الملخص العربى

المرض دون السريرى:

هو المرض الذي يبقي ما دون الاكتشاف السريري و لا يوجد له نتائج سريرية مميزة. العديد من الأمراض من ضمنها مرض السكري وقصور الغدة الدرقية و فرط نشاطها و التهاب المفاصل الروماتويدي من الممكن أن تكون دون سريرية قبل أن تظهر كمرض سريري.

قصور الغدة الدرقية دون السريرى:

يعرف بأنه زيادة في الهرمون المحفز للغدة الدرقية في مواجهة معدل طبيعي لهرموناتها. قصور الغدة الدرقية دون السريري من أسبابه الأكثر شيوعا التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي المزمن ، الأقل شيوعا التهاب الغدة الدرقية ، المرضي الذين خضعوا لاستئصال الغدة الدرقية من قبل ويعالجون باليود المشع ، المرضي الذين يعالجون بأشعة سينية للرقبة من الخارج و أخيرا قصور الغدة الدرقية دون السريري يتم تشخيصه في ١٧,٦ ٪ من مرضي قصور الغدة الدرقية الذين يتعاطون ثيروكسين غير كافي.

العواقب المحتملة لقصور الغدة الدرقية دون السريري تشمل

- ضعف القلب و نقط نهاية ضارة بالقلب (بما في ذلك مرض تصلب الشرايين و وفاة نتيجة امرض القلب و الأوعية الدموية)
- ارتفاع في إجمالي الكولسترول والبروتين الدهني المنخفض الكثافة (LDL)
- أعراض قصور الغدة الدرقية أو أعراض عصبية نفسية
- الترقي لأعراض واضحة سريرية لقصور الغدة الدرقية مع نسبة ترقي عالية تصل إلي ٤,٣٪كل سنة في وجود أجسام مضادة لإنزيم البيروكسيداز الدرقي وتصل إلي ٢,٦٪ في غيابه.

المرضي عديمي أعراض نقص هرمون الغدة الدرقية ومستوي الهرمون المحفز للغدة الدرقية ما بين ٤,٥ و ١٠ مايكرو وحدة لكل ملي لتر فيتم إعادة الاختبار كل ٦ إلي ١٢ شهر أما مع وجود أعراض نقص هرمون الغدة الدرقية فيتم تجربة إعطاء ليفوثيروكسين ومتابعة تحسن الأعراض. و يوصي بإعطاء ليفوثيروكسين لكل من يزيد مستوي هرمون المحفز للغدة الدرقية عن ١٠ مايكرو وحدة لكل ملي لتر

فرط نشاط الغدة الدرقية دون السريري:

يعرف بوجود هرمونات الغدة الدرقية في مستويات طبيعية بينما الهرمون المحفز للغدة الدرقية أقل من المعدل الطبيعي. قد يكون سببه عوامل خارجية أو داخلية ، خارجية غالبا مرتبطة بعلاج يقلل الهرمون المحفز للغدة الدرقية بواسطة ليفوثيروكسين وقد يحدث هذا في حوالي ٢٠٪ من مرضي نقص هرمون الغدة الدرقية .

أسباب داخلية غالبا ترتبط بأسباب التسمم الدرقي الواضح مثل مرض جرافيز و ورم الغدة الدرقية الذي يعمل بشكل مستقل أو الدراق عديد العقيدات

انتشار فرط نشاط الغدة الدرقية دون السريري مابين ٠,٧ و ١٢,٤٪ و هو شائع بين المرضي أثناء العلاج بالثيروكسين بنسبة ١٠-٣٠٪.

ملامح هذا المرض تشمل آثار ضارة محتملة علي القلب والأوعية الدموية والعظام و وجود أو غياب أعراض اضطراب المزاج و أعراض التسمم الدرقي.

لذلك يوصي بملاحظة المرضي الذين لديهم نقص جزئي في الهرمون المحفز للغدة الدرقية (٠,١- ٠,٤مايكرو وحدة لكل لتر) لكن يوصي بعلاج المرضي الذين لديهم نقص كلي (اقل من ٠,١مايكرو وحدة لكل لتر)

العقيدة الدرقية المكتشفة بالمصادفة:

أصبحت آفات الغدة الدرقية المكتشفة صدفة شائعة بشكل متزايد مع الاستفادة من نمو وتكرار استخدام طرق التصوير حساسة للغاية في جميع أنحاء الممارسة الطبية السريرية.

في معظم الدراسات التي تستخدم الموجات فوق الصوتية للعنق، تم الكشف عن العقيدات الدرقية في حوالي ثلث السكان.

مصدر قلق كبير عندما تواجه مع العقيدات الدرقية المكتشفة بالمصادفة هو استبعاد سرطان الغدة الدرقية. مع ذلك، فإن حالات سرطان الغدة الدرقية منخفضة نسبيا بالمقارنة مع نسبة عالية للغاية من العقيدات الدرقية، مما يشير إلى أن معظم هذه العقيدات هي حميدة. و غالبية الحالات السرطانية ذات معدل وفاة منخفض.

خصائص الأشعة فوق الصوتية المرتبطة بالأورام الخبيثة هي نقص الصدى المميز، هوامش غير منتظمة أو ذات الفصوص المجهرية ، التكلس المجهري، الترتيب الفوضوي، أوعية دموية داخل العقيدات و المظهر الدائري. خصوصيات الميزات المذكورة أعلاه للكشف عن سرطان الغدة الدرقية تختلف اختلافا كبيرا، من ٤١,٤٪ الى٩٥٪، ولكن حساسيتهم دائما منخفضة جدا.

الحاجة للشفط بواسطة الأبرة الدقيقة: حجم العقيدات المصورة يعتبر عاملا هاما للحاجة إلى مزيد من التقييم. الانتقال إلى دراسة الخلوية للشفط بواسطة الإبرة الدقيقة من الآفات ويوصى للأكبر من ١-١,٥سم، ما لم تكن ملامح الموجات فوق الصوتية موحية للغاية بأنها حميدة .

الخطوة الأولى من التقييم الغدد الصماء في المرضى الذين يعانون من ورم عرضي للغدة الدرقية هو قياس مستويات هرمون تحفيز الغدة الدرقية.

تدبير علاجي المزيد من المرضى الذين يعانون من أورام عرضية للغدة الدرقية يعتمد إلى حد كبير على نتائج دراسة الخلوية. تعالج العقيدات الحميدة بتحفظ مع متابعة سريرية وتصوير بالموجات فوق الصوتية، في حين يشار إلى عملية جراحية في الحالات الخبيثة والمشتبه بها.

مرض السكري دون السريري:

هو نوع من مرض السكري الذي يتضح فقط تحت ظروف معينة مثل الحمل و الإجهاد الشديد. أن فئات اختلال تحمل الجلوكوز واختلال الجلوكوز الصائم تم تسميتهم رسميا" مقدمات مرض السكري" لأنهم عوامل خطورة لمرض السكري في المستقبل وأمراض القلب و الأوعية الدموية.

اختلال الجلوكوز الصائم يعرف بأن مستوي الجلوكوز في الدم بين ١٠٠-١٢٥ملجم لكل ديسيلتر في المرضي الصائمين و اختلال تحمل الجلوكوز يعرف بأن مستوي الجلوكوز في الدم بين ١٤٠-١٩٩ ملجم لكل ديسيلتر بعد ساعتين من تناول ٧٥جرام جلوكوز في اختبار تحمل الجلوكوز بالفم ، التاريخ المرضي لكلا الحالتين متغير بنسبة ٢٥٪ تتحول إلي مرض السكري ونسبة ٥٠٪ تظل حالة السكر في الدم غير طبيعية و نسبة ٢٥٪ تعود إلي معدل السكر في الدم طبيعي علي مدار فترة ملاحظة ٣-٥ سنوات

هاتان الحالتان غالبا يرتبطان بمتلازمة الأيض . ويوجد الآن دليل قوي علي أن ظهور مرض السكري ممكن تأخيره أو منعه بتدخلات سلوكية و دوائية

فرط نشاط الغدد جار الدرقية دون السريري:

وهي حالة يكون فيها معدل الكالسيوم بالمصل في نهاية العليا للمعدل الطبيعي وهرمون الغدة الجنب درقية مرتفع و هذه الحالة تسمي فرط الغدة جار الدرقية بمعدل

كالسيوم طبيعي وذلك في مرضي لا يكون لديهم أسباب ثانوية لفرط نشاط الغدة جار الدرقية وتعتبر مرحلة مبكرة من فرط نشاط الغدة الجار درقية.

معظم المرضي ليس لديهم أعراض ويأتون للعناية الطبية في سياق تقييم انخفاض كثافة العظام ، ومع ذلك فأن معظمهم يعانون من أورام في الغدد الجار درقية وأيضا أدلة علي تشوه التمثيل الغذائي. حصوات الكلي موجودة في٢٨,٦٪ من النساء مع فرط الغدة جار الدرقية بمعدل كالسيوم طبيعي.

في واحدة من الدراسات ٤١٪ من هؤلاء المرضي يتطورون إلي فرط الغدة جنب الدرقية الواضح (٢٠٪ تظهر ارتفاع في معدل الكالسيوم و البقية يتطورون لأعراض أخري مثل تفاقم قوة العظام) .

ليس من الواضح هل كل المرضي يحتاجون لاستئصال الغدة جار الدرقية أم لا ، لكن البحث أظهر أن معدل الكالسيوم وهرمون الغدة جار الدرقية يعود للمعدل الطبيعي بعد الاستئصال الناجح للغدة.

متلازمة كوشينج دون السريرية:

تحدث في المرضي الذين يحملون أورام كظرية غير ظاهرة تفرز هرمون الكورتيزول بطريقة مستقلة وليست مقيدة كليا بالاسترجاع النخامي.
ولأن هؤلاء المرضي يعانون من زيادة مزمنة في هرمون الكورتيزول حتى ولو كانت في حدها الأدنى ، لذا فمن المعقول أن يعانون إلي حد ما من أعراض متلازمة كوشينج المعلنة مثل زيادة ضغط الدم الشرياني ،السمنة و مرض السكري.

تطور فرط كورتيزول الدم الصامت لمتلازمة سريرية علنية نادرا ما يحدث، في حين أفادت التقارير ظهور التعديلات البيوكيميائية الصامتة في نسبة تتراوح بين ٠٪ إلى ١١ ٪ عبر دراسات مختلفة. البيانات غير كافية للدلالة على تفوق النهج

الجراحي أو غير الجراحي لمعالجة المرضى الذين يعانون من فرط الوظيفة دون السريرية في أورام قشرة الغدة الكظرية.

مرض أديسون دون السريري :

الأجسام المضادة الذاتية للغدة الكظرية المتسببة في قصور كظري أولي تظهر شهور أو سنوات قبل ظهور العلامات السريرية للقصور الكظري.

العوامل التي تزيد من خطر التقدم نحو قصور الغدة الكظرية السريري تشمل ما يلي : جنس الذكور، وجود أمراض مناعة ذاتية مصاحبة، اختلال اختبار التنبيه بجرعة منخفضة من الهرمون الموجه لقشرة الغدة الكظرية و ارتفاع معدل الأجسام المضادة للغدة الكظرية.

من الممكن للعلاج بالكورتيكوستيرويد أن يحدث سكون لقصور الغدة الكظرية دون السريري ويمنع بداية المرحلة السريرية منه.

ورم الغدة النخامية العرضي:

يعرف انه كتلة نخامية تكتشف بواسطة الأشعة المقطعية و أشعة الرنين المغناطيسي في غياب أعراض توحي بمرض في الغدة النخامية ، ونسبة انتشارها في أشعة الرنين المغناطيسي ١٠٪ ومعظمها أورام ميكروسكوبية.

معظم المرضي ليس لديهم أعراض ، و إن ظهرت أعراض إما بسبب فرط الإفراز الهرموني أو في حالة الأورام الكبيرة فبسبب اثر الكتلة (قصور النخامية و ضغط علي العصب البصري وعيوب عصبية).

العلاج يوجه للأورام التي لديها فرط إفراز للهرمون ولذلك الورم البرولاكتيني يعالج مع منبهات الدوبامين و التي تفرز هرمون النمو والهرمون الموجه للغدة الكظرية يتم علاجهم جراحيا . أما الأورام التي لا تفرط في فرز الهرمون فمؤشرات العملية الجراحية تعتمد علي اثر الكتلة للورم وبالتالي علي زيادة حجم الورم.

أمراض الغدد الصماء دون السريرية

دراسة

توطئة للحصول علي درجة الماجستير في الأمراض الباطنة

مقدمه من

محمد الغريب عبد السلام

بكالوريوس الطب والجراحة

تحت إشراف

ا.د. محمد شوقي السيد

أستاذ الأمراض الباطنة

رئيس وحدة أمراض الغدد الصماء

كلية الطب ـــ جامعة بنها

ا.د. يحيي صديق

أستاذ الأمراض الباطنة

كلية الطب ـــ جامعة بنها

ا.د. أحمد صالح

أستاذ الأمراض الباطنة

كلية الطب ـــ جامعة بنها

كلية الطب ـــ جامعة بنها

٢٠١٢