

Atüüpilise paiknemisega suur mediastinaalne retrotrahheaalne kilpnääre

Indrek Benno¹, Bruno Sarana¹, Piret Kibur¹, Tanel Laisaar^{1, 2}

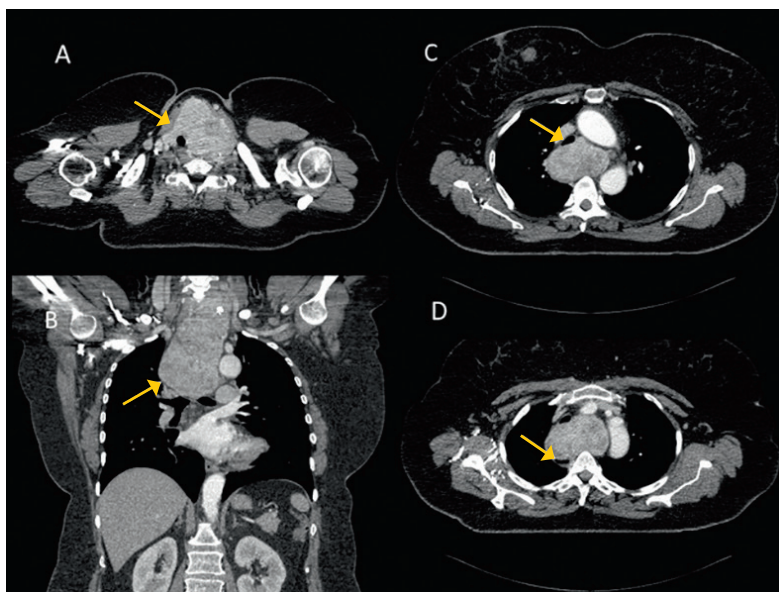
¹ Tü Kliinikumi kopsukliinik,
² Tartu Ülikooli kopsukliinik

Kirjavahetajaautor:
Tanel Laisaar
tanel.laisaar@kliinikum.ee

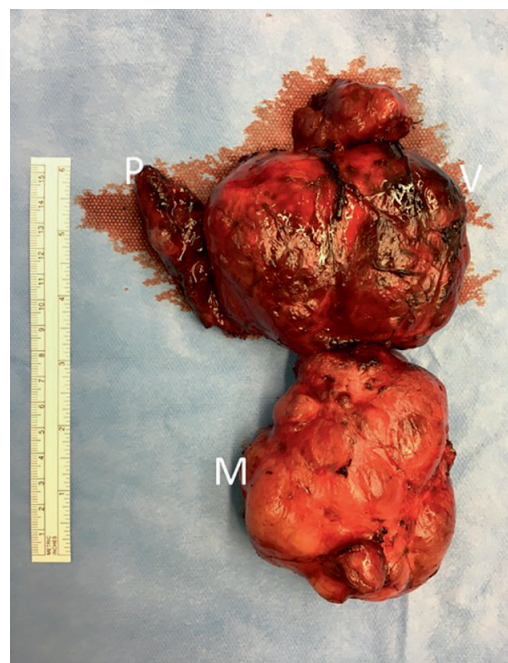
55 aasta vanune naispatsient pöördus pulmonoloogi vastuvõtule kahe aasta jooksul süvenenud õhupuudustunde ja surumistunde tõttu rinnus. Patsient oli märganud kaela alaossa tekkinud väljavõlvumust. Kaela ja rindkere kompuutertomograafilisel uuringul leiti domineerivalt kilpnäärme vasaku sagara sõlmeline suurenemine. Erinevalt tavapärasest retrosternaalsest paiknemisest lokaliseerus patsiendi mediastinaalsele suurenenud kilpnäärme osa retrotrahheaalsel, ulatudes trahhea bifurkatsioonini (vt pilt 1). Patsient oli heas üldseisundis, kaasuvate haigustena esines hüpertooniatõbi ja adipoosus (kehamaasindeks 38 kg/m²).

Patsient hospitaliseeriti Tü Kliinikumi torakaalkirurgia osakonda türeoidektoomiaks. Arvestades kilpnäärme paiknemist ja ulatust trahhea bifurkatsioonini, tehti Kocheri kraelõige ja lisaks osaline sternotoomia – manubriotoomia. Eemaldati ekstrakapsulaarselt kilpnäärme mõlemad sagarad koos mediastinaalse osaga (vt pilt 2). Operatsioon kestis 4 tundi ja 20 minutit, operatsiooniaegne verekaotus oli umbes 1100 ml. Operatsiooni järel tekkis transitoorne hüpokaltseemia, mida korregeeriti Ca²⁺ asendusraviga, muus osas oli kulg iseärasusteta.

Osaliselt või täielikult retrosternaalse asetsusega struumade operatsioonid



Pilt 1. Kompuutertomograafiline uuring kaelast, rindkerest ja ülakõhust veenisisesega kontrasteerimisega. Uuringul visualiseerub suurenenud sõlmeline kilpnääre kaelal (A), mis ulatub *mediastinum*'is retrotrahheaalsel kuni trahhea bifurkatsioonini (B). Kraniokaudaalsuunas mõõdetuna on struuma läbimõõt 16 cm. Struuma komprimeerib ülemisest torakaalapertuurist alates trahheat (C) ja dislotseerib söögitoru intratorakaalse ülemise kolmandiku osas paremale paravertebraalsele (D).



Pilt 2. Samalt patsiendilt türeoidektoomial eemaldatud operatsioonipreparaat kaaluga 434 g. Morfoloogiliselt oli tegu kolloidse sõlmelise struumaga. Parem sagar (P), vasak sagar (V), mediastinaalne retrotrahheaalne osa (M).

moodustavad kõigist türeoidektoomiatest 15–20% (1), neist 80–90% on teostatavad juurdepääsuga kaelalt (2). Manubriotoomia on vajalik, kui struuma ulatub aordikaareni, ja täismahus sternotoomia siis, kui struuma ulatub südame paremast kojast kaudaalsemale (2). Sternotoomia (kas täielik või osaline) võib olla vajalik ka juhtudel, kui varem on tehtud tservikaalne kilpnäärme resektsioon, samuti invasiivse kartsinoomi ja ektoopilise kilpnäärme korral ning juhtudel, kui kilpnäärme intratorakaalse osa diameeter on suurem kui 15–20 cm (3). Ektoopilise mediastinaalse kilpnäärme eemaldamiseks on kasutusel torakoskoopia või torakotoomia (4).

Väiksemate kilpnäärmete kirurgilises ravis on tänapäeval järjest enam levinud minimaalinvasiivsed endoskoopilised juurdepääsuteed. Rindkere esseinalt ja aksillaarselt juurdepääsu korral rajatakse lihaste alusi tunnel kilpnäärmeni. Võrreldes tavapärase operatsiooniga on operatsioonihaavad väiksemad ja paiknevad vähem väljapaistvas kehapiirkonnas. Transoraalseid kilpnäärmeoperatsioone on maailmas tehtud alates

2007. aastast. Operatsioon on tehtav ilma ühegi nähtava armita. Juurdepääs tehakse sublingvaalsele, rajatakse tunnel *platysma* alla ja kaela sirglihased läbitakse keskjoonel. Kasutatakse intraoperatiivset neuromonitooringut *n. laryngeus recurrens*'i ja *n. mentalis*'e identifitseerimiseks ja vigastamise vältimiseks (5).

Kilpnäärmeoperatsioonidel kasutatakse nüüdisajal mitmeid erinevaid juurdepääsuteid tulenevalt kilpnäärme suurusest, paiknemisest ja kavandatavast operatsioonimahust.

KIRJANDUS:

1. Rios A, Rodriguez JM, Canteras M, Galindo PJ, Tebar FJ, Parilla P. Surgical management of multinodular goiter with compression symptoms. *Arch Surg* 2005;140:49–53.
2. Huins C, Georgalas C, Mehrzad H, Tolley NS. A new classification system for retrosternal goitre based on a systematic review of its complications and management. *Int J Surgery* 2008;6:71–6.
3. de Perrot M, Fadel E, Mercier O, et al. Surgical management of mediastinal goiters: when is sternotomy required? *Thorac Cardiovasc Surg* 2005;55:39–43.
4. Grondin SC, Buenaventura P, Luketich JD. Thoracoscopic resection of an ectopic intrathoracic goitre. *Ann Thoracic Surg* 2001;71:1697–8.
5. Witzel K, Benhidjeb T, Kaminski C, Messenbaeck FG, Weitzendorfer M. Hybrid techniques and patients safety in implementing transoral sublingual thyroidectomy. *Endocrine* 2018;60:50–5.

LÜHIDALT

Millises koguses alkoholi tarbimine on tervisele ohutu?

Arenenud riikides on alkoholikoguse kohta antud erinevaid soovitusi. Näiteks peavad USA, Kanada ja Rootsi ohutuks tarbimiseks umbes 196 g alkoholi nädalas, Portugalis, Itaalias ja Hispaanias peetakse ka eeltoodust poole võrra suuremaid tarbitud alkoholikoguseid tervisele ohutuks. Ühendkuningriigis peetakse ohutuks umbes 100 g alkoholi tarvitamist nädalas. Sellise koguse alkoholi saab, kui juua 5–6 ühikut alkoholi (1 ühik on 80 ml veini või 0,5 liitrit 4,5kraadise kangusega õlut või 25 ml 40kraadise kangusega jooki).

Rahvusvahelise osalusega uuringus analüüsiti 85 prospektiivse uuringu andmeid, kus oma alkoholitarbimise kohta oli esitanud andmeid 599 912 isikut. Alkoholi mõju tervisele jälgiti neis uuringutes kokku 5,4 miljoni patsiendiaasta vältel.

Ilmnes, et väikseim suremuse risk oli isikutel, kes tarvitasid nädalas alkoholi koguses kuni 100 g või vähem. Samas koguses alkoholi tarvitajatel oli ka väikseim koronaarhaigusse (välja arvatud müokardiinfarkt), südamepuudulikkuse, fataalse kuluga hüpertensiooni ja aordi aneurüsmi haigestumise risk. Paradoksaalselt vähendas suurem alkoholitarbimine mõnevõrra müokardiinfarkti

riski (riskisuhe 0,94). Oodatav eluiga 40 aasta vanuselt oli neil, kes jõid alkoholi nädalas 100 g või vähem, 4–5 aastat pikem võrreldes nendega, kes jõid alkoholi nädalas 300 g või enam. Uuringust ilmneb, et alkoholitarbimise ja kardiovaskulaarse haigestumise seos on komplitseeritum kui tavaliselt kirjeldatud J-tüüpi seos.

Uuringust tuleneb ka vajadus kriitiliselt üle vaadata senised ohutu alkoholitarvitamise soovitused.

REFEREERITUD

Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513–23.