

Raskused infiltratiivse kasvuga ajukasvajate diagnoosimisel

Erki Parri – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

40aastane naine pöördus otorinolarüngoloogi vastuvõtule, tema kaebusteks olid kaks kuud tagasi tekkinud mittesüsteemsed pearinglused ja ebakindlustunne liikumisel. Kuulmishäireid ega -langust ei esinenud. Varasemat peatraumat patsient eitas. Analüüsid puukorrelioosi suhtes olid negatiivsed. Patsiendil oli varem diagnoositud I tüüpi diabeet ning hüpotüreosis.

Otoskoopiliselt olid kõrvad terved. Kalooriliste testidega oli vestibulaarfunktsioon külgühtlane, viiteid sisekõrva kahjustusele ei esinenud. Patsiendile määrati KT-uuring peast ning ta suunati neuroloogi vastuvõtule. Selleks ajaks olid haige vaevused peaaegu taandunud. Neuroloogilisel läbi vaatusel kõrvalekaldeid ei leitud.

KT-UURING

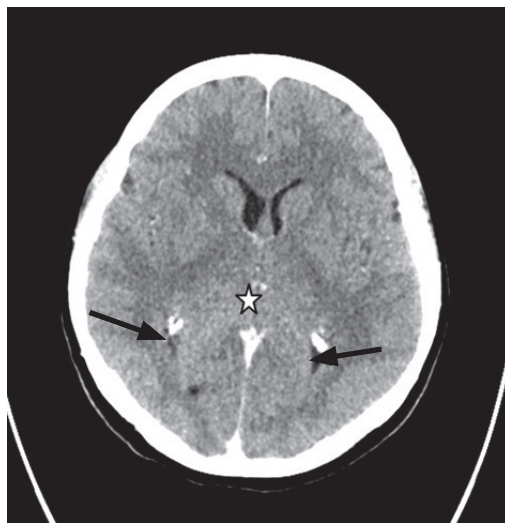
Tehti natiiv- ja kontrastainega KT-uuring peast. Frontaalsarved olid keskjoonel ja tavalise suurusega, esines vatsakeste kerge asümmeetria: parem oli vasemast laiem. Kuklasarved olid kitsad (vt joonis 1, nooled). *Corpus callosum*'i (CC) tagumine

osa ei tulnud selgelt nähtavale, oli laienenud ja tavalisest veidi suurema tihedusega (vt joonis 1, tärn), selline veidi suurema tihedusega ala ulatus ka peritrigonaalsele. K-aine manustamise järel esines selles piirkonnas väga vähene kontrasteerumine (vt joonis 1).

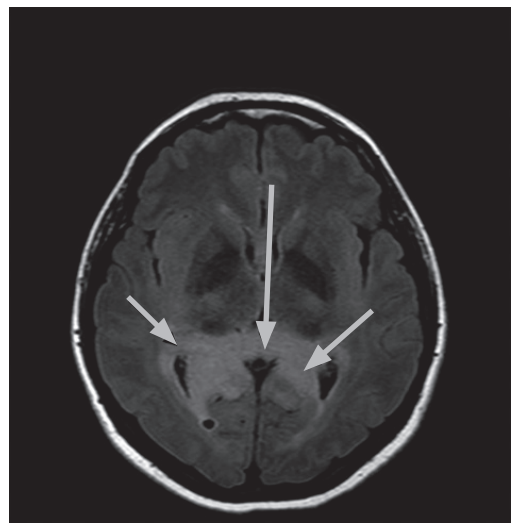
Soovitatud teha MRT-uuring võimaliku ekspansiooni visualiseerimiseks.

MRT-UURING

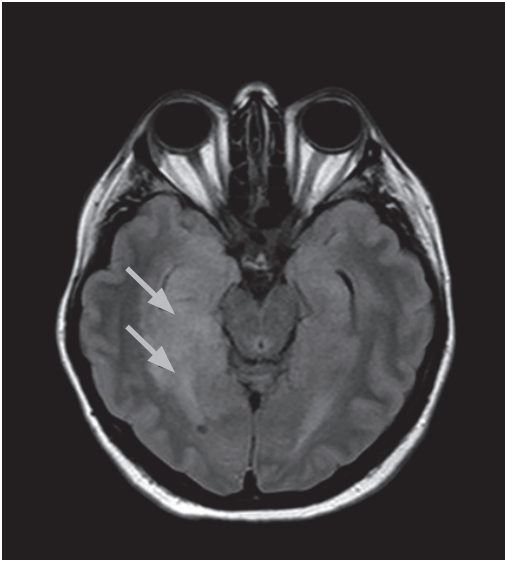
MRT-uuringul tuli esile CC tagumist osa haarav (vt joonis 2, pikk nool), samuti bilateraalselt peritrigonaalsele ulatuv (vt joonis 2, lühikesed nooled) ja paremal ka temporomediaalsesse piirkonda ulatuv hajusalt piirdunud hüperintensiivse signaaliga ekspansioon (vt joonis 3, nooled). Massiefekt oli tagasihoidlik, esines kerge *trigonum*'i piirkonna kompressioon ja parem temporaalsarv oli kitsam vasemast. Kontrasteerumist ei ilmnenud. MR-spektroskoopial (vt joonis 4) esines väljendunud koliniifraktsiooni suurenemine ja N-atsetüül-aspartaadi fraktsiooni vähenemine ning see viitab maliigsele protsessile.



Joonis 1. KT-uuring k-ainega. Nooltega on tähistatud kitsenenud kuklasarved. Tärniga on tähistatud *corpus callosum*'i struktuurimuutus.



Joonis 2. MRT-uuring (FLAIR). Nooltega tähistatud intensiivse signaaliga (valge) ala – tuumor.



Joonis 3. MRT-uuring (FLAIR). Nooltega tähistatud intensiivse signaaliga (valge) ala – tuumor.

MRT-leiu kokkuvõte. Esineb infiltratiivne tuumor CC tagumises osas, peritrigonaalsel ja paremal temporomediaalses piirkonnas. Radioloogiliselt leid sobilik aju gliomatoosile või anaplastsele astrotsütoomile.

Neurokirurgia osakonnas tehti stereotaktiline biopsia.

HISTOPATOLOOGIA

Histoloogilise leiu ja immunohistokeemiliste uuringute alusel sobis leid eelkõige gemistiotsüütselise astrotsütoomile WHO G2.

ARUTELU

Infiltratiivsed ajukasvajad võivad KT-uuringul olla raskesti diagnoositavad, nad kontrastteeruvad halvasti ning infiltratiivse kasvu tõttu ei põhjusta ajustruktuuride dislokatsiooni või kompressiooni. MRT-uuringul tulevad ajustruktuuride muutused paremini esile ja muutuste täpsustamiseks kasutatakse vajaduse korral MR-spektroskoopiat.

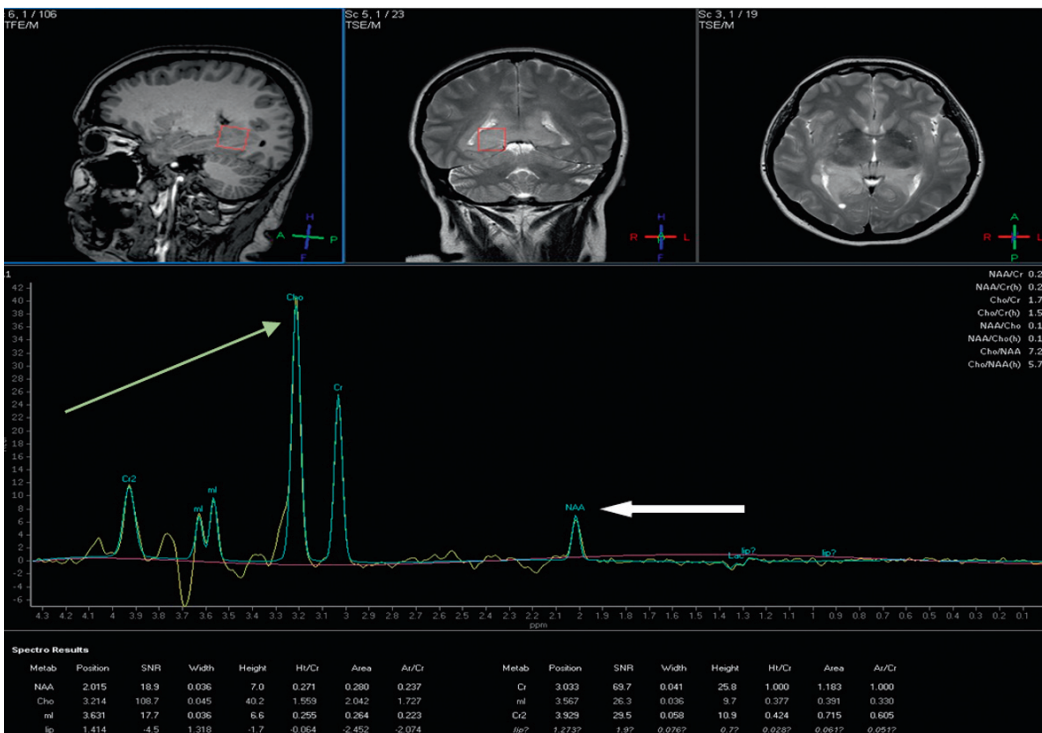
Kirjeldatud juhul oli kliiniline leid väga tagasihoidlik ega olnud seostatav kahjustatud ajukoldega. Lõplik diagnoos kinnitati histoloogilise leiuaga. Haige suunati onkoloogi konsultatsioonile edasise keemia- või kiiritusravi näidustuste täpsustamiseks.

KIRJANDUS

Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD. The 2007 WHO classification of tumors of the central nervous system. *Acta Neuropathol* 2007;114:97–109.

Raghavan D. *Textbook of uncommon cancer*. John Wiley & Sons Inc; 2006.

Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ. *Diagnostic Imaging: brain*. 2nd ed. Amirsys Publishing, Inc; 2010.



Joonis 4. MR-spektroskoopia. Peenike nool tähistab koliini. Paksu noolega on näidatud N-atsetüülaspartaat.