سل غده تیروئید

مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۵ ، صفحه ۴۰۷ ، ۱۳۵۲

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

سل غده تیروئید بیماری نادری است. در گزارش جامعی که بوسیله Goldfarb (۱) تهیه شده ، تنها ۲۸ مورد تـا سال ۱۹۶۵ در تاریخ پزشکی دیـده شده و از آن پس نیز فقط موارد معدودی گزارش گردیده است (۲ و۳). بایگـانی مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران (۴) حاکی است که در طول ۱۶ سال ، از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۵۱، ۳۴۴۱ بیمارسلی ازانواع مختلف، بجز سل ریه، تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. وجود سل در آنها با امتحان آسیب‌شناسی مشخص شده است (جدول ـ ۱).

جدول ۱ـ آمار بیماران مبتلا به‌سل پذیرفته شده درمرکز پزشکی پهلوی به‌استثنای سل ریه، ازسال ۱۳۳۵ تاسال ۱۳۵۱.

عضو مبتلا	عده بیماران	درصد
۱ـ غدد لنفاوی	۲۳۹۲	۶۹٫۵
۲ـ سل صفاقی	۲۷۸	۸٫۰
۳ـ پوست	۲۳۷	۶٫۸
۴ـ ادراری ـ تناسلی (مرد، زن)	۱۴۹	۴٫۳
۵ـ صورت ،گوش وگلو وبینی	۱۰۶	۳٫۰
۶ـ کبد	۴۵	۱٫۳
۷ـ غدد بزاقی	۴۴	۱٫۲
۸ـ قطاع شوکی، مغز و پرده‌های آن	۳۶	۱٫۰
۹ـ لوله‌گوارش	۳۶	۱٫۰
۱۰ـ استخوانها، مهره‌ها	۳۲	۰٫۹
۱۱ـ پستان	۲۶	۰٫۷
۱۲ـ پریکارد	۱۸	۰٫۵
۱۳ـ زبان	۹	۰٫۲۶
۱۴ـ لبها	۸	۰٫۲۳
۱۵ـ طحال	۶	۰٫۱۷
۱۶ـ ملتحمه چشم	۳	۰/۰۸
۱۷ـ غده تیروئید	۳	۰/۰۸
۱۸ـ غده فوق‌کلیه	۲	۰/۰۵
۱۹ـ اعضای نامشخص	۱۱	۰/۳
جمع	۳۴۴۱	٪۱۰۰

فقط سه مورد ازموارد ذکرشده درجدول، دچارسل غده تیروئید بوده‌اند که دومورد آن به‌تفصیل دراین‌مقاله شرح داده‌خواهدشد. مورد سوم با وجود اینکه برطبق گزارش بافت شناسی ، سل غده تیروئید بوده و مقـاطع بافت‌شناسی بیمـار برای کنترل مجدد در بایگانی مقاطع موجود نبوده ، لذا به‌اختصار گزارش داده خواهد شد و ازشرح مفصل آن در این مقاله خودداری میشود. درطول همین مدت در مرکز پزشکی پهلوی، ۱۶۶۲ مورد عمل جراحی روی غده تیروئید انجام گرفته است. (جدول ـ ۲)

جدول ۲ـ آمار بیماریهای خوش‌خیم و بدخیم تیروئیدکه درمرکز پزشکی پهلوی، بین‌سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۵۱ مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند.

نوع ابتلای تیروئید	زن	مرد	مجموعاً	درصد
۱ـ گواتر ساده (منتشر)	۴۸۶	۹۱	۵۷۷	۳۴٫۶
۲ـ گواتر ندولر (آدنوم)	۴۵۳	۹۰	۵۴۳	۳۲٫۶
۳ـ گواتر سمی	۵۶	۲۲	۷۸	۴٫۶
۴ـ کیستهای تیروئید	۵۶	۱	۵۷	۳٫۵
۵ـ تیروئیدیت‌ها				
الف ـ هاشیموتو	۳	۱۹	۲۲	۱٫۳
ب ـ بیماری دوکرون	۳	—	۳	۰٫۱۸
ج ـ بیماری ریدل استروما	۲	۱	۳	۰٫۱۸
د ـ سل تیروئید	۲	۱	۳	۰٫۱۸
ه ـ گرانولومای جسم خارجی	—	۱	۱	۰٫۰۶
۶ـ سرطان تیروئید				
الف ـ آدنوکارسینوم‌ها				
کارسینوم پاپیلر	۱۴۰	۷۹	۲۱۹	۱۳٫۱
کارسینوم فولیکولر	۴۴	۳۴	۷۸	۴٫۶
کارسینوم پاپیلوفولیکولر	۲۰	۶	۲۶	۱٫۵
کارسینوم مدولر	۷	۱۶	۲۳	۱٫۳
کارسینوم اندیفرانسیه	۶	۱۱	۱۷	۱٫۰
آدنوکارسینوم هورتل‌سل	۲	—	۲	۰٫۱۲
کارسینوم‌اسپینوسلولر	۲	—	۲	۰٫۱۲
ب ـ سارکوم‌ها	۴	۴	۸	۰٫۵
جمع	۱۲۸۶	۳۷۶	۱۶۶۲	٪۱۰۰

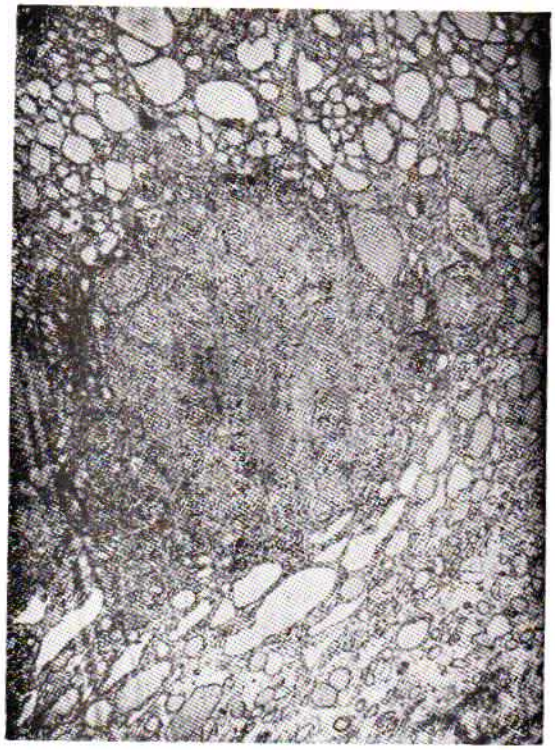
* بخش ۲ جراحی ـ مرکز پزشکی پهلوی. دانشگاه تهران.

در بین این اعمال سه مورد آن سل تیروئیـد بوده است (۴) . دراین آمار درصد میزان سل غده تیروئید کمتر از $\frac{۱}{۵۰۰}$ تمام اعمال جراحی تیروئید وکمتر از $\frac{۱}{۱۰۰۰}$ تمام انواع سل میباشد واین آمار باآمار بین المللی تطابق دارد (۵).

گزارش موارد بیماری

موردا ول- مرد جوان ۱۷ ساله ای در تاریخ ۲۱ آذرماه ۱۳۴۹، در بخش ۲ جراحی مرکز پزشکی پهلوی بعلت وجود فیستول در ناحیه سرینی چپ بستری شد . سابقه بروز فیستول از ۹ ماه قبل ازبستری شدن بوده و بیمار بمدت ۸ ماه تب خفیفی داشته است. در سابقـه شخصی و خانوادگی او نکته مهمی وجود نـداشت . درمعاینات عادی که از بیمار بعمل آمد در لوب چپ تیروئید ندولی وجود داشت که بیمـار راجع به چگـونگی پیدایش آن چیزی نمی دانست . در تجسسات بیشتر آشکار شد که بیمار ۱۵ هزار لکوسیت، ۵۵٪ سگمانته و ۴۰٪ لنفوسیت دارد. در فیستولوگرام راههای فیستولی متعددی که بعمق عضلات سرینی نفوذکرده بود مشاهده شد. درجه حرارت ۳۸ درجه وتست توبرکولین دو بعلاوه (++) مثبت بود. در اسکن بیمار، لوب چپ بطور کلی دیده نشد و لوب راست عادی بود . عکس ریه وستون مهره ها وتست- های مربوط به تیروئید همگی طبیعی بودند . در ۱۷ دی ماه ۱۳۴۹ فیستول سرینی بیمـار عمل شد و تمام راههای فیستولی برداشته شد . در امتحان میکـروبشناسی استافیلوکوک کوآگولاز مثبت رشد کرد. میکرب سل در امتحان مستقیم دیده نشد، ولی بعداً در محیط کشت بدست آمد، تست تلقیح به خوکچه هندی نیز بعدازسه ماه تشخیص رامسجل کرد. مجدداً بیمار در اول بهمن ماه ۱۳۴۹ مورد عمل جراحی تیروئید واقع شد. پس ازبرش عرضی و بریدن عضلات پوستی و باز کردن تمام عضلات جلوی گردن، اول لوب راست امتحان شد که از نظر اندازه وشکل طبیعی بود. لوب چپ بزرگ و بشکل دملی بود که بعضلات جلوی گردن چسبندگی داشت. درحین تشریح کپسول غده پاره شد ومحتوای آن که ماده سفید و پنیری شکل و بی بو بود خارج گشت. برای بیمار عمل همی تیروئید کنومی سوب توتال طرف چپ انجام شد. دراین عمل قسمتهای قدامی و طرفی لوب چپ برداشته وکمی از قسمت خلفی غده که بنظر بـافت تیروئید سالم میرسید برجای گذارده شد. زخم پس از درن گذاری بسته شد. بیمار بتدریج بهبود یافت . داروهای ضد سلی از اولین روز بعد از اولین عمل بیمار شروع شد. دراین درمان از استرپتومایسین روزی یک گرم بمدت سه ماه، اسید پاراآمینوسالی سیلیک ۱۲ قرص روزانه و اسید ایزونیکوتی نیک ۶ قرص روزانه استفاده گردید. زخم سرینی و تیروئید هردو بهبود یافت و بیمار در ۱۲ بهمن ماه ۱۳۴۹ مرخص گردید.

در امتحان آسیب شناسی بیمار، فولیکولهای سلی همراه باکازئی فیکاسیون دربافت تیروئید دیده شد (عکس شماره ۱ و ۲). یافته بـافت شناسی فیستول سرینی مبین بافت گرانولاسیون همراه با ارتشاح لنفوپلاسموسیتر بود . بیمار پیوسته در درمانگـاه تحت نظر قرارداشت. چند ماهی را بسلامت کامل گذراند. ولی در ۱۷ تیرماه ۱۳۵۰ دوباره باعلائم دمل سرینی وندولی در طرف چپ گردن مراجعه کرد .



شکل ۱- سل غده تیروئید، میدان کوچك میکروسکپ.



شکل ۲- سل غده تیروئید، میدان بزرگ میکروسکپ.

در پونکسیون ناحیه سرینی ۲۵ میلی لیتر چرك سفید متمایل به زرد خارج گردید که در کشت و تلقیح به خوکچه هندی میکرب سل در آن یافت شد. برای بیمار مجدداً اسکن تیروئید درخواست شد که در آن لوب راست تیروئید بزرگ ولوب چپ همچنان نامرئی بود و نشان میداد که به هیچوجه نسج سالم تیروئید در طرف چپ وجود ندارد. کلیه آزمایش های معمولی که از بیمار بعمل آمد در حدود طبیعی بود. بیمار در ۱۲ مرداد ماه ۱۳۵۰ مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت، در طرف چپ گردن دمل سردی وجود داشت. باقیمانده لوب چپ برداشته شد که در کشت و تلقیح محتویات آبسه به خوکچه هندی، سل تیروئید مسجل گردید. بعد از عمل بیمار دچار عسرت تکلم (دیسفونی) شد که بنظر میرسید بعلت ضایعه ناشی از ضربه به عصب راجعه چپ باشد. این عارضه تدریجاً بهبود یافت و اکنون بیمار هیچگونه شکایتی ندارد.

یافته بافت شناسی نمونه دوم نیز شبیه نمونه اول بود، بیمار هر سه ماه یکبار بدرمانگاه مراجعه میکند وحال عمومی او خوب است.

مورد دوم ـ زن ۴۵ ساله ای است که در ۲۲ اسفند ماه ۱۳۴۳ به بیمارستان پذیرفته شد، بیمار از وجود توده ای در گردن شکایت داشت. سابقه پیدایش این توده از ۱۵ سال قبل از مراجعه بوده امـا بتازگی چند ندول کـوچك دیگر در گردن خود حس کرده و همین سبب شده بود که بچندین پزشك وسرانجام به مرکز پزشکی پهلوی مراجعه کند. بعد از یك سلسله امتحانات کامل پزشکی بیمار با تشخیص گواتر ندولر عمل شد. درحین عمل چرك سفید پنیری شکل در لوب چپ وجود داشت که خارج شد. عملی که برای بیمار انجام شد همی تیروئیدکتومی سوب توتال بود. یافته بافت شناسی از نمونه خارج شده از گردن بیمار، باسل تیروئید مطابقت داشت. درمان بیمار باداروهای ضدسلی شروع شد و باحال عمومی خوب مرخص گردید و تاکنون هیچ گونه گزارشی حاکی ازعود بیماری دراین بیمار وجود ندارد.

مورد سوم ـ زن ۳۵ ساله ای است که در ۲۰ دیماه ۱۳۳۸ باتشخیص گواتر ندولر بستری شده است. از ۷ سال پیش توده ای در گردن داشته و یکسال قبل از آخرین مراجعه موردعمل جراحی قرار گرفته است. متأسفانه گزارش عمل جراحی بیمار بدست نیامد. در امتحانات بالینی درسطح قدامی گردن برجستگی داشته است که تحت عمل جراحی قرار گرفته و یافته بافت شناسی مؤید سل تیروئید بوده است.

بحث:

سل تیروئید یك پدیده هماتوژن میباشد. میکرب بیماریزا ازراه جریان خون به غده میرسد. میزان شیوع آن کمتر از $\frac{۱}{۱۰}$ درصد تمام موارد سل اعضای مختلف است. دلیل نادر بودن بیماری هنوز کاملاً روشن نیست و احتیاج به مطـالعه وتحقیق بیشتری دارد.

دانشمندان روسی عقیده دارنـد که علت آن فراوانی گردش خون تیروئید (۳/۵ تا ۶ میلی لیتر در دقیقه) و مقـادیر معتنابهی ید درغده است. نادر بودن بیماری را میتوان از گزارش Mayo Clinic استنباط کرد (۵) که در بین ۲۰۷۵۵ جراحی روی غده تیروئید که درعرض یازده سال انجام گردیده، فقط ۲۱ مورد سل غده تیروئید گزارش شده است که میزان شیوع آن ۰/۱ درصد بوده است.

بیماری معمولا بعداز دهه سوم زندگی بروز میکند و مانند دیگر اختلالات تیروئید، درزنان بیش ازمردان شایع است. سل تیروئید ممکن است با سایر اختلالات تیروئید همراه بوده یا بصورت یك عارضه مجزا دیده شود. نکته جالب این است که تقریباً در تمام موارد گزارش شده تشخیص سل تیروئید اتفاقی بوده وموارد شبیه به موردی که در این مقاله ذکر شد وجود دارد که بیمار بعلت تظاهرات دیگر سل به طبیب مراجعه کرده، وسل تیروئید اتفاقاً کشف شده است.

ازنظر بافت شناسی سل تیروئید به دوصورت تظاهر میکند: ۱ـ دمل سرد. ۲ـ ندول یاتومور.

Reichmann (۲) معتقد است که سه نوع ضایعه بافت شناسی مجزا وجود دارد.

۱ـ فولیکولر ۲ـ کازئوز ۳ـ آبسه

ولی مؤلفان روسی (۳) براین عقیده اند که کازئی فیکاسیون وتشکیل دمل در حقیقت مراحل مختلف یـك شکل آسیب شناسی بیماری میباشد. درهرصورت یافته بافت شناسی بیماری عبارت از فولیکول ـ های پراکنده ای است که در مرکز آنها پنیری شکل (کازئی فیه) بوده و اطراف آنها را سلولهای اپی تلیوئید وژآنت احاطه کرده است و بعداً فولیکولها بزرگتر شده وبهم می پیونـدد و جانشین بافت طبیعی یك لوب تیروئید میگردد. درموارد خیلی پیشرفته، کپسول تیروئید وحتی نسوج مجاورتحت تهاجم عفونت سلی قرار میگیرد.

تشخیص افتراقی بیماری با گواتر ندولر یا در موارد پیشرفته، با گواتر منتشر مطرح میشود وچون گاهی درلمس قوام سفتی دارد ممکن است با تیروئیدیت های مزمن (هاشیموتو، ریدل) نیز اشتباه شود. بجزعوارض عمومی سل، عوارض 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 مهره ها شود و یا دمل وارد مدیاستن شده وفشار دراین ناحیه را موجب گردد.

ازنظر تشخیص قطعی، Seed (۶) معتقد است که تشخیص دمل سلی تیروئید را باید فقط درموارد زیر مطرح کرد.

۱ـ وقتی که باسیل سل درغده یافت شود. ۲ـ وقتی که غده تیروئید دچار نکروز یا دمل باشد. ۳ـ وقتی که عارضه تیروئید همراه بایك کانون سلی درجای دیگر باشد.

نامبرده با استفاده معیارهای فوق ۱۴۰۰ مورد گواتر را بررسی نمود 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 متشکل از سلولهای اپی تلیوئید وژآنت بوده و شباهت تامی به توبرکولهای سلی داشته است، ولی باسیل سل را در هیچیك از آنها نیافته است و ازاین نظر او عقیده دارد که این تغییرات یك حالت واکنشی مخصوص دربافت تیروئید است که به عفونت وابسته نبوده و چون در توبرکولهائی که نامبرده شدکازئی فیکاسیون یا اصلا نبوده و یا بمقدار کم وجود داشته فکر میکرد اکثریت موارد مشابهی که به‌این‌ترتیب‌شرح داده‌شده منشاء سلی نداشته است.

براساس این گزارش، Pina Sacca (۸) سعی کرد که این‌دونوع راازنظر بافت‌شناسی‌ازیکدیگرمتمایزسازدو Schelling و Holtz (۹و۱۰) تشخیص Giant cell Variant (اشکال باسلولهای‌ژآنت) را بامطالعه دراین موارد مطرح کردند.

Postlethwaite وهمکاران (۱۱) تاریخ پزشکی‌را تا سال ۱۹۴۴ مرور کردند و جمعاً ۲۶ مورد دمل سلی تیروئید یافتند، آنها مورد بیست‌وهفتم‌را گزارش دادند. مورد گزارش شدهٔ آنها، بیماری بود که درجلوی گردن بعلت‌سل، سینوسی داشت که بخارج سرباز کرده بود ووقتی ازمحتویات آن امتحان کردند قرائن بروجود میکرب سل دلالت میکرد. بنظر آنها مهمترین علامت در این بیماری برجستگی وتورم جلوی گردن میباشد. فقط یك‌مورد در بیماران آنها علائم‌عینی‌وذهنی‌هیپرتیروئیدیسم‌داشت. موردی را که Goldfarb(۱) معرفی میکند نیز دارای علائم تیروئیدیت (تورم دردناك تیروئید وتب) بوده است.

Klassen و Curtis (۱۲) متجاوز از ۱۳۰ مورد تیروئیدیت سلی را درتاریخ پزشکی گزارش دادند ولی با بررسی بیشتر فقط در ۱۷ مورد ثابت شد که دمل آنها ناشی ازمیکرب سل بوده است. Levitt (۳) فقط دو مورد تیروئیدیت سلی را در بین ۲۱۱۴ تیروئید کتومی شرح میدهد.

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

سل‌تیروئید ندرتاً براثر بسط ضایعه‌سلی ازعقده‌های لنفاوی گردن یا ازسل حنجره بوجود میآید. در هیچیك ازبیماران عارضه‌سلی منجر به میکسدم نشده است. همانطورکه قبلا ذکر شد در بعضی موارد سل غده تیروئید، عارضه‌ای بصورت تشکیل فیستول ایجاد میگردد، ولی هیچیك ازسه موردی که ما درمرکز پزشکی‌پهلوی داشته‌ایم دچاراین‌عارضه نشده‌اند و Kritski (۳) دانشمندروسی نیز عقیده داردکه این عارضه نادر است.

درتاریخ پزشکی هیچگونه گزارشی وجودندارد که ثابت کند بیمار بی‌دخالت جراحی و تنها با معالجه طبی بهبود یافته باشد. دلیل این موضوع کاملا روشن است، چون تقریباً درتمام مواردتشخیص قطعی روی تخت عمل، یاگاهی اوقات باگزارش آسیب شناسی ثابت شده است. درمان جراحی شکافتن و درناژ ساده یا تیروئید کتومی است. اگرچه درعمل‌دوم خطر صدمه زدن به‌عصب راجعه وجود دارد.

روسها تیروئیدکتومی سوب‌توتال یکطرفه یا دوطرفه را پیشنهاد میکنند ولی در مورد بیمار ما، این عمل‌کافی نبوده و ما مجبور شدیم با عمل جراحی مجدد تمام یك لوب تیروئید را برداریم. متعاقب درمان جراحی باید حداقل تا دوسال درمان با داروهای ضد سلی را ادامه داد.

میزان عود بااین درمان خیلی‌کم است.

خلاصه و نتیجه

سل غده تیروئید حتی در مناطقی که بیماری سل بصورت آندمیك وجود دارد نادراست. ظاهراً علائم‌بالینی اختصاصی‌دراین‌بیماری وجود ندارد. معمولا علتی که بیماررا نزد طبیب راهنمائی‌میکند وجود توده‌ای در تیروئید میباشد. سل تیروئید ممکن است در سطح پوست فیستولی تشکیل دهد ویابصورت دمل‌سردتظاهر کند.

دربخش دو جراحی مرکز پزشکی پهلوی درسال گذشته یك‌مورد سل تیروئید مورد درمان جراحی و درمان طبی متعاقب آن واقع شده است. ما دربایگانی مرکز پزشکی‌پهلوی وانستیتو تاج‌پهلوی دومورد دیگر یافته‌ایم.

درتاریخ پزشکی موارد گزارش شده سل تیروئید زیاد نیست فقط گزارشات چندی ازکشور روسیه داده شده است.

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. Tubercle 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. Tubercle Like Nodules in Goiter S, Clin North America, 8; 185. 1928.