

Ektoopiline kilpnääre keeles

Peeter Mürsepp¹, Ene Kivirüüt¹, Mart Kull, Heleri Konik², Valeri Tiganik², Küllike Hallik² – ¹TÜ kõrvakliinik, ²TÜ Kliinikumi radioloogiateenistus

keelekilpnääre, ektoopiline kilpnääre, stsintigraafia, *ductus thyreoglossus*'e fistul

Ektoopiline kilpnääre on harva esinev patoloogia. Artiklis on esimest korda Eestis kirjeldatud ektoopilise kilpnäärme juhtu 16aastasel naispatsiendil, kellel kilpnääre paiknes keelepiirkonnas, kusjuures tavapärasel asukohas kilpnäärme kude ei leitud. Ektoopilise kilpnäärme korral on anamneesis iseloomulik fistuli esinemine. Diagnoosimisel kasutatakse kompuutertomograafiat kontrastainega ja stsintigraafiat.

Kilpnäärme ektoopiaks nimetatakse kilpnäärme koe paiknemist väljaspool *isthmus glandulae thyreoideae* piirkonda. Sagedamini leitakse teda keeles, prelarüngaalses või sublingvaalses piirkonnas ning harvemini mediastiinumis, südames, söögitorus, diafragmas (1). Ektoopilise keelekilpnäärme esinemissagedus on väga väike. Vastsündinute hüpotüreoosi söeluuringul on ektoopilist keelekilpnääret leitud 1 : 3500 vastsündinu kohta (1). Kui üldrahvastikus on ektoopilise keelekilpnäärme sageduseks hinnatud 1 juht 100 000 inimese kohta, siis kilpnäärmehaigete hulgas on esinemissageduseks 1 : 4000. Lahanguandmetel esineb keelesisesel kilpnääret 10%-l lahatuist. Naistel esineb ektoopilist kilpnääret mõnevõrra sagedamini kui meestel (2).

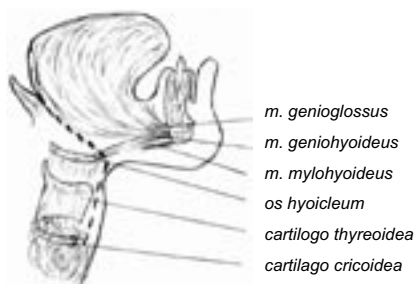
Ektoopilise keelekilpnäärme teke on tihedalt seotud kilpnäärme arenguga looteas. Kilpnääre hakkab lootel arenema alates 4. rasedusnädalast I ja II lõpuspilu vahele jääva neelu põhjaks olevast endodermist, kuhu hiljem areneb *foramen caecum*. Kilpnäärme alge laskub arengu käigus alla kaelale, jättes endast järele juha – *ductus thyreoglossus*'e (vt jn 1). Loote normaalse arengu korral juha oblitereerub 10. rasedusnädalal. *Ductus thyreoglossus* laskub allapoole mööda keeleluu eesmist pinda, olles sellega tihedalt ühenduses; tihti haakub ta keeleluu alumisele küljele või harvadel juhtudel läbib keeleluu. Kilpnääre jõuab kaela algeni 7. rasedusnädalal. Loote arenguhäirena allalaskumist ei toimu ning kilpnääre

jääb kas keele sisse või *ductus thyreoglossus*'e piirkonda (1).

Ektoopiline keelekilpnääre ei põhjusta tavaliselt kaebusi. Sageli avastavad selle anestesioloogid intubatsiooni käigus (2). Kaebused võivad patsiendil tekkida ainevahetuse intensiivistumise perioodil, lastel puberteedieas, täiskasvanutel raseduse ja menopausi ajal (5). Sagedamini esinevateks kaebusteks on düsfagia, düsfoonia, valu, veritsemine, täissuukõla.

Haigusjuhu kirjeldus

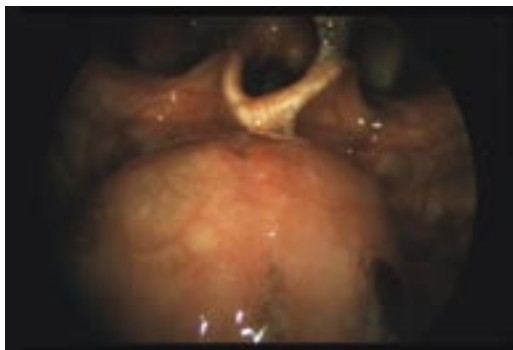
Normaalse füüsilise ja vaimse arenguga 16aastane naispatsient (haiguslugu 50496 / 08.10.04–13.10.04) suunati perearsti poolt erakorralise haigena TÜ Kliinikumi kõrvakliinikusse kolm päeva kestnud kurguvalu ja subfebriilsuse tõttu. Viimasel päeval oli tekkinud neelamisraskus ning lisandus täissuukõla. Teda oli konsulteerinud



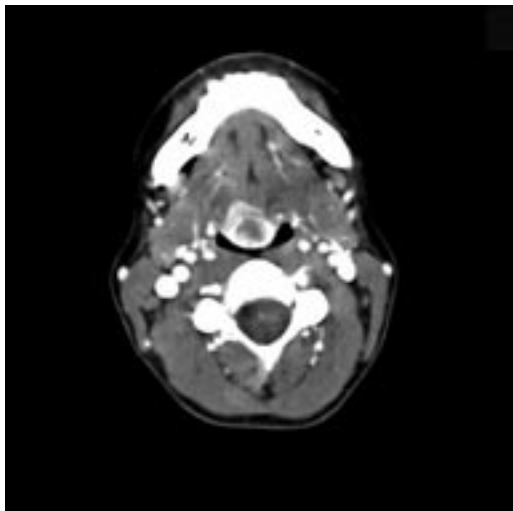
Joonis 1. Kilpnäärme areng. Joonise autor P. Mürsepp.

kohalik kõrvaarst, kes kirjeldas keelepäräl paiknevat suurenenud pehmekeelset moodustist. Osakonda saabumise järel tehti vereanalüüsid 08.10. ja 11.10.04: CRV 23 → 9 mg/l; leukotsüüte 8,12 → $5,96 \times 10^9/l$; erütrotsüüte 3,93 → $4,28 \times 10^{12}/l$; hemoglobiin 118 → 128 mg/l; trombotsüüte 150 → $180 \times 10^9/l$.

Kaudsel larüngoskoopiaal leiti alaneelu ahendav pehmekeelne moodustis (vt jn 2). Põletikulise protsessi kahtluse tõttu tehti üldanesteesias sisselõige keelepära piirkonnas. Vaatamata eritise puudumisele sisselõike avast võeti siiski materjali mikrobioloogiliseks analüüsiks. Neelamis-



Joonis 2. Kaudne larüngoskoopia: endofoto kilpnäärme ektoopiast.



Joonis 3. Kompuutertomograafia kaelapiirkonnast: kontrasteeruv lisamass keelepära piirkonnas.

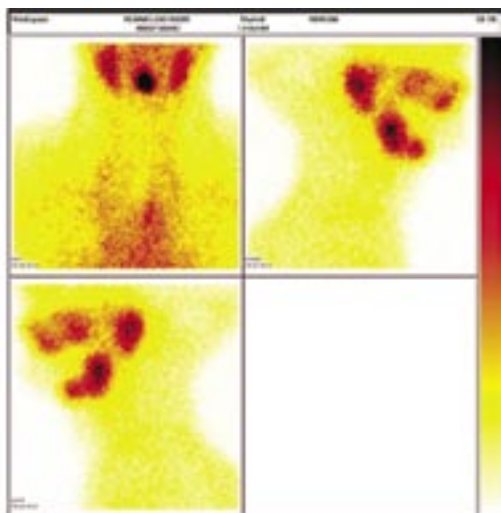
valulikkuse püsimise tõttu tehti kolme päeva pärast paikse tuimestusega uus sisselõige haiguskoldes. Haavast eritis puudus, histoloogiliseks uuringuks võeti bioptaat.

11.10.04. a suunati patsient kompuutertomograafilisele uuringule, kus leiti keeleluu kõrgusel algav ja suupõhja lihaste vahel asetsev tihedam 1,8 x 1,6 x 1,7 cm tumeroosne mass, mis kontrasteerus ebaühtlaselt ja intensiivselt ning mis ei destrueerinud keeleluud. Kõripealise piirkonnas oli samasuguse tihedusega 2,0 x 1,9 x 1,7 cm suurusega lisamass, mis ahendas alaneelu (valendik kohati 0,3 cm). Kaelal kilpnäärmele omast kontrasteeruvat kude ei visualiseerunud (vt jn 3 ja 4). Ektoopilise keelekilpnäärme kahtluse tõttu teostati 13.10.04. a diagnoosi täpsustamiseks stsintigraafia veeni süstitud 200 MBq ^{99m}Tc -pertehmetaadiga. Kilpnäärme tavalises asukohas märkaine kogunemist ei täheldatud. Samas leiti märkaine kogumik keelepära ja keeleluu piirkonnas (vt jn 5).

Mikrobioloogilises analüüsis kirjeldati normaalset suuõõne mikrofloorat. Histoloogilisel uuringul esines kilpnäärme koele iseloomulik leid. Saadud andmete alusel diagnoositi patsiendil ektoopilist kilpnääret keelepäräl ja keeleluu kõrgusel, kusjuures normaalse asetusega kilpnääret kaelal ei esinenud.



Joonis 4. Kompuutertomograafia: sagitaalsel rekonstruktsioonikujutisel kilpnääre tavalises asukohas ei visualiseeru.



Joonis 5. Radioisotoopuuring ^{99m}Tc -pertehmetaadiga: märkaine kogumik keelepära ja keeleluu piirkonnas.

Patsient suunati endokrinoloogi konsultatsioonile, kus diagnoositi hüpotüreooosi ja määrati asendusravi levotüroksiiniga. Endokrinoloogi arvates pole tegemist kaasasündinud hüpotüreosiga, vaid hiljutise haigestumisega. Kuus aastat tagasi oli patsiendil eemaldatud kaela mediaalne fistul, mis paranes tuisistusteta.

Kirjandus

1. Hisashi O, Hirokazu S, Hiromasa N, Hiroaki I, Nozomu S. Color Doppler ultrasonography: diagnosis of ectopic thyroid gland in patient with congenital hypothyroidism caused by thyroid dysgenesis. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(11): 5145–9.
2. Buckland RW, Pedley J. Lingual thyroid – a threat to the airway. *Anaesthesia* 2000;55(Issue 11): 1103–5.
3. MacArthur CJ. Embryology and anatomy of the neck. In: Wetmore RF, Muntz HR, McGill TJ, eds. *Pediatric otolaryngology*. New York: Thieme Medical Publishers Inc; 2000. p.917–23.
4. Deborah Z, Bernard S, Jorge D. Picture of the month. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(8):843–4.
5. Lufkin R, Borges A, Villablanca P. Teaching atlas of head and neck imaging. New York: Thieme Medical Publishers Inc; 2000. p.233–6.

Summary

Ectopic lingual thyroid gland

A sixteen-years-old female was referred to the Department of Otorhinolaryngology, Tartu University Clinics, for asymptomatic tumorous enlargement of the tongue base. By using CT, radionuclide imaging and histological examination, the lingual thyroid was diagnosed. In literature, the prevalence of such condition has been estimated as low as 1 case per 100000 persons. Its true

Kokkuvõte

Kirjeldatud haigusjuht on TÜK kõrvakliinikus esmakordne. Varasemad andmed keelekilpnäärme esinemise kohta Eestis puuduvad. Kirjanduses pole kirjeldatud juhtu, kus normaalse asetusega kilpnäärme puudub ning kogu kilpnäärme kude paikneb keelepiirkonnas. *Ductus thyreoglossus*'e fistuleid ja tsüste kaelal leitakse lastel sageli. Kirjeldatud haigusjuht toetab arvamust, et *ductus thyreoglossus*'e fistuli esinemisel anamneesis tuleks patsienti põhjalikumalt uurida võimaliku kaasuva kilpnäärmehaiguse või ektoopilise kilpnäärme olemasolu suhtes. Tuleb rõhutada, et ektoopilises kilpnäärmes võivad esineda kõik kilpnäärmehaigused, kaasa arvatud pahaloomulised kasvaja. Enne keelekilpnäärme operatiivset eemaldamist peab olema tehtud stsintigraafiline uuring selgitamaks näärme olemasolu keha teistes osades (5). Soovitav on kontrollida ka kilpnäärme hormoonide sisaldust veres.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse keelepära abstsess, dermoidtsüst, *ductus thyreoglossus*'e tsüst, atüüpiline kartsinoom, keele tonsill, hemangiroom, schwannoom, atüüpiline raanul.

Peeter.myyrsepp@kliinikum.ee