

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/301200538>

TİROİD HASTALIKLARI poliklinik için notlar

Book · February 2014

CITATIONS
0

READS
9,349

1 author:



[Dilek Gogas Yavuz](#)
Marmara University

394 PUBLICATIONS 9,009 CITATIONS

SEE PROFILE



TİROİD HASTALIKLARI

POLİKLİNİK İÇİN NOTLAR

Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz





Eser Adı :
**TİROİD HASTALIKLARI
POLİKLİNİK İÇİN NOTLAR**

Yazar :
Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz

Konu :
Akademik Yayınlar

Basım Yeri :
Ajans Karaca Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
Mimar Sinan Mah. Yedpa Tic. Merkezi E Cad.
No: 1-2 -3 Ataşehir /İstanbul
Tel : 0216 660 15 00

Basım Yılı : Şubat 2014

ISBN : 978-605-85392-0-4

Merck Serono'nun koşulsuz desteğiyle basılmıştır.



Değerli Meslektaşlarım,

Bu kitapçık tiroid hastalıkları tanı ve tedavisi ile uğraşan hekimlerin poliklinik çalışmalarına yardımcı olmak amacı ile kaleme alınmıştır. Son veriler doğrultusunda Tiroid Hastalıklarına güncel ve genel bir bakış sunulması hedeflenmiştir.

Tiroid bezi disfonksiyonlarının tedavi ve takibinde yalnızca tiroid hormonlarının göz önüne alınması yeterli değildir. Tiroid hormon etkilerinin sistemik olduğu, tiroid dışı hedef organların da değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

Sağlıklı ve aydınlık yarınlar dileklerimle.

Prof Dr Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları ABD

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD





Tiroid Fonksiyon Testleri

Tiroid fonksiyonunun belirlemesinde en özgül ve duyarlı testler TSH ve sT4 tür. Bu testlerde anormallik saptanmadığı takdirde diğer testlerin istenmesine gerek yoktur.

Tiroid stimulan hormone (TSH):

Alt sınır 0.5 mIU/L

Üst sınır yaşa göre: sağlıklı genç popülasyonda : 4 mIU/L

70-79 yaş : 6 mIU/L

> 80 yaş : 7.5 mIU/L

gebelik planlayanlarda : 2.5 mIU/L

Gebelikte	TSH alt sınırı	TSH üst sınırı
1. Trimester	0.1 mIU/L	2.5 mIU/L
2. Trimester	0.2 mIU/L	3 mIU/L
3. Trimester	0.3 mIU/L	3 mIU/L

referans aralıkları

Total T4 : 4-11 mg/dl (60-140 nM)

Total T3 : 75-175 ng/dl (1.1-2.7 nM)

Serbest T4 : 0.7-2.1 ng/dl (10-25 pM)

Serbest T3 : 0.2-0.5 ng/dl (3-8 pM)

Serum Tiroglobülin: Tiroid dokusu mevcut olan kişilerde düzey ölçümünün anlamı yoktur.

Total tiroidektomi uygulanmış diferansiye tiroid kanser vakalarının izleminde ve dışarıdan tiroid hormon alımına bağlı tirotoksikoz "thyrotoxicosis factitia" ayırıcı tanısında önemlidir.

Tiroid otoantikörleri : Hipo ve hipertiroidi tespit edildiğinde istenmelidir.

Antitiroid Peroksidaz (anti TPO): otoimmün tiroid hastalıkları etyolojisi veya ayırıcı tanısı için kullanılır.

Anti tiroglobulin (TgAb):Diferansiye tiroid kanser takibinde önemlidir.

TSH Reseptör stimulan antikörleri (TSAb) : Graves hastalığının ayırıcı tanısında kullanılır.

TİROİD FONKSİYON TESTLERİ



- **TSH ve diğer tiroid hormon ölçümleri için kan alımı sabah aç karnına, eğer kullanılıyorsa tiroid ilacı almadan yapılmalıdır.**
- **Tiroid tarama testi olarak serum TSH ölçümü yeterlidir.**
- **TSH ve sT4 ölçümü vakaların %95'inde tiroid fonksiyonlarını belirlemede yeterlidir.**
- **TSH, 3-4 jenerasyon ultrasensitif yöntemle ölçüldüğü takdirde tiroid fonksiyonlarını belirlemede güvenilir bir testtir.**
- **Total T3 düzeyleri tiroid fonksiyonlarının değerlendirmesinde ilk istenilecek testlerden değildir. Ancak hipertiroidi saptandıktan sonra takip veya ayırıcı tanı amaçlı istenebilir.**
- **Otoimmün tiroid hastalıkları ayırıcı tanısında AntiTPO antikor bakılması yeterlidir. Çünkü AntiTPO (+) olan vakaların çoğunda AntiTG yüksektir. AntiTPO düşük olduğu halde AntiTG yüksek olan vaka sıklığı %5'tir.**
- **Tiroid otoantikorlarının özel durumlar dışında hayat boyu bir kez bakılması yeterlidir. Antikor titresinin takipte yeri yoktur.**
- **Sekonder hipotiroidide TSH düzeyi normal veya düşük olabilir. sT4 ve sT3 düzeylerinin düşük olması ve hastanın öyküsü sekonder hipotiroidi tanısında yol göstericidir.**

Kaynaklar:

- 1- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf
- 2- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W. Guidelines of American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011;21:1081
- 3- Todd CH. Management of thyroid disorders in primary care: challenges and controversies. Postgrad Med J 2009;85:655

TİROİD FONKSİYON TESTLERİ

Aşıkır Primer Hipotiroidi



***yüksek risk: > 70 yaş, atrial fibrilasyon koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, osteoporoz**

LT4 replasman tedavisi altında TSH hedefi :

riski olmayan vakalarda : TSH : 0.5-2.5 mIU/L

riski yüksek olan vakalarda TSH : 1-4 mIU/L

HİPOTİROİDİ



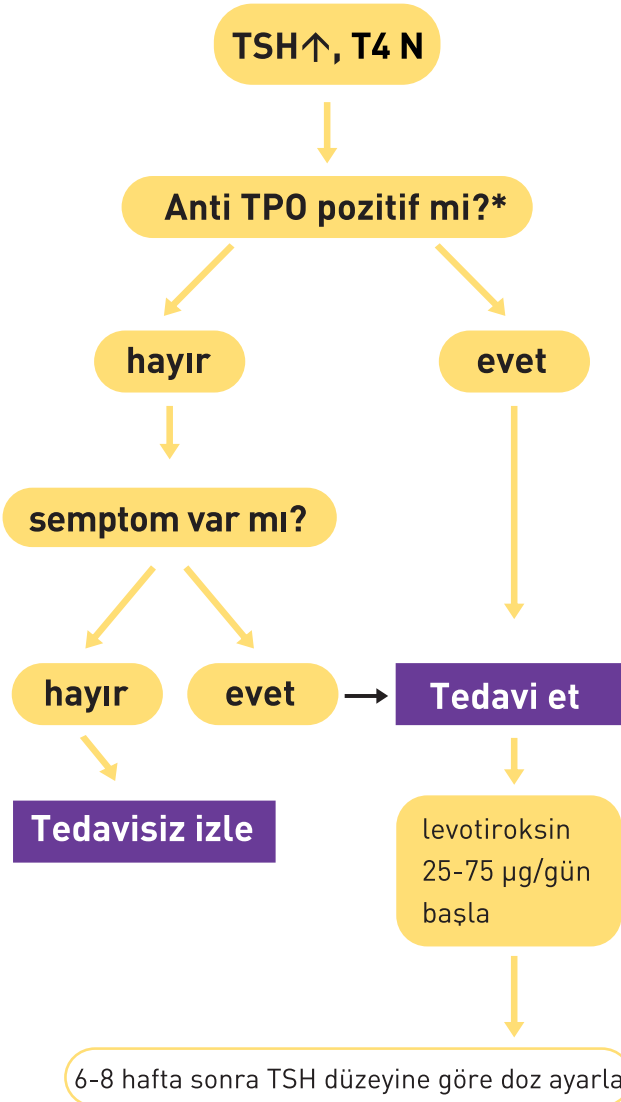
- Günümüzde hipotiroidi tanısı laboratuvar bulgularına dayalıdır. Yüksek TSH ve düşük T4 aşık ar hipotiroidi için esastır.
- 70 yaşı altı yetişkinlerde aşık ar primer hipotiroidi tanısı: TSH > 4 mIU/L, st4 düşüklüğü ile konur. 70-79 yaşı için TSH eşik değeri 6 mIU/L, 80 yaşı üzeri için 7.5 mIU/L olarak değ erlendirilmelidir.
- Klinik semptom ve bulgular hipotiroidinin ş iddeti ve süresine bağı ldır.
- Hipotiroidi tanısı alan vakalarda Anti TPO antikor ölçümü etyoloji belirlemede faydalı olabilir. Tedavi kararını etkilemez.
- Tiroid muayenesinde patolojik bulgu saptanmı ş ise (nodül) tiroid USG yapılabilir ancak tanıda yeri yoktur.
- Tiroid sintigrafisinin hipotiroidi tanısı veya ayırıcı tanısında yeri yoktur. İ stenmemelidir.
- Hipotiroidinin tedavisi sentetik tiroid hormonu olan levotiroksin (LT4) ile yerine koyma (replasman) tedavisidir.
- Hipotiroidi çoğu vakalarda kalıcı oldu ğ undan **tedavi hayat boyudur.**
- Ortalama LT4 yerine koyma dozu 1,6 µg/kg olmakla beraber, (1.4-1.8 µg/kg) başlangıç dozu için hastanın yaşı hipotiroidinin süresi, kardiyovasküler riski ve ş iddeti dikkate alınmalıdır.
- Tedaviye başladıktan 6-8 hafta sonra, dozun uygunluğunun değ erlendirilmesi için TSH ölçülmelidir. Hedef TSH değ erine ulaşıncaya kadar 6-8 haftada bir TSH düzeylerine göre doz ayarlaması yapılmalıdır. Doz arttırım/azaltımları 12.5-25 µg/gün olarak yapılabilir.
- Yüksek riskli vakalarda düşük doz ile başlayıp (12,5 µg/gün) 4-6 haftalık dönemler ile hedef TSH düzeyine ulaşıncaya kadar doz ayarlaması yapılmalıdır.
- Hedeflenen TSH düzeyine ulaşıldıktan sonra 6 ay/yıllık aralıklarla TSH takibi yapılmalıdır.

Kaynaklar:

- 1- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf
- 2- Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. THYROID Volume 22, Number 12, 2012

HİPOTİROİDİ

Subklinik Hipotiroidi



SUBKLİNİK HİPOTİROİDİ



- Otoimmün tiroid hastalıkların ayırıcı tanısında Anti TPO bakılması yeterlidir. Çoğu Anti TPO (+) vakalarda Anti TG de (+) olduğu için anti TG ölçümüne gerek yoktur. Ancak tek başına Anti TG pozitifliği de otoimmün hastalık lehinedir. Subklinik hipotiroidi hastalarında da antikor pozitifliği olarak kabul edilir.
- Subklinik hipotiroidi ilk kez tespit edildiğinde tiroid disfonksiyonunun kalıcı olduğuna karar vermek için TSH ve T4 bir kez daha ölçülmelidir.
- T4 düzeyi normal olduğu halde TSH düzeyi > 10 mIU/L olan vakalar semptom ve antikor varlığına bakılmaksızın tedavi edilebilirler.
- Subklinik hipotiroidide hastaların ihtiyaç duydukları levotiroksin dozu aşikar hipotiroidiye kıyasla daha düşüktür. Günlük 25-75 µg/gün doz ile başlaması önerilir.
- Hedef TSH düzeylerine ulaşmaya kadar 6-8 hafta periodları ile TSH düzeyi ölçülerek doz ayarlaması yapılması önerilir.
- Doz arttırımı veya azaltımı 12.5 µg/gün gibi düşük dozlarda yapılabilir.
- Hedef TSH düzeyine ulaştıktan sonra 6-12 aylık periodlar ile TSH düzeyi kontrol edilmelidir.
- Levotiroksin tedavisi altında Hedef TSH düzeyi: 0.5 - 2.5 mIU/L'dir. Riski yüksek olan kişilerde, 70 yaş üzeri, atrial fibrilasyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, osteoporozu olanlarda TSH: 1-4 mIU/L olarak hedeflenmelidir.

Kaynaklar:

- 1- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf
- 2- Bernadette B, David SC. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. Endoc Rev 2008;29:76.

SUBKLİNİK HİPOTİROİDİ

Hipertiroidi

TSH↓, T4↑

Tiroid sintigrafisi

Diffüz tutulum
artışı

Lokal tutulum
artışı

Tutulum
düşük/yok

Graves hastalığı

*Toksik adenoma,
Toksik nodüler
guatr*

Tiroidit

Antitiroid ilaç/cerrahi/radyoaktif iyot

*Antiinflamatuvar
tedavi*

Endokrinoloji konsültasyonu

HİPERTİROİDİ



- Hipertiroidi tanısı düşük TSH, yüksek T3 / T4 düzeyleri ile konulur.
- Hipertiroidi ayırıcı tanısında kuşku varsa iyot uptake veya, Tc 99m ile tiroid sintigrafisi yapılmalıdır.
- Uptake yapılmadığı durumda tiroid sintigrafisi (zemin aktivitesi ile kıyaslanarak) kullanılabilir.
- Otoimmün tiroid hastalığı düşünüldüğünde anti TPO veya TSab ölçülmelidir.
- Tiroglobulin ölçümü faktisioz hipertiroidi (kişinin hekim önerisi dışında LT4 alması) düşünüldüğünde istenmelidir. Tiroid dokusu mevcut kişide tiroglobulin düzeyinin düşük olması LT4 alımına işaret eder.
- Antitiroid ilaçlar (ATİ) primer tedavi olarak uzun süreli (1-1.5 yıl) kullanılabildikleri gibi ablatif tedaviye hazırlık döneminde de kullanılabilir.
- Yetişkinlerde antitiroid ilaç olarak metimazol tercih edilmelidir. **Propiltiourasil yalnızca gebeliğin ilk 3 ayında endikedir.**
- Tedavi öncesinde tam kan sayımı, AST/ALT bakılmalıdır. Testlerde bozukluk varsa takip edilmelidir.
- Yüksek ATİ dozlarında AST, ALT takibi yapılmalıdır.
- **Hastalara ATİ reçetesi verilirken boğaz ağrısı ve ateş görüldüğünde ilacın kesilmesi ve hekimin aranması tembih edilmelidir.**

Kaynaklar:

- 1- Bahn SR, Burch BH, Cooper SD, Garber RJ, Greenlee MC, Klein I, Laurberg P, McDougall R, Montori MV, Rivkees AS, Ross JA and Stan MN. Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis: Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid 2011;21:1169
- 2- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf

HİPERTİROİDİ

Subklinik Hipertiroidi

TSH↓, T4 N



Testleri tekrar et

TSH↓, T4 N

TSH N, T4 N

İzle

Tiroid sintigrafisi

diffüz tutulum
artışı

Lokal tutulum
artışı

Tutulum
düşük/yok

Graves hastalığı

*Toksik adenoma,
Toksik nodüler
guatr*

Tiroidit

*Uygun tedavi başla
Endokrinoloji konsültasyonu*

SUBKLİNİK HİPERTİROİDİ



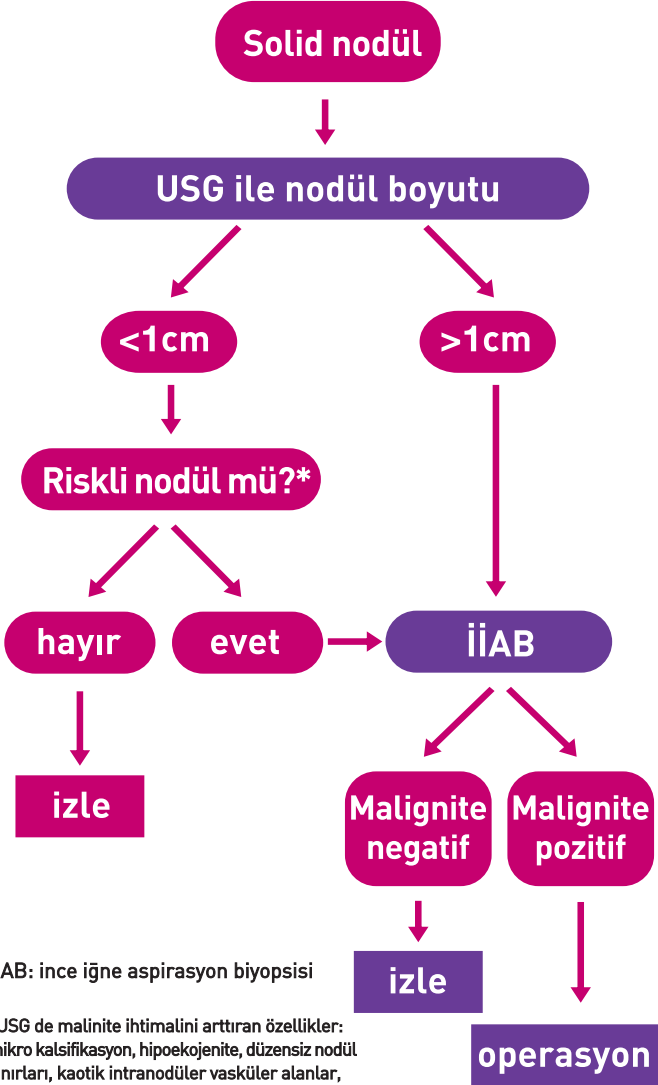
- TSH düzeyinin normalin altında (TSH <0.5 mIU/L), tiroid hormonlarının normal/normalin üst sınırında olduğu durum subklinik hipertiroidi olarak adlandırılır.
- Tedavi kararı açısından subklinik hipertiroidi durumunun kalıcı olup olmadığını anlamak önemlidir. Aylık periodlar ile en az 3 kez TSH ölçümü önerilir.
- TSH'ın düşük bulunmasına yol açan diğer (gebelik, ilaçlar) nedenler ekarte edildikten sonra etyoloji araştırılmalıdır.
- Ayırıcı tanıda iyot "uptake"i veya Tc99m tiroid sintigrafisi kullanılabilir.
- Subklinik hipertiroidi TSH düzeylerine göre iki alt grupta değerlendirilir. Bu iki ayrımın yapılması tedavi seçimi ve takibi açısından önemlidir.
 1. TSH düşük ancak tayin edilebilir düzeyde (0.1-0.5mIU/L)
 2. TSH tayin edilemez düzeyde (< 0.1 mIU/L)
- TSH 0.1 -0,5 mIU/L olan vakalar 3-6 aylık periodlar ile takip edilmelidir.
- TSH < 0.1 mIU/L tespit edildiği durumlarda aşağıdaki faktörlerden en az birinin varlığında tedavi önerilir:
 - Atrial fibrilasyon veya riskli olanlar
 - 60 yaş üzerinde olan vakalar
 - Kanıtlanmış osteoporoz veya osteopenisi olanlar
- Asemptomatik genç hastalar tedavi edilmeden izlenebilir.
- Semptomatik ve/veya kardiyak riski yüksek olanlarda düşük doz antitiroid ilaç kullanılabilir. İlk tercih metimazol'dur. 5-15 mg/gün metimazol, semptomları kontrol eder.
- Subklinik hipertiroidide beta blokerler adrenerejik hiperaktiviteyi azaltmaları nedeniyle semptomatik tedavide etkindirler.
- Tüm subklinik hipertiroidi vakalarında iyot alımının kısıtlanması gerekir.

Kaynaklar:

- 1- Toft A D. Subclinical Hyperthyroidism N Eng J Med 2001;345:512.4.
- 2- Bernadette B, David SC. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. Endocr Rev 2008;29:76
- 3- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf

SUBKLİNİK HİPERTİROİDİ

Tek Tiroid Nodülü



TİROID NODÜLÜ



- Tiroid nodülü çevre tiroid parankiminden farklı ve radyolojik olarak ayrılabilen lezyonlara denir.
- Tiroid nodüllerinin evaluasyonunda TSH ve sT4 istenmelidir. TSH düzeyi düşük veya yüksekse hipo veya hipertiroidi için ileri değerlendirme yapılmalıdır.
- Tiroid sintigrafisinin rutin nodül değerlendirmesine yeri yoktur. TSH düşük ise hipertiroidi ayırıcı tanısı için istenebilir.
- Multinodüler guatr söz konusu ise en büyük nodüle (dominat) ve ultrasonografik olarak şüpheli nodüllere biyopsi yapılmalıdır.
- Biyopsi yapılması gereken Nodüller Ultrasonografik görüntülerine göre:

Solid : Hipoekoik >1 cm veya >5 mm risk grubunda hasta veya şüpheli USG bulguları.

izo-hiperekoik: 1-1,5 cm.

Karışık veya süngerimsi: >1,5-2 cm, Saf kistik nodüllere biopsi gerekmez.

- Nodüllerin malign olma ihtimalini arttıran ultrason bulguları:
Hipoekojenik yapı.
Düzensiz sınırlar mikrokalsifikasyonlar.
Kaotik intranodüler vasküler alanlar ve
nodülün yüksekliğinin eninden fazla olmasıdır.
- **Levotiroksin supresyonunun nodül tedavisinde yeri yoktur.**

Kaynaklar:

- 1- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf
- 2- American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated ThyroidCancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, Mciver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM. Thyroid 2009;19:1167.

TİROİD NODÜLÜ

Multinodüler Guatr

Multinodüler guatr

Tiroid USG

>1cm solid veya
>1,5 cm karışık
nodül var mı?

evet

hayır

USG de malinite
riski taşıyan
Özellik var mı?

hayır

evet

izle

Birden fazla
büyük nodül varmı?

evet

hayır

İİAB

Domiant nodül tespit et

MULTİNODÜLER GUATR



- Multinodüler guatr fizik muayenede tespit edildiğinde TSH ölçümü ve tiroid USG yapılmalıdır. TSH değeri normal sınırlarda ise USG verilerine göre malignite olasılığı ekarte edilmelidir.
- En büyük nodüle (dominant) ve malignite açısından şüpheli nodül veya nodüllere biyopsi yapılmalıdır.
- Tiroid nodüllerinde malignite riski klinik, fizik muayene bulguları ve USG özellikleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Aşağıdaki faktörlerden birinin varlığında Nodül boyutlarından bağımsız olarak İİAB ile değerlendirme yapılmalıdır.
- Klinik risk faktörü olmasa dahi USG de maligniteyi düşündüren iki veya daha fazla özelliklere sahip nodülü olanlarda boyut 1 cm den küçük olsa bile biyopsi yapılabilir.

Malignite için risk faktörleri

Klinikte: ailede tiroid kanseri, baş-boyun irradiasyon, hızlı büyüyen nodül öyküsü

Fizik muayenede: nodülün sert kıvamlı, çevre dokulara fikse, boyunda patolojik LAP varlığı

USG : büyük nodül, mikrokalsifikasyon, intranodüler hipervaskülerite, hipoekojenite, düzensiz sınır, halo olmaması

- Hipotiroid olan hastalarda TSH değeri tedavi ile normale geldikten sonra tiroid USG tekrarlanmalı ve risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Hipertiroidi tespit edilen MNG hastaları öncelikle hipertiroidi açısından değerlendirilmelidir.

MULTİNODÜLER GUATR



Gebelikte tiroid fonksiyonlarının değerlendirmesi

- Gebelikte tiroid fonksiyonlarının değerlendirmesinde TSH ve Total T4 testleri kullanılmalıdır.
- Gebelikte Total T4'un üst sınırı normalin 1.5 katı olarak kabul edilmelidir.
- Risk grubunda olan gebe kadınlara gebelik süresince en az bir kez TSH ve tiroid otoantikörlerine bakılması gereklidir.
- Otoimmün tiroid hastalığı bilinen kadında gebeliğin erken döneminde ötiroid izlenmesine rağmen gebeliğin ilerlemesi ile hipotiroidi geliştirebilir. Bu nedenle 4-6 haftada bir TSH takibi önerilir.

Gebelikte TSH deęerleri trimesterlere spesifik değerlendirilmelidir.

Gebelikte	TSH alt sınırı	TSH üst sınırı
1. Trimester	0.1 mIU/L	2.5 mIU/L
2. Trimester	0.2 mIU/L	3 mIU/L
3. Trimester	0.3 mIU/L	3 mIU/L

Gebelikte Hipotiroidi

- TSH eşik değerin üzerinde ise hipotiroidi tanısı konularak levotiroksin tedavisi başlanmalıdır.
- 4-6 haftada bir TSH ve TT4 bakılarak LT4 doz ayarlanmalıdır.
- Hedef TSH değeri için her trimester referans aralıkları dikkate alınmalıdır.
- Gebelik öncesi hipotiroidisi zaten bilinen olguların TSH düzeyi konsepsiyon öncesi 2,5 mIU/L seviyesinin altına getirilmelidir.
- Levotiroksin almakta olan kadınlarda gebelik ile birlikte levotiroksin dozunun %30 oranında arttırılması önerilir.



Gebelikte Hipertiroidi

- Geçici gestasyonel tirotoksikoz ayırımı ilk 12 hafta için yapılmalıdır.
- Gebelikte hipertiroidi tanısı düşük TSH, yüksek T4 ve düzeylerine göre konulur. (Total T4 düzeyi referans aralık üst sınırının 1.5 katından fazla)
- On iki haftadan uzun hipertiroidisi olan vakalar hipertiroidi tedavisi açısından değerlendirilmelidir.
- Gebelikte hipertiroidi tedavisi, tanısı kesinleştikten ve özellikle geçici gestasyonel tirotoksikoz ile ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra ilk trimester için propilthioursil PTU (150-300 mg/gün) ile yapılmalıdır. 2. ve 3. trimesterde metimazole geçilmelidir.
- Amaç TSH normalin altı sınırında, T4 ise üst sınırdaki tutulmasıdır. Sık aralıklarla (4 haftada bir) kontrol yapılmalı hipotiroidiye (T4'ün düşmesine) izin verilmemelidir.
- Hipertiroid gebeler için endokrinoloji konsültasyonu önerilir.

Kaynaklar:

- 1- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013 http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf
- 2- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W. Guidelines of 2-American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011;21:1081



Levotiroksin Replasman Tedavisi

- Levotiroksin (LT4): T4 hormonunun sentetik formudur.
- Doz ayarlaması kişiye özeldir ve TSH düzeyine göre yapılır.
- Terapötik sınırı dardır. Küçük LT4 dozları ile büyük TSH değişikliği izlenebilir.

İlaç şu şekilde alınmalıdır:

Sabah aç karnına,
Günde tek seferde,
Kahvaltıdan en az 30 dk önce,
Ezilmeden su ile.

- Levotiroksin asit ortamda çözünür, proton pompa inhibitörlerinden etkilenir. Bu nedenle birlikte alınmamalıdır.
- Multivitamin, demir, kalsiyum, sükralfat, kolestiramin gibi preparatlarla birlikte alınmamalıdır. Bu tür preparatlar LT4 dozundan en az 4 saat sonra alınmalıdır.
- Farklı firmaların LT4 preparatları aynı dozda aynı etkiyi göstermeyebilirler. Tedaviye aynı ilaçla devam etmek önemlidir.
- Doz veya ilaç markası değiştirildiğinde 8-12 hafta sonra TSH kontrol edilmelidir.
- İlaç başladıktan 6-8 hafta sonra TSH ölçülmelidir.
- Hedef TSH değerlerine varıncaya kadar 6-8 haftalık periodlar ile TSH ölçülmeyle doz arttırımı/azaltımı yapılmalıdır.
- Hedef TSH değerlerine ulaştıktan sonra 6-12 aylık dönemler ile kontrol edilmelidir.

LEVOTİROKSİN REPLASMAN TEDAVİSİ



TİROİD HASTALIKLARI

POLİKLİNİK İÇİN NOTLAR

Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz

ISBN : 978-605-85392-0-4