

سل تیروئید

گزارش ۱۲ مورد

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۶، صفحه ۳۹۵، ۱۳۶۱

دکتر وهاب فطوره چی - دکتر مهرانگیز حاتمى * دکتر تقی شریعتمداری **

مقدمه:

بیماری سل تیروئید که از شناخت آن بیش از یک قرن میگذرد از بیماریهای نادری است که در ایران کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. در سابق گفته میشد که غده تیروئید در مقابل عفونت بسیار مقاوم است و کمتر گرفتار سل میگردد ولی بتدریج موارد زیادی در نوشته‌های طبی گزارش شده است. تا سال ۱۹۴۴ تقریباً ۱۵۵ مورد جمع آوری شده بود (۱) و در دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰، ده مورد دیگر (۲) گزارش شده است.

اخیراً در بیمارستان دکتر شریعتی ۴ بیمار که در آنها تظاهر سل تیروئید بصورت ندول سرد همراه با آبسه سلی بوده است، مشاهده نمودیم. ضمن بررسی بیشتر از میان ۲۸۴۰ نمونه تیروئید جراحی شده در بیمارستان امام خمینی، ۸ مورد قطعی سل تیروئید نیز یافتیم. در این گزارش ضمن بررسی این بیماران طبقه بندی بالینی مناسبی برای ابتلاء سلی تیروئید با در نظر گرفتن بیماران فعلی و بیماران گزارش شده قبلی ارائه میگردد.

روش بررسی و نحوه مطالعه:

در ۴ بیماری که در بیمارستان دکتر شریعتی مشاهده کردیم وجود ندول سرد تیروئید و آبسه باستوگرافی تیروئید و سونوگرافی و بدنبال آن تشخیص سل با درناز آبسه و مشاهده باسیل مقاوم به اسید یا کشت مثبت جهت میکوباکتریوم توبر کولوزیس تأیید گردید. ضمناً نمونه‌های آسیب شناسی تیروئید که بین فروردین ماه سال ۱۳۳۵ تا آبان ماه سال ۱۳۶۰ به بخش مرکز تحقیقات انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی ارسال شده بود مورد بررسی

قرار گرفت. از میان ۲۸۴۰ نمونه تیروئید ارسالی ۱۴ نمونه تشخیص توبر کولوز تیروئید را داشتند که از میان ۶ مورد پس از مطالعه مجدد توسط ۳ آسیب شناس دانشگاهی کنار گذاشته شد. تشخیص نهایی این موارد در ۲ مورد تیروئیدیت گرانولوماتو بود و ۴ مورد نیز که احتمالاً سل تیروئید داشتند بعلمت عدم وجود دلایل کافی آسیب شناسی حذف شدند. معیار ما برای تشخیص سل تیروئید وجود گرانولوم سلی شامل سلولهای اپیتلیوئیدوژانت، فیروز و ارتشاح لنفوسیتی همراه بانکروز کازیفیه بود. همچنین برای تشخیص سل تیروئید وجود ضایعات سلی در داخل کپسول و نسج تیروئید الزامی دانسته شد. در مورد بیماران مبتلا به سل تیروئید خلاصه پرونده موجود در بخش آسیب شناسی مورد مرور و بررسی قرار گرفت. باتمام بیماران مکاتبه برای پیگیری بعمل آمد و بیمارانی که مراجعه نمودند توسط دکتر (و-ف) معاینه شدند. در همه آنها ضایعه سلی بهبود یافته بود و علائم پرکاری و کم کاری تیروئید یافت نشد. از قالبهای پارافینی قابل دسترس ۴ بیمار برشهای مجدد تهیه و بروش اورامین فلوروکروم جهت مشاهده باسیل مقاوم به اسید رنگ آمیزی گردید که در ۱ مورد مثبت بود.

نتیجه:

خلاصه خصوصیات بالینی، آزمایشگاهی و آسیب شناسی بیماران مبتلا به سل تیروئید در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. از ۱۲ مورد بررسی شده سل تیروئید، ۹ مورد (۷۵ درصد) زن و ۳

* بیمارستان دکتر علی شریعتی، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

** بخش سرطان بیمارستان امام خمینی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

جدول شماره ۱: منحنی‌های بیمارانی مبتلایان به تیروئید

| نام بیمار | سن | تکانه‌های اصلی بیمار | با منحنی‌های اصلی بالینی | یافته‌های آزمایشگاهی | | | | آسیب شناسی |
|------------|----|-------------------------------------|--|----------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | | آزمایش توپروکولوزین | با کترپولوزی T3, T4, ETR* | سرعت رسوب گلبولین | اسکن تیروئید | |
| بی بی - ۱ | ۶۵ | توده درناک گردن | توده‌ای با قوام سخت و ابتلا به پوست و فیستول قدام گردن | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | توپروکولوزی زشور تیروئید |
| صدیقه - ۱ | ۴۵ | توده‌های گردنی | شدول تیروئید و آدنوپاتی‌های گردنی | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | توپروکولوزی فولیکولر کازشعیه تیروئید + آدنیت سلی |
| عزرا - ۳ | ۳۰ | توده قدام گردن | توده سخت تیروئید، کا هن وزن | انجام نشده | انجام نشده | طبیعی | انجام نشده | آبسه سردسلی تیروئید |
| حسن - ۱ | ۱۷ | فیستول ناحیه برین توده در دناک گردن | توده سخت تیروئید، آبسه احتما لای سلی ناحیه برین، عود | - | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | توپروکولوزی رتوزجم تیروئید + آدنیت سلی |
| الیهار - ۱ | ۳۰ | توده در دناک گردن | توده سخت قدام گردن و آدنوپاتی گردنی | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | آبسه سردسلی تیروئید |
| شیرین - م | ۱۸ | توده در دناک گردن | توده کیستیک و ابتلا به پوست قدام گردن | انجام نشده | انجام نشده | ۲۵ | انجام نشده | آبسه سردسلی تیروئید |
| حسن - ع | ۵۱ | خشونت صدا توده بی در دناک گردن | توده سخت تیروئید، فلج طناب صوتی طرف راست | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | انجام نشده | آبسه سردسلی تیروئید + آدنیت سلی |
| ناپشه - ع | ۴۰ | توده در دناک گردن | توده سخت قدام گردن، سل قدیمی ریه | انجام نشده | - | طبیعی | انجام نشده | سل تیروئید و گواتر ندولر + آدنیت سلی |
| زین - س | ۵۰ | توده در دناک گردن | توده کیستیک و ابتلا به پوست، کا هن وزن، اختلال بلع، علامت هیپوتیروئیدی | +++ | هیگسو با کترپوم توپروکولوزی | ۴۶ | انجام نشده | انجام نشده |
| زهرا - ی | ۲۲ | توده در دناک گردن | توده کیستیک و گرفتاری پوست قدام گردن، سابقه فیستولهای گردن، درد سالیگی | +++ | هیگسو با کترپوم توپروکولوزی | ۲۲ | انجام نشده | انجام نشده |
| بتول - س | ۲۲ | توده در دناک گردن | توده کیستیک و ابتلا به پوست قدام گردن | +++ | با نسل مقاوم به اسید | طبیعی | انجام نشده | آبسه سردسلی تیروئید |
| سهمیه - ر | ۱۹ | توده در دناک گردن | توده کیستیک، ابتلا به پوست و فیستول قدام گردن | انجام نشده | هیگسو با کترپوم توپروکولوزی | در دسترس نیست | انجام نشده | انجام نشده |

مورد (۲۵ درصد) مرد بودند. حدود سنی بیماران بین ۱۷ تا ۶۵ سال و میانگین سن ۳۶ سال بود. کلیه بیماران در بدو ورود به بیمارستان توده‌ای در ناحیه قدامی خشونت گردن و تیروئید داشتند (شکل ۱). علت اصلی مراجعه در بیمار صد او در بیماری دیگری فیستول ناحیه سرین بوده است. در ۶ مورد از نظر بالینی گرفتاری جلدی مانند چسبندگی و سرخی پوست موجود بود و در ۲ مورد قبل از بستری فیستولهای جلدی در ناحیه ابتلاء وجود داشت. در ۵ مورد قوام توده کیستیک و در ۷ مورد سفت بوده است. در یک مورد سابقه گرفتاری سلی غدد لنفاوی گردن در کودکی (۵ سالگی) وجود داشته است و در ۵ مورد گرفتاری سلی غدد لنفاوی گردن از نظر آسیب شناسی و یا بالینی تأیید شد. لذا جمعاً در ۶ مورد گرفتاری غدد لنفاوی گردن قبل و یا در هنگام بروز سل تیروئید وجود داشته است که ۳ مورد آن با باکتریو-لوژی مثبت همراه بود ولی گرفتاری سلی اعضاء دیگر در شرح حال و پرونده هیچکدام از بیماران (بغیر از ۲ مورد گرفتاری قدیمی سل ریه و آبسه سرد احتمالاً سلی ناحیه سرین) دیده نشد که در هر دو

مورد اخیر نیز گرفتاری غدد لنفاوی گردن موجود بوده است. لذا بنظر میرسد در موارد گزارش شده توسط ما، سل تیروئید بطور شایع با سل غدد لنفاوی گردن همراه باشد. در اکثر بیماران بررسی طنابهای صوتی بعمل نیامده بود، ولی در ۱ مورد که خشونت و گرفتگی صدا وجود داشت، فلج طنابهای صوتی طرف راست به علت گرفتاری عصب حنجره‌ای در اثر ابتلای سل دیده شد که با ضایعه سل لب راست و چپ تیروئید همراه بود. در ۴ مورد از ۵ موردی که عمل (Function) تیروئید مطالعه شده بود، کار تیروئید طبیعی و علائم عمومی دال بر هیپو و هیپر تیروئیدسم وجود نداشت بجز در یک مورد که از نظر بالینی و آزمایشگاهی علائم هیپو تیروئیدی موجود ولی به علت عدم دسترسی به اندازه گیری (Thyroid TSH Stimulating Hormone) قطعی نبود. در ۴ موردی که جهت پیگیری مراجعه نمودند از نظر بالینی و آزمایشگاهی اعمال تیروئید طبیعی بود. بررسی اکوگرافی تیروئید در ۴ بیمار بیمارستان دکتر شریعتی وجود کیست را در یکی از لبهای تیروئید نشان داد (شکل ۲). پرتونگاری ریه‌ها در کلیه

(۵۰٪) از نظر باکتریولوژیک عامل بیماری نشان داده شد. دیگر بیماران (۵۰٪) فقط مدارک آسیب‌شناسی داشتند (شکل ۳). از مطالعه آسیب‌شناسی نمونه‌های تیروئید نیز چنین نتیجه‌گیری شد که از بین ۲۸۴۰ نمونه ارسالی پس از جراحی تیروئید در طی مدت زمان ۲۵ سال (۱۳۶۰-۱۳۳۵) گواتر ندولر شایعترین یافته آسیب‌شناسی بوده است (۵۱/۸۳ درصد).

همانگونه که در جدول شماره ۲ نیز نشان داده شده است در میان دیگر تشخیصها، تومورهای بدخیم ۱۳/۰۳ درصد موارد را تشکیل میدادند و موارد مختلف تیروئیدیت ۳/۲۳ درصد بیماریهای تیروئید بود که ۸ مورد (۰/۲۸ درصد) سل تیروئید دیده شد. جدول شماره ۳، شیوع انواع مختلف تیروئیدیتها را در ۹۲ بیمار مبتلا در طی ۲۵ سال گذشته در همین مرکز نشان میدهد که از این میان سل تیروئید ۸/۷ درصد تیروئیدیتها را تشکیل داده است که ۵ تن از بیماران، زن و ۳ تن مرد بوده‌اند.

بحث:

در سال ۱۹۳۲ از بین ۲۰۷۵۸ نمونه تیروئید کتومی که در مایو-کلینیک بین سالهای ۱۹۳۱-۱۹۲۰ انجام شده بود، فقط ۲۱ مورد سل تیروئید با شیوع ۰/۱ درصد تشخیص داده شد (۳). شیوع مشابهی نیز (۰/۰۹ درصد) در سال ۱۹۵۲ بین ۲۱۱۴ نمونه تیروئید کتومی با یافتن ۲ مورد سل تیروئید گزارش شد (۴) و بالاخره در سال ۱۹۷۰ تنها با گزارش ۲ نمونه فیبروکازنوتو-برکولوز از بین ۷۴۳۹۳ نمونه برداری (بیوپسی) تیروئید که بین سالهای ۱۹۷۰-۱۹۴۱ در یکی از مراکز طبی ایتالیا انجام شده بود، نادر بودن بیماری مورد تاکید قرار گرفت (۵). با

بیماران بجز در ۱ مورد علائم احتمالی سل قدیمی ریه، طبیعی بود. کشت ترشحات برای میکوباکتریوم توبرکولوزیس در ۳ مورد مثبت بود.

در ۲ مورد نیز بطریق رنگ آمیزی زیل-نلسون و از ۴ موردی که مجدداً از نظر باکتریولوژی توسط آقای دکتر منوچهر محمدی مطالعه شدند، ۱ مورد بطریق رنگ آمیزی اورامین فلوروکروم با سیل مقاوم به اسید در نسج نشان داده شد. لذا جمعاً در ۶ مورد

جدول شماره ۳

انواع ضایعات پاتولوژیک تیروئید و تعداد آن در طی ۲۵ سال گذشته در مرکز پزشکی امام خمینی

| نام بیماری | عده بیماران | درصد |
|----------------|-------------|-------|
| گواتر منتشر | ۷۳۳ | ۲۵/۸۱ |
| گواتر ندولر | ۱۴۷۲ | ۵۱/۸۳ |
| گواتر توکسیک | ۹۹ | ۳/۴۹ |
| تیروئیدیت | ۸۴ | ۲/۹۵ |
| سل تیروئید | ۸ | ۰/۲۸ |
| کیست هموراژیک | ۶۷ | ۲/۳۶ |
| متفرقه | ۷ | ۰/۲۵ |
| تومورهای بدخیم | ۳۷۰ | ۱۳/۰۳ |
| جمع | ۲۸۴۰ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۳

انواع تیروئیدیتها در ۹۲ بیمار و درصد آنها

| نام تیروئیدیت | مؤنث | مذکر | جمع | درصد تیروئیدیتها | درصد بیماریهای تیروئید |
|---------------|------|------|-----|------------------|------------------------|
| هاشیموتو | ۵۹ | ۹ | ۶۸ | ۷۳/۹۱ | ۲/۳۹ |
| دکرون | ۸ | - | ۸ | ۸/۶۹ | ۰/۲۸ |
| سل تیروئید | ۵ | ۳ | ۸ | ۸/۷۰ | ۰/۲۸ |
| ریدل | ۴ | ۱ | ۵ | ۵/۴۴ | ۰/۱۷ |
| غیر اختصاصی | ۱ | ۱ | ۲ | ۲/۱۷ | ۰/۰۷ |
| آبسه | - | ۱ | ۱ | ۱/۰۹ | ۰/۰۴ |
| جمع | ۷۷ | ۱۵ | ۹۲ | ۱۰۰ | ۳/۲۳ |

بررسی ۳۶۴ مورد تیروئیدیت مزمن در سال ۱۹۷۶ تنها ۶ مورد سل تیروئید که ۱/۶۴ درصد تیزوئیدیتها را تشکیل میداد، گزارش شد (۶).

شیوع تیروئیدیت مزمن بین ۴ درصد (۷) تا ۱۲ درصد (۸) در نمونه‌های تیروئید کتومی دو طرفه گزارش شده است. در مطالعه فعلی شیوع تیروئیدیت مزمن هاشیموتو کمتر از مطالعات اروپایی و آمریکایی (۲/۳ درصد) و شیوع سل تیروئید (۰/۲۸ درصد) اندکی بیشتر از مطالعات قبلی (۶، ۵، ۴، ۳) بوده است و سل تیروئید ۸/۷ درصد کل تیروئیدیتها را در مطالعه کنونی تشکیل میداده است.

با وجود آنکه در اکثر بیماران گزارش شده عمل (Function) تیروئید طبیعی بوده است و اختلال عمل تیروئید شایع نیست ولی هیپوتیروئیدی (۹) و هیپر تیروئیدی (۱۰) گزارش شده است. شایعترین علامت در ۲۷ آبه سل تیروئید گزارش شده (۱۰) تورم گردن بوده است. در همین بررسی اختلال بلع در ۱۱ مورد، اشکال در تکلم در ۹ مورد، خشونت صدا در ۵ مورد، فلج عصب راجعه در ۲ مورد و علائم هیپر تیروئیدی ۱ مورد از ۲۷ مورد یافت شده است. در ۱۰ مورد جمع آوری شده توسط Emery نیز فقط ۲ بیمار اختلال بلع و یک مورد خشونت صدا بدون فلج عصب راجعه و یک مورد فلج عصب راجعه داشته اند (۲).

در موارد گزارش شده اغلب اوقات تشخیص سل تیروئید بر زمینه هیستولوژیک بوده است چون بعلت نادر بودن بیماری بندرت کشت از نسج تیروئید و یا ترشحات آبه انجام شده است. با وجود اینکه عده‌ای یافتن باسیل را الزامی دانسته اند (۱۱)، عدم توانایی در یافتن باسیل کخ در کشت و یادرنکه آمیزی، تشخیص سل تیروئید را رد نمی‌کند (۱۲). دررنکه آمیزی مستقیم ترشحات آبه و یا نمونه‌های آسیب شناسی ممکن است به دوروش زیل - نلسون و اورامین فلورو کروم وجود باسیل را به اثبات رسانند (۱۴). در مطالعه ما در ۵۰ درصد موارد باسیل مقاوم به اسید یافت شده است. ولی از آنجائی که در ۴ موردی که کشت انجام شده است فقط ۳ مورد برای میکوبا کتریوم تو بر کولوزیس مثبت بوده است، با وجود اینکه آسیب شناسی ضایعات کلاسیک تو بر کولوز را نشان داده است، ابتلا به میکوبا کتریهای آنتیپیک (۱۵) را در مواردیکه کشت مثبت نداشته اند نمیتوان رد کرد.

۵ نوع آسیب شناسی سل تیروئید قبلا گزارش شده است (۱۳):

- ۱- ضایعات متعدد در سراسر غده همراه با سل ارزنی.
- ۲- گواتر ندولر با ضایعات کازئیفیه داخل ندول.
- ۳- تشکیل آبه سرد که در سطح ایجاد میشود.
- ۴- تو بر کولوز مزمن فیبروزه که تشخیص آن از تیروئیدیت دکرون (De Quervain's) مشکل است.

۵- تشکیل آبه‌های حاد.

عفونت تیروئید ممکن است اولیه و یا همراه با سل دیگر قسمتهای بدن باشد. در مورد اینکه کدام شکل شایعتر است اختلاف نظر وجود دارد. در بررسی ما تظاهر اصلی بیماری در تمام موارد در تیروئید بوده است و ابتلاء نسوج دور دست غیر تیروئیدی فقط در ۲ مورد بطور احتمالی وجود داشته است. ولی اگر مطالعه دیگری در مورد بیمارانیکه مبتلا به سل منتشر با تظاهرات عمومی هستند مثلا بیماران مبتلا به سل ارزنی یا سل ریه بصورت نمونه برداری از تیروئید یا مطالعات کالبد گشائی (اتوپسی) انجام گیرد، ممکن است که موارد ابتلاء ثانویه تیروئید با تظاهر آسیب شناسی بی تظاهرات بالینی با شیوع بیشتری مشاهده گردد که البته ارزش بالینی این نوع گرفتاری تیروئید کمتر خواهد بود. در این مطالعه، در ۵ مورد ابتلاء غدد لنفاوی همراه گرفتاری تیروئید بوده است ولیکن چون ابتلاء (رتروگراد) قهقرائی از طریق لنفاوی نیز مشاهده میشود جهت انتشار عفونت را بطور قطع نمیتوان مشخص کرد، بجز در مواردیکه در آنها سابقه قبلی آدنیت سلی فستولیزه وجود داشته است و احتمالا تیروئید بدها مبتلا شده است. ضایعات سلی علاوه بر انتشار قدامی و ابتلاء پوست میتواند بطور خلفی نیز گسترش یافته و نسوج دیگری مانند مری و عصب لارنژ را تحت فشار قرار دهد و گرفتار نماید. در ۱ مورد از بیماران ما اختلال بلع واضحی وجود داشته که با درمان بهبود یافته است و در ۱ مورد نیز فلج عصب راجعه همان طرف مشاهده شد که چهارمین مورد گزارش شده در نوشته‌های پزشکی میباشد.

در خاتمه میتوان نتیجه گرفت که در بیماران فعلی تظاهرات بالینی سل تیروئید به ۳ شکل زیر بوده است:

۱- گروه بیمارانیکه تظاهر اولیه بالینی آنها ندول منفرد تیروئید بوده و در اسکن ندول سردی مشخص شده است. با پیشرفت بیماری آبه نسج نرم قسمت قدامی گردن و ابتلاء پوست با یا بدون ناسوری (فستولیزاسیون) حاصل شده است و در آسیب شناسی و یا با کتریولوژی تشخیص تو بر کولوز تأیید گشته است. در این گروه بیماران احتمال دارد که گرفتاری ابتدا در نسوج لنفاتیک و کپسول تیروئید و یا داخل تیروئید ایجاد شده باشد و با پیشرفت بیماری نسوج نرم بخش قدامی گردن بطور ثانویه مبتلا شده باشد. اهمیت این بیماران از نظر لزوم تشخیص آنان با انواع دیگر آبه‌های تیروئید و نسوج نرم گردن و در مرحله ابتدائی بعلت درد و اختلال بلع و تظاهر بصورت ندول سرد در تشخیص افتراقی با تومورهای تیروئید و تیروئیدیت تحت حاد میباشد. ۶ تن از ۱۲ بیمار مشاهده شده در این گروه جای داشتند.

۲- گروهی که بعنوان ندول سرد تیروئید با احتمال سرطان تیروئید جراحی شده‌اند و در آسیب شناسی تو بر کوز یافت شده است.

فیستولیزاسیون قبلی که بنظر میرسد که ابتلاء تیروئید ثانویه به ابتلاء غدد لنفاوی گردن بوده باشد.

در ۵۰ درصد موارد باسیل کفخ مقاوم به اسید در کشت واسمیر ترشحات ونسج تیروئید مشخص گردید. ۵۰ درصد موارد نیز فقط مدارک آسیب شناسی داشتند. علاوه بر یافته های باکتریولوژی و آسیب شناسی، اسکن واکوگرافی تیروئید همچنین سرعت رسوب گلبولی و آزمون پوستی توپر کولین در تشخیص بیماری مؤثر بودند. در یک مورد از بیماران اختلال بلع واضح وجود داشته که با درمان بهبود یافته است. در این نوشته چهارمین مورد فلج عصب راجعه حنجره ای در اثر سل تیروئید در نوشته های طبی گزارش گردیده است. برای دانستن شیوع تیروئیدیت سلی، از بین ۲۸۴۰ نمونه تیروئید ارسالی به بخش آسیب شناسی در طی ۲۵ سال گذشته آمار تشخیص های مختلف آسیب شناسی و همچنین آمار تیروئیدیتها در همین زمان تهیه شد. در خاتمه با در نظر گرفتن نتایج حاصل شده از این بررسی ومطالعات قبلی که در کشورهای دیگر انجام شده است خاطر نشان میشود که در نقاطی که بیماری سل شایع است بیماری سل تیروئید باید در تشخیص افتراقی آبسه ها، کیست ها و ندول های تیروئید مطرح گردد.

* * *

نگارندگان این مقاله تشکر و امتنان خویش را از استاد دانشگاه تهران آقای دکتر ضیاء شمس که نهایتاً تمامی نمونه های آسیب شناسی سل تیروئید را مورد بازبینی قرار داده اند و همچنین خانم دکتر پروین میربید و آقایان دکتر محمد رضا رفیعی و دکتر منوچهر محمدی و دکتر علی حدیدی ابراز میدارند.

REFERENCES :

- 1- Goldfarb, H., Schiffrin, D., Graig, FA: Thyroiditis caused by tuberculous abscess of the thyroid gland. Case report & review of the Literature. Am. J. Med. 38: 825-8, 1965.
- 2- Emery, P: Tuberculous abscess of the thyroid with recurrent Laryngeal nerve palsy: Case report & review of the literature. J. Laryngol Oto 94 (5) 553-8, May 1980.
- 3- Rankin, FW., Graham, AS: Tuberculosis of the thyroid gland. Ann Surg 96: 625, 1932.
- 4- Levitt, T: The status of lymphadenoid goiter, Hashimoto's & Riedel's diseases. Ann R Coll Surg 10: 369, 1952.
- 5- Bolis, GB: Tuberculosis fibrosa della ghiandola tiroide. Lav Ist. Anat Istol Patol Univ Perugia 30 : 129, 1970.
- 6- Tasca, C., Stefaneanu. L: A pathomorphoc study of chronic thyroiditis. Endocrinol 14(4):265-71, 1976.
- 7- Rodigas, P., Sufian, S., Kaibara, N. Matsumoto, T: Surgery of the thyroid gland. Int Surg 62 (11-12): 587-91, 1977.
- 8- Perzik, SL: The place of total thyroidectomy in the management of 909 patients with thyroid disease. Am. J. Surg 132 (4): 480-3, 1976.
- 9- Barnes, P, Weatherstone, R: Tuberculosis of the thyroid: Two case reports. Br. J. Dis Chest 73(2): 187 91, 1979.
- 10- Postelthwaite, NW., Berg, P: Tuberculous abscess of the thyroid gland. Arch Surg 96: 625, 1944.
- 11- Seed, L: Tuberculosis of the thyroid gland. In Goldberg's Clinical Tuberculosis. Philadelphia: F.A. Davis, 1939.
- 12- Joll, CA: Diseases of the Thyroid Gland. London: Heinemann, 1932.
- 13- Johnson, AG., Phillips, ME., Thomas, RJS: Acute tuberculous abscess of the thyroid gland. Br. J. Surg. 60 (8): 668-9, 1973.
- 14- Younvars, GP: Tuberculosis. Philadelphia: Saunders, 1979.
- 15- Olin, R., Lebien, WE., Leigh, JE: Acute suppurative thyroiditis. Report of two cases including one caused by Mycobacterium intracellulare (Battey bacillus). Minn Med. 56: 586-8, 1973.

گرفتاری نسج نرم قسمت قدامی گردن و پوست و واکنشهای التهابی پوست در این بیماران وجود نداشت (۳ مورد).

۳- گروهی که سابقه مشخص آدنیت توپر کولوز و فیستولیزاسیون داشته اند و بعداً ندول سرد تیروئید و یا آبسه سلی در آنها پیدا شده است (۳ مورد). در این گروه بنظر میرسد که ابتلاء تیروئید ثانویه به آدنیت سلی گردن بوده باشد.

خلاصه :

با آنکه سل در بسیاری از نقاط جهان رو به افول دارد، معهدا این بیماری همچنان یکی از شایعترین بیماریهای عفونی کشور ماست با توجه به سیمای بالینی گوناگون بیماری سل تیروئید تشخیص صحیح و درمان بموقع آن مهم است.

در مطالعه ما ۱۲ بیمار مبتلا به سل تیروئید از نظر بالینی، باکتر- یولوژی و آسیب شناسی در دو مرکز آموزشی و درمانی دانشگاه تهران (بیمارستان دکتر شریعتی و امام خمینی) مورد بررسی قرار گرفتند. از مطالعه این بیماران چنین بنظر میرسد که تظاهر بالینی سل تیروئید به سه شکل بوده است :

- ۱- ندول سرد با پیشرفت بیماری بصورت آبسه نسج نرم قسمت قدامی گردن همراه با ابتلاء پوست با یا بدون ناسور شدن (فیستو- لیزاسیون) که احتمالاً گرفتاری نسج قدامی و خلفی گردن ثانویه به گرفتاری تیروئید بوده است.
- ۲- بصورت ندول تیروئید بدون گرفتاری نسج نرم و پوست.
- ۳- بصورت آبسه یا ندول همراه با سابقه آدنیت توپر کولوز و