

Ühekoldelise Castlemani tõve juhtum

Airi Oeselg¹, Eero Semjonov¹

Eesti Arst 2013;
92(6):340–342

Saabunud toimetusse:
19.02.2013
Avaldamiseks vastu võetud:
04.03.2013
Avaldatud internetis:
28.06.2013

¹ Ida-Tallinna Keskhaigla

Kirjavahetajaautor:
Airi Oeselg
airi.oeselg@itk.ee

Võtmesõnad:
Castlemani tõbi,
lümfoproliferatiivne
haigus, lümfisõlme
angiofollikulaarne
hüperplaasia

Castlemani tõbi on harva esinev lümfoproliferatiivne haigus, mis esineb kas ühekoldelise või hulgakoldelisenä. Haigus on tavaliselt asümptomaatiline, mistõttu diagnoosimine on sageli keeruline ja aeganõudev. Tihti jõutakse õige diagnoosini alles pärast kirurgilisel teel eemaldatud lümfisõlmede patohistoloogilist uurimist. Artiklis kirjeldatud 67aastase naispatsiendi juhtum on tüüpiline Castlemani tõve ühekoldelisele vormile. Patsient esitas ebamääraseid kaebusi, vereanalüüsid olid muutusteta ning radioloogilised uuringud (sonograafia, KT, MRT) ei viidanud konkreetsele haigusele. Kuna lisamass alakõhus viitas siiski tumoroossele haigusele, teostati kolde resektsioon. Castlemani tõve diagnoos kinnitati histoloogilisel uurimisel. Ühekoldelise Castlemani haiguse puhul, nagu kirjeldatud juhul, on kirurgiline ravi kuratiivne ja haige ei vaja edasist adjuvantravi.

Castlemani tõbe peetakse healoomuliseks haiguseks, mida esimest korda kirjeldas dr Benjamin Castleman 1956. aastal. Kasutatakse ka nimetust angiofollikulaarne hüperplaasia, mis tähendab lümfisõlmede follikulaarset hüperplaasiat abnormaalse vaskularisatsiooniga. Miks haigus tekib, ei ole siiani teada, samuti ei ole selge riskitegurite tähtsus haiguse arengus. Castlemani tõbe jaotatakse a) radioloogilise leiu alusel ühekoldeliseks või multitsentriliseks ning b) morfoloogia järgi hüaliinivaskulaarseks või plasmotsüütiliseks.

Esinemissagedus on alla 1 juhu 100 000 inimese kohta (1), multitsentrilise vormi puhul veel harvem. Enamasti haigestuvad nooremapped inimesed, haigestumuses sugude vahel erinevust ei ole.

Castlemani tõve kohta on kirjanduses kasutatud järgmisi sünonüüme: lümfisõlme angiofollikulaarne hüperplaasia, Castlemani tuumor, beniigne hiidlümfoom, hiidlümfisõlme hüperplaasia, lümfisõlme hamartoom (1, 2). Castlemani tõbi on seotud tsütokiini produtseerivate B-rakkude hüperproliferatsiooniga. Kuigi haigust peetakse healoomuliseks, esineb sel puhul lümfotsüütide üleproduktioon sarnaselt lümfoomiga.

Mõnedel patsientidel tekib koos Castlemani tõvega sekundaarne amüloidoos, mille korral ebanormaalsed valgud ladestuvad neerudes, nahas ja mõnes muus elundis. Valkude ladestumine lõpeb, kui kahjustunud lümfisõlm eemaldatakse.

Ühekoldelise kulu korral esineb koe kasv ainult ühes kohas. Tavaliselt kulgeb see asümptomaatiliselt ning avastatakse juhuslikult läbivaatuse või radioloogiliste uuringute käigus. 90%-l juhtudest on kirjanduse andmetel kolde kirurgiline eemaldamine kuratiivne (1). Adjuvantravi steroidide ja/või rituksaaniga võib olla kasulik suure või opereerimatu kolde kahandamisel. Mõningal juhul on radioteraapia olnud tõhus, kuid tänapäeval seda ei soovitata (3, 4).

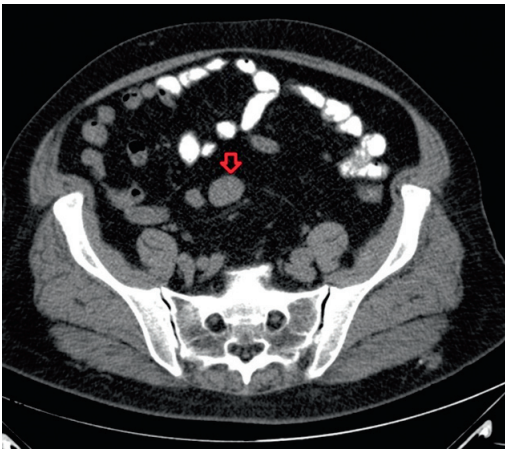
Multilokaalne mitmekoldeline vorm on 50%-l juhtudest põhjustatud Kaposi sarkoomist. Siis võivad haiguse sümptomiteks olla febrilised palavikud, aneemia, kaalulangus, isutus, leukopeenia, splenomegalia, mistõttu on haigust raske diagnoosida ning ka lümfisõlme biopsia ei pruugi lõplikku diagnoosi anda. Standardravi puudub. Raviks kasutatakse erinevaid preparaate: i/v immunoglobuliinid, atsükloviir, gantsükloviir, antiinterleukiin 6, angioneogeneesi pärssivad ravimid. Mõningal juhtudel rakendatakse tuumori osalist eemaldamist.

Haigusjuht

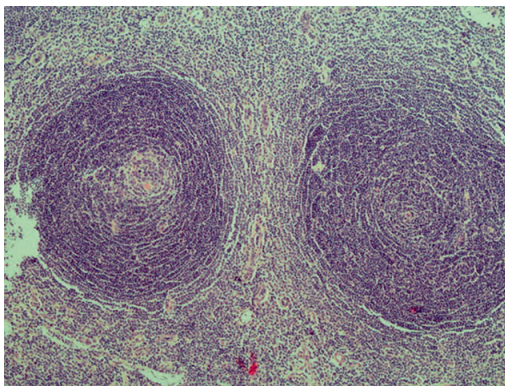
Heas üldseisundis 67aastane naispatsient pöördus perearsti poole 2 kuud kestnud alakõhu- ja seljavalude tõttu. Perearst tegi kõhust ultraheliuuringu, kus avastas alakõhus ligikaudu 3 cm suuruse tsüstja konsistentsiga lisamassi.

Varem on patsiendil müoomi tõttu eemaldatud emakas ja üks munasari ning paigaldatud parema puusaliigese protees.

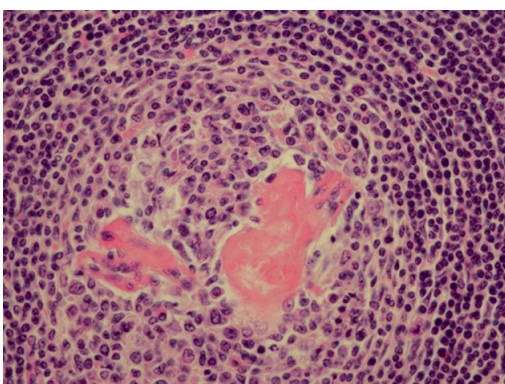
Haige suunati diagnoosi täpsustamiseks sisearsti vastuvõtule. Haige läbivaatusel normist kõrvalekaldeid ei ilmnenud. Kliinilise vere uuringu leid oli normis. Koloskoopial ja gastroskoopial haiguslikke muutusi ei ilmnenud. Uuritud kasvaja markerite kromogranin A (neuroendokriinse kasvaja marker), CEA (seedetraktikasvaja marker),



Pilt 1. Kompuutertomograafiline uuring, kus nool näitab hästi kontrasteeruvat 2,5 x 3 cm suurust lümfisõlmede massi sigmasoole kinnistis.



Pilt 2. Regresseeruv folliikul kontsentriselise mantelsooniga.



Pilt 3. Roosa hüaliin idutsentris.

CA-125 (günekoloogiliste kasvaja marker) sisaldus veres oli normis, günekoloogiline läbivaatus lisateavet ei andnud.

KT- ja MRT-uuringul kontrastainega ilmnes mesenteriaalsel kontrasteeruv tuumor, mille ümber oli mitmeid 5–6 mm diameetriga lümfisõlmi (vt pilt 1) (5).

Kuigi kasvaja markerite väärtused olid normi piires, otsustas onkokonsiilium seedetraktituumori kahtluse tõttu suunata patsiendi operatiivsele ravile.

Operatsioonil leiti sigmasoole keskosa kinnistis tihe umbes 3 x 3 cm suurune tumeroosne mass, mis tihedalt oli seotud sooleseinaga. Revisjonil metastaatilist protsessi või hulgakoldeid ei sedastatud. Kuna tumeroosne mass asus sigmasoole seinale väga lähedal, resetseeriti sigmasool koos selle kinnistis asuva tuumoriga. Postoperatiivne kulg oli iseärasusteta.

Patohistoloogiline leid. Kapslita lümfisõlm suurus oli 2,5 x 2 cm ning selles leidis rohkelt hüperplaseerunud lümfoidfolliikuleid. Lümfisõlmes ilmnisid paksenenud seintega veresooneid, hüalinisatsioon, mis histoloogiliselt sobib Castlemani tõvele (vt pilt 2, 3). Lisaks tehtud immunohistokeemiline uuring kinnitas diagnoosi. Sigmasool oli haiguslike muutusteta, kinnistist leiti veel 15 normaalse struktuuriga pahaloomulisuse tunnusteta lümfisõlme.

Postoperatiivsel ambulatoorsel kontrollvisiidil oli kõhuvalu taandunud, aegajalt esinesid küll alaseljas vaevused, mille põhjuseks on tõenäoliselt degeneratiivsed muutused lülisambas. 3 kuud hiljem tehtud KT-uuring oli haigusliku leiuta. 6 kuud hiljem oli patsient kaebusteta ja tuumori retsidiivi kahtlust ei olnud.

Kokkuvõte

Castlemani tõbe on raske enne operatsiooni diagnoosida, kuid leides üksiku suurenenud lümfisõlme või hulgakoldelise lümfisõlmede massi, tuleks seda pidada üheks diferentsiaaldiagnostiliseks võimaluseks. Haigus on tavaliselt asümptomaatiline ning leitakse juhuslikult uuringute käigus (sonograafia, KT, MRT) (6). Vereanalüüs on üldjuhul muutusteta. Kirjeldatud haigusjuhu puhul oli tegemist ühekoldelise Castlemani tõve vormiga, kus diagnoos kinnitati patohistoloogilise uuringu tulemusel. Kuigi Castlemani tõbe peetakse tavaliselt healoomuliseks haiguseks, võib radioloogiliste uuringute tõlgendamisel jääda kahtlus

pahaloomulise protsessi suhtes. Radikaalne operatiivne ravi haiguse ühekordelise vormi korral on tervistav ja patsiendile väga hea prognoosiga (3, 4).

HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoril ei ole artikliga seotud huvikonflikti.

SUMMARY

Case report of unilocular Castleman's disease

Airi Oeselg¹, Eero Semjonov¹

Castleman's disease is a rare lymphoproliferative disease of a unilocular or multilocular nature. The disease is usually asymptomatic, which makes its diagnosis

difficult. In the reported case the patient had unclear nontypical symptoms and the diagnosis was made after surgery and histopathological investigation. In the case of the unilocular disease, like the present one, surgical treatment is curative requiring no adjuvant therapy.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases; *Ann Surg* 2012;255:677–84.
2. Ye B, Gao SG, Li W, et al. A retrospective study of unicentric and multicentric Castleman's disease: a report of 52 patients; *Medical Oncology* 2010;27:1171–8.
3. Schaefer I-M, Günnel H, Schweyer S, et al. Unicentric castleman's disease located in the lower extremity: a case report. *BMC Cancer*, 2011;11:352.
4. Yalain AD, Avci AB. Castleman's diseases. *The Internet Journal of Hematology* 2008; 4:2. DOI:10.5580/192c.
5. Demellawy DE, Herath C, Truong F, et al. Localized early mesenteric Castleman's disease presenting as recurrent intestinal obstruction: a case report; *Diagnostic Pathology* 2009;4:42:doi:10.1186/1746-1596-4-42.
6. Meador TL, McLarney JK. CT features of Castleman disease of the abdomen and pelvis; *Am J Roentgenol*. 2000;175:115–8.

¹ East-Tallinn Central Hospital, Tallinn, Estonia

Correspondence to:
Airi Oeselg
airi.oeselg@itk.ee

Keywords:
Castleman's disease,
lymphoproliferative
disease, angiofollicular
lymph node hyperplasia

Statiinravi võib soodustada haigestumist diabeeti

Statiinid on laialt kasutusel südame-veresoonkonnahaiguste primaarses ja sekundaarses ennetuses. Statiinid on üldiselt hästi talutavad, väheste kõrvaltoimeteta. Kirjanduses on andmeid, et statiinide kasutajatel võib olla suurem risk haigestuda diabeeti.

Kanadas korraldatud uuringus jälgiti aastatel 1997–2010 diabeedi kujunemise suhtes 471 250 isikut, kel oli alustatud statiinravi. Haiged olid vanuses 69–78 a, 54% olid naised. Pooltele haigetele oli ordneeritud atorvastatiin, sellele järgnesid kasutamise sageduselt

rosuvastatiin, simvastatiin, pravastatiin, lavastatiin ja fluvastatiin.

Diabeedi kujunemise risk oli suurem rosuvastatiini kasutajatel (34,21 juhtu 1000 inimaasta kohta), samuti atorvastatiini (30,7/1000) ja simvastatiini saanutel (26,2/1000). Diabeedi kujunemise väiksem risk oli pravastatiiniga ravituil. Statistiliselt olulist diabeedi kujunemise riski ei ilmnenud fluvastatiini ja lovastatiiniga ravitutel.

Uuringu nõrgaks küljeks on see, et ei registreeritud ega võetud arvesse teisi diabeedi kujunemise riskitegureid – kehakaal, perekondlik eelsoodumus jms.

Siiski näitab uuring, et vanemaalistel statiinidega ravitud

haigetel on diabeedi kujunemise risk suurem. Uuringust järeldub, et statiinravi ordineerimisel tuleb iga haige puhul kaaluda sellest saadavat eeldatavat kasu südame-veresoonkonnahaiguse ravis ja diabeedi kujunemise võimalikku riski. Haigeid, kel on määratud atorvastatiin, rosuvastatiin või simvastatiin, tuleks regulaarselt jälgida diabeedi suhtes. Suure diabeediriskiga haigetele on otstarbekas statiinravi vajaduse korral ordneerida pravastatiini.

ALLIKAS

Carter AA, Gomes T, Camacho X, et al. Risk on incident diabetes among patients treated with statins: population based study. *BMJ* 2013;346:f2610.

LÜHIDALT