

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

دکتر میترا رنجبر\* ، محمد محمدطاهری\*\* ، رضا زعیم کهن\*\*

### چکیده:

بیماران مبتلا به تیروئیدیت تحت حاد یا گرانولوماتوز معمولاً با تب ، درد قسمت قدامی گردن به پزشک مراجعه می کنند و در معاینه حساسیت در لمس تیروئید وجود دارد . این بیماری با تست های غیر طبیعی فونکسیون تیروئید و کاهش RAIU تشخیص داده می شود . گاهی اوقات امکان دارد تظاهرات بیماری کاملاً آتیپیک 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 می گردد. 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

### مقدمه :

تیروئیدیت تحت حاد یا تیروئیدیت گرانولوماتوز ، تیروئیدیت سلول ژانت ، تیروئیدیت دوکروئین De Quervain's Thyroiditis بیماری است که منشأ آن 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 می کنند (درد در محل تیروئید که به فک تحتانی ، گوش یا اکسی پوت تیر می کشد ) این علائم ممکن است هفته ها قبل از مسجل شدن بیماری ظاهر شود . کمتر دیده می شود که شروع آن حاد باشد و با درد شدید در محل تیروئید و تب و علائم تیروتوکسیکوزیس ظاهر شود . یافته های بالینی شامل ، تندرینس و ندولاریته غده

تیروئید می باشد و اکثر موارد دو طرفه است ، اگر چه 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 اشتهاپی و کاهش 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  $T: 38.5^{\circ}C$  ، PR : ۱۲۵/min RR:۲۰/min BP : ۱۲۰/۸۰ mm/Hg یک غده لنفاوی در زنجیره قدامی گردن به ابعاد



## 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 unknown 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, never 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. Baytner ZH, Zelikovsky L, Jarchowsky J. Prolonged fever in painless subacute thyroiditis -diagnosis by gallium scan. *Harefuah* 1996 Apr; 130 (7): 453-5.

بیمار ما در گروه کلاسیک قرار می گیرد یعنی تبی که بیش از سه هفته طول کشیده و بعد از ۳ روز بستری در بیمارستان یا سه ویزیت سرپائی 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 پیشرفتهایی که در زمینه تکنولوژی پیدا شده است، آبه ها نسبت به توبرکلوز و یا بیماریهای ویروسی مثل CMV، درصد کمتری را به خود اختصاص می دهد (۷-۴).

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

در طی یک بررسی پنج ساله دو مورد تیروئیدیت تحت حاد 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 تنهایی داده شد و نیازی به مصرف استروئید نبود و برای کنترل علائم هیپرتیروئیدی از ایندرال استفاده شد. در نهایت باید بیماریهای تیروئید در تشخیص افتراقی علل FUO در زنان جوان مطرح گردد.