dróg oddechowych, co jest jedną z cech charakterystycznych dla znacznie częściej rozpoznawanego podostrego zapalenia tarczycy przebiegającego z bólem mogącego wystąpić, nawet kilka tygodni po przebyciu najczęściej wirusowej infekcji górnych dróg oddechowych.

Większość badanych nie miała również leukocytozy (podwyższonej ilości białych krwinek). Jakkolwiek aż 79,3 % chorych miało podwyższone stężenie białka ostrej fazy – CRP, zaś u 61,4% osób stwierdzono podwyższone OB. Gorączka obserwowana była u ponad połowy badanych – 60,5% wszystkich osób.

W badaniu ultrasonograficznym tarczycy opisywano cechy charakterystyczne dla zapalenia tarczycy typu Hashimoto.

Jeżeli chodzi o czynność hormonalną tarczycy, to w chwili wystąpienia pierwszych symptomów bólu u 35,9% chorych obserwowano hipotyreozę, czyli niedoczynność tarczycy. U 28,1% pacjentów nie stwierdzono zaburzeń hormonalnych (pacjenci znajdowali się w stanie eutyreozy). Z kolei u 35,9% badanych obserwowano tyreotoksykozę.

Ostatecznie u 55,3 % rozwinęła się niedoczynność tarczycy, zaś u 44,7 % doszło do normalizacji czynności hormonalnej gruczołu. Finalnym wynikiem stosowanego leczenia nigdy nie była nadczynność tarczycy. Po zastosowanym leczeniu objętość gruczołu zwykle ulegała zmniejszeniu.

Zgodnie z wcześniejszymi hipotezami przyczyną pHT mogło być rozciąganie torebki tarczycy, które związane było z szybkim powiększaniem się gruczołu i związanym z tym bólem. Jednak hipoteza ta nie została ostatecznie w pełni potwierdzona, ponieważ w opisywanych w literaturze przypadkach choroby obserwowano różne rozmiary tarczycy. Również pacjenci z zanikową postacią zapalenia gruczołu tarczowego nadal odczuwali ból.

Tak, więc epidemiologia i patofizjologia pHT pozostają nadal niejasne, co jest również efektem ograniczonej ilości danych z dotychczasowych publikacji.

Bolesna postać zapalenia typu Hashimoto może objawiać się bólem określanym, jako „podstępny, postępujący ból” jednego płata lub całej tarczycy. Ból bywał także określany, jako „ostry” i „nie do zniesienia”. W części przypadków ból rozpoczynał się w jednym płacie, a w ciągu kilkunastu dni lub kilku miesięcy był także odczuwalny w drugim.

Większość przypadków osób z bolesną postacią zapalenia typu Hashimoto była leczona empirycznie, z zastosowaniem metod stosowanych w leczeniu podostrego zapalenia tarczycy. Wśród stosowanych

leków podawano kortykosteroidy, L-tyroksynę lub niesteroidowe

leki przeciwzapalne.

Jednakże, żadna z wyżej wymienionych terapii w zdecydowanej większości przypadków nie zapewniała trwałego ustąpienia bólu. Po przeprowadzeniu analizy podgrup, okazało się, że lepsze wyniki uzyskano w przypadku stosowania małych dawek prednizonu, podawanego doustnie w dawkach do maks. 25 mg / dobę oraz wstrzyknięć kortykosteroidów bezpośrednio w tarczycę.

Jedyną metodą terapii, która zapewniała 100% ustąpienie trwałego bólu była tyreoidektomia, czyli całkowite usunięcie tarczycy. Jak się okazuje rozpoznanie bolesnej postaci choroby Hashimoto opierać należy na klinicznych objawach zapalenia tarczycy typu Hashimoto i nawracających bólach tarczycy, po wcześniejszym, niekiedy kilkukrotnym „przeleczeniu” chorych.

Tak, więc referencyjnym standardem diagnozy wydaje się być patologia w kontekście określonych nieprawidłowości, wymienionych w zamieszczonej pod artykułem tabeli.

W przypadku bolesnej postaci zapalenia tarczycy typu Hashimoto należy rozważyć całkowite wycięcie tarczycy lub podanie glukokortykosteroidów bezpośrednio do tarczycy w formie iniekcji, jeżeli podane doustnie niskie dawki prednizonu nie zapewniają kontroli bólu, a ból obniża jakość życia chorych.

Zapewne znaczna część endokrynologów, internistów i lekarzy rodzinnych po zapoznaniu się z tekstem zada sobie pytanie - **W jaki sposób odróżnić znacznie częściej rozpoznawane podostre zapalenie tarczycy od bolesnej postaci zapalenia tarczycy typu Hashimoto?**

Pomiędzy nimi wbrew pozorom istnieje kilka różnic, które umożliwiają postawienie ostatecznej diagnozy, a więc ich zróżnicowanie. Z uwagi na fakt, iż żaden z polskich podręczników endokrynologii, jak i większość książek obcojęzycznych nie różnicuje tych dwóch stanów, poniżej znaleźć można tabelę opublikowaną w artykule z czasopisma *Journal of the Endocrine Society*, znacznie ułatwiająca różnicowanie obydwu stanów zapalnych tarczycy.

Różnice między zapaleniami tarczycy przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1. Porównanie bolesnego zapalenia tarczycy typu Hashimoto i podostrego zapalenia tarczycy

Cechy różnicujące	Bolesne zapalenie tarczycy typu Hashimoto	Podostre zapalenie tarczycy
Wiek w momencie wystąpienia choroby	wszystkie grupy wiekowe szczyt 30-50 r.ż.	najczęściej 20-60 r.ż.
Stosunek płci (K:M)	10-11 : 1	5:1
Patomechanizm	nieznany	nieznany, choć prawdopodobnie związany z infekcją wirusową
Wcześniejsza infekcja wirusowa	rzadko	zwykle
Gorączka	zwykle	zwykle
OB, CRP	zwykle podwyższone	znacznie podwyższone
Liczba leukocytów	zwykle normalna	normalna lub nieznacznie podwyższona

Cechy różnicujące	Bolesne zapalenie tarczycy typu Hashimoto	Podostre zapalenie tarczycy
Rozpoznana wcześniej choroba tarczycy	zwykle	rzadko
Obecne przeciwciała przeciw tarczycy	obecne	zazwyczaj nieobecne
24 h wychwyty radiojodu	zmienny (od niskiego, normalnego, do wysokiego)	< 5%
Początkowa czynność tarczycy	zmienna (od niedoczynności, poprzez eutyreozę do tyreotoksykozy)	zwykle tyreotoksykoza
Czynność tarczycy w okresie „zdrowienia”	zmienna (hipotyreoza lub eutyreoza)	zwykle eutyreoza
Cechy usg tarczycy	Rozproszony, heterogeniczny, hipoechogeniczny obraz w usg Zwiększony przepływ naczyniowy lub brak przepływu w obszarach hipoechogenicznych	Rozlany hipoechogeniczny obraz tarczycy, ze zmniejszonym przepływem naczyniowym krwi do patologicznie hipoechogenicznych zmian w tarczycy
Zmiany patologiczne	naciekanie limfocytów, ośrodki rozmnażania grudki chłonnej, komórki Hurthle'a i zmienny stopień zwłóknienia. Dodatni wynik dla IgG4	nieserowaciejące ziarniniaki, neutrofile i komórki olbrzymie
Reakcja na glikokortykosteroidy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne	słaba	dobra

Wg Carol Chiung-Hui Peng i wsp. *A Literature Review of Painful Hashimoto Thyroiditis: 70 Published Cases in the Past 70 Years. Journal of the Endocrine Society, Volume 4, Issue 2, February 2020.*