

تومورهای غده تیروئید

دکتر فریدون امین صادقیه *

قسمت اول - گواترهای غره‌ای

گواترهای غره‌ای غده تیروئید علاوه بر عوارض متعددی چون ناراحتیهای ناشی از پرکاری تیروئیدی، فشار بر اعضاء مجاور، گرایش خاصی به بدخیم شدن دارا می‌باشند و همین عارضه اخیر بر عوارض دیگر برتری داشته و از نظر بالینی بایستی بآن توجه خاصی داشت.

بر طبق مطالعات مختلف می‌توان رابطه بین کارسینومای تیروئید و گواترهای مختلف را بترتیب زیر خلاصه کرد:

۱- کارسینومای تیروئید ممکن است گاهی در گواتر منتشر سمی بروز کند و نسبت این وقوع فقط ۵/۰ درصد است.

۲- کارسینومای تیروئید ممکن است در بیماران با گواتر غره‌ای بروز کند نسبت وقوع کمتر از ۲ درصد است.

۳- وقوع کارسینوما در گواتر غره‌ای متعدد غیر سمی بین ۳ تا ۱۰ درصد است.

۴- وقوع کارسینوما در گواتر غره‌ای یکتای غیر سمی بین ۱۵ تا ۲۵ درصد می‌باشد.

۵- طبق گزارشات محدودی که موجود است وقوع کارسینوما در کودکان مبتلی به گواتر غره‌ای غیر سمی بیش از بالغین و در حدود ۱۹ درصد است.

۶- وقوع کارسینوما در مردان دچار گواتر غره‌ای بیشتر از زنان دیده میشود. هر بیماری که دارای يك برجستگی در ناحیه گردن باشد بخصوص اگر این

گره کوچک و تنها باشد بایستی تحت عمل جراحی و بیوپسی قرار گیرد .

پیدایش کارسینومای تیروئید گرچه خیلی شایع نیست ولی بایستی همیشه فکر جراح را بخود مشغول دارد بنابراین لازمست گره تیروئید بخصوص در جوانان مورد بررسی قرار گیرد زیرا پیداست کارسینوما در جوانان شایعتر است. در مناطق غیر آندمیک گواتریکتای تیروئید در سنین کمتر از ۳۰ سال بایستی مشکوک تلقی شده و حتماً تحت عمل جراحی قرار گیرد. گواتر گره‌ای متعدد نیز از نظر زیبایی و پیشگیری قابل عمل می‌باشد. اگر رشد غده سریع شده و علائم فشار ظاهر گردد یا بخصوص قسمتی از تیروئید شروع بر رشد کند عمل جراحی ضروری است .

تومورهای خوش خیم تیروئید : ساختمان بافتی طبیعی غده تیروئید باسن تغییر می‌کند . هنگام تولد نازک و ۱/۵ گرم وزن دارد. در سن بلوغ ۳۰ گرم و در ۸۰ سالگی بطور متوسط در حدود ۲۰ گرم است . در سالهای اولیه عمر فولیکولهای غده کوچک و از سلولهای مکعبی اپیتلیال مفروش می‌باشند. در سنین پیری ساختمان بافتی بشکل دوران طفولیت برمی‌گردد و در دوره کودکی تعداد زیادی اپیتلیوم انترآآسینی وجود دارد که در دوره بلوغ از بین میرود .

عوامل مختلف نظیر رژیم و استرسهای فیزیولوژیک روی ساختمان تیروئید اثر می‌کنند و این موضوع بخصوص در دوران بلوغ مشخص تر است و هیپرپلازی تیروئید در زمان بلوغ بخصوص در دختران امریست عادی.

فقدان ید نیز همین اثر را دارد. احتیاج به هورمن تیروئید از زمانی تا زمان دیگر تفاوت می‌کند و سبب تغییرات هیپر بلاستیک متناوب میشود .

Marine عقیده دارد که هیپرپلازی رهگذر تیروئید ممکن است منجر به آتروفی شود و این موضوع در مناطقی که ید وجود ندارد واضح تر است. غده ممکن است برای جبران کمبود ید و تولید هورمن کافی دچار هیپرپلازی و هیپرتروفی شده و بعداً تبدیل بگواتر کلئوئیدال شود یا آتروفی یابد. احتیاج فیزیولوژیک به ازدیاد هورمن در سنین بلوغ نشان می‌دهد که چطور گره تیروئیدی در سنین کمتر از بلوغ نادر و در سنین بالاتر بعد و فور دیده میشود .

گرچه گواتر کلئوئید بطور منتشر بزرگ است ولی غالباً نامنظم و گره دار می‌باشد در امتحان بافت شناسی در بین نسوج سالم آسینی‌های گشاد شده‌ای مشاهده

میشود که از يك ردیف اپیتلیوم مسطح مفروش شده و مملو از کلوئید می باشند علاوه بر این در گواتر کلوئیدال تعدادی مناطق هیپر بلاستیک وجود دارد این نوع گره ها معمولاً در گواتر غیر توکسیک فراوان و ممکن است در يك یا چندین لبول تیروئید پیدا شده و بافت لنفی آنها را از هم جدا کند. در بین این گره ها ممکن است لانه های کوچکی از نسج تیروئیدی هیپر تروفیه مشاهده گردد این گره ها معمولاً مستعد خونریزی هستند و از این رو است که ناگهان بزرگ شده و دردناک و حساس میشوند.

دگرگونی کیستیک و کالسیفیکاسیون غالباً دیده نمیشود. در نواحی که بلافاصله اطراف گره ها قرار دارند آسینی ها مسطح و تحت فشار می باشند.

Wegelin این نوع گره ها را با اسم Stroma Nodosa Macro Follicular یا گره های ماکرو فولیکولر نامیده است. این نوع گره ها را می توان از حیث ساختمان جزو آدنوپاتی حقیقی دسته بندی نمود.

دیگر تومورهای خوش خیم تیروئید که بوسیله Wegelin درجه بندی شده اند عبارتند از:

آدنوم ترابکولری Stroma nodosa trabecular: این آدنوم از طنابهای سلولی بوجود می آید که سلولهای آن پهلوی هم قرار می گیرند و به تیروئید جنین شباهت دارد.

استروماندوزا توبولر یا آدنوم توبولر از طنابهای سلولی بوجود می آید که سازمانهای لوله مانندی را میسازد نوع گره ها از نظر ساختمان رسیده تر ولی مانند تومور ترابکولر فعالیت زیادی نداشته ید رادیو اکتیو را کم جذب می کنند.

استروماندوزا میکرو فولیکولر آدنوما شبیه تیروئید نوزادان است این تومورها بیشتر از انواع فوق دیفرانسیه می باشند و ید رادیو اکتیو را بیشتر جذب می کنند. استروماندوزا میکرو و ماکرو فولیکولر از فولیکولهای کوچک و بزرگی که از اپیتلیوم مکعبی مفروش هستند تشکیل و حاوی مواد کلوئید می باشند و پیرامون آنها را بافت فیروزی فرا گرفته است و ید رادیو اکتیو را با اندازه تیروئید طبیعی جذب می کنند و بعنوان آدنوم مخلوط نیز نامیده میشوند.

سیستادنوم پاپیلر: جزو تومورهای خوش خیم ولی بعلت هجوم بعروق خونی می توانند جزو تومورهای بدخیم قرار گیرند. بنا به عقیده Wegelin سبب تغییرات

هیپرپلاستیک موضعی یا منتشر میشوند و امتحان میکروسکوپی آنها حکایت از هیپرپلازی اپیتلیوم می کند و بخوبی نیز کپسوله هستند.

قسمت دوم - تومورهای بدخیم تیروئید

تشخیص آسیب شناسی تومورهای بدخیم تیروئید واقعاً دشوار است زیرا که بدخیمی در تیروئید بوضوح سایر اعضا نیست. علائم کلینیکی باسیتولوژی وفق نمی دهد. در باره مختصات بدخیمی موارد زیر اختلاف عقیده وجود ندارد.

۱- پاپیلری آدنوکارسینوما.

۲- فولیکولر و آلوئولر کارسینوما.

۳- Hurthle Cell Carcinoma.

۴- Solid adeno Carcinoma.

۵- Small and Giant cell carcinoma.

۶- اپیدرموئید کارسینوما.

۷- سارکوم نظیر فیبرو و لنفو سارکوم.

۸- Squamous-cell Carcinoma که تصور می رود سرطان مری باشد که به تیروئید انتشار یافته.

۹- Strauma Ovarii

از علائم بافتی این تومورها که باشکال مختلف درمی آیند بهیچوجه نمی توان به خصائص بدخیمی آنها واقع گردید.

بعقیده Worren درجه بدخیمی باین ترتیب است. کارسینوم آلوئولر، پاپیلرو Hurthle Cell متوسط درحالی که کارسینوم Small, Giant و Cell و اپیدرموئید- کارسینوما و فیبرو و لنفو سارکوم بدخیم تر می باشند.

آدنوکارسینوم پاپیلر: این تومورها خفیف ترین و شایع ترین تومورهای بدخیم تیروئید می باشند بیشتر در افراد جوانتر ظاهر میشوند و غالباً تومور بدخیمی که در جوانان دیده میشود از این نوع است.

در زنان دوبرابر بیشتر از مردان و اندازه آنها معمولاً کوچک است. متاستاز در غدد لنفاوی گردن شایع است گاهی ممکن است متاستاز لنفاوی همراه گره بسیار کوچکی در یکی از لبهای تیروئید باشد و چون تومور اصلی مخفی است این

گره‌ها تیروئید سرگردان بشمار می‌آیند و پس از گذشت سالها، بدخیمی آنها مسجل میشود.

کارسینومای پاپیلر تیروئید علاوه بر متاستاز غدد لنفاوی گردن ممکن است متاستاز دور دست مانند مدیاستن استخوانها، چشم و مغز تیره بدهند. تومور دوران طولانی داشته و بیماران بعلت دیگری غیر از ایجاد متاستاز فوت می‌کنند ولی گاهی نیز مرگ بعلت ابتلاء لارنکس، تراشه یا مری یا بعلت متاستاز بمرکز حیاتی فرامیرسد از نظر بافت شناسی پاپی‌ها کوچک و از یک محور هم‌بندی و چند ردیف سلولهای اپیتلیال مکعبی یا چند ضلعی با اندازه‌های مختلف تشکیل می‌یابند میتوز در سلولها شایع و مقدار کمی کلونئید ممکن است موجود باشد. با مطالعات دانشمندان مشخص شد که ۲۱ مورد از ۲۹ مورد ید رادیو آکتیورا جذب نکرده‌اند و ۸ مورد تا حدی آنرا جذب کرده‌اند که در آنها ساختمان آنولر یا فولیکولریا هر دو مشاهده شده است. درمان این تومور جراحی همراه با اشعه می‌باشد. باید توجه داشت که پیدایش گره‌های لنفاوی متاستاتیک از عمل جراحی جلوگیری نمی‌کند جراحی شامل تیروئید-کتومی توتال لب ضایعه دار و تمام غدد لنفاوی آزرده است درمان با اشعه تنها نتیجه رضایت بخش نداده است ولی پس از عمل از عود جلوگیری می‌کند. نتیجه درمان باید رادیو اکتیو ناچیز است.

آدنوکارسینوم آلوئولر و فولیکولر: بطور مفرد نادر است در ۷۰ درصد موارد کارسینومای تیروئید از این نوع می‌باشد در آزمایش میکروسکوپی تومور از مناطق آلوئولریا فولیکولر تشکیل می‌یابد. تومورهای آلوئولر معمولاً یک لوب تیروئید را اشغال می‌کنند اندازه آنها متوسط و قانوناً داخل کپسولی می‌باشند، ساختمان بافتی آنها منظم و شبیه تیروئید طبیعی است و تا متاستاز ایجاد نشود بدخیمی آن را نمی‌توان تشخیص داد بهمین جهت آنرا استروما خوش خیم متاستاز دهنده گویند. کارسینوم آلوئولر غدد لنفاوی ناحیه را آزرده می‌کند و ممکن است متاستاز بعروق ریه، استخوانها منتشر شود. این تومور از نوع قبلی خیلی بدخیم‌تر است ولی بیماران ممکن است سالها پس از بروز بیماری زنده بمانند تا متاستاز استخوانی ظاهر شود.

درمان عبارتست از برداشتن کامل قسمت آزرده پیش از آنکه متاستاز ظاهر

شود و پس از آن درمان با اشعه. درمان بهتر است با دوز ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰ باشد این نوع کارسینوم بنظر میرسد ید رادیو آکتیو را جذب می کند باینجهت ید رادیو آکتیو برای درمان آن مؤثر بنظر میرسد.

آدنوکارسینوم توپو Solid: سرطانهای توپو تیروئید از کارسینومهای خیلی بدخیم است. در زن و مرد بیک اندازه دیده میشود سن بروز نظیر کارسینوم آلوتولر است. مثل انواع دیگر تومورهای تیروئید قبلا یک گواتر وجود دارد. این تومور حجیم و بیشتر اوقات بیش از یک لوب را فرا می گیرد. تومور سخت و بدون کپسول است. استعداد پخش به نسوج اطراف داشته و علائم تخریبی ظاهر میسازد.

از نظر بافت، شناسی شامل سلولهای بدون بستر بوده که قابلیت ساختن ساختمانهای فولیکولر و پاپیلر را ندارند گسترش موضعی و متاستاز بغداد لنفاوی یاریه و استخوانها دیده میشود.

درمان شامل جراحی کامل و بعد رادیوتراپی است.

کارسینوم با سلولهای هورتل Hurthle: درجه بدخیمی این تومورها متوسط و در سنین متوسط عمر بخصوص در زنان پیدا میشود معمولا کوچک و کپسول دارد. از نظر هیستولوژی محتوی سلولهایی می باشد که سیتوپلاسم آنها با هماتو کسین و ائوزین برنگ صورتی روشن در می آید. سلولها ممکن است چند سطحی و با سیتوپلاسم اسیدوفیل باشند یا سلولها کوچک و پلی گنال بوده فرم آلوتولر بخود بگیرند یا بطور منتشر قرار گیرند. تومور مشی طولانی داشته و متاستاز خیلی دیر پیدا میشود. بیشتر متاستاز موضعی است و گاهی ممکن است بریه و استخوانها سرایت کند.

درمان عبارتست از جراحی کامل بعد رادیوتراپی. فقط در بعضی انواع که شکل آلوتولر دارند ید ایزوتوپ بمقدار کم جذب میشود.

تومور با سلولهای غول آسا Giant Cell Tumor: تومور خیلی بدخیمی است که ۱۵ درصد کارسینومای تیروئید را تشکیل می دهد در سنین بالا ظاهر و سن متوسط ابتلاء ۶۱ سال است.

تومور بزرگ و قابل گسترش و بعلت ایجاد فشار در ناحیه گردن سبب انسداد تراشه و مری میشود. از نظر هیستولوژی از بافت آن اپلاستیک با سلولهای غول آسا تشکیل می یابد.

مشى کلىنيکى سريع و مرگ بعلت علائم انسداد فراميرسد نه بواسطه متاستاز. اين بيماران غير قابل عمل و حساسيت تومور نسبت باشعه ايكس منفى است. يد راديو-آکتیورا نيز جذب نمى کنند.

تومور باسلول کوچک Small tumor: مانند نوع بالا بدخيم است و در سنين کمتر از ۵۰ سال پيدا ميشود. خاصيت تهاجم آن زياد واشعه و درمان در آن مؤثر نيست.

ايدروئيد کارسينوما: محتملا مشتق از مجرای تيروگلويس است، از اپتيليوم شاخى تشکيل شده، اين تومور بينهايت بدخيم ولى نادر است. خاصيت تهاجم شديد داشته غير قابل عمل است.

لنفوسارکوم تيروئيد: نادر و بيشتر در زنان و در سنين متوسط عمر پيداميشود. معمولاً سابقه تيروئيد بزرگ وجود دارد.

اشکال در تنفس: تنگي نفس بخصوص فلج طنابهاى صوتى غالباً ديده ميشود، بسيار بدخيم و با رشد سريع مى باشد و خاصيت تهاجم موضعى دارد. بوسيله عمل جراحى درمان نميشوند گرچه نسبت به اشعه x حساسيت دارند ولى نتيجه قطعى بدست نمى آيد مرگ خيلى زود فراميرسد.

از نظر پاتولوژى ممکن است باتومورهای باسلول کوچک اشتباه شود گاهى با استرومالنفوماتوز اشتباه ميشود در ميکروسکوپى بافت سارکومى تمام غده را بطور منتشر اشغال مى کند. تومور سفت و قوام چربى دارد که در سطح يرش، خاکستري رنگ پريده بانقاط قهوه اى است. نسج نئوپلاستيك جانشين نسج سالم شده و تمام سلولها از نوع لنفوسيتهاى کوچک مى باشند که هسته آنها تيره تر است. رشته هاى رتيکولوم اطراف سلول يا توده سلولى را فرا گرفته است سلولهاى نئوپلاستيك بداخل عروق نفوذ مى کنند و نسوج عضلانى چربى سبب چسبندگى تيروئيد ميشود. وجه تشخيص اين تومور با استرومالنفوماتوز اينست که در نوع اخير سلولهاى لنفاتيك بوسيله نسج هم بند از نسج تيروئيد حقيقى مجزا هستند و گره هاى لنفاوى سالم مى باشد بعلاوه سلولهاى مشخص داراى پلاسماى Oxyphilic بوده انفيلتراسيون بهيچوجه با نسج تيروئيد بستگى ندارد.

مصرف ید رادیو آکتیو در درمان متاستازهای کارسینومای تیروئید

در ۱۹۴۲ Keston و همکارانش خاطر نشان ساختند که در متاستاز کارسینومای تیروئید ید رادیو آکتیو متراکم میشود. در ۱۹۴۶ Seidlin و دیگران اولین مورد متاستاز کارسینومای تیروئید را که بوسیله ید رادیو آکتیو درمان شد گزارش داده‌اند. ضایعات متاستاتیک ید رادیو آکتیو را بخوبی جذب می‌کند بهمین جهت این ماده برای درمان بکار میرود ولی همه متاستازها نیز قادر به جذب ید رادیو آکتیو نیستند چنانکه در ۲۵ بیمار مبتلا فقط یک نفر ید را دیو آکتیو را جذب و علائم بهبودی ظاهر ساخت.

دانشمندان دیگر نشان دادند که برداشتن کامل تیروئید سرطانی بوسیله عمل جراحی یا تخریب آن بوسیله اشعه x یا ایزوتوپ بطور واضح فعالیت سرطان را ناچیز می‌سازد. بعلاوه نسوج متاستاتیک که قبل از درمان نمی‌توانستند ید رادیو آکتیو را جذب کنند اکنون قادرند این دارو را جذب کنند.

Tranel با برداشتن غده تیروئید بطریق جراحی یا تخریب آن در ۲۳ بیمار مشاهده کرد که در ۱۲ بیمار متاستازها قدرت بیشتری برای جذب ید پیدا کرده‌اند. Seidlin و همکارانش تیروئید کتومی را بعنوان اولین قدم در درمان بیماری بکار بردند اینکار سبب میشود که بعداً قدرت جذب ید رادیو آکتیو بوسیله هورمن محرک تیروئید غده هیپوفیز و مواد گواتروژن زیادتر شود. تسزریق ۳۰ میلی گرم T. S. H در روز بمدت بیش از ۵ روز در بیماران تیروئید کتومی نشده بیش از تیروئید کتومی سبب ازدیاد قدرت جذب ضایعات متاستازی برای جذب ید رادیو آکتیو میشود.

اثر مفید این روش بطور ثنوری بدو عامل بستگی دارد. ازین بردن نسج تیروئید که منبع خوبی برای جذب ید رادیو آکتیو است و دوم اثر تقویت کننده و تحریک کننده هورمن محرک تیروئید که پس از برداشتن نسج تیروئید مستقیماً متوجه مناطق متاستازی شده و قدرت آنرا برای جذب ید زیاد می‌کند.

درمان کارسینومای متاستازی تیروئید با ید رادیو آکتیو با اندازه های زیر

است :

اول با «ید» رادیو آکتیو و شمارش آنها، مناطق متاستازی و چگونگی جذب آنها مشخص میشود ولی قدرت جذب کم است. طبق روش گفته شده ابتدا با هورمن محرک

تیروئید عمل میشود و بعد به بیماران بطور خوراکی I_{131} تجویز میشود و مقدار کلی لازم برای درمان متاستازها از مقدار کم ۱۰۰ تا مقدار زیاد ۱۰۰۰ میلی کوری می باشد. تقریباً ۱۰۰ میلی کوری ۶ تا ۸ هفته تجویز میشود تا همه متاستازها این دارو را جذب کنند.

خطر درمان باید رادیو آکتیو : درمان طولانی باید رادیو آکتیو که لازمه درمان متاستاز کارسینوما است گاهی سبب علائم سمی خطرناک میشود مانند ضعف مراکز خونساز که تقریباً در تمام بیماران درمان شده دیده میشود که علائم آن عبارتند از کم شدن لنفوسیت های خون، ترومبوسیتی و کمبود هموگلوبین و گلبول های قرمز خون همینطور در مغز استخوان کمبود تمام سلولها از دیاد فعالیت در تیروئید و کمبود المانهای میلوئید مشاهده میشود.

آمنوره با احساس گرما که در این بیماران دیده میشود بیشتر مربوط به اثر مستقیم اشعه روی تخمدان است نه روی هیپوفیز. بعضی از بیماران نیز دوهفته پس از تجویز دارو دچار هیپرتیروئیدسم شده اند.

قسمت سوم - گواتر کلوئید آندمیک و اسپورادیک

گواتر آندمیک گواتری را گویند که در مناطق بخصوص غده تیروئید بزرگ شود. گواتر اسپورادیک حکایت از گواتری می کند که در مناطق مختلف بطور یک یک دیده شود. کلمه کلوئید در حقیقت دارای مفهوم هیستولوژیک است گواتر - کلوئید در سنین بلوغ بخصوص در زنان شایع است. Marin خاطر نشان ساخت در مواردیکه بدن به ید احتیاج دارد غده تیروئید هیپرپلازی پیدا می کند که با تجویز ید از بین میرود.

بامطالعات قرن گذشته معلوم شده است گواتر در مناطقی دیده میشود که ید بمقدار کافی وجود ندارد مناطقی که بیشتر گواتر آندمیک در آنها دیده میشود عبارتند از : دامنه هیمالیا در آسیا، آلپ پیرنه و کوههای کارپاتیان در اروپا دامنه Andean در جنوب آفریقا و قسمتهائی از آمریکای شمالی، در این مناطق خاک و آب و بعضی گیاهان از نظر ید فقیر هستند.

قبل از قرن ۱۸ در انگلستان گواتر دیده نمیشد ولی بعداً بعضی مناطق گواتر خیز شدند. مناطق گواتر خیز آمریکا عبارتند از: میشیگان، ویسکونزین، کلرادو و

بعد نیوانگلاند ، نیوجرسی - ماریلاند تکزاس و نیومکزیکو .

Greenwald رابطه بین گواتر آندمیک و فقدان ید را بیان کرده است . از مطالعات دانشمندان اینطور برمیآید که :

- ۱ - ید مطلق موجود در غده تیروئید گواتر دار نقصان نمی یابد .
- ۲ - محققاً هر قدر غده تیروئید بزرگتر شود ید بیشتری دربردارد .
- ۳ - گرچه گواتر بطور تحقیق بعلت کمبود ید در رژیم غذایی پدید می آید ولی مقدار مختصر ید اغذیه معمولی نه از بزرگی تیروئید جلوگیری می کند و نه از میزان تولید آن میکاهد .
- با تجویز مقدار زیاد ید اندازه غده تیروئید و ساختمان میکروسکوپی آن طبیعی میشود .
- ۴ - تجویز ید بمنظور پیشگیری از بروز گواتر جدید کاملاً جلوگیری نمی کند و گاهی اثری روی تکرر گواتر نداشته و حتی آنرا زیاد می کند .
- ۵ - مبتلایان به گواتر در مناطق تحقیق شده علائمی از نارسائی تیروئید نشان نمی دهند .
- ۶ - فکر مربوط به کمبود ید در مناطق گواتر تقریباً مردود شده زیرا وسیله آنالیز و جمع آوری آب و غذا و غیره کنترل نشده است .
- ۷ - در مناطق مختلف دنیا گواتر کلوتید آندمیک ناگهان ظاهر و ناگهان ناپدید میشود .

۸ - بر مبنای این تحقیقات گواتر یک بیماری عفونی است که به فقدان ید ارتباطی ندارد . بنابراین علل ایجاد گواتر بطور کلی عبارتند از : فقدان ید ، عفونت ، آلودگی آبها ، آبهای محتوی کلسیم و غذاها می کنند یعنی دارای مواد گواتر وژن هستند . در کلم توانستند این مواد را بدست آورند که مقدارش بر حسب فصل فرق می کند در پائیز و زمستان زیاد و در بهار و تابستان ناچیز است . داروها نیز ممکن است دارای این خاصیت باشند مثل تیوسیانات پتاسیم و مشتقات تیوره آ .

گواتر اسپورادیک در زنان ۵ تا ۶ مرتبه بیشتر از مردان و هر چه تعداد مبتلایان در منطقه ای زیادتر باشد این نسبت کم میشود . شروع بیماری در پسران زودتر از دختران است .

نمای بالینی گواتر آندمیک بشدت، سن و منطقه آندمیک بستگی دارد. ابتلاء بیش از سن بلوغ زیاد و با فرارسیدن بلوغ افراد بیشتری مبتلا می گردند، ابتداء قاعده گردن متورم و بتدریج گواتر بزرگتر میشود. پس از بلوغ گواتر کلوئید در پسران ممکن است کوچکتر شده از بین برود و در دختران تاسنین ۱۷ و ۱۸ سالگی بتدریج بزرگتر و پس از آن کوچکتر و یا بازهم بزرگتر شود و بعداً از بین برود. ممکن است متابولیسم بازال کمی کم شود ولی علائم کلینیکی دیگرش وجود ندارد. غده صاف و بزرگ و نرم و بدون ارزش و صدا می باشد. ممکن است گواتر در دوره حاملگی بزرگ شود ولی روی تولید مثل اثری ندارد. در مناطق گواتر خیز متوسط موارد کره تی نیسم دیده نمیشود در مناطق شدید بچه ها در سنین زودتری دچار میشوند. کره تی نیسم مادرزادی آندمیک نتیجه چندین نسل گواتر آندمیک است.

گواتر معمولاً ابتدا صاف و نرم است ولی وقتی شخص رشد می کند و پیرتر میشود غیر منظم و ندولر میشود. علت نامنظمی ممکن است وجود مناطق مملو از کلوئید باشد که کاملاً در کپسول قرار داشته و بشکل کیستهای محتوی مایع روشن و گاهی خون آلود است. گاهی ممکن است این گره ها هیپرپلازی پیدا کرده و علائم هیپر تیروئیدیسم ایجاد کند و بالاخره تغییرات نئوپلازیک بدخیم ممکن است ظاهر شود. در بسیاری از مناطق در گواتر آندمیک، غده مقدار بیشتری ید رادیو آکتیو را بخود جذب می کند ولی این امر دلیل بر هیپر تیروئیدیسم نیست بلکه مربوط به فقر ید در داخل غده است.

درمان گواتر آندمیک و اسپورادیک: برای درمان ید و مهمتر از آن عصاره تیروئید بکار میبرند. ید را بصورت یدوردو پتاسیم یک تاسه میلی گرم در هفته و عصاره تیروئید یک تا سه Grain در روز. علائم بهبودی در همان مراحل اولیه وقتی هنوز غده هیپر بلاستیک است ظاهر میشود.

هر دو دارو را در زنان حامله مبتلا بگواتر بکار نمیبرند. عمل جراحی وقتی ایجاب پیدا می کند که غده بطور نامنظم بزرگ شده باشد و علائم فشار ظاهر شود. برای جلوگیری از گواتر بهتر است از نمکهای یددار استفاده شود. احتیاج روزانه به ید تقریباً یک تا دو گاما است بر حسب کیلو گرم وزن بدن. برخی عقیده دارند که تجویز مقدار زیاد ید سبب تیروئیتو کسیکوز یا Job Basedow میشود.

آمیروز غده تیروئید (گوآتر آمیروزید) : در Walker ۱۹۴۲ ۵۶ مورد گوآتر آمیروزید جمع آوری کرد و مشاهده نمود که گوآتر آمیروزید قاعداً همراه آمیروز عمومی است که نسبت بیک بیماری مزمن ثانوی است . پاتولوژی نشان می‌دهد که آمیروز تیروئید همراه انفیلتراسیون چربی در غده است. غده بزرگ و سخت و از نظر کلینیکی با کارسینوما قابل اشتباه است . در موارد شدید نیز علائم نارسائی تیروئید وجود ندارد .

کیست مجرای تیروگلووس : ممکن است بعلت باقیماندن مجرای تیروگلووس پدید آید. تظاهر اولیه این ناراحتی معمولاً در زمان طفولیت بروز می‌کند معمولاً بداخل فورامن سکوم و گاهی نیز بخصوص اگر عفونی باشد بخارج سر بازمی‌کند در این موارد بطور متناوب از سینوس درناژ انجام می‌گیرد .

سینوس خارجی معمولاً بین استخوان هیوئید و ایستم تیروئید جای دارد و ممکن است بصورت طنابی در سطح هیوئید حس شود . باید این کیست را از سایر کیستهای دیگر مثلاً برانشیال تشخیص افتراقی داد .

درمان کیست تیروگلووس عبارتست از عمل جراحی تمام سینوس و ساختمان کیست . برداشتن ناقص سبب عود میشود .

خلاصه :

بطور کلی تومورهای غده تیروئید را به دسته تقسیم می‌کنند :

۱ - تومورهای خوش خیم شامل استروماندوزا ماکرو فولیکولر جزو آدنومهای حقیقی بوده و از فولیکولهای که با یک ردیف سلولهای اپیتلیال مسطح مفروش شده‌اند تشکیل شده است .

استروماندوزا ترابکولر با طنابهای سلولی و استروماندوزا ماکرو فولیکولر یا Mixt adenoma و بالاخره Pappillary Cystadenoma که جزو تومورهای خوش خیم می‌باشد ولی بعلت هجوم بعروق خونی می‌تواند بدخیم تلقی شود .

۲ - تومورهای بدخیم شامل :

a - پاپیلری آدنو کارسینوما

b - فولیکولر و آلوئولر کارسینوما

Hurthl carcinoma cell - c

Solid adeno Carcinoma - d

Small and Giant Cell carcinoma - e

f - اپیدرموئید کارسینوما

g - سارکوما

h - اسکواموز کارسینوما و بالاخره I - استروماوارین .

۳ - تومورهای متفرقه غده تیروئید مانند - گواتر کلویید آندمیک و اسپورادیک

آمیروز غده تیروئید و کیست مجرای تیروگلووس .

REFERENCES

1- Trotter , W. R.: Disease of the thyroid , 1962 London, F. A. Davis, page 166.

2- Lasoch, Guy et A. Sauleurac : Annales d' Endocrinologie . page 735 771. Paris 1967

3- Unlholland , John : Annals of surgery, page 839-847 . Jan . Jun 1968

4- Means , James . The thyroid and its disease. 1963 , McGraw - Hil, page: 426 - 486.