

نومورهای غده تیر وئید

دکتر فریدون امین صادقیه *

قسمت اول - گواترهای گره‌ای

گواترهای گره‌ای 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 گره‌ای بروز کند نسبت وقوع کمتر از ۲ درصد است.

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

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

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

۶- وقوع کارسینوما در مردان دچار گواتر گره‌ای بیشتر از زنان دیده میشود. هر بیماری که دارای یک 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 قرارگیرد 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 گره‌های 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 برشد 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 انترآ آسینی وجود دارد که در دوره بلوغ از بین می‌رود .

عواملی 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 کلوئیدال 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 بحد وفور دیده میشود .

گرچه گواتر کلوئید 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 یک ردیف اپیتلیوم مسطح مفروش شده و مملو از کلونیدمی باشند علاوه بر این در گواتر کلونیدال تعدادی مناطق هیپر بلاستیک وجود دارد این نوع گره‌ها معمولاً در گواتر غیر توکسیک فراوان و ممکن است در یک یا چندین لبول تیروئید پیدا شده و بافت لنفی آنها را از هم جدا کند. در بین این گره‌ها ممکن است لانه‌های کوچکی از نسج تیروئیدی هیپر تروفیه مشاهده گردد این گره‌ها 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 گره‌ها قرار دارند آسینی‌ها مسطح و تحت فشار می‌باشند.

Wegelin این نوع گره‌ها را با اسم Stroma Nodosa Macro Follicular یا گره‌های ماکرو فولیکولر نامیده است. این نوع گره‌ها را می‌توان از حیث ساختمان جزو آدنوپاتی حقیقی دسته بندی نمود.

دیگر تومورهای خوش خیم تیروئید که بوسیله Wegelin درجه بندی شده‌اند

عبارتند از:

آدنوم ترا بکولریا Stroma nodosa trabecular: این آدنوم از طنابهای سلولی بوجود می‌آید که سلولهای آن پهلوی هم قرار می‌گیرند و به تیروئید جنین شباهت دارد.

استروماندوزا توبولر یا آدنوم توبولر از طنابهای سلولی بوجود می‌آید که سازمانهای لوله مانندی را می‌سازد نوع گره‌ها از نظر ساختمان رسیده تر ولی مانند تومور ترا بکولر فعالیت زیادی نداشته ید رادیو اکتیو را کم جذب می‌کنند.

استروماندوزا میکرو فولیکولر آدنوما شبیه تیروئید نوزادان است این تومورها بیشتر از انواع فوق دیفرانسیه می‌باشند و ید رادیو اکتیو را بیشتر جذب می‌کنند.

استروماندوزا میکرو و ماکرو فولیکولر از فولیکولهای کوچک و بزرگی که از اپیتلیوم مکعبی مفروش هستند تشکیل و حاوی مواد کلونید می‌باشند و پیرامون آنها را بافت فیروزی فرا گرفته است و ید رادیو اکتیو را باندازه تیروئید طبیعی جذب می‌کنند و بعنوان آدنوم مخلوط نیز نامیده میشوند.

سیستانوم پاپیلر: جزو تومورهای خوش خیم ولی بعلت هجوم بعروق خونی می‌توانند 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 لنفوسارکوم 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 دو برابر 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 مדיاستن 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 کلوئید 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 ضایعه‌دار و تمام غدد لنفاوی آزرده است درمان با اشعه تنها نتیجه رضایت‌بخش 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 خوش‌خیم 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 پروتئید از کارسینومهای خیلی بدخیم است. در زن و مرد بیک اندازه دیده میشود سن بروز نظیر کارسینوم آلوئولر 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 لئفاوی 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 هماتوکسیلین و ائوزین برنگ صورتی روشن در میآید . سلولها ممکن است چند سطحی و با سیتوپلاسم اسیدوفیل باشند یا سلولها کوچک و پلی گنال بوده فرم آلوئول 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 آلوئولر 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 آناپلاستیک با سلولهای غول آسا تشکیل می یابد .

مشی کلینیکی سریع و مرگ بعلت علائم انسداد فرامیرسد نه بواسطه متاستاز. این بیماران غیر قابل عمل و حساسیت تومور نسبت باشعه ایکس منفی است. ید رادیو-آکتیورا نیز جذب نمی کنند.

تومور باسلول کوچک Small tumor: مانند نوع بالا بدخیم است و در سنین کمتر از ۵۰ سال پیدا میشود. خاصیت تهاجم آن زیاد واشعه و درمان در آن مؤثر نیست.

اپیدرموئید کارسینوما: محتملا مشتق از مجرای تیروگلووس است، از اپتیلیوم شاخی تشکیل شده، این تومور بینهایت بدخیم ولی نادر است. خاصیت تهاجم شدید داشته غیر قابل عمل است.

لنفوسارکوم تیروئید: نادر و بیشتر در زنان و در سنین متوسط عمر پیدا میشود. معمولاً سابقه تیروئید بزرگ وجود دارد.

اشکال در تنفس: تنگی نفس بخصوص فلج طنابهای صوتی غالباً دیده میشود، بسیار بدخیم و با رشد سریع می باشد و خاصیت تهاجم موضعی دارد. بوسیله عمل جراحی درمان نمیشوند گسره نسبت به اشعه x حساسیت دارند ولی نتیجه قطعی بدست نمی آید مرگ خیلی زود فرامیرسد.

از نظر پاتولوژی ممکن است باتومورهای باسلول کوچک اشتباه شودگاهی با استرومالنفوماتوز اشتباه میشود در میکروسکوپی بافت سارکومی تمام غده را بطور منتشر اشغال می کند. تومورسفت وقوام چربی دارد که در سطح برش، خاکستری رنگ پریده بانقاط قهوه ای است. نسج نئوپلاستیک جانشین نسج سالم شده و تمام سلولها از نوع لنفوسیتهای کوچک می باشند که هسته آنها تیره تر است. رشته های رتیکولوم اطراف سلول یا توده سلولی را فرا گرفته است سلولهای نئوپلاستیک بداخل عروق نفوذ می کنند ونسوج عضلانی چربی سبب چسبندگی تیروئید میشود. وجه تشخیص این تومور با استرومالنفوماتوزا اینست که در نوع اخیر سلولهای لنفاتیک بوسیله نسج هم بند از نسج تیروئید حقیقی مجزا هستند و گره های لنفوی سالم می باشد بعلاوه سلولهای مشخص دارای پلاسماای Oxyphilic بوده انفیلتراسیون بهیچوجه با نسج تیروئید بستگی ندارد.

مصرف ید رادیوآکتیو در درمان متاستازهای کارسینومای تیروئید

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

اثر مفید این روش بطور ثموری بدو عامل بستگی دارد. ازین بردن نسج تیروئید که منبع خوبی برای جذب ید رادیوآکتیو 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 رادیوآکتیو با اندازه های زیر

است :

اول با «ید» رادیوآکتیو 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 I₁₃₁ 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 دو هفته 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 یدارتباطی
ندارد . بنا بر این علل ایجاد گواتر بطور کلی عبارتند از : فقدان ید ، عفونت ، آلودگی
آبها ، آبهای محتوی کلسیم و غذاهائی که ایجاد گواتر می کنند یعنی دارای مواد
گواتروژن 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، ابتداءقاعده 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 تیروئیدسم 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 تیروئیدسم 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 تا سه 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 (گواتر آمیروزید) : در Walker ۱۹۴۲ ۵۶ موردگواتر آمیروزید جمع آوری کرد و مشاهده نمود که گواتر 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 هیوئیدوایستم 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 بسدهسته 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 ترا بکولر با طنابهای سلولی و استروماندوزا ماکرو فولیکولر یا Mixt adenoma و بالاخره Pappilary 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 - سار کومها

h - اسکواموز کارسینوما و بالاخره I - استروما اوارین .

۳ - تومورهای متفرقه غده تیروئید - مانند - گواتر کلوئید 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.