SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal Vol. 6 No. 1 (2024) 80-83

talenta PUBLISHER

SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal
Journal homepage: https://talenta.usu.ac.id/scripta

Diagnosis Tiroiditis Hashimoto pada Seorang Wanita dengan Hipotiroidisme Subklinis dan Trombositopenia: Laporan Kasus

Devi Aulia Cahyani[1*], Annisa Nur Masita[2]
[1]*Departemen Penyakit Dalam RSUD Genteng Banyuwangi, Jawa Timur, Indonesia, 68465*
[2]*Puskesmas Mangli, Jember, Jawa Timur, Indonesia, 68175*
[*]Corresponding Author: deviauliacahyani@yahoo.co.uk

ARTICLE INFO

Article history:
Received 28 December 2023
Revised 9 July 2024
Accepted 29 July 2024
Available online 15 August 2024

E-ISSN: 2686-0864
P-ISSN: 2088-8686

How to cite:
Cahyani DA, Masita AN. Diagnosis Tiroiditis Hashimoto pada Seorang Wanita dengan Hipotiroidisme Subklinis dan Trombositopenia: Laporan Kasus. SCRIPTA SCORE Sci Med J. 2024 Aug 15;6(1):80-83

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International.
https://doi.org/10.32734/scripta.v6i1.15187

ABSTRACT

Background: Hashimoto's Thyroiditis (TH) is a variety of autoimmune thyroid disorders. It discovered incidentally, asymptomatic and generally normal thyroid profile, therefore it might adventurous to be diagnosed. **Objectives:** To describe establishing TH diagnosis in a woman with subclinical hypothyroidism and thrombocytopenia. **Case Illustration:** A woman, 46 years old, referred fatigue, joints pain and neck lump for about ± a year, physical examination was found diffuse goiter, USG examination was found TIRADS 2, laboratory examination was found thrombocytopenia, euthyroid, anti-TPO 203,8 IU/mL. **Discussion:** USG was concluded solid lesion visualized typical thyroiditis without FNAB required and anti-TPO results was appropriate with TH predictor>121,0 IU/ml. Numerous of studies showed TH which occurred with secondary immune thrombocytopenia. **Conclusion:** Subclinical hypothyroidism which presented diffuse goiter and higher normal TSH required USG and anti-TPO examination for established its diagnosis. Persistent thrombocytopenia might be suspected as autoimmune thyroid disorder especially whether presented goiter.
Keywords: Hashimoto's Thyroiditis, Subclinical Hypothyroidism, Thrombocytopenia

ABSTRAK

Latar Belakang: Tiroiditis Hashimoto (TH) merupakan penyakit autoimun kelenjar tiroid. Penyakit ini ditemukan secara insidental, asimptomatik dan umumnya profil tiroid dalam batas normal sehingga mendiagnosisnya menjadi tantangan tersendiri. **Tujuan:** Menjelaskan penegakan diagnosis TH pada wanita dengan hipotiroidisme subklinis dan trombositopenia. **Ilustrasi Kasus:** Seorang wanita 46 tahun mengeluhkan cepat lelah, linu, benjolan leher selama ±1 tahun, pemeriksaan fisik didapatkan goiter difus, pemeriksaan USG didapatkan TIRADS 2, pemeriksaan laboratorium didapatkan trombositopenia, eutiroid, anti-TPO 203,8 IU/mL. **Pembahasan:** USG disimpulkan lesi solid mengesankan tiroiditis tanpa perlu FNAB dan anti-TPO sesuai dengan prediktor TH >121,0 IU/ml. Banyak studi menyebutkan TH yang disertai *immune thrombocytopenia* sekunder. **Kesimpulan:** Hipotiroidisme subklinis berupa goiter difus dan TSH sedikit meningkat perlu dilakukan USG dan anti-TPO untuk penegakan diagnosisnya. Trombositopenia persisten dapat dicurigai penyakit autoimun tiroid terutama bila terdapat goiter.
Kata Kunci: Tiroidits Hashimoto, Hipotiroidisme Subklinis, Trombositopenia

1. Latar Belakang

Tiroiditis Hashimoto (TH) merupakan penyakit autoimun kelenjar tiroid. Peradangan kronis kelenjar tiroid terjadi pada TH sehingga menyebabkan penurunan fungsi kelenjar tiroid dan selanjutnya dapat jatuh ke keadaan hipotiroidisme. Banyak faktor yang mencetuskannya, faktor genetik, defek imunitas, dan faktor lingkungan berperan dalam patogenesis Tiroiditis Hashimoto. Insidennya yaitu 0,3 hingga 1,5 kasus per 1000 populasi di dunia. Wanita lebih banyak ditemukan TH daripada pria namun umumnya TH ditemukan secara insidental. Tiroiditis Hashimoto umumnya memiliki gejala asimptomatik disertai profil tiroid dalam batas normal dan intermiten. Oleh karena itu, TH umumnya tidak terdeteksi dan mendiagnosis TH menjadi tantangan

tersendiri. [1,2,3] Berikut dilaporkan kasus seorang wanita dengan hipotiroidisme subklinis dan trombositopenia yang terdiagnosis Tiroiditis Hashimoto. Tujuan penulisan laporan kasus ini yaitu menjelaskan penegakan diagnosis TH pada wanita dengan hipotiroidisme subklinis dan trombositopenia.

2. Ilustrasi Kasus

Seorang wanita berusia 46 tahun mengeluhkan cepat lelah dan persendian terasa linu linu sejak 2 bulan ini. Pasien juga mengeluhkan bahwa terdapat benjolan di lehernya sejak kurang lebih 1 tahun terakhir. Pasien mengaku tidak pernah merasa berdebar dan tidak merasa terdapat perubahan berat badan yang signifikan selama 1 tahun terakhir. Pasien juga mengaku tidak memiliki riwayat sakit dan berobat rutin sebelumnya. Pemeriksaan tanda vital didapatkan dalam batas normal. Pemeriksaan inspeksi regio colli anterior **(Gambar 1)** tampak pembesaran minimal dan pemeriksaan palpasi teraba pembesaran difus dengan batas tidak tegas, kesan ikut bergerak saat menelan dan tidak nyeri.

Pemeriksaan USG colli didapatkan lesi solid tiroid bilateral dengan batas tidak tegas ukuran dekstra ± 8 x 4 mm dan sinistra ± 15 x 9 mm sesuai *Thyroid Imaging Reporting and Data System* (TIRADS) 2. Pemeriksaan laboratorium didapatkan trombosit sedikit menurun yaitu $110x10^3/\mu L$ ($150\text{-}450x10^3/\mu L$), TSH sedikit meningkat 5,5 µIU/mL (0,5-5,5 µIU/mL), FT4 1,25 ng/dL (0,93-1,70 ng/ dL). Pemeriksaan ulang trombosit dilakukan di hari berikutnya, trombosit menjadi $70x10^3/\mu L$ dan direncanakan pemeriksaan *anti-thyroid peroxidase* (anti-TPO) direncanakan. Hari berikutnya didapatkan trombosit $107x10^3/\mu L$ dan anti-TPO 203,8 IU/mL (<34 IU/mL).

Pasien didiagnosis Tiroidis Hashimoto dengan hipotiroidisme subklinis dan trombositopenia. Terapi levotiroksin diberikan dengan dosis awal 50 µg/hari. Selanjutnya pasien mengalami perbaikan klinis dan disarakan untuk rutin kontrol rawat jalan.



Gambar 1. Inspeksi Regio Colli Anterior. Tampak tampak pembesaran minimal.

3. Pembahasan

TH disebutkan lebih banyak pada wanita daripada pria. Umumnya, TH terjadi pada usia dewasa sekitar tiga puluh hingga lima puluh tahun. [4] Hal ini sesuai dengan kasus yaitu terjadi pada wanita usia empat puluh enam tahun. Pasien juga mengalami mudah lelah dan athralgia sejak 2 bulan ini. Gejala dari HT di antaranya yaitu keluhan pada muskuloskeletal seperti linu-linu, kelelahan hingga kaku. Selain itu gejala dari TH yaitu kulit kering, rambut rontok, sembab, konstipasi, kehilangan nafsu makan, bradikardia, menurunnya atensi, dan menstruasi yang tidak teratur. [4,5] Benjolan di sekitar leher dirasakan pasien sejak kurang lebih 1 tahun terakhir dan saat pemeriksaan fisik teraba pembesaran difus yang tidak nyeri dan kesan ikut bergerak saat menelan. Hal ini disebut sebagai goiter. Kelenjar tiroid dikatakan membesar apabila saat dipalpasi teraba sebesar ibu jari orang yang diperiksa. Difus ialah pembesaran bilateral pada kedua lobus. Kriteria pembesaran kelenjar tiroid hasil dari palpasi adalah:

1) Derajat 0: apabila tidak terdapat pembesaran;

2) Derajat 1: apabila terdapat pembesaran, namun belum nampak hanya dengan ekstensi cervikal;

3) Derajat 2: apabila terdapat pembesaran yang sudah bisa terlihat dengan pasien ektensi cervikal. [6]

Goiter yang dialami pasien yaitu difus derajat satu. Selanjutnya goiter dikonfirmasi dengan pemeriksaan USG colli yang didapatkan lesi solid bilateral yang sesuai dengan TIRADS 2. Deteksi awal keganasan dengan USG umumnya menggunakan klasifikasi TIRADS, namun perlu konfirmasi dengan (*Fine Needle Aspiration Biopsy*) FNAB. Pemeriksaan USG pada kasus ini yaitu TIRADS 2 yang mengesankan adanya tiroiditis. Berikut merupakan klasifikasi TIRADS:

1) TIRADS 1: tiroid normal dan tidak perlu FNAB;

2) TIRADS 2: kesan tiroiditis dan tidak perlu FNAB;

3) TIRADS 3 dan 4A: kesan benigna dan dikonfirmasi dengan FNAB;

4) TIRADS 4B dan 5: kesan maligna dan dikonfirmasi dengan FNAB. [7,8]

Oleh karena ditemukan goiter saat pemeriksaan fisik, maka dilakukan pemeriksaan TSH dan FT4 selain USG colli. Kadar TSH pada pasien yaitu sedikit meningkat atau batas atas dari nilai normal (5,5 µIU/mL). Kadar FT4nya normal (1,25 ng/dL). *Thyroid Stimulating Hormone* bertanggungjawab pada sekresi hormon di kelenjar tiroid. Hormon tiroksin bebas atau FT4 (*free* T4) merupakan jumlah total tiroksin yang berasal dari kelenjar tiroid dan beredar di tubuh maupun di kelenjar tiroid itu sendiri. Status iodium seseorang dapat digambarkan dengan *free* T4. [9] Pasien ini tergolong eutiroid karena kadar TSH berada di normal batas atas dan FT4 normal. Oleh karena kadar TSH yang normal cenderung di batas atas, maka dilakukan pemeriksaan anti-TPO untuk mencari penyebab lain terjadinya goiter pada pasien. Anti-TPO dipilih untuk menegakkan diagnosis penyakit tiroid autoimun TH berdasarkan hasil USG TIRADS 2 yang mengarah ke tiroiditis dan TSH yang cenderung tinggi lebih mengarah ke hipotiroidisme. Selain itu, pasien tidak memiliki gejala hipertiroid yaitu tidak berdebar dan tanda vital dalam batas normal. Titer anti-TPO pasien didapatkan 203,8 IU/mL dan sesuai dengan prediktor TH yaitu >121,0 IU/ml. [10]

Diagnosis pasien yaitu TH berdasarkan hasil anti-TPO yang sesuai dengan prediktor Tiroiditis Hashimoto. Selain itu, gejala pasien cepat lelah dan athralgia disertai adanya goiter namun TSH yang normal cenderung tinggi dan FT4 yang normal, maka pasien didiagnosis dengan hipotiroidisme subklinis. Gejala TH banyak yang asimptomatik dan umumnya ditemukan saat pemeriksaan menyeluruh. Hipotiroidisme subklinis juga sering ditemui pada Tiroiditis Hashimoto. [4,5] Kadar TSH yang meningkat sekitar lima hingga lima belas µIU/mL dengan FT4 yang normal merupakan upaya kompensasi pituitari dari kondisi kegagalan primer kelenjar tiroid yang ringan. Pasien ini dikatakan mengalami kegagalan primer kelenjar tiroid disebabkan pasien yang terdiagnosis Tiroiditis Hashimoto. Peradangan pada kelenjar tiroid itu sendiri merupakan kegagalan primer sehingga dapat menurunkan fungsinya. Peradangan yang terjadi pada TH disebabkan autoimun. [1,3] Tombositopenia juga dapat disebabkan oleh proses autoimun. Infeksi virus, *primary marrow disorder* (limpoma, anemia aplastik, leukemia), sirosis hepatis, *disseminated intravascular coagulation* (DIC), *drug induced thrombocytopenia* juga merupakan penyebab tombositopenia. Apabila dari anamnesa, pemeriksaan, fisik dan pemeriksaan laboratorium tidak mengarah ke salah satu dari penyakit di atas, maka perlu dilakukan pemeriksaan untuk membuktikan adanya autoimun sebagai penyebab trombositopenia paling terakhir dipikirkan. Pemeriksaannya dapat berupa *Antinuclear Antibody* (ANA) ataupun profil tiroid dan juga pemeriksan anti-TPO terutama jika terdapat goiter. Apabila anti-TPO positif, maka disebut *immune thrombocytopenia* (ITP) sekunder seperti yang terjadi pada kasus ini yang tombositnya <150.000 setelah tiga ulangan pemeriksaan. Selain itu, sudah banyak studi yang menyebutkan TH yang disertai dengan ITP sekunder. [11,12]

Terapi TH berupa levotiroksin diberikan apabila adanya hipotiroidisme atau TSH >10 µIU/mL. Levotiroksin juga dapat diberikan apabila TSH <10 µIU/mL atau hipotiroidisme subklinis dengan goiter, infertil dan anti-TPO yang tinggi. Pasien diberikan levotiroksin dengan dosis awal 50 µg/hari. Pemberian terapi trombositopenia dilakukan apabila trombosit kurang dari 30.000 atau kurang dari 50.000 dengan adanya tanda perdarahan, maka pada kasus ini hanya dilakukan observasi dan pemeriksaan trombosit ulang. [12] Pasien diedukasi untuk tetap rutin kontrol rawat jalan untuk observasi klinis dan laboratoris serta melihat respon

terapi. Respon tubuh dari masing-masing pasien berbeda pada pemberian levotiroksin. Perlu pemantauan klinis pasien secara rutin terhadap pemberian levotiroksin karena profil tiroid pasien eutiroid walau adanya goiter dan dikhawatirkan munculnya klinis dari hipertiroid seperti takikardia. Akan tetapi jika respon terapi baik maka levotiroksin dapat terus dilanjutkan. Rutin kontrol juga diperlukan agar kualitas hidup pasien baik dan perkembangan penyakit tidak menjadi lebih buruk.

4. Kesimpulan

Hipotiroidisme subklinis berupa goiter difus dan TSH sedikit meningkat perlu dilakukan USG ataupun anti-TPO untuk penegakan diagnosisnya. Trombositopenia persisten dapat dicurigai penyakit autoimun tiroid terutama bila terdapat goiter.

5. Saran

Pemeriksaan FNAB merupakan pemeriksaan paling terakhir yang dilakukan apabila hasil titer anti-TPO tidak sesuai dengan prediktor Tiroidis Hashimoto dan atau USG dengan TIRADS 3 hingga 5, mengingat FNAB merupakan pemeriksaan yang invasif.

6. Ucapan Terima Kasih

Penulis berterima kasih kepada pasien, rumah sakit dan dr. Adi Mulyono, Sp.PD yang mewadahi untuk pembuatan laporan kasus ini.

6. Daftar Pustaka

[1] Hagström E, Steg PG, Szarek M, Bhatt DL, Bittner VA, Danchin N, et al. Apolipoprotein B, Residual Cardiovascular Risk After Acute Coronary Syndrome, and Effects of Alirocumab. Circulation 202 Hiromatsu Y, Satoh H, Amino N. Hashimoto's thyroiditis: history and future outlook. Hormones (Athens). 2013;12(1):12–8. doi: 10.1007/bf03401282

[2] Ikatan Dokter Anak Indonesia. Panduan Praktik Klinis Ikatan Dokter Anak Indonesia: Diagnosis dan Tata Laksana Tiroiditis Hashimoto [Internet]. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2017 Mar [cited 2023 Des 20]. Available from: https://spesialis1.ika.fk.unair.ac.id/wp-content/uploads/2017/03/Panduan-Praktik-Klinis-Diagnosis-dan-Tatalaksana-Tiroiditis-Hashimoto.pdf

[3] Salvatore D, Davies TF, Schlumberger M-J, Hay ID, Larsen PR. Thyroid Physiology and Diagnostic Evaluation of Patients with Thyroid Disorders. In: Williams Textbook of Endocrinology. 2011.

[4] Akamizu T, Amino N. Hashimoto's Thyroiditis-Endotext - NCBI Bookshelf [Internet]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285557/

[5] Gosi SKY, Garla VV. Subclinical Hypothyroidism-StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536970/

[6] Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Surveilans untuk Mengatasi Masalah Gangguan Akibat Kekurangan Iodium [Internet]. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2017 Sep [cited 2023 Des 20]. Available from: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4298/1/Buku%20Surveilans%20untuk%20Mengatasi%20Masalah%20Gangguan%20Akibat%20Kekurangan%20Iodium.pdf

[7] Moifo B, Takoeta EO, Tambe J, Blan F, Fotsin JG. Reliability of Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) Classification in Differentiating Benign from Malignant Thyroid Nodules. OJ Rad. 2013;3:103-107. doi: 10.4236/ojrad.2013.33016

[8] Grant EG, Tessler FN, Hoang JK, Langer JE, Beland MD, Berland LL, Cronan JJ, Desser TS, Frates MC, Hamper UM, Middleton WD, Reading CC, Scoutt LM, Stavros AT, Teefey SA. Thyroid Ultrasound Reporting Lexicon: White Paper of the ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TIRADS) Committee. JACR. 2015;12: 1272-9. doi:10.1016/j.jacr.2015.07.011

[9] Wibowo A, Kumorowulan S, Prihatin A. Kadar Antibodi-Tiroperoksidase dan Antibodi-Triglobulin pada Wanita Usia Subur di Daerah Endemis GAKI. MGMI. 2010; 2 (1): 70-77.

[10] Realiska IK, Dwipayana IMP. Seorang penderita tiroiditis hashimoto dan kaitannya dengan riwayat utikaria kronis serta keganasan Rahim. Intisari medis. 2021;12(1):433-436. doi: 10.15562/ism.v12i1.900

[11] Tahir H, Sheraz F, Sagi J, Daruwalla V. Immune Thrombocytopenia (ITP) Secondary to Subclinical Hashimoto's Thyroiditis. J Investig Med High Impact Case Rep. 2016;4(2). doi: 10.1177/2324709616647085

[12] Sianipar NB. Trombositopenia dan Berbagai Penyebabnya. CDK-217. 2014;41(6):416-421.