

Εισαγωγή

Η **θυρεοειδίτιδα Riedel (RT)** αποτελεί μια σπάνια, χρόνια φλεγμονώδη διαταραχή του θυρεοειδούς. Η συνύπαρξή της με την **οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση (RPF)** είναι εξαιρετικά σπάνια.

Αν και η αιτιολογία παραμένει ασαφής, νεότερα δεδομένα εντάσσουν και τις δύο οντότητες στο φάσμα των νοσημάτων που σχετίζονται με την **IgG4 (IgG4-RD)**, τα οποία προκαλούν λεμφοπλάσματοκυτταρική διήθηση και ίνωση σε πολλαπλά συστήματα.

Παρουσίαση Περιστατικού

Ιστορικό

Άνδρας 34 ετών με υποθυρεοειδισμό Hashimoto. Προσήλθε στα ΕΙ της Ενδοκρινολογικής με **ανώδυνη, προοδευτικά αυξανόμενη διόγκωση** στην πρόσθια τραχηλική χώρα και δεκαημερή πυρετική κίνηση (έναρξη προ 8μήνου).

Αρχικά αποδόθηκε σε υποξεία θυρεοειδίτιδα. Χωρίς βελτίωση με γλυκοκορτικοειδή.

Κλινική Εικόνα

Θυρεοειδής διογκωμένος, με **σκληρή σύσταση** και ήπια πιεστικά συμπτώματα.



Εικόνα 1: Τραχηλική διόγκωση

Εργαστηριακός Έλεγχος

TSH 3.35 mIU/L, **Anti-TPO 1140 IU/l (<35)**, **Anti-Tg 600IU/l (<250)**, **CRP 73 mg/dl (<5)**, **TKE 65mm/h (<15)**

IgG4 πλάσματος: Φυσιολογική

Διαγνωστική Προσέγγιση

Υπέρηχος

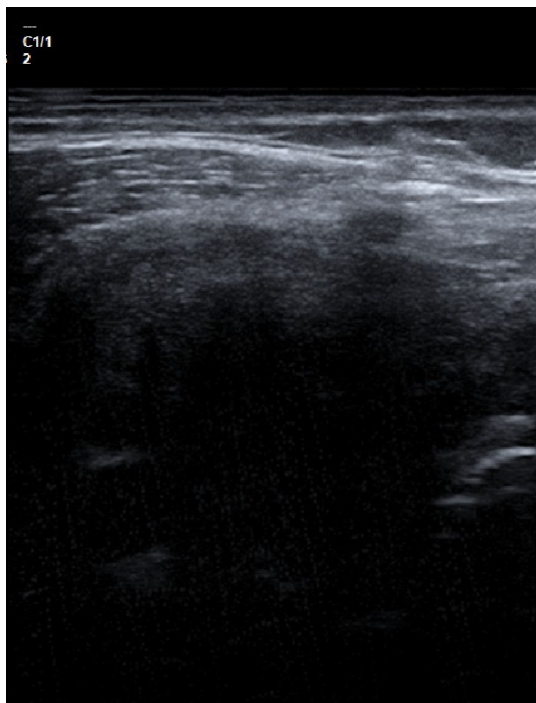
Διάχυτα διογκωμένος, υποηχοϊκός, υποαγγειούμενος αδένας

FNA

Μη διαγνωστική

Core Biopsy

Ινώδης ιστός και φλεγμονώδη κύτταρα χωρίς θυλακικά στοιχεία. **IgG4 (-)**



Εικόνα 2: Υπέρηχος θυρεοειδούς

Εξέλιξη Νόσου

Εμφάνιση **οξέος άλγους υπογαστρίου** με αντανάκλαση στον δεξιό όρχι.



Εικόνα 3: Αξονική κοιλίας

→ **Διάγνωση: Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση**

CT Κοιλίας:

Ινοφλεγμονώδης μάζα 9x10 εκ οπισθοπεριτοναϊκά

Περιβρόγχιση αορτής & κάτω κοίλης

Πίεση δεξιού ουρητήρα → Υδρονέφρωση.

Νεφρόγραμμα (5mCi ^{99m}Tc):

Ασύμμετρη συμμετοχή νεφρών στην νεφρική λειτουργία (89% AP και 11% ΔΕ)

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Διεπιστημονική συνεργασία: Ενδοκρινολόγοι, Ρευματολόγοι, Ουρολόγοι.

Φαρμακευτική

Μεθυλπρεδνιζολόνη 60mg σε σταδιακό tapering → **Rituximab 375 mg/m²** εβδομαδιαίως για 4 εβδομάδες

Επεμβατική

Stent δεξιού ουρητήρα (double-J).

Μερική υποχώρηση τραχηλικής διόγκωσης και οπισθοπεριτοναϊκής μάζας.

Συμπεράσματα

➤ Σπάνια συνύπαρξη RT και RPF, υποστηρίζοντας την κοινή παθοφυσιολογία IgG4-RD.

➤ Η αρνητική ανοσοϊστοχημεία IgG4 **δεν αποκλείει** τη διάγνωση.

Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι κρίσιμη για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.