

Lümfaatiline malformatsioon

Anu Salujärv – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

Vanemad pöördusid 5aastase pojaga Tallinna Lastehaigla erakorralisse vastuvõttu, kuna olid eelmisel öhtul märganud poisi kaelal paremal pool paistetust. Eendumus oli liikuv ning suurenes-vähenes hingamise rütmis. Palpatsioonil oli kaelal tunda suurt pehmet moodustist läbimõõduga 2–3,5 cm. Patsiendi nahk oli puhas, neelamine vaba, kehatemperatuur normi piires. Küsitlusel selgus, et poiss oli eelmisel päeval lasteaias seljaga vastu mänguajakasti serva kukkunud ning paistetust kaelal tekkis pärast traumat.

Ultraheliuuringul kaelast ilmnes paremal pool *m. sternocleidomastoideus*'te projektsioonis sagaralise ehitusega piirunud lisamass, mille sisaldise liikumine oli näha Doppleri-uuringul, kaela veresooned olid jälgides tavalised (vt pilt 1–2). Jäi kahtlus pseudoaneurüsmide suhtes, mistõttu suunati patsient edasi KT-angiograafia- ja MRT-uuringule.

KT- ja MRT-uuringul oli paremal pool kaelal karootisruumis näha laialdane lobulaarne tsüstjas lisamass, mis ulatus ka eesmisses ülemisse keskseinandisse (vt pilt 3, 4). Lisamassi mõõtmed olid järgmised: ülevalt alla 14 cm, laius 5 cm, ristimõõt 3–4,5 cm. Massis esinesid

väiksemad tsüstjad alad, suuremates tsüstides olid vaheseinad (vt pilt 4, 6), nii vahe- kui ka välisseinad kontrasteerusid (vt pilt 4). MRT-l oli sisaldis valdavalt omane vedelikule (vt pilt 4, 6), T1-kaalutud kujutistel oli viide ka vähesele veresisaldusele (vt pilt 5). Otsest seotust veresoontega ega leket lisamassi ei ilmnenud. Jugulaarveen ning ühisunearter olid massist eemale lükatud, veen veidi komprimeeritud (vt pilt 3). Pildi järgi oli tegemist lümfangioomiga.

Tsüstjast massist aspireeriti süstlaga mõõdukalt hemorraagilist vedelikku. Tsütoloogilisel uuringul leiti proovist hulgaliselt lümfotsüüte, mis samuti kinnitas lümfaatilise malformatsiooni diagnoosi.

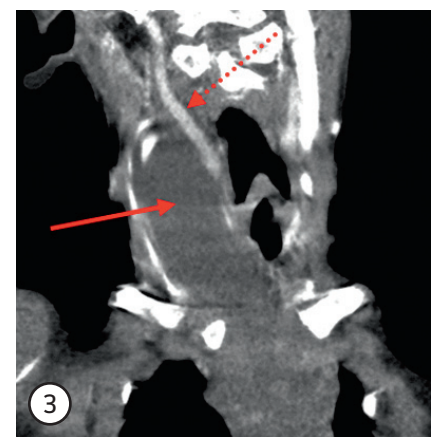
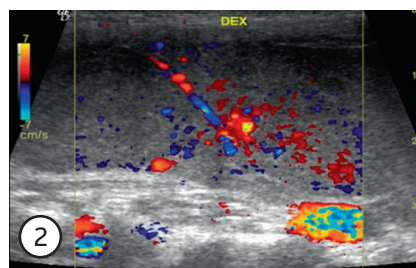
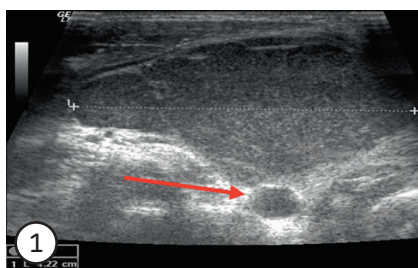
Patsienti otsustati jälgida ning korrata MRT-uuringut kolme kuu möödudes edasise ravitaktika valimiseks.

Lümfangioomid on kaasasündinud healoomulised moodustised, mis esinevad harva ja mille täpne etioloogia ei ole teada. Arvatakse, et embrüogeneesi käigus ei teki ühendust primordiaalse lümfisoonnealgme ja tsentraalse venoosse süsteemi vahel.

Lümfangioomid jaotatakse laienenud lümfikanalite suuruse järgi kolmeks: 1) tsüstilised hügroomid

(suured tsüstjad ruumid) – kõige sagedasem vorm, 2) kavernoossed lümfangioomid (keskmiselt laienenud ruumid) ja 3) kapillaarsed lümfangioomid (mikrotsüstilised). Neljanda vormina eristatakse vaskulolümfaatilist malformatsiooni, millel on ka venoosne komponent. Tsüstilised hügroomid moodustavad 90% kõikidest pea- ja kaelapiirkonna lümfangioomidest. Need paiknevad tavaliselt kaela tagumises kolmnurgas või submandibulaarsel. Üks väga olulisi tunnuseid on, et lümfangioomid ei piirdu alati ühe anatoomilise ruumiga mistõttu suured hügroomid võivad korruga paikneda mitmes kaelaruumis ning lisaks näopiirkonnas või keskseinandis.

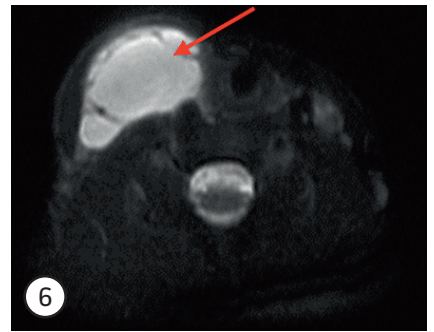
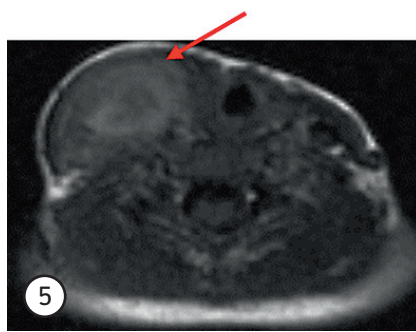
Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad kõne alla teise lõpuspilu tsüst (alalõualuu nurgas), türeoglossaaljuha tsüst (enam keskjoonel), tüümusetsüst, supureerunud või tsüstiline metastaatiline lümfisõlm, venoosne malformatsioon, abstsess, tuberkuloosne lümfadeniit.



Pilt 1–2. UH-uuring kaelast: lobulaarne tsüstjas lisamass, milles keskmise kajalisusega liikuv sisaldis.

1. Ristiläbilõige kaelast, unearter (punane nool) eemale lükatud.
2. Liikuv sisaldis.

Pilt 3. KT-angiograafia kaelaarteritest, koronaarne kujutis: tsüstjas mittekontrasteeruv mass paremal kaelal ja eesmisses keskseinandis (punane nool). Ühisunearter (katkendlik nool) lükatud mediaalsele.



Pilt 4–6. MRT-uuring.

4. Koronaarne T1-kujutis kontrastainega: kontrasteeruva seina ja septidega moodustis paremal kaelal.

5. Aksiaalne T1-kujutis: intensiivsema T1-signaali alad viitavad verele.

6. Aksiaalne T2-kujutis rasvsupressiooniga: lisamass on vedelikusignaali, väikesed vaheseinad.

Lümfangiomid on MRT-l iseloomuliku välimusega: vedelikusignaali ühe- või mitmekambrilised tsüstjad moodustised, mis ei kontrasteeru või kontrasteeruvad nende välissein ja vaheseptid (erinevalt venoossetest malformatsioonidest, mis kontrasteeruvad üleni). T1-sekvenssil võib esineda MR-signaali

intensiivistumist suure valgusisalduse või verdumise tõttu.

Lümfangiomid võivad infektsiooni või verdumise lisandumise korral järsult suureneda. Nende ravi on peamiselt kirurgiline, paraku kipuvad nad mittetäieliku eemaldamise järel retsidiveeruma. Kasutatakse ka skleroteraapiat jt meetodeid.

KIRJANDUS

1. Harnsberger HR, Wiggins RH, et al. Diagnostic imaging: head and neck. Amirsys 2008.
2. Grasso DL, Pelizzo G, et al. Lymphangiomas of the head and neck in children. Acta Otorhinolaryngol Ital 2008;28:17–20.
3. Schuster T, Grantzow R, Nicolai T. Lymphangioma colli – a new classification contributing to prognosis. Eur J Pediatr Surg 2003;13:97–102.

salujarv@gmail.com



Eesti Arstide Päevad

11. ja 12. aprillil 2013 Tallinnas Nokia kontserdimajas

Eesti Arstide Liidu aastakonverents on kujunenud meie arstidele oluliseks teabeallikaks ning tähtsaks kokkusaamiskohaks. Ürituse traditsioon sai alguse aastaist 1920–1939, mil Eesti Arstideseltside Liit korraldas konverentse nimetusega Eesti arstidepäevad.

Neljapäev, 11. aprill

- Miks eestlaste elu jääb lühikeseks?
- Sisehaiguste meistrikläss
- Ajakirja Eesti Arst ümarlauaarutelu „Eesti meditsiinikeele arendamine”
- Eesti Arstide Päevade 20. sünnipäev

Reede, 12. aprill

- „Hea, paha ja inetu” – nahamoodustised, mida iga arst peab tundma
- Kehakaaluhäirete mitu palet
- Eesti Nooremarstide Ühenduse sohväsümposium „Psühhiaatriline haigus – kas alati psühhiaatriline?”

Konverentsikava täpsustused, osavõtuteave ja registreerimine internetis
aadressil <http://www.arstideliit.ee/web/arstide-paevad-2013>