

# Mandlikivi. Haigusjuhu kirjeldus ja kirjanduse ülevaade

Neve Lieberg<sup>1</sup>, Oksana Jagur<sup>2</sup> –

<sup>1</sup>TÜ kõrvakliinik, <sup>2</sup>TÜ stomatoloogia kliinik

**Võtmesõnad:** mandlikivi, tonsilliit, halitoos

**31aastane naispatsient suunati TÜ Kliinikumi näo- ja lõualuukirurgi konsultatsioonile seoses pikaajaliste kaebustega valulike neelamishäirete ning tükitunde suhtes kurgus. Kaebuste põhjuseks oli vasakpoolses mandlis paiknev kaltsifikaat. Mandlikive tuleb kliinilises praktikas ette harva ning levinuima patogeneesimehhanismi järgi seostatakse nende teket sagedaste tonsilliitidega. Raviks kasutatakse tonsillektoomiat.**

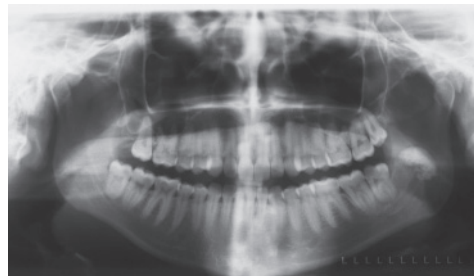
## HAIGUSJUHT

Heas üldseisundis 31aastane naispatsient suunati diagnoosi selgitamiseks Viljandi Hambapolikliinikust Tartu Ülikooli Kliinikumi näo- ja lõualuukirurgi vastuvõtule detsembris 2007.

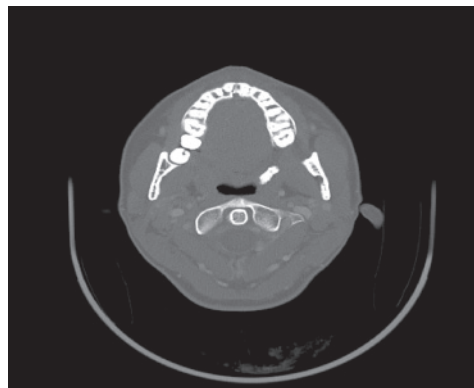
Patsiendi kaebusteks olid düsfaagia, vasempoolne odünofaagia ning otalgia, halitoos, võõrkehatusne neelus. Kaebused olid kestnud ligi 6 kuud. Lisaks esines vasakus põses ebamäärane ebamugavustunne, mis oli kestnud ligi 3 aastat.

Anamneesis olid korduvad ägeda tonsilliidi episoodid esinemissagedusega 2–3 korda aastas, lihtsamaid kurguvalu episooide veelgi sagedamini. Muus osas oli patsient terve, kaasuvad haigused puudusid, regulaarselt ravimeid ei tarvitanud. Elukombed korralikud.

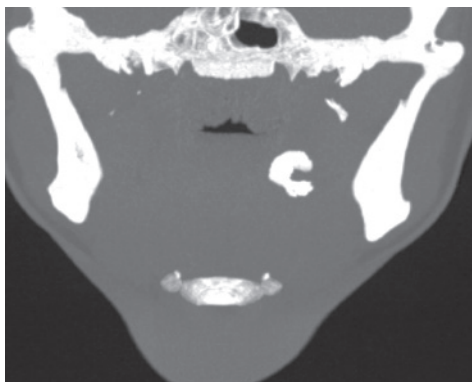
**Objektiivne leid.** Suuõõs saneeritud. Odontogeensele patoloogiale viitavaid sümptomeid ei esinenud. Vaatlusel neeluring rahulik, puudusid viited ägedale haigusele. Tonsillid keskmist suurust, krüptide avaustes üksikud “korgid”, parenhüümile vajutades väljus mõlemast mandlist vedelat sekreeti. Vasema mandli palpatsioon oli väga valulik, ülapiiluses suunaga peritonsillaarsele oli tunda kõva konsistentsiga moodustis. Submandibulaarsed lümfisõlmed olid



**Joonis 1.** Ortopantomogramm: kaltsifikaat vasakul alalõualuu üleneva haru piirkonnas.



**Joonis 2.** KT-uuring pea ja kaela piirkonnast: lubjastus vasakul tonsilli piirkonnas.



**Joonis 3.** KT-uuring pea ja kaela piirkonnast: poolkuukujuline konkrement vasakul mandli piirkonnas.

palpeeritavad, vasemal poolel kergelt valu-likud. Muus osas oli kõrva-nina-kurgu-leid normis. Rutiinsed vereanalüüsid olid korras, kurgukülv negatiivne.

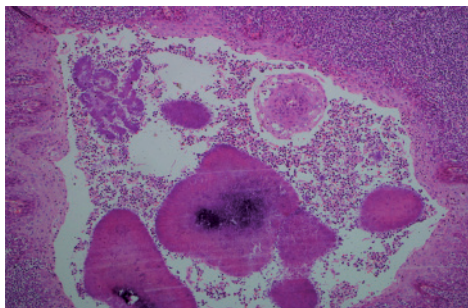
Kaasas oleval ortopantomogrammil ilmestus vasemal pool alalõualuu üleneva haru piirkonnas poolkuukujuline kaltsifikaat (vt jn 1). Protsessi täpse lokaliseerimiseks tehti kompuutertomograafia, kus vasemal pool suuneelu kõrgusel neelu lateraalseinas sai kinnitust kaltsifikaadi leid (vt jn 2 ja 3).

**Ravi.** Lokaalanesteesias tehti tonsillektoomia. Vasema tonsilli ülapiiruse vabastamisel väljus 12 x 15 mm suurune pruunikashallikas kivi (vt foto). Tonsillid saadeti patohistoloogilisele uuringule, kus leiti krüptides koedetriiti, sarvainemassi ja kroonilis-põletikulist infiltraati, lisaks *Actinomyces*'e kogumikke, mille ümbruses oli üsna rohkesti granulotsüüte. Mandliparenhüümis oli tugevalt väljendunud sidekoe

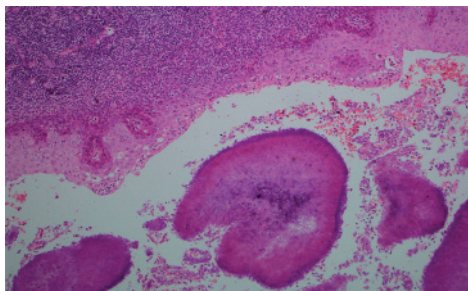


**Foto.** Eemaldatud mandlikivi.

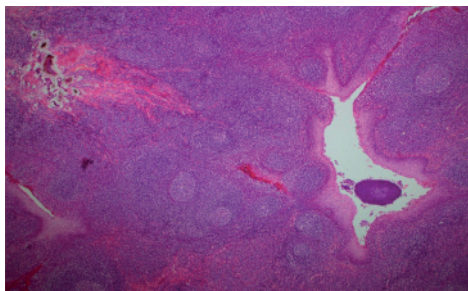
hulga suurenemine. Maliigsuse tunnused puudusid (vt jn 4–6).



**Joonis 4.** 10kordsel suurendusel kihilise lameepiteeliga vooderdatud mandlikrüpt, mille valendikus põletikurakud ja *Actinomyces*'e kogumikud.



**Joonis 5.** 10kordsel suurendusel laiendunud krüptiserv ja valendik, milles paiknes konkrement.



**Joonis 6.** 4kordsel (luup) suurendusel ülevaatepilt mandli follikulaarsest idutsentritega lümfoidkoest, paremal krüpt, vasemal sidekoeväädid.

#### KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Mandlikivi ehk amügdaloliit (ld *tonsillolithiasis/amygdalolithus* J35.8) on harv patoloogia, mis võib esineda igas vanuses inimestel, enam on seda täheldatud noorematel, meeste-naiste suhe 1 : 1 (1).

Patogeneesi mehhanismide üle vaieldakse siiani. Enamik autoreid on seisukohal, et kivi tekkel esineb kindel seos retsidiveeruvate tonsilliididega (2, 3). Infektsioonifoon (bakterid, viirused, seened, kiirikseened) on hea alus kivi formeerumiseks. Samas leidub teistsuguseid arvamusi. Kivide tekke aluseks on peetud ka sülje staasi – lisasüljenäärmete mehaanilist obstruktsiooni –, mis on sekundaarselt põhjustatud tonsillektoomia armkoest või hoopis tonsillide kroonilisest sidekoeliseist põletikulisest protsessist (4). Kivide paiknemist peritonsillaaruumis on seletatud ektoopilise mandlikoe võimaliku eksisteerimisega peritonsillaarsel, ka korduvate abstsesside põdemisega (1, 5).

Litogeense diateesi teooria järgi esineb mandlikive sageli koos neeru-, sapi- ja süljenäärmekividega. Kivi suurus võib olla mõnest mm-st kuni mõne cm-ni. Väikesed kivid (< 1 cm) on tihti asümptomaatilised, suurte kivide sümptomaatika võib simuleerida abstsessi, ka kasvajalist haigust. Konsistentsilt on kivid kõvad, erineva kuju ja värviga. Keemiliselt koostiselt sisaldavad valdavalt Ca-sooli, kuid ka teisi mineraale (Mg, Fe, K, Na, Cu jm) (6).

Kivi sagedasim paige on mandliparenhüüm, kuid võib esineda ka peritonsillaarses koes (1). Diagnoosimine hilineb sageli, kuna harva esinemissageduse tõttu ei mõeldakse sellele võimalusele. Vahel avastatakse mandlikivi juhuslikult panoraa-mülesvõttel (7). Diagnoosida aitab digitaalne palpatsioon, ortopantomogramm, KT-uuring, intraoraalne UH. Visualiseerivad meetodid on vajalikud protsessi täpseks lokaliseerimiseks, muu patoloogia välistamiseks, abiks diferentsiaaldiagnostiliste küsimuste lahendamisel. Võimalikud on mitmed nii anatoomilised kui ka patoloogilised segavad tegurid.

Kaltsifikatsiooni võib pidada oimuloo eloneerunud tikkeljätkeks, pterügoidplaadi prominentseks *hamulus*'eks, võõrkehaks, alalõualuu ülenevas harus impakteerunud hambaks. Samuti võivad kaltsifikaadid esineda kaela lateraalpiirkonna arterites, veenides, lümfisõlmedes ja süljenäärmetes (1, 8).

Raviks on tonsillektoomia koos kivi eemaldamisega (9).

*Oksana.Jagur@kliinikum.ee*

## KIRJANDUS

1. Sezer B, Tugsel Z, Bilgen C. An unusual tonsillolith. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95:471–3.
2. Westmore B, Hupp J. Tonsillolith. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;65:783.
3. Kimura H, Ohaski N, Nakagawa H, et al. Large tonsillolith micking peritonsillar abscess: a case report. *Auris Nasus Larynx* 1993;20:73–8.
4. Cerny R, Bekarek V. Tonsillolith. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* 1990;126:267–73.
5. Revel MP, Laccourreye O, Hartl D, et al. Giant tonsillolith. *Ann Otol Laryngol* 1998;107:262–3.
6. Hizanandani LH. A giant tonsillolith. *J Laryngol Otol* 1967;81:819–22.
7. Mosca RC, Cabral MVG, Mantesso A. Bilateral tonsilloliths in a 77-year old white man with edentulous jaws. A case report. *Oral Radiol* 2006;22:34–6.
8. Aspestrand F, Kolbenstvedt A. Calcifications of the palatine tonsillary region: CT demonstration. *Radiology* 1987;165:479–80.
9. Jones JW. A tonsillolith. *Br Dent J* 1996;180:128.

## SUMMARY

### Tonsillolith. A case report and a literature overview

We present the case of a 31-year-old woman with a 6-month history of left-side dysphagia, odynophagia, foreign body sensation and

halitosis. On exploration the oropharynx appeared normal at first sight: no swelling, no hyperemia in the region of the tonsils.

However, palpation of the left tonsil area revealed resistance felt in the upper pole of the left tonsil, which was painful for the patient. CT revealed a delimited and highly calcified oval image measuring 1.2 x 0.5 x 1.5 cm, which was surgically removed.

Tonsilloliths or tonsillar concretions are not a very common pathology. These

concretions are composed of carbonates or phosphates of calcium salts either alone or in combination with other minerals. Tonsilloliths are most commonly found in the tonsillar tissue. They may be asymptomatic, discovered accidentally, but they can also be symptomatic, sometimes mimic an abscess or even neoplasia.