Bakteryjne zapalenie tarczycy u 8-letniego chłopca – opis przypadku

Bacterial thyroiditis in an 8 years old boy – case report

Dominika Rymaszewska-Syryca, Agnieszka Biczysko-Mokosa, Elżbieta Petriczko, Anita Horodnicka-Józwa, Mieczysław Walczak

Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Clinic of Pediatrics, Endocrinology, Diabetology, Metabolic Diseases and Cardiology of the Developmental Age Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Słowa kluczowe

zapalenie tarczycy, bakteryjne zapalenie tarczycy, torbiel środkowa szyi

Key words

thyroiditis, bacterial thyroiditis, thyroglossal duct cyst

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek ostrego bakteryjnego zapalenia tarczycy. Bakteryjne zapalenie tarczycy jest rzadką chorobą w populacji dziecięcej. Do głównych objawów klinicznych należą: gorączka, obrzęk i znaczna bolesność tarczycy, powiększenie okolicznych węzłów chłonnych, ograniczenie ruchomości szyi, a nawet dysfagia. Przedstawiany przez nas chłopiec prezentował większość z wymienionych objawów. Na podstawie obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych rozpoznano bakteryjne zapalenie tarczycy prawdopodobnie jako powikłanie nasilonej próchnicy. Włączono empirycznie antybiotykoterapię z dobrym efektem terapeutycznym. Po 11 miesiącach chłopiec ponownie trafił do Kliniki z guzem w rzucie lewego płata tarczycy i rozpoczynającym się stanem zapalnym. Rozpoznano torbiel środkową szyi.

Abstract

We present the case of an acute bacterial thyroiditis. The typical symptoms of thyroiditis are: fever, painful, enlarged thyroid gland, limited movability of neck and fever. Based on the clinical picture and additional examinations the diagnosis of bacterial thyroiditis was established probably as a complication of severe dental caries. The empirical antibiotic therapy was started with very good clinical results. After 11 months the boy was admitted to the Clinic one more time with anode in the left lobe of the thyroid gland, finally thyroglossal duct cyst was diagnosed.

Pediatr. Endocrinol. 2017.16.1.58.49-54.

© Copyright by PTEIDD 2017

Endokrynol. Ped. 2017.16.1.58.49-54.

© Copyright by PTEIDD 2017

Wstęp

Bakteryjne zapalenie tarczycy jest rzadko rozpoznawane w populacji dziecięcej, co wynika z dużej oporności tego narządu na zakażenie [8, 9]. Etiologia bakteryjnego zapalenia tarczycy to najczęściej bakterie tlenowe Gram (+), rzadziej

Gram (-) oraz bakterie beztlenowe [2]. Do zakażenia może dochodzić drogą krwiopochodną, limfatyczną oraz przez ciągłość tkanek (np. z przylegających wrodzonych anomalii rozwojowych) czy wskutek urazu [1, 12]. Do głównych objawów klinicznych należą: gorączka, obrzęk i znaczna bolesność tarczycy, powiększenie okolicznych węzłów

chłonnych, ograniczenie ruchomości szyi, a nawet dysfagia. Wśród badań dodatkowych, które należy wykonać celem ustalenia rozpoznania, istotne znaczenie ma wartość parametrów zapalnych oraz usg gruczołu, ewentualnie biopsja zmiany. Testy tarczycowe zazwyczaj pozostają prawidłowe [8, 12]. W leczeniu bakteryjnego zapalenia tarczycy stosuje się antybiotykoterapię, w przypadku uformowania ropnia konieczny jest drenaż chirurgiczny [8, 12]. Przedstawiamy opis przypadku bakteryjnego zapalenia tarczycy u 8-letniego chłopca z wrodzoną anomalią rozwojową – torbielą środkową szyi.

Opis przypadku

Chłopiec 8-letni został przyjęty do Oddziału Pediatrycznego z podejrzeniem ostrego zapalenia lewego płata tarczycy.

Dziecko pochodzi z C I powikłanej w okresie okołoporodowym zakażeniem grypopodobnym u matki, P I, urodzone siłami natury, w stanie ogólnym dobrym (10 pkt. w skali Apgar), z masą ciała 3750 g, długością 55 cm. Dotychczas poważnie nie chorował, nie przyjmował na stałe leków. Wywiad rodzinny nieobciążony w kierunku chorób tarczycy.

W wywiadzie na 6 dni przed przyjęciem do Szpitala chłopiec zgłaszał ból szyi nasilający się przy połykaniu, trudności w odginaniu głowy ku tyłowi, powiększenie obwodu szyi. Nie gorączkował. W chwili przyjęcia dziecko było w stanie ogólnym dobrym. W badaniu przedmiotowym z odchyłń stwierdzono: przymusowe ustawienie szyi w lekkim przygięciu do przodu, bólowe ograniczenie ruchomości szyi, zwłaszcza podczas odchyłania głowy do tyłu i przy ruchach skrętnych, powiększony obwód szyi – 28,7 cm, wyczuwalny pojedynczy węzeł w okolicy kąta żuchwy po lewej stronie. W badaniu palpacyjnym tarczycy stwierdzono powiększony lewy płatek tarczycy, nad nim zwiększone ucieplenie skóry, bardzo duża tkliwość przy badaniu; migdałki powiększone i zaczerwienione, zaleganie śliny w jamie ustnej, „kwitnąca próchnica”. W wykonanych badaniach stwierdzono dodatnie parametry stanu zapalnego (L-12,8 G/L, z przewagą neutrofili w rozmazie, CRP-142,5 mg/l, OB-67/h). Podstawowe badania biochemiczne (mocznik, kreatynina, AST, ALT, Na i K) mieściły się w granicach normy. Kliniczna i laboratoryjna eutyreoza (TSH 1,36 uIU/ml, fT3 4,10 pg/ml, fT4 1,35 ng/dl). W usg tarczycy w rzucie lewego płata tarczycy opisano zmianę litą o wymiarach 5,2x3,2x3,2 cm

o mieszanej echogeniczności z unaczynieniem na obwodzie [ryc. 1–3] oraz powiększone węzły chłonne o wym. 3,3x1,3 cm po lewej stronie szyi, wzdłuż mięśnia m-o-s. W oddziale chłopiec zaczął gorączkować. Włączono antybiotykoterapię (amoksylicyna z kwasem klawulanowym). W badaniach kontrolnych: leukocytoza w normie, narastanie CRP (CRP 127,99 mg/l). Konsultowany chirurgicznie: bez wskazań do interwencji chirurgicznej. Matka nie wyraziła zgody na wykonanie bac tarczycy. Biorąc pod uwagę całość obrazu klinicznego, rozpoznano bakteryjne zapalenie tarczycy. Zmodyfikowano antybiotykoterapię (ceftriakson, metronidazolium przez 14 dni antybiotykoterapii i.v.) z dobrym efektem: ustąpienie gorączki i bólu oraz normalizacja parametrów zapalnych. W wykonywanych kilkakrotnie badaniach usg tarczycy obserwowano częściową regresję zmiany w lewym płacie tarczycy. Po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego przeprowadzono konsultację laryngologiczną oraz stomatologiczną, szukając przyczyny obserwowanego stanu. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę bakteryjnego zapalenia tarczycy w tym przypadku uznano próchniczo zmienione zęby. Matka odmówiła leczenia stomatologicznego w warunkach szpitalnych. Chłopca wypisano do domu z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii doustnej (cefuroksym) przez następne 7 dni. Zalecono dalszą kontrolę endokrynologiczną oraz leczenie stomatologiczne. W kolejnych badaniach usg tarczycy obserwowano dalszą regresję zmian. Po 4 miesiącach podczas ostatniej kontroli w Klinice w usg tarczycy stwierdzono zejściowe zmiany pozapalne, testy tarczycowe były prawidłowe.

Po 11 miesiącach od ostatniej hospitalizacji (przez ten okres nie zgłaszał się na badania kontrolne zaplanowane w Poradni Endokrynologicznej) chłopiec został kolejny raz przyjęty do Oddziału z podejrzeniem ponownego zapalenia tarczycy. W wywiadzie od 2 dni przed przyjęciem wyczuwalny był guz w pośrodkowej linii szyi, bezbolesny, bez gorączki i innych dodatkowych objawów. Przy przyjęciu był w stanie ogólnym dobrym. Z odchyłń w badaniu przedmiotowym stwierdzono: nadal próchnicę zębów (rozpoczęte leczenie stomatologiczne), w linii pośrodkowej szyi nad wcięciem jarzmowym twardy, nieprzesuwalny, niebolesny guz o wymiarach 4x3,5 cm, bez cech chęłbotania, oraz drobne węzły chłonne szyjne i podżuchwowe. W wykonanych badaniach dodatkowych przy przyjęciu: leukocytoza w normie (L-11,56 tys./ul), CRP 9 mg/l, eutyreoza (TSH-1,49 uIU/ml, fT3-4,25 pg/ml, fT4-1,56 ng/dl). W usg

Ryc. 1. Usg tarczycy – powiększony, zmieniony zapalnie lewy płąt tarczycy
Fig. 1. Usg of the thyroid gland – enlarged, inflammable left lobe of the thyroid gland

Ryc. 2. Usg tarczycy – lita zmiana w lewym płacie tarczycy o niejednorodnej echogeniczności z widocznym miernym unaczynieniem – naciek zapalny
Fig. 2. Usg of the thyroid gland - solid change in the left lobe of the thyroid gland, heterogeneous echogenicity with the evident poor vascularity – inflammable swelling

Ryc. 3. Usg tarczycy – zmieniony zapalnie lewy płat tarczycy.

Fig. 3. Usg of the thyroid gland – changed inflammable left lobe of the thyroid gland

Ryc. 4. NMR szyi – torbiel środkowa szyi z przetoką skórą

Fig. 4. NMR of the neck – centre cyst of the neck with the skin fistula

tarczycy opisano w obrębie lewego płata tarczycy i cieśni niejednorodny, słabo odgraniczony obszar częściowo płynowy, bez ewidentnego unaczynienia w badaniu dopplerowskim o wymiarach 2x3x4 cm – obraz podobny do zmian opisywanych w poprzednich badaniach. W NMR szyi uwidoczniło się po stronie lewej nad płatem tarczycy niejednorodny zbiornik płynowy o wymiarach 31x16x33 mm, który układał się pomiędzy chrząstką tarczową a obrzękniętym mięśniem tarczowo-gnykowym, który przechodził ku górze i układał się w tkance podskórnej w linii pośrodkowej z przebiegiem skóry. Od strony głębokiej zbiornik dochodził do tętnicy szyjnej wspólnej, ale jej nie otaczał (ryc. 4). W drugiej dobie hospitalizacji nad zmianą pojawiło się zaczerwienienie, zdecydowano o włączeniu do leczenia antybiotyku (klindamycyna i.v.). W trakcie leczenia obserwowano niewielki wyciek bezzapachowej, białozółtej treści ze zmiany na szyi – zalecono miejscowo preparaty odkażające. Chłopca konsultowano chirurgicznie: zaplanowano usunięcie przetoki skórnej, a w kolejnym etapie (po ustąpieniu stanu zapalnego) torbieli środkowej szyi.

Dyskusja

Bakteryjne zapalenie tarczycy jest niezwykle rzadką chorobą wieku dziecięcego [9, 12]. Wiąże się to z dużą opornością narządu na zakażenie: tarczyca otoczona jest łącznotkankową torebką i bogato unaczyniona, ma dobrze funkcjonujący drenaż limfatyczny oraz dużą zawartość antyseptycznego jodu [8]. Etiologia bakteryjnego zapalenia tarczycy to najczęściej bakterie tlenowe Gram (+) (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus epidermidis*), rzadziej bakterie Gram (-) (*Klebsiella spp.*, *Hemophilus influenza*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhimuri*, *Pseudomonas aeruginosa*), a najrzadziej bakterie beztlenowe (np. *Actinomyces*, mykobakterie) [2, 12]. Źródła zakażenia to najczęściej droga krwio pochodna, np. ropne zapalenie migdałków, ropne zapalenie ucha środkowego, zakażenie układu moczowego czy ropnie zębopochodne oraz droga limfatyczna. Droga zewnątrzpochodna to np. urazy, biopsja diagnostyczna, zabieg chirurgiczny [1, 12].

Rozpoznanie bakteryjnego zapalenia tarczycy stawiane jest na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych (gorączka, bolesny guz w obrębie szyi z odczynem zapalnym, powiększenie odczynowe regionalnych węzłów chłonnych,

zmniejszenie ruchomości szyi, dysfagia). W badaniach dodatkowych obserwuje się podwyższone parametry zapalne. Funkcja gruczołu tarczowego jest najczęściej prawidłowa, choć można obserwować również hipo- i hipertyreozę [8, 12]. Obraz zmian w usg jest dość charakterystyczny – opisuje się obszar o niższej lub mieszanej echogeniczności niż pozostały miąższ tarczycy, bez widocznego przepływu w jego obrębie lub z przepływem tylko wokół zmiany (ryc. 2). W większości przypadków płat tarczycy, w którym występuje zmiana, ulega powiększeniu (ryc. 1) [1, 3]. Po odpowiednim leczeniu zmiana stopniowo ustępuje, a płat tarczycy w przeciągu kilku tygodni wraca do swoich pierwotnych wymiarów [3]. Taki przebieg miało zapalenie tarczycy także u przedstawianego przez nas pacjenta. Pomocna może się okazać również biopsja zmiany celem potwierdzenia rozpoznania oraz ustalenia celowanego leczenia. W omawianym przypadku odstąpiono od wykonania biopsji zmiany (brak zgody matki), wdrożono empiryczną antybiotykoterapię z dobrym efektem. Leczeniem z wyboru ostrego zapalenia tarczycy jest antybiotykoterapia w warunkach szpitalnych, stosuje się antybiotyki szerokospektralne – gentamycynę lub cefalosporynę III generacji łącznie z penicyliną półsyntetyczną oporną na działanie beta-laktamaz, weryfikując antybiotykoterapię po ewentualnej identyfikacji bakterii i antybiogramu [5, 8, 12]. W leczeniu objawowym stosuje się leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. W przypadku ropnia konieczna jest interwencja chirurgiczna – drenaż zmiany lub nawet subtotalna tyreidektomia [8, 12]. U dzieci ropne zapalenie tarczycy powstaje często w otoczeniu anomalii rozwojowej, prowadząc do rozwoju przetoki zachyłka gruszkowatego [11]. Z kolei dzieci z przetoką zachyłka gruszkowatego najczęściej w wywiadzie wykazują nawrotowe zapalenia górnych dróg oddechowych, stany zapalne bocznej części szyi oraz często zgłaszają ból lub uczucie wrażliwości w tej okolicy [3, 10]. Za nawrotowość zakażenia odpowiadają anomalie rozwojowe, zwłaszcza gdy stan zapalny dotyczy lewej strony, co jest najprawdopodobniej związane z asymetrycznym rozwojem czwartej kieszonki krtaniowej. Dlatego u każdego pacjenta z lewostronnie występującymi zmianami i nawrotami schorzenia należy wykluczyć obecność predysponujących do zapalenia tarczycy anatomicznych anomalii rozwojowych – przetoki zachyłka gruszkowatego, przetrwałego przewodu tarczowo-językowego (torbiel środkowa szyi) [3, 4]. W opisywanym przypadku na początku najbardziej możliwą drogą

zakażenia wydawał się ropień zębopochodny (masywna próchnica zębów) i dlatego odstąpiono od dalszej diagnostyki. Po około roku pacjent ponownie trafił do Kliniki z podejrzeniem bakteryjnego zapalenia tarczycy o niepełnym obrazie choroby (brak gorączki, miernie podwyższone parametry zapalne, bezbolesny guz w obrębie lewego płata tarczycy z odczynem zapalnym), najprawdopodobniej wynikającym z wcześniej wdrożonej antybiotykoterapii. Z uwagi na nawrotowość poszerzono diagnostykę o NMR szyi. Rozpoznano torbiel środkową szyi z przetoką skórną (ryc. 4) i zaplanowano przyczynowe leczenie chirurgiczne. Powinno ono być przeprowadzone po wyleczeniu stanu zapal-

nego zmiany. Torbiel środkową szyi usuwa się razem z trzonem kości gnykowej, ponieważ istnieje duże ryzyko nawrotowości zmiany (50%). Ryzyko nawrotu torbieli środkowej szyi maleje także, gdy jest operowana bez stanu zapalnego [7, 10]. Do powikłań bakteryjnego zapalenia tarczycy należą m.in. porażenie strun głosowych, zakrzepica żyły szyjnej wewnętrznej, rozszerzenie zakażenia na tchawicę, przełyk, śródpiersie przednie, zapalenie płuc, zapalenie mięśnia sercowego czy nawet sepsa [2]. Dziecko, u którego rozpoznano bakteryjne zapalenie tarczycy, powinno pozostawać pod stałą opieką endokrynologiczną.

Piśmiennictwo / References

1. Gabrysiak W., Niedziela M.: Ostre zapalenie tarczycy – dynamika zmian ultrasonograficznych w przebiegu choroby Endokrynologia Pediatria, 2005:t. 4, nr 2(11).
2. Ziora K., Geisler G., Oświęcimska J., Zającki W. et al.: Ostre ropne zapalenie tarczycy w przebiegu promienicy szczyjno-twarzowej – opis przypadku. Endokrynologia Pediatria, 2007:t. 6, nr 2(19).
3. Korpa-Szczyrska M., Kosiak W., Szczyrski J., Świętoń D.: Ostre ropne zapalenie tarczycy u 12-letniego chłopca – prezentacja przypadku. Ultrasonografia, 2010:41
4. Cieszyński Ł., Sworczak K., Babińska A., Śledziński Z.: Recurrent acute suppurative thyroiditis due to pyriform sinus fistula in an adult – case report. Endokrynologia Pediatria, 2013:t. 64, nr 3.
5. Gietka-Czernel M.: Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń tarczycy. Postępy nauk medycznych, 2008:2, 92-104.
6. Osmólski A., Forlót J., Łazęcka K.: Ostre ropne zapalenie tarczycy – problem laryngologiczny. Otolaryngologia Polska, 2005:59, 911-914.
7. Ryczer T., Zawadzka-Głós L., Sobczyk K.: Wrodzone anomalie szyi u dzieci: torbiele i przetoki szyi. Nowa Pediatria, 2014:3, 78-81.
8. Pilarska K.: Podstawy endokrynologii i diabetologii. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2004.
9. Szyborska M., Staroszczyk B.: Zapalenie tarczycy u dzieci. Badania własne. Med. Wieku Rozwojowego, 2000:4, 383-391.
10. Chi H., Lee Y. J., Chiu N. C. et al.: Acute suppurative thyroiditis in children. Pediatr. Infect. Dis. J., 2002:21, 384-387.
11. Sai Prasa T. R., Chong C. L., Mani A., Chui C. H., Tan C. E. L., Tee W. S. N., Jacobsen A. S.: Acute suppurative thyroiditis in children secondary to pyriform sinus fistula. Pediatr. Surg. Int., 2007:23, 779-783.
12. Królicki L., Karbownik-Lewińska M., Lewiński A.: Choroby tarczycy. Czelej, Lublin 2008.