EP-67 Tiroid

# TİROİD HORMON DİRENCİ VE DİFERANSİYE TİROİD KANSERİ BİRLİKTELİĞİ : OLGU SUNUMU

**Fatma Öktem[1], Zeynep Cantürk[1], Berrin Çetinarslan[1], Alev Selek[1], Emre Gezer[1], Mehmet Sözen[1], Özlem Alkan[1], Saadet Acar[1], Büşra Karaca[1]**

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

**Amaç**: Tiroid hormon direnci (THD), hedef dokularda tiroid hormonuna karşı gelişen yanıtta azalma olarak tarif edilir. Genellikle kalıtsal bir hastalık olup tiroid hormonu reseptörüne (TR) ya da kofaktörüne bağlı bir mutasyondan kaynaklanmaktadır. Tiroid hormon reseptörü beta (THRB) en sık görülen mutasyon iken tiroid hormon reseptörü alfa (THRa) daha az sıklıkla görülmektedir. Bazı bireyler TR-beta gen mutasyonunu taklit eden bir fenotipe sahiptir ancak tanımlanabilir bir TR gen mutasyonu yoktur. Bu bozukluk "nonTR-THD "olarak adlandırılır. Tiroid hormon direnci ve diferansiye tiroid kanserleri arasında literatürde şimdiye kadar kesin bir ilişki bulunamamıştır. Amacımız; nadir görülen bu birliktelikte tanı zorluğunu ve DTC nin yönetimini vurgulayabilmektir.

**Yöntem**: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji bölümünde takip edilen hastanın bilgileri hastane bilgi sisteminden alınmıştır.

**Bulgular**: 22 yaş kadın hasta 4 yıldır olan ellerde titreme, sinirlilik, çarpıntı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde ek sistemik hastalık öyküsü, aile öyküsünde tiroid hastalığı bulunmamaktaydı. Laboratuvar bulgularında TSH, serbest T3, serbest T4 ve Anti TPO yüksek saptandı, TSH reseptör antikoru ve anti tiroglobulin antikoru ise negatif bulundu (Tablo 1). Hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde; hipofiz gland solda 2,5 mm pitNET ile uyumlu şüpheli görünüm mevcuttu. Tiroid hormon düzeyleri yüksek olmasına rağmen TSH'ın baskılanmamış olması nedeniyle ayırıcı tanıda THD ve TSH salgılayan hipofiz adenomu düşünüldü. Yapılan T3 supresyon testinde, 7. gün sonunda TSH düzeyi 0,08 mIU/L'ye kadar baskılandı. TSH alfa-subunit düzeyi 0,3 ng/mL iken TSH alfa-subunit/TSH molar oranı ise 0,024 hesaplandı. Bu bulgular THD tanısını destekledi. Tiroid ultrasonografisinde sol lob üst pol anteriorda 15,5x10 mm hipoekoik solid nodül, tiroid sintigrafisinde ise solda hipoekoik nodül ve diffüz artmış aktivite tutulumu ile uyumlu görünüm mevcuttu. Sol lob nodülünden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi malignite açısından şüpheli bulundu ve hasta total tiroidektomiye alındı. Patoloji sonucunda 1,2 cm çapında, kapsül ile sınırlı papiller tiroid karsinomu (klasik tip) saptandı. Lenf nodu ve uzak metastaz izlenmedi (T1bN0M0). Postoperatif dönemde hastaya 100 mCi radyoaktif iyot (RAİ) tedavisi uygulandı ve levotiroksin replasmanı başlandı. Takiplerinde taşikardi sebebiyle yüksek doz levotiroksin tedavisi uygulanamadı ve serum TSH seviyeleri (7-12 mIU/L) ölçüldü. Operasyon sonrası 1.yıl takiplerinde halen nüks, rezidü ve metastaz saptanmadı.

**Laboratuvar bulguları**

| Parametre | Sonuç | Referans |
|---|---|---|
| TSH | 7,07 mIU/L | 0,27-4,2 mIU/L |
| Serbest T4 | 1,73 ng/dL | 0,8-1,9 ng/dL |
| Serbest T3 | 4,55 ng/dL | 2,0-4,4 ng/dL |
| Anti TPO | 62,4 IU/mL | 0-34 IU/mL |

**Sonuç**: Diferansiye tiroid kanseri (DTC) ve tiroid hormon direncinin (THD) birlikteliğinde izlenecek tedavi stratejileri konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Literatürde, düşük risk grubundaki hastalarda dahi yüksek TSH düzeylerinin tümör nüksüne yol açabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle, total tiroidektomi sonrası radyoaktif iyot tedavisi uygulanması ve serum TSH düzeylerinin tolere edilebilecek en düşük seviyede tutulması uygun bir yaklaşım olabilir.

**Anahtar Kelimeler**: Tiroid hormon direnci, Diferansiye tiroid kanseri, Radyoaktif iyot tedavisi