

SYNEVO sp. z o.o.
ul. Gdecka 3B
04-137 Warszawa
Tel. 22 495 90 20
Fax 22 612-40-74



Materiał prasowy

Warszawa, 20 czerwca 2017 r.

Diagnostyka nieprawidłowości w pracy tarczycy

Choroby tarczycy to problem ok. 20% Polaków. Jednak objawy wskazujące na zaburzenia pracy tego gruczołu nie zawsze są swoiste, więc często diagnostyka nie jest podejmowana. Choroby tarczycy są przyczyną rozregulowania gospodarki hormonalnej oraz metabolizmu komórek, a przez to powodują nieprawidłową pracę wielu układów, m.in. rozrodczego, nerwowego i pokarmowego.

Tarczyca jest niewielkim gruczołem znajdującym się poniżej krtani. Jej podstawową funkcją jest wytwarzanie hormonów tyroksyny (T_4) oraz trójiodotyroniny (T_3), które uwolnione do krwiobiegu, kontrolują metabolizm każdej komórki w organizmie. Praca tarczycy jest regulowana przez tyreotropinę (TSH) wytwarzaną przez przysadkę mózgową. TSH pobudza tarczycę do produkcji hormonów, które z kolei hamują wydzielanie TSH. To tzw. mechanizm ujemnego sprzężenia zwrotnego, który utrzymuje hormony na właściwym poziomie.

Zaburzenia pracy tarczycy

Choroby tarczycy można podzielić na cztery grupy: schorzenia związane z nieprawidłowościami w produkcji hormonów (niedoczynność, nadczynność tarczycy), zmiany zapalne (typu Gravesa-Basedowa, typu Hashimoto), obecność guzków lub zwiększenie objętości gruczołu. Występują one dość często, a zachorowalność rośnie wraz z wiekiem. Szacuje się, że dotyczą pięciokrotnie częściej kobiet niż mężczyzn.

Objawy chorób tarczycy są nieswoiste, mogą być powodowane przez inne procesy chorobowe toczące się w organizmie. Wśród najczęściej występujących wymienia się:

- w nadczynności: nadpobudliwość, zwiększona potliwość, kołatanie serca, utrata masy ciała, biegunki, u kobiet zaburzenia cyklu miesięczkowego;
- w niedoczynności: sucha skóra, zmęczenie, zwiększenie masy ciała, przewlekłe zaparcia, objawy depresji, u kobiet zaburzenia cyklu miesięczkowego.

„Nieleczone choroby tarczycy mogą być przyczyną poważnych powikłań zdrowotnych, dlatego

warto w przypadku występowania nawet dyskretnych objawów przeprowadzić diagnostykę w tym kierunku – mówi dr n. med. Andrzej Marszałek, dyrektor medyczny Laboratoriów Synevo. – Monitorowanie funkcjonowania tarczycy jest szczególnie ważne u kobiet w ciąży, tu konsekwencją mogą być poronienie lub wady rozwojowe dziecka” – dodaje.

Badania diagnostyczne wskazane przy zaburzeniach pracy tarczycy

Stężenie TSH

Hormon tyreotropowy (TSH) wytwarzany jest przez przysadkę mózgową. Reguluje on stężenie hormonów tarczycy. Stężenie TSH w surowicy jest czułym wskaźnikiem odzwierciedlającym aktualny stan metaboliczny tarczycy. U osób z prawidłową czynnością przysadki mózgowej podwyższenie stężenia TSH powoduje obniżenie poziomu obwodowych hormonów tarczycy, natomiast obniżenie TSH skutkuje ich podwyższeniem.

Podwyższone stężenie TSH w surowicy może być wynikiem:

- pierwotnej niedoczynności tarczycy: stężenia T_4 i T_3 są obniżone;
- wtórnej nadczynności tarczycy (bardzo rzadko): stężenia T_4 podwyższone;
- obecności guza wytwarzającego TSH (rzadko);
- oporności na hormony tarczycy (rzadko);
- stosowania jodu i związków jodowych cieniujących używanych w badaniach RTG;
- obecności niektórych chorób, takich jak:
 - marskość wątroby;
 - nowotwory złośliwe;
- stosowania leków.

Obniżone stężenie TSH w surowicy może być wynikiem:

- pierwotnej nadczynności tarczycy: wówczas stężenia T_4 i T_3 są granicznie wysokie lub tylko podwyższone. Jeśli stężenia T_4 i T_3 są normalne, to należy brać pod uwagę autonomiczną lub utajoną nadczynność w chorobie Gravesa-Basedowa lub hipertroficzną postać zapalenia tarczycy typu Hashimoto (wczesne stadium);
- wtórnej niedoczynności tarczycy: jeśli T_4 i T_3 są obniżone, to mamy do czynienia głównie z całkowitą niedoczynnością przysadki;
- głodzenia;
- stosowania leków.

Zakres wartości referencyjnych dla TSH ulegał zmianom na przestrzeni ostatnich lat. Częściowo wynika to ze zmiany czułości i swoistości analitycznej metody, a także z obserwacji „subklinicznych” zaburzeń. Obecnie postuluje się dalsze obniżenie górnej granicy zakresu wartości referencyjnych.

„Godna podkreślenia jest próba usprawnienia procesu diagnostycznego poprzez współpracę lekarza klinicysty i laboratorium. Wynik badania TSH, od którego można zacząć diagnostykę, przekazywany jest lekarzowi w dniu zlecenia lub następnego dnia. Lekarz, dostając do ręki nieprawidłowy wynik, może zlecić uzupełnienie diagnostyki o FT_4 wykonanej z pobranego już wcześniej materiału. Pacjent nie czeka do następnej wizyty i nie wymaga kolejnego badania. Wynik uzyskany po 48 godzinach od pobrania z materiału, z którego uzyskano wstępnie wynik TSH, jest w pełni wiarygodny” – podkreśla dr Marszałek.

Stężenie wolnej tyroksyny (FT₄)

Tarczycza wydziela tyroksynę (T₄) w postaci prohormonu, który w tkankach obwodowych ulega odjodowaniu, przekształceniu w aktywną biologicznie postać – trijodotyroninę (T₃). Zaletą oznaczenia wolnej frakcji FT₄ jest jej niezależność od czynników wpływających na łączenie się z białkami. Wolna frakcja tetrajodotyroniny (FT₄) zastępuje oznaczenie całkowitych hormonów tarczycy np. w przypadku leczenia estrogenami, doustnej antykoncepcji, u chorych z zespołem nerczycowym oraz u pacjentek w ciąży.

Podwyższone stężenie FT₄ obserwuje się w indukowanej jodem nadczynności tarczycy, wczesnym stadium zapalenia tarczycy typu Hashimoto, jak również podczas stosowania dużych dawek preparatów tyroksyny (T₄). Obniżone stężenie FT₄ w surowicy może być wynikiem niedoczynności tarczycy, zapalenia tarczycy lub stanu po wycięciu tarczycy i po radioterapii.

Stężenie wolnej trijodotyroniny (FT₃)

Podobnie jak w przypadku stężenia tyroksyny, testem zalecanym jest badanie wolnej postaci hormonu, czyli FT₃. Jest on jednak uważany za najbardziej nadużywane badanie czynności tarczycy. Głównym wskazaniem do jego wykonywania jest podejrzenie *T₃-thyreotoxicosis* (T₃-nadczynności tarczycy), gdy niskiemu stężeniu TSH i objawom nadczynności tarczycy towarzyszy prawidłowe stężenie FT₄.

Podwyższone stężenie FT₃ w surowicy może być wynikiem nadczynności tarczycy, stosowania leków zawierających T₃ oraz T₃-hipertyreozy. Obniżone stężenie FT₃ w surowicy może być wynikiem niedoczynności tarczycy.

Stężenia przeciwciał tarczycowych

Przeciwciała przeciw receptorowi TSH (anty-TSH)

Receptor TSH stanowi antygen dla autoprzeciwciał w autoimmunologicznej chorobie Gravesa-Basedowa. Wysokość stężenia przeciwciał przeciw receptorowi TSH umożliwia ocenę aktywności choroby lub rozpoznanie nawrotów. Jednakże wysokość miana przeciwciał nie koreluje ze stopniem nadczynności tarczycy.

Częstość występowania przeciwciał przeciw receptorowi TSH:

- choroba Gravesa-Basedowa 80-100%
- zapalenie tarczycy typu Hashimoto 10%
- poporodowe zapalenie tarczycy 50-70%

Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej TPO (anty-TPO)

Peroksydaza tarczycowa (TPO) odgrywa podstawową rolę w biosyntezie hormonów tarczycy. Jest odpowiedzialna za jodynację tyreoglobuliny i sprzężenie dwóch dwutyrozyn. Przeciwciała przeciw TPO rozpoznaje swoiste autoantygeny TPO. Badanie stężenia przeciwciał przeciw peroksydazie tarczycowej najczęściej stosowane jest w diagnostyce zapalenia tarczycy typu Hashimoto. Wynik dodatni przeciwciał przeciw TPO nie może być jednak jednoznaczny z rozpoznaniem schorzenia autoimmunologicznego, gdyż anty-TPO wykrywa się u ok. 5% badanych w populacji osób zdrowych lub w przypadku wola tarczycy. Wykrycie przeciwciał powinno być oceniane w powiązaniu z wartościami stężeń hormonów tarczycy, wynikiem ultrasonografii tarczycy oraz wynikiem scyntygrafii tarczycy.

Częstość występowania przeciwciał przeciw TPO:

- choroba Gravesa-Basedowa 60-70%
- zapalenie tarczycy typu Hashimoto 60-90%
- poporodowe zapalenie tarczycy 50-70%
- zapalenie tarczycy indukowane cytokinami 30-40%

Stężenie przeciwciał przeciw tyreoglobulinie (anty-Tg)

Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie zostały jako pierwsze wprowadzone do diagnostyki autoimmunologicznych chorób tarczycy. Wykonanie oznaczenia przeciwciał przeciw tyreoglobulinie (anty-Tg) jest wskazane przy podejrzeniu zapalenia tarczycy typu Hashimoto oraz w późnych powikłaniach u pacjentów z rakiem tarczycy.

Częstość występowania przeciwciał przeciw Tg:

- choroba Gravesa-Basedowa 10-20%
- zapalenie tarczycy typu Hashimoto 30-40%
- poporodowe zapalenie tarczycy 20-40%
- zapalenie tarczycy indukowane cytokinami 10-20%

Stężenie tyreoglobuliny (Tg)

Tyreoglobulina jest podstawowym elementem koloidu wypełniającego pęcherzyki tarczycy. W prawidłowych warunkach jest uwalniana z gruczołu tarczowego w śladowych ilościach. Oznaczenie stężenia Tg jest zalecane w przypadku podejrzenia procesu nowotworowego tarczycy. Wzrost stężenia tego białka jest spowodowany progresją lub wznową procesu nowotworowego, obniżenie zaś obserwowane w okresach remisji. Tyreoglobulina spełnia kryteria markera nowotworowego raka tarczycy. Jest użyteczna w ocenie późnych powikłań operowanych raków tarczycy. Regularnemu oznaczaniu Tg przypisuje się moc diagnostyczną porównywalną do ultrasonografii tarczycy w monitorowaniu przebiegu choroby po leczeniu radykalnym. Prawidłowe stężenie Tg jednak nie wyklucza raka.

Stężenie tyreoglobuliny (Tg) w surowicy krwi (w kontekście pooperacyjnego monitorowania leczenia wysoko zróżnicowanego raka tarczycy) zależy od:

- ilości obecnej zróżnicowanej tkanki tarczycowej;
- stopnia uszkodzenia gruczołu tarczowego;
- nasilenia stymulacji receptora TSH.

Biorąc pod uwagę złożoność diagnostyki gruczołu tarczowego, najlepiej jest prowadzić postępowanie w ścisłej współpracy z lekarzem. Podstawy diagnostyki tarczycy dostępne są nie tylko specjalistom, ale również lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Nie ulegajmy wpisom pojawiającym się „w sieci”. Zapytajmy naszego lekarza.

Dodatkowe informacje:

Olga Myślińska, tel. +48 501 046 615, e-mail: olga.myslinska@gmail.com

Deadline Factory