

## یک مورد فلج عصب راجعه حنجره به همراه سل اولیه تیروئید

دکتر وهاب فتوره‌چی\* و دکتر مهرانگیز حاتمی\*

### خلاصه

فلج طناب‌های صوتی عارضه نسبتاً شایعی است که معمولاً "بر اثر تومورهای بدخیم تیروئید یا جراحی‌های تیروئید و گردن پیش می‌آید ولی این عارضه علل نادر و بسیار متنوعی دارد که در گزارش فعلی گردآوری شده است. در بعضی موارد نیز علت شناخته شده‌ای برای فلج عصب راجعه پیدا نمی‌شود. در گزارش فعلی یک مورد از سل اولیه تیروئید که با آسیب‌شناسی و یافتن باسیل مقاوم به اسید در نسج تیروئید تأیید شده بود، شرح داده شده است. این بیمار دچار فلج عصب راجعه در همان طرف ضایعه بود و مجاورت ضایعه سلی در قسمت خلفی تیروئید تا عصب و ابتلای نسوج نرم اطراف تیروئید گرفتاری سلی عصب راجعه را تأیید می‌کند.

### مقدمه

فلج عصب راجعه در بیماری‌های بدخیم تیروئید شایع و در بیماری‌های خوش‌خیم فوق‌العاده نادر است (۱، ۲، ۳، ۴) و به ندرت به همراه تیروئیدیت هاشیموتو (Hashimoto) (۲)، ریدل (۱) و سلی (۵) گزارش شده است. سل تیروئید بیماری نادری است (۵، ۶، ۷ و ۸) و نخستین بار در سال ۱۸۶۲ گزارش شد. توام بودن سل تیروئید با فلج عصب راجعه، پدیده نادری است که تاکنون بیش از سه مورد آن گزارش نشده است (۵ و ۹).

ضمن بررسی بیماران مبتلا به ضایعه سلی تیروئید (مقاله در دست تهیه) از بین ۲۸۴۰ نمونه آسیب‌شناختی تیروئید، ۱۲ مورد ابتلا به سل تیروئید وجود داشت که از آن میان در یک مورد بیماری همراه با فلج عصب راجعه بود. این

بیمار - با موارد گزارش شده قبلی - مورد چهارم است که در نشریات پزشکی درج می‌شود. چون بیماری سل هنوز در ایران شایع است، بیمار مزبور گزارش می‌شود.

### معرفی و شرح حال بیمار

حسن، ع. ۵۱ ساله، اهل تهران و کشاورز که به علت گرفتگی صدا در مهر ماه ۱۳۵۵ در بیمارستان امام خمینی دانشگاه تهران بستری شد. سه ماه قبل از بستری شدن، بیماری با احساس برآمدگی و پیدایش توده بدون دردی در ناحیه قدامی - تحتانی گردن خودنمایی کرده و همزمان با رشد تدریجی این توده بیمار کم‌کم دچار گرفتگی و خشونت صدا شده بود.

در معاینه بیمار به غیر از گره نسبتاً "سفت لوپ راست

صوتی علل مختلفی دارد که یکی از شایع‌ترین آنها فلج عصب راجعه در اثر جراحی تیروئید (۳/۱۳ درصد) است (۱۱). علاوه بر این ضایعات، علل دیگری نیز می‌توانند فلج طنابهای صوتی را ایجاد کنند و ما علاوه بر علل ذکر شده در منابع کلاسیک، مواردی را نیز که در بررسی انتشارات اخیر طبی یافتیم به موارد قبلی افزوده‌ایم. این علل به‌طور کلی عبارتند از: التهاب عصبی (نوریت) محیطی ثانویه به الکلسیم، آنفلوانزا و بیماری حاد عفونی، سیفلیس، دیفتری، حصه، مسمومیت دارویی (سرب، آرسنیک)، ضایعات قاعده جمجمه و سوراخ وداجی (تومورها، خونریزی و ترومبوز). همچنین در ضایعات پیاز مغز در فلج کودکان (پولیومیالیت)، تابس، اسکروز متعدد سیرنگومیلی، ضعف خطیر ماهیچه‌ای (میاستنی‌گراو) آتاکسی فردریش (Friedreich ataxi) تومور، ضربه و خونریزی مغزی و یا ترومبوز سینوس عرضی و ورید وداجی، فلج طنابهای صوتی دیده می‌شود (۳ و ۱۲). این ضایعه به‌عنوان عارضه درشت انتهایی (آکرومگالی) نیز دیده شده است (۳).

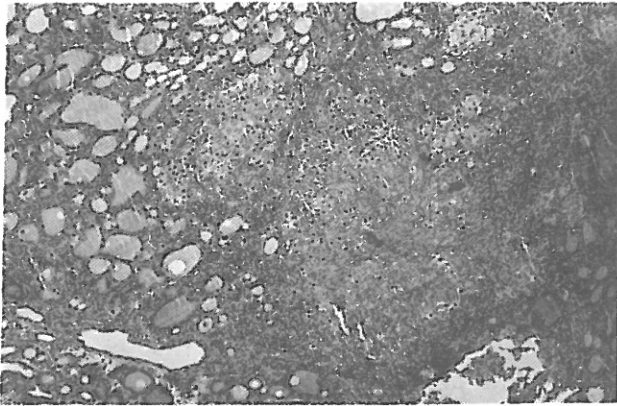
فلج عصب راجعه علاوه بر بیماریهای بدخیم تیروئید، در تومورها، کیست‌ها، توده‌های گردنی و میان‌سینه‌ای (مدیاستن)، بزرگی قلب، پریکاردیت، آنوریسم آئورت (از علل شایع فلج عصب راجعه چپ)، ضایعات سیفلیسی (۳ و ۱۲)، فیبروز قله ریه، دیابت، نئوپلاسمای ریه‌ها (۱۳)، نور فیبروم عصب راجعه حنجره (۱۴)، کارسینوم و جسم خارجی مری (۱۵)، کیست‌های خوش‌خیم تیموس (۱۶)، ضایعات ویروسی مانند ویروس تیخال معمولی (herpes simplex)، همچنین بعد از عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی (۱۵ و ۱۲)، به‌دنبال لوله‌گذاری در نای (۱۷) و متعاقب کاربرد فورسیس در نوزادان (۳) دیده می‌شود. این ضایعه به‌دنبال مصرف وینکریستین (Vincristine) و وینبلاستین (Vinblastine) در درمان لوسمی و لنفوم نیز گزارش شده و با قطع داروهای مزبور بهبود یافته است (۱۸). همچنین به‌عنوان عارضه درمان با یدپرتوزا در درمان پرکاری تیروئید نیز در دو مورد دیده شده است (۱۹ و ۱۰).

فلج عصب راجعه به‌ندرت ممکن است ناشی از بیماری و بزرگی خوش‌خیم غده تیروئید باشد (۱، ۲، ۳، ۴ و ۱۲). فلج طنابهای صوتی در ۴/۵ درصد بیماران مبتلا به گواتر

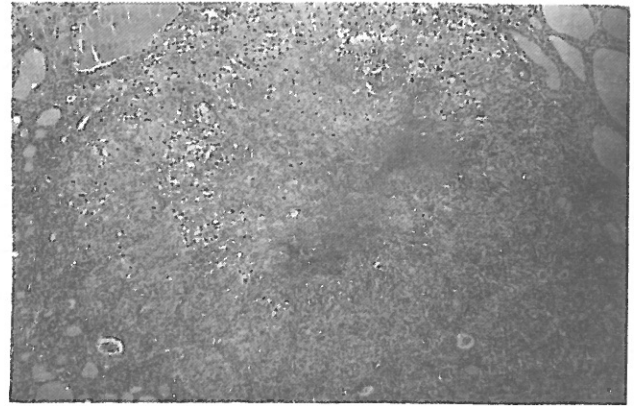
تیروئید یافته مهم دیگری وجود نداشت. در حنجره بینی (لارنگوسکپی)، طناب‌های صوتی طرف راست به‌طور کامل بی‌حرکت و فلج بودند. پرتونگاری قفسه صدری، جمجمه و استخوانهای دراز و مری طبیعی بود و هیچ‌گونه نشانه‌ای از متاستاز و بدخیمی دیده نشد. در اسکن تیروئید در لوب راست گره سردی وجود داشت. نتیجه‌آزمونهای متداول در حدود طبیعی بودند. بیمار با تشخیص بالینی تومور لوب راست تیروئید تحت عمل جراحی برداشتن تیروئید (تیروئیدکتومی) دو طرفه و خارج کردن چند غده لنفاوی مشکوک قرار گرفت. در درشت‌نمایی (ماکروسکپی) قطعه لوب راست تیروئید به ابعاد ۸ x ۵ x ۳ سانتیمتر بود و سطح خارجی نامنظمی داشت که در یک ناحیه آن حفره‌ای به قطر تقریبی ۲ سانتیمتر با سطح صاف و در سطح مقطع آن نیز حفره دیگری با همین مشخصات وجود داشت. قطعه لوب چپ به قطر ۲ x ۱ سانتیمتر بود که نیمی از آن با نمای تیروئید طبیعی و نیمی دیگر سفت و حاوی کانون نکروز بود. در نمای ریزبینی (میکروسکپی) برشهای تهیه شده از لوب راست بافت تیروئید که در آنها واکنش آماس گرانولوما - نوع فولیکولی - با نکروز کازئیفیه ایجاد شده بود و در بعضی نقاط آبه سرد سلی ایجاد کرده بود، دیده می‌شدند. (شکل‌های ۱ و ۲). فیبروز حاصل از آماس سبب چسبندگی تیروئید به نسوج عضلانی شده و در آنها نفوذ کرده بود. برشهای تهیه شده از لوب چپ تیروئید ضایعات مشابه لوب راست را نشان می‌داد. برشهای غده‌های لنفاوی گردن نیز نمایانگر التهاب غده لنفاوی (آدنیت) گرانولومی کازئیفیه بودند. هیچ دلیلی بر بدخیمی یافت نشد و در رنگ‌آمیزی زبل نیلسن (Ziehl-Neelsen) در بافت تیروئید با سیل مقاوم به اسید (اسید فاست) نیز یافت شد و تشخیص سل تیروئید به‌طور قطعی مورد تأیید قرار گرفت (شکل‌های ۳ و ۴) و بیمار با داروهای ضد سل مرخص شد. علی‌رغم اطلاع کتبی، بیمار تا این تاریخ جهت پیگیری مراجعه ننموده است.

#### بحث

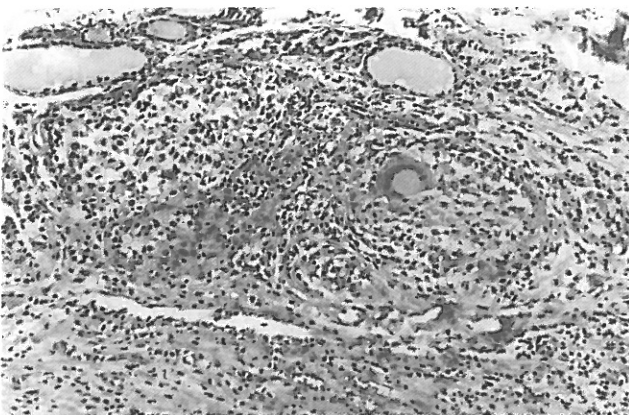
فلج طنابهای صوتی در ۱۰ درصد موارد منشاء مرکزی و در ۹۰ درصد موارد منشاء محیطی دارد (۳) و در ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد دو طرفه است (۱۰). در ۳۳ تا ۳۶ درصد موارد منشاء ناشناخته (ایدیوپاتیک) (۱) دارد. فلج طنابهای



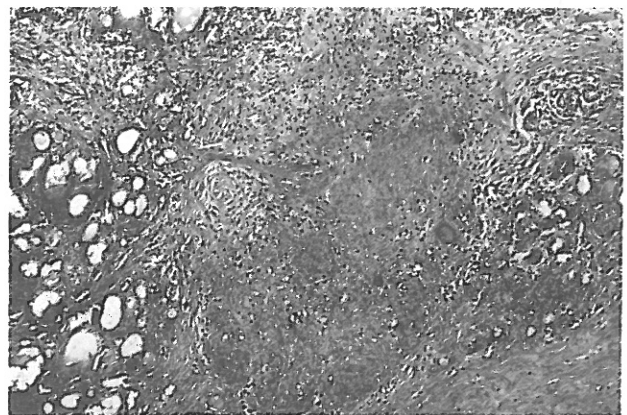
شکل ۲. گرانولوم اپیتلیوئیدی وسیع متشکل از سلول‌های غول‌پیکر و ارتشاح سلول‌های لنفوسیت و تغییرات فیبروزی؛ در سمت راست این تغییرات تعدادی از فولیکول‌های تیروئید مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )



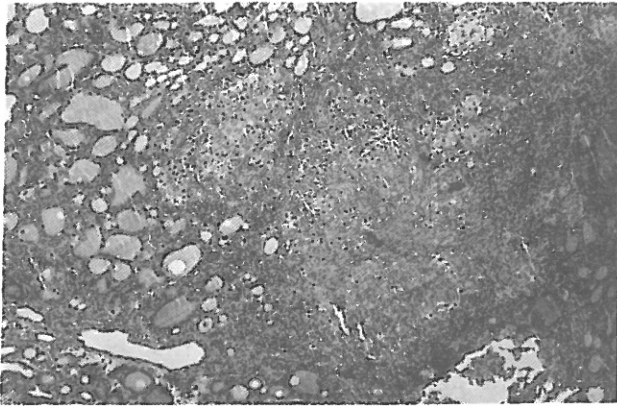
شکل ۱. ضایعه سل تیروئید که در آن گرانولوم وسیع به همراه نکروز کازئیفیه و فیبروز مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )



شکل ۴. قسمتی از شکل ۳ با بزرگنمایی بیشتر که در مرکز سلول غول‌پیکر نوع لانگرهانس؛ و در قسمت فوقانی طرف راست بخشی از نکروز کازئیفیه را نشان می‌دهد (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 250$ )



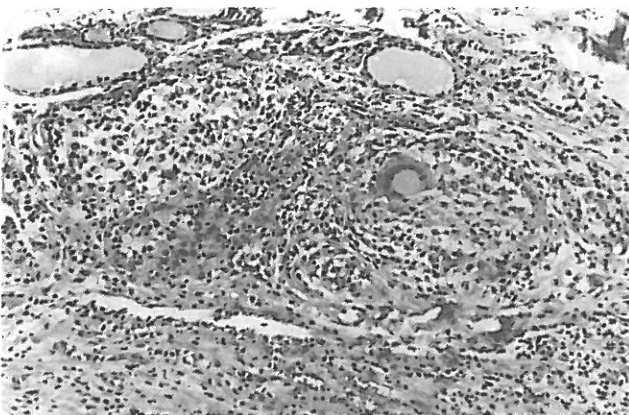
شکل ۳. گرانولوم‌های متعدد اپیتلیوئید با تغییرات فیبروزی در اطراف و همچنین نکروز کازئیفیه در مرکز که فولیکول‌های سالم و در حال تخریب نسج تیروئید نیز در حاشیه سمت راست مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )



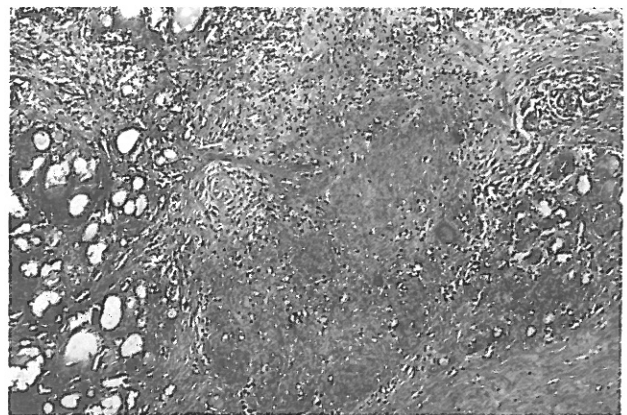
شکل ۲. گرانولوم اپیتلیوئیدی وسیع متشکل از سلول‌های غول‌پیکر و ارتشاح سلول‌های لنفوسیت و تغییرات فیبروزی؛ در سمت راست این تغییرات تعدادی از فولیکول‌های تیروئید مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )



شکل ۱. ضایعه سل تیروئید که در آن گرانولوم وسیع به همراه نکروز کازئیفیه و فیبروز مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )



شکل ۴. قسمتی از شکل ۳ با بزرگنمایی بیشتر که در مرکز سلول غول‌پیکر نوع لانگرهانس؛ و در قسمت فوقانی طرف راست بخشی از نکروز کازئیفیه را نشان می‌دهد (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 250$ )



شکل ۳. گرانولوم‌های متعدد اپیتلیوئید با تغییرات فیبروزی در اطراف و همچنین نکروز کازئیفیه در مرکز که فولیکول‌های سالم و در حال تخریب نسج تیروئید نیز در حاشیه سمت راست مشهود است (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی تقریبی  $\times 100$ )

گرفتاری عصب راجعه حنجره همراه با سل تیروئید غیرشایع و فقط با ابتلای شدید تیروئید همراه است. سل تیروئید خود عارضه نادری است (۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) که بین سالهای ۱۹۷۰ تا ماه مه ۱۹۸۰ ده مورد آن گزارش شده است که فقط در یک مورد با فلج عصب راجعه حنجره‌ای همراه بوده است (۵). پست هتویت (Post hethwaite) و برگ (Berg) نیز با مرور نشریات پزشکی تا سال ۱۹۴۴، ۲۶ مورد آبسه سلی تیروئید یافتند که فلج عصب راجعه فقط در ۲ بیمار یافت شده که در این ۲ بیمار فلج عصب راجعه حنجره با اختلال بلع، اشکال در تکلم و ابتلای شدید سل تیروئید همراه بوده است (۹). اثر مکانیکی تورم تیروئید بر اثر سل همراه با فیبروز و چسبندگی به ساختمانهای اطراف ممکن است گاهی علائم فشاری ایجاد کند و منجر به بروز علائم اختلال بلع، اشکال در تکلم و فلج عصب راجعه حنجره‌ای شود. ما نیز ضمن بررسی بیماران مبتلا به سل تیروئید از بین ۲۸۴۰ مورد نمونه آسیب شناختی تیروئید، بین سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۰، به ۱۴ مورد سل تیروئید برخوردیم که فقط در همین یک مورد گزارش شده فلج طنابهای صوتی به همراه بیماری دیده شد. در این بیمار گرفتاری اولیه سلی تیروئید با سلامت عمومی بیمار، عدم وجود ضایعات ریوی، استخوانی، عدم وجود غدد لنفاوی قابل لمس قبل از عمل و شدت گرفتاری تیروئید به نظر می‌رسد قطعی باشد. احتمالاً "گرفتاری غدد لنفاوی ثانویه به گرفتاری اولیه تیروئید بوده است. به علت فقدان علل دیگر، فلج طناب صوتی و گرفتاری عصب در همان طرف ضایعه و با توجه به مشاهدات جراحی و گرفتاری سلی نسوج مجاور تیروئید همراه با فیبروز، گرفتاری سلی عصب قطعی به نظر می‌رسد. در سه مورد گزارش شده قبلی (۵ و ۹) درباره قابل برگشت بودن فلج عصب راجعه با درمان جراحی و دارویی سل تیروئید ذکری به میان نیامده است. در مورد بیمار ما نیز چون پیگیری درازمدت موجود نبود لذا در مورد اینکه در سل تیروئید فلج عصب راجعه دائمی است یا قابل برگشت، نمی‌توان نظر داد و این مسئله با مطالعات موارد بعدی باید مشخص گردد.

با وجود اینکه سل تیروئید عارضه نادری است ولی به علت شیوع نسبی سل در ایران و به علت احتمال گرفتاری عصب راجعه در ضایعات سلی تیروئید، به نظر می‌رسد که این بیماری نیز باید به طبقه‌بندی علل نادر فلج عصب راجعه حنجره اضافه شود.

گره‌دار (ندولی)، ۱۵ درصد با ضایعات بدخیم تیروئید و فقط در موارد بسیار نادر با ضایعات هیپرتروفیک پارانسیم غده تیروئید بدون تغییرات تومور خوش‌خیم آدنومی آن همراه بوده است (۳). در یک گزارش از بین ۱۲۰۰ بیمار - که بطور متداول قبل از برداشتن تیروئید (تیروئید کتومی)، حنجره بینی (لارنگوسکوپی) شده‌اند - میزان فلج در بیماریهای خوش‌خیم و بدخیم ۱۳ مورد (۱/۰۸ درصد) بود که با حذف بیماریهای بدخیم به ۵/۶۹ درصد کاهش یافت. در تمام موارد، فلج در همان طرف ضایعه و به طور یک طرفه بوده است. در دوسوم موارد ضایعه با گره‌های منفرد (ندول کلوئیدی، گره آهکی، آدنوم میکروفولیکولی) همراه بوده است که سه بیمار از این گروه (۳۸ درصد) پس از جراحی بهبود یافته‌اند و بقیه با بیماری منتشر تیروئید (گوآترسمی با گره‌های متعدد، گوآتر منتشر کلوئیدی، تیروئیدیت ریڈل (Riedel's Thyroiditis) و فلج دائمی همراه بوده است (۱). در گزارش دیگری (۲) از بین ۴۵۳۷ گوآتر خوش‌خیم، در ۱۲ مورد (۰/۳۱ درصد) قبل از عمل جراحی، فلج عصب راجعه دیده شده است که همگی به جز دو مورد بر اثر گوآتر گرهی، یک طرفه بوده‌اند. در این سری ۶۱/۸ درصد با گره‌های منفرد (گره یک طرفه، گره آهکی، آدنوم، آدنوم کیسه‌ای) و ۳۸/۲ درصد با بیماری منتشر تیروئید (تیروتوکسیکوز، گوآتر گرهی دوطرفه، تیروئیدیت هاشیموتو) همراه بوده است.

ککش عصب به علت تورم تیروئید، التهاب و یا آهکی شدن (کلسیفیکاسیون)، فشار وارد بر عصب بین گوآتر و نای یا مهره گردنی، خیز تنه عصب و عفونت از عوامل ایجادکننده ضایعه به شمار می‌روند. در نتیجه، فشار وارد بر عصب در مراحل حاد به بی‌اکسیژنی (آنوکسی)، خیز و یا ترومبوز بستگی دارد. بسته به مدت و شدت بیماری، ضایعات موقت و یا دائمی است که با جراحی به موقع گوآتر (۳۳ تا ۳۸ درصد موارد) می‌توان از تورم عصب، آنوکسی و بروز صدمات غیرقابل برگشت جلوگیری کرد. در تیروئیدیت ریڈل به علت فیبروز شدید همراه بیماری، انتظار می‌رود صدمه عصب دائمی باشد. ارتباط فلج به آهکی شدن روشن نیست، احتمالاً خونریزی داخل گره کلوئید منجر به فیبروز و آهکی شدن در دیواره گره می‌شود که اگر گره نزدیک عصب باشد فیبروز آن را گرفتار می‌کند و منجر به صدمه عصب می‌شود (۱).

## مراجع

1. Holl—Allen RTJ: Laryngeal nerve paralysis & benign thyroid disease. Arch Otolaryng 85: 335—7, 1967
2. Porter JM, Lange MJ: Noniatrogenic vocal cord paralysis in simple goiter. Int Surg 62 (11—12): 595—9, 1977
3. Paparella MM, Schumrich DA: Otolaryngology volume 3, Head and Neck. Saunders, Phil., 1973
4. Werner SC, Ingbar SH (eds): The Thyroid, a fundamental and clinical Text. Harper & Row, NY, 1974
5. Emery P: Tuberculosis abscess of the thyroid with recurrent laryngeal nerve palsy: Case report & review of the literature. J Laryngol Oto 94(5): 553—8, 1980
6. Goldforb H, Schifrin D, Graig FA: Thyroiditis caused by tuberculosis abscess of the thyroid gland. Case rept & Review of the Literature. Am J Med 38: 825—8, 1965
7. Barnes P, Weatherstone R: Tuberculosis of the thyroid: Two case reports. Br J Dis Chest 73(2): 187—91, 1979
8. Johnson AG, Phillips ME, Thomas RJS: Acute tuberculosis abscess of the thyroid gland. Br J Surg 60(8): 668—9, 1973
9. Postelthwaite NW, Berg P: Tuberculosis abscess of the thyroid gland. Arch Surg 48: 429, 1944
10. Magnussen CR, Patanella HP: Herpes Simplex virus & recurrent Faryngeal nerve paralysis. Report of a case & review of the literature. Arch Inter Med 139(2): 1423—4, 1979
11. Roy AD, Gardiner RH, Niblock WM: Thyroidectomy and the recurrent laryngeal nerves. Lancet 270: 988, 1956
12. Wechsler IS: Clinical Neurology With an Introduction of the History of Neurology. Saunder, Phil., 1963
13. Holt GR, McMurry GT, Joseph DJ: Recurrent laryngeal nerve injury following thyroid operations. Surg Gyn Obs 144(4): 567—70, 1977
14. Ress G: Neurofibroma of the recurrent laryngeal nerve. Chest 60(4): 414—18, 1972
15. Poncz M, Schwartz MW: Vocal cord paralysis & mediastinal mass. An unusual esophageal foreign body presentation. Clin Pediatr 17(2): 196—8, 1978
16. Bailey LL, Lynn Hilde R, Smith TR, Thompson RJ: Cervicomediastinal thymic cyst with vocal cord paralysis. Cancer 39(1): 347—9, 1977
17. Minuck M: Unilateral vocal cord paralysis following endotracheal intubation. Anesthesiology 45(4): 448—9, 1976
18. Whittaker JA, Griffith IP: Recurrent laryngeal nerve paralysis in patients receiving Vincristine & vinblastine Br Med J 1(607): 1251—2, 1977
19. Craswell PWT: Vocal cord paresis following radioactive iodine therapy. Br J Clin Prac 26: 571—2, 1972
20. Snyder S: Vocal cord paralysis after radioiodine therapy (letter). J Nucl Med