

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Ο θυρεοειδής αδένας είναι ένας ενδοκρινής αδένας, υπεύθυνος για την παραγωγή και έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών τριιωδοθυρονίνη (T3) και θυροξίνη (T4), οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ρύθμιση της ανάπτυξης και της ωρίμανσης των ιστών, και την καλσιτονίνη, που ρυθμίζει τα επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου στον ορό. Η έκκριση των T3 και T4 ελέγχεται από την θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH), η οποία εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (αδενούποφυση). Τα επίπεδα της TSH ρυθμίζονται από τα επίπεδα των T3 και T4 μέσω αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης, δηλαδή όταν τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών αυξάνονται, ρυθμίζουν ανασταλτικά την έκκριση της TSH, ενώ όταν μειώνονται επάγουν την έκκριση της TSH.

Υπάρχουν μορφολογικές διαταραχές του θυρεοειδούς αδένα, όπως η βρογχοκήλη (διάχυτος ή οζώδης) και οι όζοι (μονήρεις ή πολλαπλοί), καθώς και λειτουργικές παθήσεις, που περιλαμβάνουν τον **υποθυρεοειδισμό** (κλινικός ή υποκλινικός) και τον **υπερθυρεοειδισμό** (κλινικός ή υποκλινικός).

Όσο αφορά τις μορφολογικές διαταραχές, αυτές μπορούν να ανιχνευτούν με ευρήματα από την κλινική εξέταση και να επιβεβαιωθούν από υπερηχογραφικά ευρήματα και βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA). Ευρήματα όπως το θετικό οικογενειακό ιστορικό μυελοειδούς ή Multiple endocrine neoplasia (MEN), η ταχεία αύξηση μεγέθους όζου, η συμπαγής σύσταση, η παράλυση φωνητικών χορδών, η τοπική λεμφαδενοπάθεια και οι μακρινές μεταστάσεις (πνεύμονες, οστά) διεγείρουν υψηλή υποψία κακοήθους οζώδους βρογχοκήλης. Άτομα ηλικίας <20 ή >60 ετών, οι άνδρες ασθενείς, η παρουσία μονήρους όζου, το ιστορικό ακτινοβολίας κεφαλής-τραχήλου, το μέγεθος όζου > 4εκ και τα συμπτώματα απόφραξης (δυσφαγία, διαταραχή φωνής, βράγχος φωνής, δύσπνοια, βήχας) διεγείρουν μέτρια υποψία κακοήθους βρογχοκήλης.

Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο, ευρήματα όπως υπερηχογένεια ή φυσιολογική ηχογένεια, αποτιτανώσεις, λεπτή άλως, ομαλό περίγραμμα, απουσία διήθησης, απουσία τοπικής λεμφαδενίτιδας και μειωμένη αγγείωση, είναι ευρήματα ενδεικτικά καλοήθων όζων. Αντιθέτως, χαμηλή ηχογένεια, μικροαποτιτανώσεις, παχειά άλως, ανώμαλο περίγραμμα, διήθηση, τοπική λεμφαδενοπάθεια και αυξημένη αγγείωση είναι ενδεικτικά κακοήθειας.

Σε διάγνωση καλά διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς, η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ολική θυρεοειδεκτομή, λήψη ραδιενεργού ιωδίου και παρακολούθηση με τιμές θυρεοσφαιρίνης και αντιθυρεοσφαιρινικών αντισωμάτων. Στην περίπτωση μυελοειδούς σαρκώματος απαιτείται ολική θυρεοειδεκτομή και λεμφαδενεκτομή, καθώς και γενετικός έλεγχος για αναζήτηση συστατικών συνδρόμου MEN2. Σε αναπλαστικό καρκίνωμα θυρεοειδούς, προτείνεται η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία και η υποστήριξη του ασθενούς.

Όσον αφορά τις λειτουργικές διαταραχές, αυτές περιλαμβάνουν τον υποθυρεοειδισμό και τον υπερθυρεοειδισμό.

Υποθυρεοειδισμός καλείται το κλινικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών. Τα συνηθέστερα αίτια περιλαμβάνουν διαταραχές του θυρεοειδούς (πρωτοπαθής), σε βλάβες της υπόφυσης (δευτεροπαθής), σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου (τριτοπαθής), ενώ μπορεί να είναι και ιατρογενής (λόγω χειρουργικής αφαίρεσης του αδένου). Όταν ο υποθυρεοειδισμός συνοδεύεται από βρογχοκήλη, η αιτιολογία του είναι συνήθως η χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (Hashimoto). Κύρια κλινικά σημεία του υποθυρεοειδισμού είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, αδυναμία, κόπωση, καταβολή, οίδημα, δυσανεξία στο κρύο, απορρύθμιση υπέρτασης, βραδυκαρδία και υπερχοληστεριναίμια. Η διάγνωση στηρίζεται στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων (αυξημένη TSH, μειωμένες T3 και T4, παρουσία αντισωμάτων anti-TPO και anti-TG). Σε περιπτώσεις φυσιολογικών T3 και T4 αλλά αυξημένων τιμών TSH, τίθεται διάγνωση υποκλινικού υποθυρεοειδισμού. Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών και έχει άριστη πρόγνωση.

Υπερθυρεοειδισμός καλείται το κλινικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών. Τα συχνότερα αίτια περιλαμβάνουν τον αυτοάνοσο υπερθυρεοειδισμό (Νόσος Graves'), την τοξική πολυζώδης βρογχοκήλη και το τοξικό αδένωμα, ενώ σπανιότερα εξωαδενικά αίτια περιλαμβάνουν την εξωγενή λήψη θυροξίνης, την υποξεία θυρεοειδίτιδα, φαρμακευτικές ουσίες (αμιοδαρόνη, σκιαγραφικά, ιώδιο, κλπ), το TSH αδένωμα υπόφυσης, το χοριοκαρκίνωμα, το μεταστατικό θυλακίωδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, τον έκτοπο θυρεοειδικό ιστό στις ωοθήκες (Struma ovarii) και την αντίσταση της υπόφυσης στις θυρεοειδικές ορμόνες. Κύρια κλινικά σημεία του υπερθυρεοειδισμού είναι η νευρικότητα, η αυξημένη εφίδρωση, η θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια (εξώφθαλμος), η ταχυκαρδία, η απώλεια σωματικού βάρους και η δυσανεξία στο θερμό. Η διάγνωση στηρίζεται στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων (μειωμένη TSH, αυξημένες T3 και T4, παρουσία αντισωμάτων κατά του υποδοχέα TSH) και συμπληρώνονται από τα ευρήματα απεικονιστικών ελέγχων. Σε περιπτώσεις φυσιολογικών T3 και T4 αλλά μειωμένων τιμών TSH, τίθεται διάγνωση υποκλινικού υπερθυρεοειδισμού. Η θεραπεία είναι καταρχάς φαρμακευτική και περιλαμβάνει τις θειοναμίδες, τους β-αδρενεργικούς αναστολείς και το ιώδιο (σε βαρύτερες καταστάσεις). Η ριζική αντιμετώπιση γίνεται με θυρεοειδεκτομή ή/και ραδιενεργό ιώδιο. Απαιτείται στη συνέχεια θεραπεία υποκατάστασης με θυρεοειδικά σκευάσματα και τακτική παρακολούθηση.

Οι ασθενείς με παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου απαιτούν ιδιαίτερη διαχείριση με βάση την πάθηση την οποία εμφανίζουν και δεν χρειάζεται διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής πριν την προσέλευση στο ιατρείο.

Συγκεκριμένα, ένας ασθενής με **υπερθυρεοειδισμό**, έχει κίνδυνο εμφάνισης θυρεοτοξικής κρίσης (οξεία εκδήλωση συμπτωμάτων υπερθυρεοειδισμού) στο Οδοντιατρείο, καθώς οι οδοντιατρικές εργασίες προκαλούν από τη φύση τους άγχος

στον ασθενή, εντείνοντας την νευρικότητα, την ευερεθιστότητα και την υπερκινητικότητα που προκαλεί το νόσημα. Σε αρρυθμιστο ασθενή, γίνεται αξιολόγηση του ασθενούς σε συνεργασία με τον ενδοκρινολόγο και εάν η οδοντιατρική επέμβαση είναι αναπόφευκτη, ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για την εμφάνιση έκτακτου περιστατικού. Για την πρόληψη εμφάνισης θυρεοτοξικής κρίσης, απαιτείται λήψη λεπτομερούς ιστορικού, αποφυγή άγχους, φόβου και πόνου, καθώς και αποφυγή τοπικής αναισθησίας με αδρεναλίνη. Σε κάποιες περιπτώσεις πριν την έναρξη της οδοντιατρικής θεραπείας μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν μικρές δόσεις ηρεμιστικών-αγχολυτικών φαρμάκων (π.χ. διαζεπάμη 2-10 mg). Σε περίπτωση εκδήλωσης θυρεοτοξικής κρίσης, απαιτείται άμεση διακοπή των εργασιών, ύπτια θέση του ασθενούς, κρύα επιθέματα στο μέτωπο, έλεγχος των ζωτικών σημείων (πίεση, σφυγμός), ενώ σε απώλεια συνείδησης η κρίση αντιμετωπίζεται σαν λιποθυμία. Επίσης, θα μπορούσαν να χορηγηθούν 600-1000 mg προπυλθειουρακίλης (αναστολή σύνθρσης θυρεοειδικών ορμονών), 40-80 mg προπρανολόλης (αναστολή περιφερικής δράσης θυρεοειδικών ορμονών), 30 mg καρβιμαζόλης (αντιθυρεοειδικό) σε συνδυασμό με ιωδιούχα (Lugol-8-10 σταγόνες από το στόμα- ελάττωση έκκρισης θυρεοειδικών ορμονών), 100-300 mg υδροκορτιζόνη (λόγω συνυπάρχουσας φλοιοεπινεφριδικής ανεπάρκειας). Τα ιωδιούχα, θα πρέπει να χορηγούνται λίγο αργότερα από τη λήψη προπυλθειουρακίλης, επειδή αναστέλλουν την δέσμευση της T4 από την προπυλθειουρακίλη. Σε μη ανταπόκριση, γίνεται άμεση κλήση βοήθειας, έναρξη ΚΑΡΠΑ και μεταφορά στο νοσοκομείο.

Όταν ο ασθενής είναι ρυθμισμένος, μπορεί να πραγματοποιηθεί το σύνολο των οδοντιατρικών παρεμβάσεων εφόσον προηγηθούν και πάλι όλα τα ανωτέρω προληπτικά μέτρα, ενώ επιτρέπεται η χρήση τοπικής αναισθησίας με αδρεναλίνη, με αργή έγχυση και μέγιστη ποσότητα αντίστοιχη με 2 φύσιγγες.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής να αναπτύξει ουδετεροπενία ή θρομβοπενία και θα πρέπει να γνωρίζει ο οδοντίατρος την πιθανότητα αιμορραγίας ή ανάπτυξης πιθανής λοίμωξης μετά το πέρας της θεραπείας. Βέβαια δεν συστήνεται η χορήγηση αντιβίωσης προληπτικά.

Όσον αφορά τους ασθενείς με υποθυρεοειδισμό, είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στα κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) που χρησιμοποιούνται συνήθως στην οδοντιατρική. Για τον λόγο αυτό συστήνεται η αποφυγή χορήγησης κατασταλτικών ή ηρεμιστικών, ενώ επιτρέπεται η χορήγηση ήπιων αναλγητικών. Φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά και τα οπιοειδή αναλγητικά μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική και καρδιακή καταστολή σε ασθενείς με υποθυρεοειδισμό. Οι ασθενείς πρέπει να ρωτώνται για την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν, καθώς ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με προπυλθειουρακίλη, πρέπει να εξετάζονται για πιθανή ακοκκιοκυτταραιμία και αιμορραγία με αιματολογικές εξετάσεις και έλεγχο του χρόνου προθρομβίνης πριν από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Επίσης, ασθενείς με υποθυρεοειδισμό και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με θυροξίνη, συχνά εμφανίζουν υπεργλυκαιμία. Μια επικίνδυνη επιπλοκή που μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενείς με αρρυθμιστο

υποθυρεοειδισμό είναι το μυξοιδηματικό κώμα. Εμφανίζεται στο 0.1% των ασθενών με υποθυρεοειδισμό και ηλικίες μικρότερες των 50 ετών, ενώ αποτελεί συχνή αιτία θανάτου σε ασθενείς με υποθυρεοειδισμό που πάσχουν και από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις του μυξοιδηματικού κώματος περιλαμβάνουν υποθερμία, βραδυκαρδία, σοβαρή υπόταση, επιληπτική κρίση, ενώ ο ασθενής μπορεί να καταλήξει. Μπορεί να συμβεί μετά από την χορήγηση κατασταλτικών για το ΚΝΣ, καθώς και μετά από χειρουργικές διαδικασίες. Στην περίπτωση που παρατηρηθούν τα ανωτέρω συμπτώματα κατά τη διάρκεια μιας οδοντιατρικής θεραπείας, αυτή θα πρέπει να διακοπεί, να παρασχεθούν οι πρώτες βοήθειες στον ασθενή και να κληθεί ασθενοφόρο. Θα πρέπει γίνει προσπάθεια αύξησης της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενούς, σταδιακά όμως για αποφυγή κυκλοφορικής καταπληξίας, να χορηγηθεί ενδομυϊκά φυσιολογικός ορός και διάλυμα δεξτρόζης (για την αποφυγή υπογλυκαιμίας), να γίνει ενδομυϊκή χορήγηση 0,3-0,5 mg λεβοθυροξίνης (ως υποκατάστατη θεραπευτική πράξη) και 100-300 mg υδροκορτιζόνης για την αποφυγή αδρενεργικής κρίσης. Επειδή οι ασθενείς με μυξοιδηματικό κώμα εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα πολυμορφοπύρηνων ουδετερόφιλων, οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να αναβληθεί καθώς ο ασθενής είναι επιρρεπής στην εμφάνιση λοιμώξεων.

Σε κάθε περίπτωση που υπάρχει υπόνοια ότι ο ασθενής είναι αδιάγνωστος θα πρέπει να αναβληθούν οι οδοντιατρικές εργασίες μέχρι να τεθεί η διάγνωση και να ρυθμιστεί ο ασθενής, ενώ η τοπική αναισθησία προτείνεται να γίνεται χωρίς αδρεναλίνη.