

گزارش موردي

## گزارش یک مورد تیروئیدیت تحت حاد با قابلیت بالینی تب با منشاء ناشناخته

دکتر میرزا رفیعی<sup>\*</sup>، محمد محمدطاهری<sup>\*\*</sup>، رضا زعیم کهن<sup>\*\*</sup>

### چکیده:

بیماران مبتلا به تیروئیدیت تحت حاد با گرانولوماتوز معمولاً با تب، درد قسمت قدامی گردن به پزشک مراجعه می‌کنند و در معاینه حساسیت در لمس تیروئید وجود دارد. این بیماری با تست های غیر طبیعی فونکسیون تیروئید و کاهاش RAIU تشخیص داده می‌شود. گاهی اوقات امکان دارد تظاهرات بیماری کاملاً آتبیک باشد و با بیماریهای سیستمیک و بد خیم اشتباه شود.

در این مطالعه گزارشی از یک دختر ۲۷ ساله که با تب طول کشیده (FUO)، تظاهر پیدا کرده بود و در نهایت تشخیص تیروئیدیت تحت حاد داده شد، ارائه می‌گردد. این تشخیص با استفاده از تست های تیروئید غیر طبیعی مطرح شد، و با انجام اسکن تیروئید، تست RAIU و پاسخ خوب به درمان آسپرین تشخیص قطعی شد.

### کلید واژه ها: التهاب تیروئید / تب با منشاء ناشناخته

تیروئید می‌باشد و اکثر موارد دو طرفه است، اگرچه دردهای راجعه یا درد در محل تیروئید شایع است ولی موارد بدون درد هم گزارش شده است(۱).

#### معرفی بیمار:

بیمار دختر ۲۷ ساله ای است که به علت تب که از ۲۵ روز قبل شروع شده بود مراجعه کرد. تب بیمار بیشتر شبانه بود، همچنین تب با تعریق زیادی همراه بود. همراه با تب از بی اشتہایی و کاهاش وزن حدود ۵ کیلوگرم در طی این مدت شاکی بود. در سابقه بیمار سینوزیت در سال گذشته و جراحی حالب در ۲۰ سالگی وجود داشت. در معاینه  $T_c = 38.5^\circ C$ ، PR : ۱۲۵/min RR: ۲۰ / min BP : ۱۲۰/۸۰ mm/Hg یک عدد غده لنفاوی در زنجیره قدامی گردن به ابعاد

### مقدمه:

تیروئیدیت تحت حاد یا تیروئیدیت گرانولوماتوز، تیروئیدیت سلول ژانت، تیروئیدیت دوکرویس De Quervain's Thyroiditis ویروسی است، علائم تیروئیدیت معمولاً به دنبال علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی شروع می‌شود و ضعف و علائمی که ناشی از کشیدگی کپسول تیروئید است ایجاد می‌کند (درد در محل تیروئید که به فک تھانی، گوش یا اکسی پوت تیر می‌کشد) این علائم ممکن است هفت ها قبل از مسجل شدن بیماری ظاهر شود. کمتر دیده می‌شود که شروع آن حاد باشد و با درد شدید در محل تیروئید و تب و علائم تیروتوکسیکوزیس ظاهر شود. یافته های بالینی شامل، تندرننس و ندولاریتیه غده

تحت درمان با آسپرین قرار گرفت در ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان تب قطع شد و دو هفته بعد از شروع درمان نتایج آزمایشات به شرح زیر بdst آمد.

WBC : 5400 ESR : 25

Hemoglobin : 12.7

Hematocrit : 39

C. Reactive protein : Negative

#### بحث:

تیروئیدیت تحت حاد یا تیروئیدیت گرانولوماتوز، تیروئیدیت سلول ژانت، تیروئیدیت دوکروین اغلب منشأ ویروسی دارد(۱). ویروسهای عامل بیماری عبارتند از: اوریون، آدنووپرسوس، انتروروپرسوس، آنفلونزا و کوکساکی(۲). علائم تیروئیدیت معمولاً به دنبال عفونت سیستم تنفس فوقانی است و خود را به صورت ضعف، لاغری، علائم مربوط به تحت کشش قرار گرفتن کپسول تیروئید، درد ناحیه تیروئید با انتشار به فک تحتانی و یا درد پشت سر نشان می دهد (۱). لنف آدنوباتی در ناحیه سروپیکال به ندرت وجود دارد. علائم معمولاً هفت‌ها قبل از تشخیص وجود داشته گاه شروع فوق العاده حاد و با تب، درد شدید در ناحیه تیروئید و علائم تیروتوکسیکوزیس است. علائم بالینی شامل حساسیت و ندولاریتی تیروئید که یک طرفه و گاه در تمام نواحی تیروئید است و تستهای آزمایشگاهی که جنبه تشخیص دارد شامل ESR بالا و RAIU پایین می باشند.

در شروع بیماری تعداد زیادی از بیماران پر کاری تیروئید داشته به علت لیک هورمون ها از غده تیروئید. سطح سرمی  $T_3$  و  $T_4$  بالا و TSH پایین است، در سیر بیماری، بیمار به تدریج دچار هیپوتیروئیدی می شود و  $T_3$  و  $T_4$  پایین و TSH بالا می رود (۱).

در بیمار مورد بحث بیماری با علائم عفونت سیستم تنفس فوقانی شروع شده بود که به تدریج بیمار دچار تب و کاهش وزن گردید. این مورد از این نظر جالب است که بیمار هیچ علامتی که کمک کننده در تشخیص تیروئیدیت باشد مثل حساسیت در ناحیه تیروئید و یا حتی دردهای راجعه را ذکر نمی کرد و با توجه به این که در معاينه نیز به جز تب، هیچ نکته مثبتی نداشت و شروع تب از یکماه قبل بود. بیمار در بخش عفونی با تشخیص FUO بستری شد.

بر طبق تعریف جدید FUO به ۴ گروه تقسیم می شود:  
۱- FUO کلاسیک ۲- FUO بیمارستانی  
۳- FUO نوتروپنیک ۴- FUO همراه با HIV

۰/۵ × ۰/۵ سانتیمتر متحرک، بدون حساسیت وجود داشت. تیروئید در معاينه طبیعی بود در معاينه سایر ارگانها مشکلی نداشت. بیمار با تشخیص تب طول کشیده، در بیمارستان بستری شد.

در آزمایشات اولیه :

WBC: 7100 / mm <sup>3</sup>	Neut: 77%	ESR: 115
	Lym : 19%	CPR:++
	Mon: 4%	CXR: Normal
		U/A: Normal

۴۸ ساعت بعد از بستری شدن بیمار همچنان تب دار بوده

و نتیجه آزمایشات :

SGOT : Normal	PPD : Neg
SGPT : Normal	B/C: Neg
U/C : Neg	Widal : Neg
Wright : Neg	LE Cell : Neg
RF : Neg	Anti CMV Ab: Neg

برای بیمار تشخیص (FUO) Fever of Unknown Origin گذاشته شد و در معاينات روز سوم به بعد نیز نکته ای بجز تب بالا نداشت. برای بیمار PPD انجام شد که منفی بود. سونوگرافی شکم نکته ای نداشت.

در روز پنجم برای بیمار آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان انجام شد که نکته ای نداشت.

در روز ششم با توجه به بالا بودن نسبت به درجه حرارت بیمار (به ازای هر درجه افزایش دمای بدن تعداد نیز ۱۰-۱۵ عدد افزایش می نماید) تستهای تیروئید درخواست شد که جواب آن :

$T_4$ : ۳۳.۵ $\mu\text{g}/\text{dl}$	Normal Range : ۴.۲-۱۲ $\mu\text{g}/\text{dl}$
$T_3$ : ۲۷ $\mu\text{g}/\text{dl}$	// ۰.۸-۲.۱ $\mu\text{g}/\text{dl}$
TSH : ۰.۱ $\mu\text{IU}/\text{ml}$	// ۰.۳-۴ $\mu\text{IU}/\text{ml}$

با شک به تیروئیدیت تحت حاد با توجه به آنمی، ESR بالا، اسکن تیروئید درخواست شد که گزارش آن به شرح زیر است :

**INTERPRETATION :** Suboptimal thyroid scan with subnormal uptake suggests thyroiditis.

بیمار با تشخیص احتمالی تیروئیدیت مرخص و برای اثبات بیشتر تشخیص بیماری RAI uptake درخواست شد که جواب تست : ۱% at 24 h بود. بیمار

## منابع:

1. Wartofsky L. Diseases of the thyroid. In: Fauci , Brounwald , (eds). Harrison's principles of Internal medicine. 14th ed. New York : McGraw – Hill , 1998: 2033-2034.
2. Dillmann WH. The thyroid. In: Bennett JC, Plum F,(eds). Cecil textbook of medicine . 20th ed. New York : W.B Saunders , 1996 : 1240-1241.
3. De Kleijn EM , Van Denbroucke JP, Van Der meer JW, et al. Fever of unknown origin : Report on 53 patients in a Dutch University Hospital. Neth J Med 1997; 47: 54-60.
4. Iikuni Y, Okada J, Kand H, et al. Current fever of unkown origin 1982-1992. Intern Med 1994; 33: 67-73.
5. Hassan A , Farid Z. Fever of undetermined origin in Cairo. N Engl J Med 1974 ;290 : 807-810.
6. Durack DT, Street. AC . Fever of unknown origin, reexamined and redefined. Curr Clin Top Infect Disease 1991; 11: 35-51.
7. Kazanjion PH. Fever of unknown origin, nevier of 86 patients treated in community hospitals. Clin Infect Dis 1992; 15 : 986-979.
8. De Kleijn EM. , Van Denbroucke JP. Fever of unknown origin (FUO). Medicine , 1997; 76 : 392-400.
9. Hoffman HS . Subacute thyroiditis as fever of unknown origin. Conn Med 1996 Jul; 60(7): 438-9.
10. Baytnar ZH , Zelikovsky L , Jarchowsky J. Prolonged fever in painless subacute thyroiditis -diagnosis by gallium scan. Harefual 1996 Apr ; 130 (7) :453-5.

بیمار ما در گروه کلاسیک قرار می گیرد یعنی تی که بیش از سه هفته طول کشیده و بعد از ۳ روز بستری در بیمارستان یا سه ویزیت سرایانی به تشخیص نرسیده باشد (۳). آگاهی نسبت به علل مختلف تب سبب کوتاه شدن زمان لازم برای تشخیص می شود. بر طبق آخرین آمار بیماریهای عفونی هنوز شایع ترین علت FUO هستند ولی در بین علل عفونی به علت پیشرفتیابی که در زمینه تکنولوژی پیدا شده است، آبese ها نسبت به توپرکلوز و یا بیماریهای ویروسی مثل CMV ، درصد کمتری را به خود اختصاص می دهد (۴-۷).

در یک بررسی روی ۱۶۷ بیمار مبتلا به FUO ۴۳ بیمار (۲۵/۷) بیماریهای عفونی، ۲۱ مورد (۱۲/۶) نکوپلاسم و ۴۰ مورد (۲۴/۷) بیماری التهابی غیر عفونی علت FUO بودند، در ۵۰ بیمار هیچ تشخیصی داده نشد (۲۹/۹)، ۳۷ بیمار خود به خود ببهود یافتند (۸).

در بیمار ما نیز ابتدا بررسی از لحاظ بیماریهای عفونی شروع شد. ولی نتایج کشت های میکروبی و بررسیهای سرولوژیکال برای ویروس ( Anti CMV Ab ) منفی بود، بیوپسی مغز استخوان نکته ای نداشت، در سونوگرافی شکم مشکلی نداشت و در نهایت با انجام تست های تیروئیدی تشخیص هیپرتیروئیدی برای بیمار گذاشته شد و با توجه به ESR بالا ، اسکن تیروئید و RAIU ، تشخیص تیروئیدیت تحت حد گذاشته شد.

در طی یک بررسی پنج ساله دو مورد تیروئیدیت تحت حد گزارش شده که از نظر علائم بالینی و سیر کلینیکی تفاوت چندانی با بیمار ما نداشت (۹,۱۰) . یکی از بیماران مردی ۴۰ ساله و مورد دیگر زن ۲۸ ساله ای بود. در دو مورد فوق و مورد معرفی شده پاسخ خیلی خوب به درمان با آسپرین به تنهاشی داده شد و نیازی به مصرف استروئید نبود و برای کنترل علائم هیپرتیروئیدی از ایندرا ال استفاده شد. در نهایت باید بیماریهای تیروئید در تشخیص افتراقی علل FUO در زنان جوان مطرح گردد.