

## سل خدھ تیر و ئید

مجله نظام از شکی

مال سوم ، شماره ۵ ، صفحه ۴۰۷ ، ۱۳۵۲

دکتر هوشنگ صادقی نژاد، دکتر احمد عسکری افشار، دکتر جواد مرحمتی\*

فقط سه مورد اندوارد ذکر شده در جدول، دچار سل غده تیر و ئید بوده اند که دو مورد آن به تفصیل در این مقاله شرح داده خواهد شد. مورد سوم با وجود اینکه بر طبق گزارش بافت شناسی، سل غده تیر و ئید بوده و مقاطع بافت شناسی به مبارز برای کنترل مجدد در بایگانی مقاطع موجود نبوده، لذا به اختصار گزارش داده خواهد شد و از شرح مفصل آن در این مقاله خودداری می شود. در طول همین مدت در مرکز پزشکی پهلوی، ۱۶۶۲ مورد عمل جراحی روی غده تیر و ئید انجام گرفته است. (جدول-۲)

**جدول-۲-آمار بیماریهای خوش خیم و بد خیم تیر و ئید که در مرکز پزشکی پهلوی، بین سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۵۱ مورد عمل جراحی قرار گرفته اند.**

سل غده تیر و ئید بیماری نادری است. در گزارش جامعی که بوسیله Goldfarb (۱) تهیه شده، تنها ۲۸ مورد تا سال ۱۹۶۵ در تاریخ پزشکی دیده شده و از آن پس نیز فقط موارد معنو دی گزارش گردیده است (۲-۳). با اینکه مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران (۴) حاکم است که در طول ۱۶ سال، از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۵۱، ۳۴۴۱ بیماری از اذاناع مختلف، بجز ۱۳۵۱ تیر و ئید، تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. وجود سل در آنها با امتحان آسیب شناسی مشخص شده است (جدول-۱).

**جدول-۱-آمار بیماران مبتلا به سل پذیرفته شده در مرکز پزشکی پهلوی به استثنای سل ریه، از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۵۱**

درصد	مجموعاً	مرد	زن	نوع اینلای تیر و ئید
۳۴.۶	۵۷۷	۹۱	۴۸۶	۱- گواتر ساده (منتشر)
۳۲.۶	۵۴۳	۹۰	۴۵۳	۲- گواتر مدور (آدموم)
۴.۶	۷۸	۲۲	۵۶	۳- گواترسنی
۳.۵	۵۷	۱	۵۶	۴- کیستهای تیر و ئید
				۵- تیر و ئیدیت ها
۱.۳	۲۲	۱۹	۳	الف- هاشمیتو
۰.۹۸	۳	-	۳	ب- بیماری دوکرون
۰.۹۸	۲	۱	۲	ج- بیماری ریدل استرومما
۰.۹۸	۲	۱	۲	د- سل تیر و ئید
۰.۹۶	۱	۱	-	ه- گرانولوماتی جم خارجی
				۶- سلطان تیر و ئید
				الف- آدنوكارسینوم ها
۱.۳۱	۲۱۹	۷۹	۱۴۰	کارسینوم دایبلر
۴.۶	۷۸	۲۴	۴۴	کارسینوم فولیکولر
۱.۵	۲۶	۶	۲۰	کارسینوم پاپیلو فولیکولر
۱.۳	۲۳	۱۹	۷	کارسینوم مدور
۱.۰	۱۷	۱۱	۶	کارسینوم اذیفراسیه
۰.۹۲	۲	-	۲	آدنوكارسینوم هورنول
۰.۹۲	۲	-	۲	کارسینوم اسپینوسولار
۰.۹۵	۸	۴	۴	ب- سارکوم ها
جمع				
%۱۰۰	۱۶۶۲	۳۷۶	۱۲۸۶	

عضو مبتلا	عدد بیماران	درصد
۱- غدد لنفاوی	۲۲۹۲	۶۹.۵
۲- سل صفاتی	۲۷۸	۸.۰
۳- پوبست	۲۳۷	۶.۸
۴- ادراری- تناسلي (مرد، زن)	۱۴۹	۴.۳
۵- صورت، گوش و گلو و بینی	۱۰۶	۳.۰
۶- کبد	۴۵	۱.۳
۷- غدد بزاقی	۴۴	۱.۲
۸- تغایر شوکی، منز و پرده های آن	۳۶	۱.۰
۹- لوله گوارش	۳۶	۱.۰
۱۰- استخوانها، مهره ها	۳۲	۰.۹
۱۱- پستان	۲۶	۰.۷
۱۲- پریکارد	۱۸	۰.۵
۱۳- زبان	۹	۰.۲۶
۱۴- لبها	۸	۰.۲۳
۱۵- طحال	۶	۰.۱۷
۱۶- ملتجمه جشم	۲	۰.۰۸
۱۷- غده تیر و ئید	۲	۰.۰۸
۱۸- غده فوق کلیه	۲	۰.۰۵
۱۹- اعصابی نامشخص	۱۱	۰.۳
جمع		۳۴۴۱
%۱۰۰		

\* بخش ۲ جراحی - مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

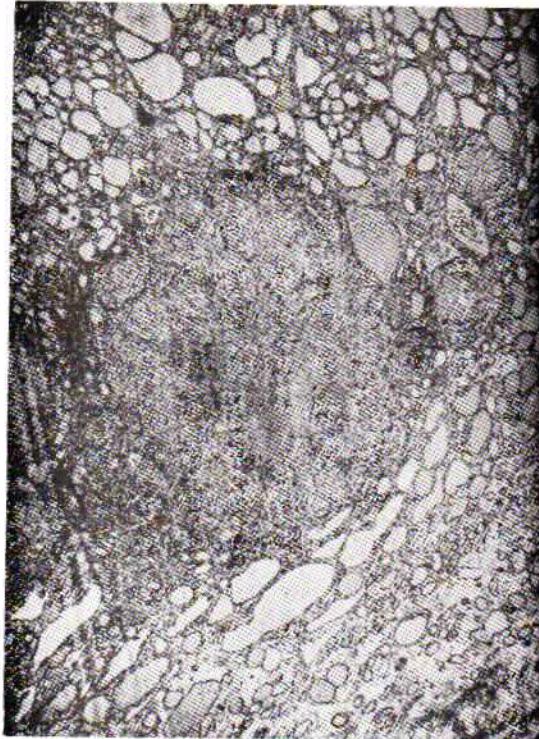
ارتشاح لغنوپلاسموسیتر بود. بیمار پیوسته در درمانگاه تحت قلل قرار داشت. چند ماهی را بسلامت کامل گذراند. ولی در ۱۷ تیرماه ۱۳۵۰ دوباره باعلائم دمل سرینی و ندولی در طرف چپ گردید مراجعت کرد.

درین این اعمال سه مورد آن سل تیر و یید بوده است (۴). درین آمار درصد میزان سل غده تیر و یید کمتر از  $\frac{1}{500}$  تمام اعمال جراحی تیر و یید و کمتر از  $\frac{1}{1000}$  تمام انواع سل مبایشد و این آمار با آمار بین المللی تطابق دارد (۵).

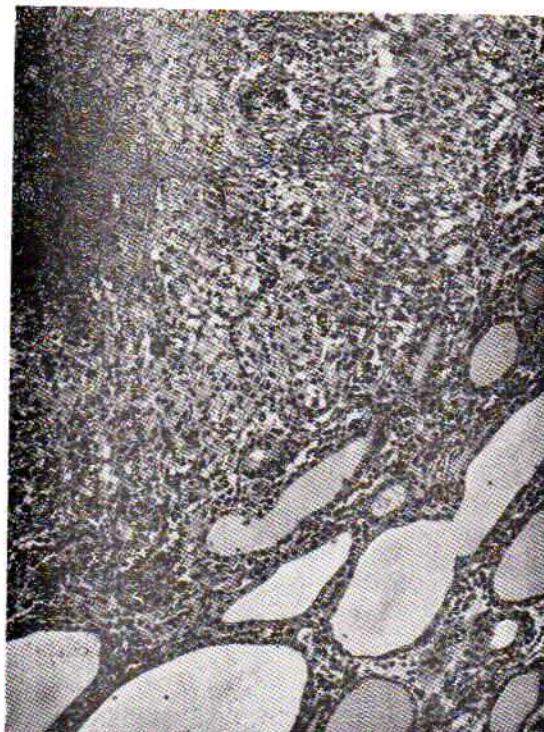
#### گزارش موارد بیماری

**مورد اول:** مرد جوان ۱۷ ساله‌ای در تاریخ ۱۲۶ آذرماه ۱۳۴۹، در بخش ۲ جراحی مرکز پزشکی پهلوی بعلت وجود فیستول در ناحیه سرینی چپ بسفری شد. سابقه بروز فیستول از ۹ ماه قبل از بستری شدن بوده و بیمار به مدت ۸ ماه تپ خفیفی داشته است. در سابقه شخصی و خانوادگی او نکته مهمی وجود نداشت. در معاینهات عادی که از بیمار بعمل آمد در لوب چپ تیر و یید ندولی وجود داشت که بیمار راجع به چگونگی پیدایش آن چیزی نمی‌دانست. در تجسسات بیشتر آشکار شد که بیمار ۱۵ هزار لکوست، ۵۵٪ سکمامنه و ۴۰٪ لغنوست دارد. در فیستول لوگرام راههای فیستولی متعددی که بعمق عضلات سرینی نفوذ کرده بود مشاهده شد. درجه حرارت ۳۸ درجه و تست توبرکولین دوبلایه رشد کرد. میکروب سل در امتحان مستقیم دیده نشد، ولی بعداً در محیط کشت بدست آمد، تست تلقیح به خوکجه هندی نیز بعدازمه ماه تشخیص را مسجل کرد. مجدداً بیمار در اول بهمن ماه ۱۳۴۹ مورد عمل جراحی تیر و یید واقع شد. پس از برش عرضی و بریدن عضلات پوستی و باز کردن تمام عضلات جلوی گردان، اول لوب راست امتحان شد که از نظر اندازه و شکل طبیعی بود. لوب چپ بزرگ و بشکل دهلی بود که عضلات جلوی گردن چسبندگی داشت. درین تشریح کپسول غده پاره شد و محتوا آن که ماده سفید و پنیری شکل و بی بو بود خارج گشت. برای بیمار عمل همی تیر و یید کنومی سوب‌وتال طرف چپ انجام شد. درین عمل قسمتهای قدامی و طرفی لوب چپ برداشته و کمی از قسمت خلفی غده که بنظر بافت تیر و یید سالم عیزیزید بر جای گذاشده شد. زخم‌ها از درن گذاری بسته شد. بیمار بتدریج بهبود یافت. داروهای ضد سلی از اولین روز بعد از اولین عمل بیمار شروع شد. در این درمان از استریتوکامایوین روزی بیکم میگرم به مدت سه ماه، آسید پارآمینوسالی سیلیک ۱۲۰ قرص روزانه و اسید ایزو نیکوتینیک ۶ قرص روزانه استفاده گردید. زخم سرینی و تیر و یید هردو بهبود یافت و بیمار در ۱۲ بهمن ماه ۱۳۴۹ مرخص گردید.

در امتحان آسیب‌شناسی بیمار، فولیکولهای سلی همراه با کارزئی فیکالسیون در بافت تیر و یید دیده شد (عکس شماره ۱ و ۲). یافته بافت‌شناسی فیستول سرینی مبین بافت گرانولواسیون همراه با



شکل ۱- سل غده تیر و یید، نیدان گوجک هیکر و سکب.



شکل ۲- سل غده تیر و یید، نیدان بزرگ هیکر و سکب.

دانشمندان روسی عقیده دارند که علت آن فراوانی گردش خون تیر و ظید (۳/۵ تا ۶ میلی لیتر در دقیقه) و مقادیر معتنابهی ید دروغه است. نادر بودن بیماری را میتوان از گزارش Mayo Clinic استنباط کرد (۵) که درین ۲۰۷۵۵ جراحی روی غده تیر و ظید که در عرض یازده سال انجام گردیده، فقط ۲۱ مورد سل غده تیر و ظید گزارش شده است که میزان شیوع آن ۱/۱ درصد بوده است.

بیماری عموماً بعداز دهه سوم زندگی بروز میکند و مانند دیگر اختلالات تیر و ظید، در زنان بیش از مردان شایع است. سل تیر و ظید ممکن است با سایر اختلالات تیر و ظید همراه بوده یا بصورت یک عارضه مجزا دیده شود. نکته جالب این است که تقریباً در تمام موارد گزارش شده تشخیص سل تیر و ظید اتفاقی بوده و مواردی شبیه به موردی که در این مقاله ذکر شد وجود دارد که بیمار بعلت تظاهرات دیگر سل به طبیب مراجعت کرده، و سل تیر و ظید اتفاقاً کشف شده است.

از نظر بافت‌شناسی سل تیر و ظید به دو صورت تظاهر میکند: ۱- دمل سرد. ۲- ندول یا تومور.

Reichmann (۶) معتقد است که سه نوع ضایعه بافت‌شناسی مجزا وجود دارد.

## ۱- فولیکولر ۲- کازئوز ۳- آبسه

ولی مؤلفان روسی (۳) بر این عقیده‌اند که کازئی فیکاسیون و تشکیل دمل در حقیقت مراحل مختلف یک شکل آسیب‌شناسی بیماری میباشد. در هر صورت یافته بافت‌شناسی بیماری عبارت از فولیکول‌های پراکنده‌ای است که در مرکز آنها پنیری شکل (کازئی فیه) بوده و اطراف آنها را سلولهای اپیتلیومیدوژانت احاطه کرده است و بعداً فولیکولها بزرگتر شده و بهم می‌پوندد و جانشین بافت طبیعی یک لوب تیر و ظید میگردد. در موارد خیلی پیشرفته، کپسول تیر و ظید و حتی نسوج مجاور تحت تهاجم عفونت سلی قرار میگیرد.

تشخیص افتراقی بیماری با گواترندولر یا در موارد پیشرفت، با گواترنتشر مطرح میشود و چون گاهی در لمس قوام سفتی دارد ممکن است با تیر و ظیدیت‌های مزمن (هاشیموتو، دیدل) نیز اشتباه شود. بجز عارض عمومی سل، عارض موضعی نیز ممکن است پیش آید، مثل ایجاد فیستول به پوست یا نسوج اطراف و تشکیل دمل سرد در اطراف مری یا تراشه که این عارضه ممکن است سبب فشرده شدن مری روی ستون مهره‌ها شود و یا دمل وارد مدیاستن شده و فشار در این ناحیه را موجب گردد.

از نظر تشخیص قطعی، Seed (۶) معتقد است که تشخیص دمل سلی تیر و ظید را باید فقط در موارد زیر مطرح کرد.

در پونکسیون ناحیه سرینی ۲۵ میلی ایترچرک سفید متمایل به زرد خارج گردید که در کشت و تلقیح به خوکچه هندی میکرب سل در آن یافت شد. برای بیمار مجدداً اسکن تیر و ظید در خواست شد که در آن لوب راست تیر و ظید بزرگ ولوب چپ همچنان نامرئی بود و نشان میداد که به عیچوجه نسج سالم در طرف چپ وجود ندارد. کلیه آزمایش‌های معمولی که از بیمار بعمل آمد در حدود طبیعی بود. بیمار در ۱۳۵ مردادماه ۱۴۲ تحقیق عمل جراحی قرار گرفت، در طرف چپ گردن دمل سردی وجود داشت. با قیامانده لوب چپ برداشته شد که در کشت و تلقیح محتویات آبسه به خوکچه هندی، سل تیر و ظید مسجل گردید. بعد از عمل بیمار چهار عسرت تکلم (دیسفوئی) شد که بمنظور میرسید بعلت ضایعه ناشی از ضربه به عصب راجعه چپ باشد. این عارضه تدریجیا به بودیافت و اکنون بیمار هیچگونه شکایتی ندارد.

یافته بافت‌شناسی نمونه دوم نیز شبیه نمونه اول بود، بیمار هر سه ماه یکبار بدرمانگاه مراجعت کرده و حال عمومی او خوب است. مورد دوم - زن ۴۵ ساله‌ای است که در ۱۳۴۳ به بیمارستان پذیرفته شد، بیمار از وجود تودهای در گردن شکایت داشت. سابقه پیدایش این توده از ۱۵ سال قبل از مراجعت بوده اما بتازگی چند ندول کسوچک دیگر در گردن خود حس کرده و همین سبب شده بود که بچندین پزشک و سرانجام بهم گزپزشکی پهلوی مراجعت کند. بعد از یک سلسه امتحانات کامل پزشکی بیمار با تشخیص گواترندولر عمل شد. درین عمل چرک سفید پنیری شکل در لوب چپ وجود داشت که خارج شد. عملی که برای بیمار انجام شد همی تیر و ظید کتونی سوب توtal بود. یافته بافت‌شناسی از نمونه خارج شده از گردن بیمار، با سل تیر و ظید مطابقت داشت. درمان بیمار با داروهای ضدسلی شروع شد و باحال عمومی خوب مرخص گردید و تاکنون هیچ گونه گزارشی حاکی از عود بیماری در این بیمار وجود ندارد.

مورد سوم - زن ۳۵ ساله‌ای است که در ۱۳۳۸ دیماه ۲۰ میلادی با تشخیص گواترندولر بستری شده است. از ۷ سال پیش تودهای در گردن داشته و پکسال قبل از آخرین مراجعت مورد عمل جراحی قرار گرفته است. متاسفانه گزارش عمل جراحی بیمار بدبخت نیامد. در امتحانات بالینی درسطح قدامی گردن بر جستگی داشته است که تحت عمل جراحی قرار گرفته و یافته بافت‌شناسی مؤید سل تیر و ظید بوده است.

بحث:

سل تیر و ظید یک پدیده هم‌آویز میباشد. میکرب بیماری از راه جریان خون به غده میرسد. میزان شیوع آن کمتر از  $\frac{1}{10}$  درصد تمام موارد سل اعضای مختلف است. دلیل نادر بودن بیماری هنوز کاملاً روش نیست و احتمالاً مطالعه و تحقیق بیشتری دارد.

Clute (۱۴) و Smith (۱۵) در ۱۲۰۰ جراحی تیروئید فقط یک مورد سل تیروئید شرح داده‌اند.

سل تیروئید ندرتاً بر اثر بسط ضایعه‌سالی از عقده‌های لنفاوی گردن یا از سل حنجره بوجود می‌آید. در هیچیک از بیماران عارضه‌سالی منجر به میکسدم نشده است. همانطور که قبل ذکر شد در بعضی موارد سل غده تیروئید، عارضه‌ای بصورت تشکیل فیستول ایجاد می‌گردد، ولی هیچیک از سه موردی که ما در مرکز پزشکی بهلوی داشته‌ایم دچار این عارضه نشده‌اند و Kritski (۳) دانشمندوسی نیز عقیده دارد که این عارضه نادر است.

در تاریخ پزشکی هیچگونه گزارشی وجود ندارد که ثابت کند بیمار بی دخالت جراحی و تنها با معالجه طبی بهبود یافته باشد. دلیل این موضوع کاملاً روش است، چون تقریباً در تمام موارد تشخیص قطعی روی تخت عمل، یا گاهی اوقات با گزارش آسیب شناسی ثابت شده است. درمان جراحی شکافتن و درناز ساده یا تیروئید کتوهی است. اگرچه در عمل دوم خطر صدمه زدن به عصب راجعه وجود دارد.

روسها تیروئید کتونی سوب‌توال یک‌طرفه یا دو‌طرفه را پیشنهاد می‌کنند ولی در مورد بیمار ما، این عمل کافی نبوده و ما مجبور شدیم با عمل جراحی مجدد تمام یک لوب تیروئید را برداشیم. متعاقب درمان جراحی باید حداقل تا دوسال درمان با داروهای ضد سلی را ادامه داد. میزان عود با این درمان خیلی کم است.

#### خلاصه و نتیجه

سل غده تیروئید حتی در مناطقی که بیماری سل بصورت آنده‌یک وجود دارد نادر است. ظاهرآ عالم‌بالینی اختصاصی در این بیماری وجود ندارد. عمولاً علتی که بیماران را نزد طبیب راهنمایی می‌کند وجود توده‌ای در تیروئید می‌باشد. سل تیروئید ممکن است در سطح پوست فیستولی تشکیل دهد و یا بصورت دمل سرقت‌ناهای کند. در بخش دو جراحی مرکز پزشکی بهلوی در سال گذشته یک مورد سل تیروئید مورد درمان جراحی و درمان طبی متعاقب آن واقع شده است. ما در بایگانی مرکز پزشکی بهلوی و انتیتو تاچ بهلوی دو مورد دیگر یافته‌ایم.

در تاریخ پزشکی موارد گزارش شده سل تیروئید زیاد نیست فقط گزارشات چندی از کشور روسیه داده شده است.

۱- وقتی که با سیل سل درغده یافت شود. ۲- وقتی که غده تیروئید دچار نکروز یا دمل باشد. ۳- وقتی که عارضه تیروئید همراه با یک کانون سلی درجای دیگر باشد.

نامبرده با استفاده معیارهای فوق ۱۴۰۰ مورد گواهی بررسی نموده ولی نتوانست از نظر آسیب‌شناسی وجود سل را درغده تیروئید ثابت کند.

Jaffe (۷) در سال ۱۹۳۰، ۲۱ مورد سل تیروئید را بین ۳۰۰ عمل تیروئید گزارش داد که از نظر میکرو‌سکپی دارای تشکیلات ندولری مشکل از سلولهای اپی تایروئید و زانت بوده و شباهت تامی به توبن کولهای سلی داشته است، ولی با سیل سل را در هیچیک از آنها نیافته است و از این نظر او عقیده دارد که این تغییرات یک حالت واکنشی مخصوص در بافت تیروئید است که به عفونت وابسته نبوده و چون در توبن کولهای که نامبرده شد کازمی فیکاسیون یا اصلاح نبوده و یا بمقدار کم وجود داشته فکر می‌کرد اکثریت موارد مشابهی که به این ترتیب شرح داده شده منشاء سلی نداشته است.

براساس این گزارش، Pina Sacca (۸) سعی کرد که این دونوع را از نظر بافت‌شناسی از یکدیگر متمایز سازد و Holtz Schelling (۹) (تشخیص Giant cell Variant اشکال بالسلولهای زانت) را با مطالعه در این موارد مطرح کردند.

Postlethwaite و همکاران (۱۱) تاریخ پزشکی را تا سال ۱۹۴۶ می‌ورکردند و جمعاً ۲۶ مورد دمل سلی تیروئید یافته‌اند، آنها مورد بیست و هفتم را گزارش دادند. مورد گزارش شده آنها، بیماری بود که در جلوی گردن بعلت سل، سینوسی داشت که بخارج سر باز کرده بود و وقتی از محتویات آن امتحان کردند قرائی بروجود می‌کرب سل دلالت می‌کرد. بنظر آنها مهمترین علامت در این بیماری بر جستگی و تورم جلوی گردن می‌باشد. فقط یک مورد در بیماران آنها عالم‌عینی و ذهنی هیپر تیروئیدیسم داشت. موردی را که Goldfarb (۱) معرفی می‌کند نیز دارای عالم تیروئیدیت (تورم دردناک تیروئید و تب) بوده است.

Curtis و Klassen (۱۲) متوجه از ۳۰ مورد تیروئیدیت سلی را در تاریخ پزشکی گزارش دادند ولی با بررسی بیشتر فقط در ۱۷ مورد ثابت شد که دمل آنها ناشی از میکروب سل بوده است. Levitt (۳) فقط دو مورد تیروئیدیت سلی را در بین ۲۱۱۴ تیروئید کتونی شرح میدهد.

## REFERENCES

- 1- Coldfarb H, et al. Thyroiditis Caused by Tuberculous Abscess of the Thyroid Gland. Amer J.Med.,38: 825, 1965.
- 2- Reichmann J, et al. Tuberculosis of the Thyroid Gland, Bruns Beite Klin Chir. 213; 317-24,1966.
- 3- Kritski VN, et al. Tuberculosis of the Thyroid Prabl. Endokr (Moskva) 13; 18-20, July-August 1967.
- 4- Pahlavi Medical Center, Department of Pathology, Division of the Pathologic Records. (1956 to 1972).
- 5- Rankin, F.W. and Graham, A.S. Tuberculosis of the Thyroid Gland. Ann. Surg. 96; 625, 1932.
- 6- Seed; L. In: Goldberg's. Clinical Tuberculosis, 2nd ed. Philadelphia. 1939. F.A. Davis Co.
- 7- Jaffe, R.H. Tubercl Like Structure in Human Goiter. Arch. Surg., 21; 717, 1930.
- 8- Pina Sacca F. Histologic Dinstinction Between Subacute Parenchymatous Thyroiditis and Tuberculosis. Minerva Med., 1; 334, 1949.
- 9- Schelling, J.A. Struma Lymphomatosa, Struma Fibros and Thyroiditis, Surg. Gynec, Obst. 81: 533, 1945.
- 10- Holtz, R. Struma Fibrosa-giant Cell Variant - Ohio - State. M. J., 43; 1153, 1947.
- 11- Postlethwaite, N. W. and Berg. P. Tuberculous Abscess of the Thyroid Gland, Arch. Surg , 96 : 625, 1944.
- 12- Klassen, K.P. and Curtis, G.M. Tuberculous Abscess of the Thyroid Gland. Surgery, 17,502, 1948.
- 13 Levitt, T: The Status of Lymphadenoid Goiter. Hashimoto's and Riedel,s Disease, Ann. Roy. Coll. Surgeons 10; 369, 1952.
- 14- Clute, H. M., and Lahey, F. M. Thyroiditis: Ann. Surg. 95; 493, 1932.
- 15- Smith, L.W. and Leech, J. V. Tubercl Like Nodules in Goiter S, Clin North America, 8; 185. 1928.