

616.441—006.5—031[:616.713—031.24]—079.4

PRÍSPEVOK KU KLINIKE A DIFERENCIÁLNEJ DIAGNOSTIKE RETROSTERNÁLNEJ STRUMY

Podplukovník MUDr. Anton RÁKAY, major MUDr. Anton KRIŠÁK

Vojenský ústav pre pľúcne choroby v Novej Polianke

(náčelník plukovník MUDr. D. Skokňa, CSc.)

V pneumologickej diferenciálnodiagnostickej praxi možno občas pozorovať torakálne situované nodózne strumu, ktorá podľa Matheyho a spol. reprezentuje asi 10 % až 16 % zo všetkých tumoriformných lézií mediastína (7). Pravé, tj. trvalo intratorakálne lokalizované strumy sú vzácne, častejšie sú také strumy, ktoré ležia v hrudníku len sčasti, alebo sa vynárajú spoza sternu pri deglutinácii a označujú sa ako „goitre plongeant“ — tj. ponorná struma.

Na dystopickom embryonálnom základe alebo z akcesórnych odštepov sa štítna žľaza môže vyvíjať vo veľmi variabilných lokalizáciách (tab. 1), pričom najčastejším je jej retrosternálny variant.

Klinický obraz intratorakálnej strumy je veľ-

mi. Príznaky obrny rekurentu sú vzácne, zatiaľ čo veľmi časté sú prejavy vyvolané kompresiou priedušnice, najmä expiračný stridor a dýchavica. Berger so spolupracovníkmi pri 902 prípadoch benígnej strumy dokázali zúženie trachey v 18,6 % prípadov (1) a Jachman (5) neraz pozoroval i maláciu prstencov chrupavky priedušnice. Rozsiahle strumy v úžine hornej apertúry môžu vyvolať i syndróm hornej dutej žily s edémom tváre a s cyanózou, avšak intratorakálna struma môže byť aj celkom asymptomatická. Intraluminálna, najmä intratracheálna a intrabronchiálna struma podľa Fabiana (4) najčastejšie klinicky imponuje ako astmoidná bronchitída, alebo sa manifestuje príznakmi bronchiálneho nádoru. V diagnostike intratorakálnej strumy dnes rozhoduje selektívna angiografia, scintigrafia, mediastínoskopia a pneumomediastínium, rtg snímky a tomogramy v oboch projekciách a kontrastné vyšetrenie pažeráku a trachey. Na rtg snímke intratorakálnu strumu charakterizuje zväčša hutný presne ohraničený homogénny a hladko konturovaný pologuľovitý tieň, ktorý sa z mediastína vyklenuje do oboch hrotových pľúcnych polí. Niekedy tento tieň prominuje len jednostranne — podľa Voropajeva a Adamjana (8) častejšie doprava, pretože ľavostranný rast strumy obmedzujú veľké cievne kmene tejto oblasti. Tieň benígnej retrosternálnej strumy je pohyblivý pri kašli a prehltnutí. Kontrastná náplň dokáže prejavy stlačenia a dislokácie trachey asi v 1/4 prípadov, kým zmeny na pažeráku vidieť len veľmi zriedkavo, i to len pri vzácnejšej lokalizácii strumy v zadnom mediastíne.

V typických prípadoch je vždy nápadná úzka topická súvislosť strumy a priedušnice, na ktorú nalieha spredu, zozadu, zo strany, alebo struma obkľúča tracheu cirkulárne. Doteraz sa publikovalo asi 130 pozorovaní lokalizácie strumy v lúmene trachey alebo bronchu. Posledné z nich publikoval v roku 1972 Fabian (4). Intratracheálna struma sa môže röntgenologicky manifestovať hutným polosýtym vyklenutím, ktoré sa tomograficky zachytí v lúmene priedušnice. V takom prípade možno bronchoskopicky vidieť hladký bledoružový pologuľovitý tumor, prominujúci do lúmenu trachey alebo priedušky.

V patologickej opacite intratorakálnej strumy sú časté početné kalcifikačné jadrá, ktoré sú konečným výsledkom dystrofických proce-

Tab. 1

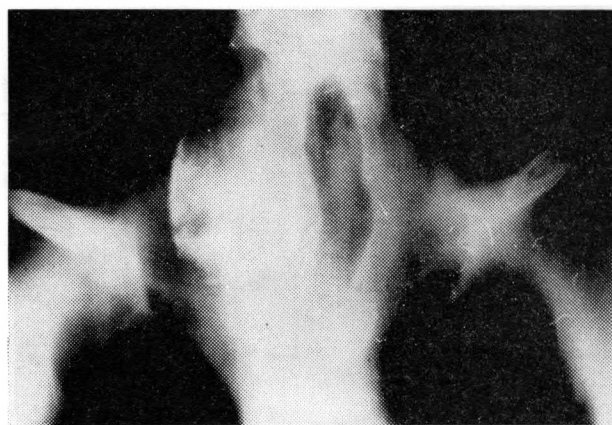
Varianty anomálnych lokalizácií strumy

Oblasť	Forma	
Prétorakálna		présternálne v podkoží steny hrudníku
Intratorakálna	retroviscerálna	retrofaryngeálna retroezofageálna préezofageálna
	intraluminálna	v lúmene trachey, bronchov a ezofágu
	mediastinálna	retrosternálna, perikardiálna, diafragmatická, supraaortálna, intrapleurálna
Cervikokraniálna	submaxilárna	
	retroklavikulárna	
	linguálna	
	préhyoideálna	
	laterálna cervikálna	

mi pestrý. Tyreotoxická struma sa prejavuje typickým klinickým syndrómom, a naopak eufunkčná struma sa manifestuje ako expanzívny proces úžiny medzipľúcia, ktorého klinické nuansy závisia od topického vzťahu k dôležitým orgánom mediastína. Pri retrosternálnej strume možno pozorovať dráždivý kašeľ, dysfágiu a bolesti za sternom alebo medzi lopatka-

sov, pričom sa kalcium ukladá do zvyškov koloidu, do nekrotického epitelu, do hemoragických ložísk a hyalinizovaného strómatu. Kalcifikácia je niekedy nevýrazná, ostrovčekovitá — inokedy je masívna a potom hovoríme o struma calculosa, petrosa až ossea. Na chirurgickej klinike v Neapoli pozorovali Carotenuto a spol. (2) pri 98 endotorakálnych strumách rozsiahle kalcifikácie u 10 chorých. Davydenko a Želudev (3) za najcharakteristickejší spôsob kalcifikácie považujú jemné sýte prstencovité, navzájom sa prekrývajúce obrazce, podmienené inkrustáciou jednotlivých lalôčkov strumy, a tvrdia, že z detailnej morfológie kalcifikačných formácií možno usudzovať na patomorfologický substrát tumoriformných procesov horného mediastína. Autormi opisovaný typ však určite nie je patognomonický, lebo v tieňoch retrosternálnych strúm je oveľa častejšie vidieť nepravidelné ostrovčekovité, polymorfné, hrubohrboľovité alebo pravidelné peniažkovité i hrubé platňovité inkrustácie.

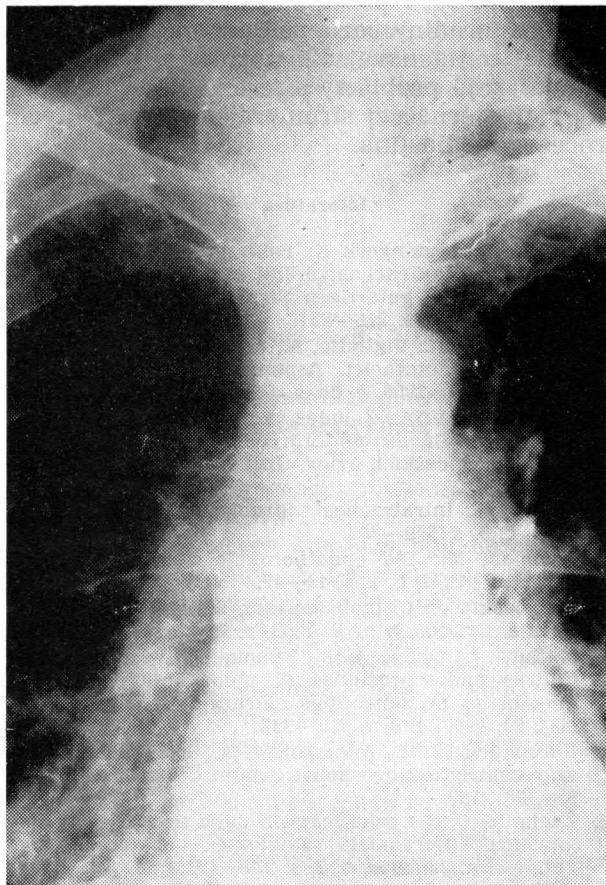
Typický príklad retrosternálnej strumy vidno na rtg snímke (obr. 1) 63ročného chorého, u ktorého centrálne v hornom mediastíne je veľký ovoidný tieň s kalcifikačne sýtou pravou kontúrou. Predozadný tomogram (obr. 2) zachycuje 5×8 cm veľký dobre konturovaný mierne hrboľovitý uzol, ktorý má jednak kompletne



Obr. 2

né polymorfné hrubé kalcifikačné jadrá. Tieň sa lokalizuje vpravo paratracheálne, mierne zužuje a odtláča tracheu doľava (obr. 3). Pásáž pažeráku ukazuje (obr. 4) jeho miernu deviaciu doľava. Pri bronchoskópii sa potvrdilo vybočenie trachey a v mieste zúženia jej lúmenu asi o jednu pätinu bola jej sliznica nápadne bledá a celkom hladká. Chorý v anamnéze nikdy nemal klinické ťažkosti z hormonálnej dysfunkcie thyreoidey a nikdy sa neliečil.

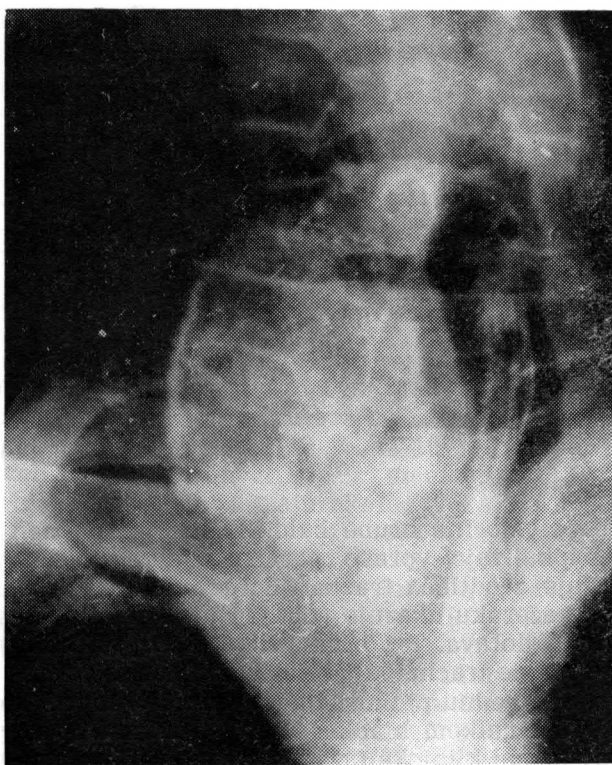
Diferenciálna diagnostika benígnej ponornej strumy je ľahká a problémy vznikajú skôr pri



Obr. 1



Obr. 3



Obr. 4

rozpoznávaní akcesórnej alebo dystopickéj strumy v medzipleťu.

Spomedzi expanzívnych tumoriformných procesov hornej apertúry hrudníku retrosternálnym strumám snáď najpodobnejší obraz vytvárajú väčšie paratracheálne cysty. Ich tieň na rtg snímke sa však vždy vyklenuje zo stredovej línie mediastína len na jednu stranu, spravidla doprava, a nikdy neobsahuje početné ostrovočkovité kalcifikácie, ktoré sú v strume tak časté. Len celkom výnimočne inkrustuje puzdro cysty (Ziter a spol., 1969 — 10) vo forme úzkeho sýteho lemu.

Pri diferenciálnej diagnostike treba vždy brať do úvahy aj možnosť benígnych nádorov medzipleťu, najmä ak sa v ich opacite dokážu početné polymorfné sýte jadrá, ktoré sú typické najmä pre teratómy. Je známe, že röntgenologické prejavy dystrofickéj kalcifikácie sa môžu nájsť aj tam, kde sa to vo všeobecnosti považuje za raritu, ako napríklad v mediastinálnych neurogénnych nádoroch alebo v lipómoch (Krakovskij a Ljubčanskaja, 1963 — 6). Niekedy je problémom odlíšiť retrosternálnu strumu od väčšej aneurizmy, tymómu a najmä od veľkého konglomerátu starších tuberkulózných uzlín, v ktorých často vidieť veľké polymorfné sýte jadrá.

V ojedinelých prípadoch vznikajú ťažkosti i pri diferenciálnej diagnostike retrosternálnej strumy a uzlovitých procesov najmediálnejších partií pľúcnych hrotov. Sami sme v praxi pozorovali niekoľko prípadov väčších starších kazeómov, ktorých paratracheálna lokalizácia röntgenologicky nevyklučovala i možnosť media-

stinálneho procesu, a diagnózu sme vyriešili až po torakotómii. Zuchetto (9) upozornil aj na iný variant zámeny strumy a tbc pľúc, keď publikoval prípad 58-ročného muža dlhodobe liečeného pre obojstrannú hrotovú, sčasti kalcifikovanú tbc pľúc. Až po mnohých rokoch pitva ukázala, že celkom zdravé pľúcne hroty prekryvala parciálne kalcifikovaná veľká retrosternálna struma.

V súvislosti s diferenciálnou diagnostikou uzlovitých lézií oblasti hornej hrudníkovej apertúry treba pripomenúť, že rtg nález sýtych jadier v takýchto opacitách nijako nekodifikuje benignitu takýchto lézií. V jednom z našich prípadov takto lokalizovaný a konfigurovaný veľký paratracheálny uzol s excentrickým kalcifikátom sa diferencoval ako hrotový pľúcny karcinóm vznikajúci v teréne starej inkrustovanej tbc lézie.

Pri využití súčasných moderných vyšetrovacích metód v rozpoznávaní retrosternálnej strumy by nemali vznikáť žiadne podstatnejšie ťažkosti. V tomto zmysle naša práca by mohla spresniť okruh a rozsah diferenciálnodiagnostických úvah a tak prispieť k celkovej problematike ochorení mediastína.

Súhrn

Autori podávajú prehľad o frekvencii, klinickej symptomatológii a diagnostike intratorakálnej strumy s podrobnejším zameraním na jej retrosternálny variant. Upozorňujú na možnosti jej röntgenovej diagnostiky a podrobnejšie analyzujú problémy diferenciálnej diagnostiky retrosternálnej strumy a iných uzlovitých procesov mediastína.

Literatúra

- Berger, A., Kemingerk, K., Pokieser, H.: Untersuchungen über die Trachealveränderungen nach Ersteinriffen wegen gutartigen Struma. Arch. klin. Chir., 317, 1963, č. 3, s. 219—231.
- Carotenuto, A., Viglietto, A., Mastrandrea, F.: I gozzi calcifici endotoracici. Aspetti clinici e chirurgici. Riv. med., 80, 1966, č. 38, s. 1233—1234.
- Davydenko, V. A., Želudev, S. I.: K diagnostike i lečenju ograničennych form tuberkuleza vnutrigrudnyh limfatičeskich uzlov. Grudn. Chir., 13, 1972, č. 4, s. 55—59.
- Fabian, G.: Intratracheale Struma. Z. Erkr. Atm., 136, 1972, č. 3, s. 379—383.
- Jachman, M.: Die endothorakale Struma. Z. Erkr. Atm., 137, 1972, č. 1, s. 43—47.
- Krakovskij, A. I., Ljubčanskaja, S. I.: Lipoma sredostenija. Grudn. Chir., 5, 1963, č. 2, s. 114—115.
- Mathey, J., Galey, J. J., Lemoine, G., Meillère, D.: Goitres endothoraciques et plongeants. Problèmes diagnostics et indications chirurgicales. J. chir. (Paris), 91, 1966, č. 3, s. 319—332.
- Voropajev, M. M., Adamjan, A. A.: K klinike i lečenju vnutrigrudnogo zoba. Grudn. Chir., 13, 1972, č. 6, s. 98—100.
- Zuchetto, C.: Le calcificazioni delle tiroide nella diagnostica differenziale radiologica del torace. Riv. Pat. e Clin. 29, 1956, č. 2, s. 121—131.
- Ziter, M. I., Bramwit, D. M., Holloman, K. R.: Calcified Mediastinal Bronchogenic Cysts. Radiology, 93, 1969, č. 5, s. 1025—1026.