

# Lülisamba rinnaosa kaltsifitseerunud lülivaheketta suuremahulise väljasopistumise spontaanne taandumine. Haigusjuht ja kirjanduse ülevaade

Ragne Riim<sup>1</sup>, Greete Pedai<sup>1</sup>

Lülisamba rinnaosas esinevad lülivaheketta väljasopistused kirjanduse andmetel harva, nende tegelik esinemissagedus ei ole teada, arvatavasti kulgevad paljud neist asümptomaatilisel või tagasihoidlike kaebustega. Torakaalpiirkonna lülivaheketta väljasopistuv osa võib olla mahult suur, niinimetatud hiiglaslik, ning haarata kuni 40% seljaajukanali mahust. Suuremahuliste sopistuste korral on lülivaheketas enamasti kaltsifitseerunud. Näiteks on toodud haigusuhu kirjeldus, mille puhul kaltsifitseerunud lülivaheketta kiire arenguga suuremahuline sopistus taandus spontaanselt. Arvatavasti oli tegemist täiskasvanute kaltsifitseeriva distsiidi puhuse lülivaheketta väljasopistumisega. Kirjanduses leidub kümmekond analoogse haigusjuhu kirjeldust.

## HAIGUSJUHT

45aastane füüsiliselt aktiivne kaasuvate haigusteta mees pöördus 2022. aasta detsembris kuu aega kestnud keskseljavalu tõttu arsti vastuvõtule. Hommikuti ärgates oli valu 2–3 tundi tugev, pärast seda kergelt

leevenes. Valu provotseeris pea noogutamine, autoroolis istumisel ja pea pööramisel tekkis sikutav tunne selga. Keha painutamisel ette ja taha käis patsiendi kirjeldusel seljast üle valulik surin. Neuroloogilist defitsiiti ei esinenud. Varem, 2008. aastal oli patsienti opereeritud lülisamba L5/S1 vahemiku lülivaheketta sopistumise tõttu.

Eesti Arst 2024;  
103(12):609–613

Saabunud toimetusse:  
22.03.2024  
Avaldamiseks vastu võetud:  
17.06.2024  
Avaldatud internetis:  
20.12.2024

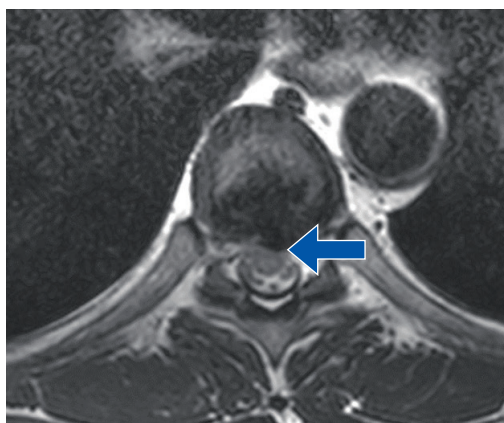
<sup>1</sup> Ida-Tallinna Keskaigla  
lülisambakirurgia keskus

Kirjavahetajaautor:  
Ragne Riim  
ragne.riim@itk.ee

**Võtmesõnad:**  
kaltsifitseeriv  
distsiid, torakaalosa  
kaltsifitseerunud  
lülivaheketta suuremahuline  
väljasopistumine,  
spontaanne taandumine



**Pilt 1.** Sagitaalne lõige, kus on näha Th 8/9 vahemikust lähtuv lülivaheketta sopistus, mis ahendab seljaaju kanalit. Seljaaju signaal muutumatu. Magnetresonantstomograafiline uuring detsembris 2022 (T2W\_TSE).



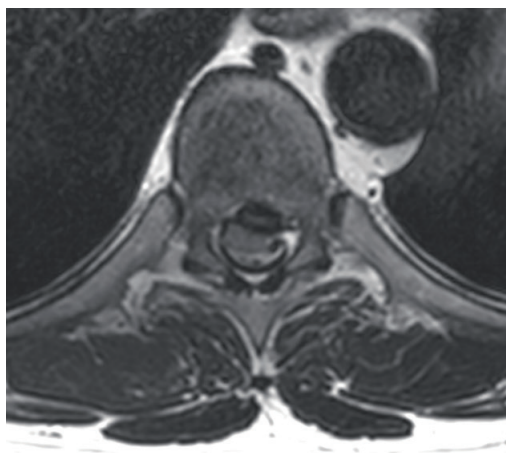
**Pilt 2.** Aksiaalne lõige Th 8/9 vahemikust, kus lülivaheketta sopistus asetseb keskjoonest enam vasakul (sinine nool), liikvori signaal seljaaju ja sopistuse vahel ei eristu. Magnetresonantstomograafiline uuring detsembris 2022 (T2W\_TSE)

Röntgeniülesvõttel oli näha Th 8/9 ja 9/10 lülivaheketastes lubjastumine. Magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul ilmestus Th 8/9 kõrgusel lülivaheketta väljasopistumine vasakule paratsentraalsele, see ahendas mõnevõrra spinaalkanalit (vt pilt 1 ja 2). Müelomalaatsia ehk seljaaju kahjustuse tunnused (MRT-l hüperintensiivse signaaliga kolle T2-kaalutud kujutisel ja hüpointensiivne kolle T1-kaalutud kujutisel) puudusid.

Alustati ravi mittesteroidsete põletikuvastaste ravimitega (NSAID), lisaks määrati



**Pilt 3.** Sagitaalne lõige Th 8/9 vahemikus, kus lülivaheketta väljasopistus on suurenenud, selle eest taha suunas mõõt on 6 mm, seljaajukanali mõõt on 14 mm. Müelomalaatsiale ehk seljaaju kahjustusele viitavat hüperintensiivset kollet T2-kaalutud kujutisel ei olnud tekkinud (MRT T2W\_TSE).



**Pilt 4.** Aksiaalne lõige Th8/9 vahemikust mais 2023. Näha on lülivaheketta väljasopistuv osa, mis on kontaktis seljaajuga (MRT T2W\_TSE).

gabapentiin ja patsienti nõustati piirama füüsilist koormust. Järgneval paaril kuul oli kaebuste dünaamika pigem positiivne, lisandus vaid valu vasaku reie-sääre tagapinnal. Nimmepiirkonna MRT-uuringul jalavalu põhjustavaid muutusi ei ilmnunud.

Alates 2023. aasta veebruarist kaebused süvenesid: seljavalu muutus asendist sõltuvaks, patsient oli endiselt neuroloogiliste ärajäämanähtudeta. Gabapentiin vaevusi ei leevendanud. Ordineeriti pregabaliin, ravi NSAIDidega jätkus. Sümptomitest lisandus kerge hüpesteesia vasakul Th8 dermatoomil. Kuna kliiniline leid süvenes, elukvaliteet halvenes, tehti 2023. aasta mais uus MRT-uuring, kus ilmses lülivaheketta väljasopistuse mahu suurenemine (vt pilt 3 ja 4). Kompuutertomograafiline (KT) uuring kinnitas väljasopistunud osa kaltsifitseerumist (vt pilt 5, 6, 7).

Arvestades valukaebuste süvenemist, kestust, müelopaatia tekke riski, otsustati



**Pilt 5.** Sagitaalne lõige kompuutertomograafilisel uuringul: kaltsifitseerunud lülivaheketta sopistus Th 8/9 vahemikus.



**Pilt 6.** Aksiaalne lõige kompuutertomograafilisel uuringul: kaltsifitseerunud lülivaheketta sopistus Th 8/9 vahemikus.



**Pilt 7.** Aksiaalne lõige luuaknaga kompuutertomograafilisel uuringul: kaltsifitseerunud lülivaheketta sopistus Th 8/9 vahemikus.

konsulteerida Belgia kirurgi dr E. Cornipsiga, kes on opereerinud torakaalseid lülivaheketta väljasopistumisi torakoskoopiliselt enam kui 600 juhul. Tema pakkus välja kaks strateegiat – kas oodata või opereerida. Ühelt poolt oli lülivaheketta sopistumine mahukas, müelopaatia teke võimalik, patsient oli kaevanud valu üle poole aasta; teiselt poolt ei esinenud neuroloogilise defitsiidi ilminguid ega müelomalaatsiat. Koos patsiendiga otsustati endoskoopilise diskektomia kasuks, mis tehtaks Belgias.

Suve teisel poolel patsiendi valukaebused vähenesid, valuvaigisteid võttis ta kuuripäraselt. Valu ja ebamugavus sõltusid endiselt asenditest, liikumisest, pörutusi selg ei

kannatanud. Tavapärased jalanõud vahetas patsient pehme talla ja kõrge kannaosaga spordijalanõude vastu. Viimane tugev vauepisood esines oktoobri teisel nädalal.

1. novembril 2023 operatsioonieelsel MRT-uuringul ilmnes, et lülivaheketta ulatuslik väljasopistumine Th 8/9 vahemikus on taandunud (vt pilt 8, 9). Patsiendi vaevused olid oluliselt leevenenud. Operatsioonist loobuti.

Mõned kuud hiljem patsiendil keskse seljavalusid enam ei esinenud, liikumisel kaebusi ei tekkinud, esines mõningane vasakpoolne alaseljavalu, mis ajuti andis jalga valusööste. Ravimeid ei pidanud ta regulaarselt kasutama.

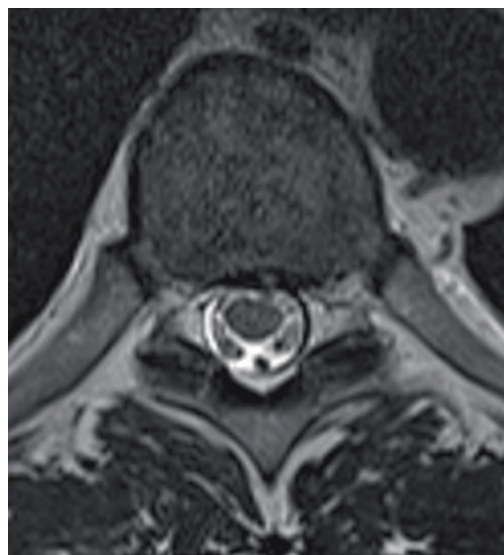
### KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Sümptomaatilist torakaalpiirkonna lülivaheketta väljasopistumist peetakse haruldaseks, kirjanduse andmetel on levimuseks 1 juht 1 000 000 inimese kohta (u 0,1–3% lülivaheketta väljasopistumise juhtudest) (1). Samas on üha enam spekulieritud haiguse oluliselt laiemal levimuse üle. KT- ja MRT-uuringute hilisemal ülevaatamisel on lülisamba rindkereosa lülivaheketta väljasopistumisi leitud 11–37%-l juhtudest (2).

Lülisamba rindkerepiirkonna eripäraks on seljaaju paiknemine torakaalküfoosi alal, seega on seljaaju seal lähemal seljaajukanali eesmistele struktuuridele, väiksem on seljaajukanali eest taha suunaline läbimõõt,



**Pilt 8.** Novembris 2023 tehtud magnetresonantstomograafilisel uuringul Th 8/9 vahemikus (sinine nool) enam lülivaheketta väljasopistust ei ilmestunud. Seljaaju signaal muutunud ei olnud (T2W\_TSE).



**Pilt 9.** Aksiaalne lõige Th 8/9 vahemikust. Lülivaheketta väljasopistust ei ilmestunud (T2W\_TSE).

kergemini on kahjustatav seljaaju verevarustus (3).

75%-l juhtudest esineb torakaalse lülivaheketta väljasopistumine allpool rinnalülide T7–T8 segmenti, ainult 4%-l juhtudest esineb see väljasopistus ülalpool T3–T4 (1).

Lüliamba torakaalosa lülivaheketaste väljasopistumise (TDS) sümptomid on valu 92%-l, tundlikkuse vähenemine 59%-l, motoorne defitsiit 37%-l juhtudest.

Valu võib esineda nii radikaalse valuna kui ka aksiaalse seljavaluna (2). TDS võib kuni 4%-l juhtudest avalduda ka ägeda müelopaatia (3, 4), samas võivad sümptomid areneda väga aeglaselt, atüüpiliste kaebustega. Sagedamini esineb sümptomaatilist TDSi 30–50aastastel meestel ja naistel (1, 4). Paljud TDSi-juhud kulgevad asümptomaatiliselt (3).

TDSi eripäraks on lülivaheketta (disk) kaltsifitseerumine, mis võib leida aset kuni 42%-l TDSi juhtudest (2). Teatud juhtudel on disk sopistunud osa kaltsifitseerumise seotud disk *nucleus pulposus*'e osa kaltsifitseerumisega (nn kaltsifitseeriv distsiit), mille korral võib oodata disk väljasopistumise spontaanset taandumist (5). Trauma on anamneesis 3–37%-l TDSi-juhtudest, TDS tekib sagedamini Scheuermanni tõvega patsientidel (1).

Sopistunud lülivaheketas lüliamba rinnaosas võib olla mõõtmel väga suur. Kui lülivaheketta sopistuse läbimõõt ületab 40% seljaaju kanali eest-taha mõõdust, nimetatakse neid gigantseteks ehk hiiglaslikeks sopistusteks. Viimaste puhul tekib sagedamini müelopaatia. Hiiglaslikud torakaaldiske sopistused jagatakse kolmeks alatüübiks: kaltsifitseerunud, osaliselt kaltsifitseerunud ja pehmed. Hiiglaslikud kaltsifitseerunud

torakaaldiske väljasopistused moodustavad 76–95% väga suuremahuliste sopistuste juhtudest ning nende puhul on peetud müelopaatia tekke riski suureks, mistõttu on soovitatav kirurgiline ravi (4). Kaltsifitseerunud lülivaheketad on kõvemad ning võivad väljasopistumise korral kergemini vigastada seljaaju rinnaosa, kuna võivad liituda kõvakelmega ja seda läbida (30,7%-l juhtudest) (3).

Kirjanduse andmetel põhjustab hiiglaslik kaltsifitseerunud lülivaheketas 95%-l juhtudest müelopaatiat, samas on ka vastupidiseid seisukohti (3). 250 patsiendiga valimis ei leitud selget seost TDSi mõõtmete, müelomalaatsia kolde ja kliiniliselt väljendunud müelopaatia vahel. TDS võib esineda asümptomaatiliselt pikema aja jooksul, enne kui (üldse) avaldub kliiniliselt (4).

Kaltsifitseerunud suuremahulise sopistumise korral on kirurgilise ravi näidustuseks valu, müelopaatia esinemine ja selle tekke risk. Suuremahuline sopistumine ja lubistumine tõstavad riski lülivaheketta intraduraalseks läbimurdeks, mida uuringutel kinnitada ega ümber lükata ei saa (1, 3).

Sümptomaatilise torakaalosa lülivaheketta kirurgilise ravi meetodi valikul peetakse valdavalt optimaalseks eesmist torakoskoopilist lähenemist (3, 6). Spondülodeesi kasutatakse torakolumbaalse piirkonna operatsioonide ja mitme disk eemaldamise järgse lüliamba võimaliku ebastabiilsuse korrigeerimiseks (2). Torakaalosa lülivaheketta sopistuse kirurgilise ravi osakaal on 0,15–4% kõigist diskektomiatest (1).

Kaltsifitseeriv distsiit on iseparanev protsess, mida on sagedamini leitud lastel lüliamba kaelaosas. Selle etioloogia on

**Tabel 1.** Kirjanduses leitud lüliamba rinnaosa kaltsifitseerunud lülivaheketta suuremahulise spontaanselt taandunud sopistuse haigusjuhud

Sugu (allika nr)	Vanus	Valu	Neuroloogiline leid	Kõrgus	Kaebuste kestus
N (9)	36	keskmise tugevusega	norm	Th 7/8	3 kuud
M (10)	48	tugev valu	norm	Th 8/9	6 kuud
N (10)	45	mõõdukas valu	norm	Th 12/L	–
M (11)	43	tugev valu	Browni-Séquardi sündroom	Th 5/6	mõni kuu
M (12)	38	vasakul abaluuualune valuravimitele allumatult seljavalu	radikulaarne valu, paresteesia	Tn 7/8	5 kuud
M (13)	44	mõõdukas-keskmine rindkere osa seljavalu	norm	Th 9/10	2 aastat
M (5)	31	tugev valu keskseljas	alajäsemete tuimus	Th 9/10	7 kuud
M (5)	55	tugev valu keskseljas	alajäsemete tuimus, nõrkus	Th 8/9	6 kuud

ebaselge (7). Täiskasvanutel peetakse seda harva esinevaks seljavalu põhjustajaks, kirjeldatud on umbes 40 sellelaadset juhtu. Enamasti kulgeb kaltsifitseeriv distsiit täiskasvanutel asümptomaatiliselt. Kaltsifitseerivat distsiiti iseloomustab *nucleus pulposus*'e kaltsifitseerumine (8).

Kaltsifitseeriva distsiidi korral võib kaasnev hiiglaslik torakaaldiski sopistumine spontaanselt taanduda. Xu N kolleegidega on kirjeldanud 2 juhtumit, kus oli tegemist spontaanselt taandunud torakaalosa lüli-vaheketta hiiglasliku väljasopistumisega, mis kaasnesid kaltsifitseeriva distsiidiga. Mõlemal juhul oli valude algus äge, esinesid kerged müelopaatiapäähud (reflekside elavnemine, tundlikkuse vähenemine ja lihasjõu kadu alajäsemetes) (5). Tabelis 1 on toodud kirjanduses leiduvad lüli-vaheketta suuremahulise spontaanselt taandunud väljasopistumisega haigusjuhtude lühikokkuvõtted.

## KOKKUVÕTE

Kaltsifitseerunud *nucleus pulposus*'ega lüli-vaheketta torakaalpiirkonna lüli-vaheketta suuremahuline väljasopistumine võib

kulgeda tagasihoidlike kliiniliste avaldustega ja aja jooksul spontaanselt taanduda. Siiski võib see seljaaju komprimeerida ja jääb risk müelopaatia tekkeks, mistõttu peab patsient olema nõustatud ja jääma jälgimisele.

## VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt seoses artiklis kajastatud teemaga.

## SUMMARY

### Calcified giant thoracic disc herniation spontaneous regression

Ragne Riim<sup>1</sup>, Grete Pedai<sup>1</sup>

Calcified giant thoracic disc herniations are rare. We give an example of fast developing calcified herniation at the Th8/9 level that was followed by spontaneous regression. In 2016, Xu et al. suggested that spontaneous regression may accompany herniation with calcific discitis. There are a handful of examples in the literature of calcified giant thoracic disc cases that regressed spontaneously.

<sup>1</sup> East Tallinn Central Hospital, Centre of Spinal Surgery

Correspondence to:  
Ragne Riim  
ragne.riim@itk.ee

Keywords:  
calcified thoracic disc  
herniation, calcific discitis,  
spontaneous regression

## KIRJANDUS / REFERENCES

- Court C, Mansour E, Bouthors C. Thoracic disc herniation: Surgical treatment. *Orthop Traumatol Surg Res* 2018;104:S31–S40.
- Quint U, Bordon G, Preissl I, Sanner C, Rosenthal D. Thoracoscopic treatment for single level symptomatic thoracic disc herniation: a prospective followed cohort study in a group of 167 consecutive cases. *Eur Spine J* 2012;21:637–45.
- Gong M, Liu G, Guan Q, Li L, Xing F, Xiang Z. Surgery for giant calcified herniated thoracic discs: a systematic review. *World Neurosurg* 2018;118:109–17.
- Cornips EM, Janssen ML, Beuls EA. Thoracic disc herniation and acute myelopathy: clinical presentation, neuroimaging findings, surgical considerations, and outcome. *J Neurosurg Spine* 2011;14:520–8.
- Xu N, Wei F, Liu X, Jiang L, Liu Z. Calcific discitis with giant thoracic disc herniations in adults. *Eur Spine J* 2016;25:Suppl 1:204–8.
- Cornips EMJ, Beuls EAM. Thoracoscopic Microdiscectomy with Preservation of Rib and Costovertebral Joint. *Adv Tech Stand Neurosurg* 2022;45:359–78.
- Shah A, Botchu R, Grainger MF, Davies AM, James SL. Acute symptomatic calcific discitis in adults: a case report and review of literature. *Skeletal Radiol* 2015;44:1819–24.
- Gossner J. Calcific Discitis Seems to be a Common Incidental Finding in Adults. *Indian J Radiol Imaging* 2022;33:230–1.
- Piccirilli M, Lapadula G, Caporlingua F, Martini S, Santoro A. Spontaneous regression of a thoracic calcified disc herniation in a young female: a case report and literature review. *Clin Neurol Neurosurg* 2012;114:779–81.
- Eap C, Bennis S, Blauwblomme T, et al. Résorption spontanée de hernies discales thoraciques calcifiées: à propos de deux cas et revue de la littérature [Spontaneous resorption of thoracic calcified disc herniation: Report of two cases and review of the literature]. *Neurochirurgie* 2012;58:353–7.
- Petrovic S, Le Forestier N, Pradat PF, Pascal-Moussellard H, Chougar L. Spinal cord ischemia revealed by a Brown-Sequard syndrome and caused by a calcified thoracic disc extrusion with spontaneous regression: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2023;17:510.
- Sari H, Misirlioglu TO, Palamar D. Regression of a symptomatic thoracic disc herniation with a calcified intervertebral disc component. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2016;50:698–701.
- Utter A, Cavanaugh D, Van Schouwen KF, Mascagni M, Walker M, Stone M. Spontaneous regression and near disappearance of a calcified herniated thoracic disc in a 44-year-old male: illustrative case. *J Neurosurg Case Lessons* 2021;1:CASE2130.