

Hepatoblastoom

Helen Alanurm – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

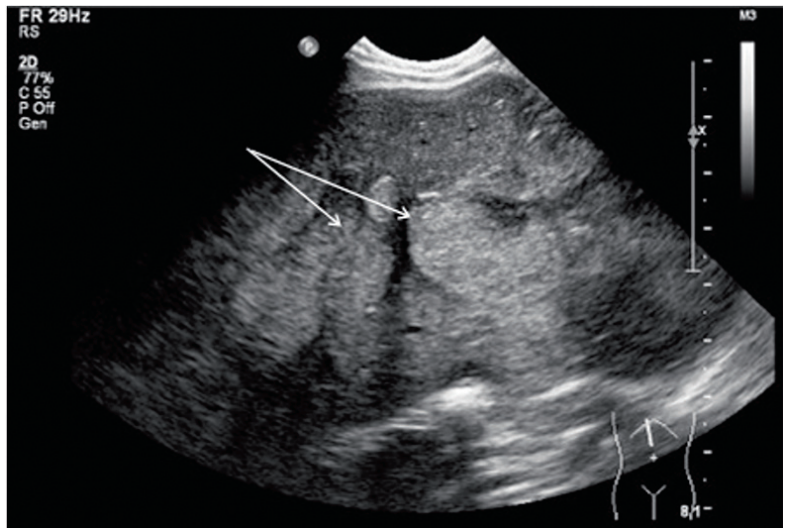
Peararst suunas 2aastase tütarlapse haiglasse nädal aega kestnud kõrge palaviku, kõhuvalu ja maksa suurenemise tõttu. Vereproovis leiti põletikunäitajate suurenemine, leukotsütoos ja aneemia. Ravi antibiootikumiga oli olnud tulemusteta.

Erakorralisel ultraheliuuringul avastati suurenenud maksas suured ja kohati laatuivad hüperehhogeensed sõlmed (vt pilt 1).

Tekkis maksakasvaja kahtlus. Vere alfafetoproteiini (S-AFP) sisaldus ületas tuhandetes kordades referentsväärtuse. Ultraheliuuringu leiu täpsustamiseks tehti kõhu magnetresonantsomograafiline (MRT) uuring.

Laste maksatuumorite radioloogilise leiu kirjeldamisel kasutatakse PRETEXTi klassifikatsiooni (1), et hinnata tuumori ulatust maksakoes.

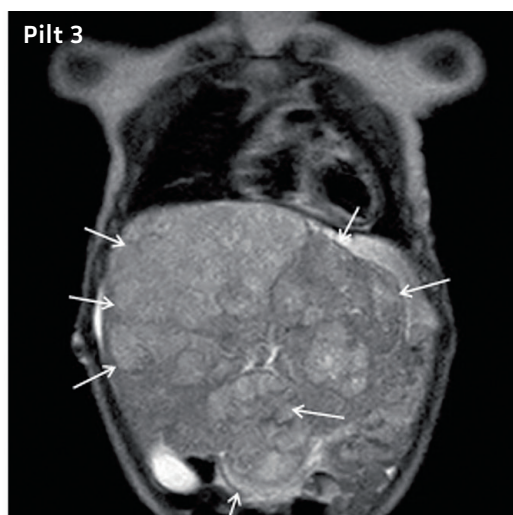
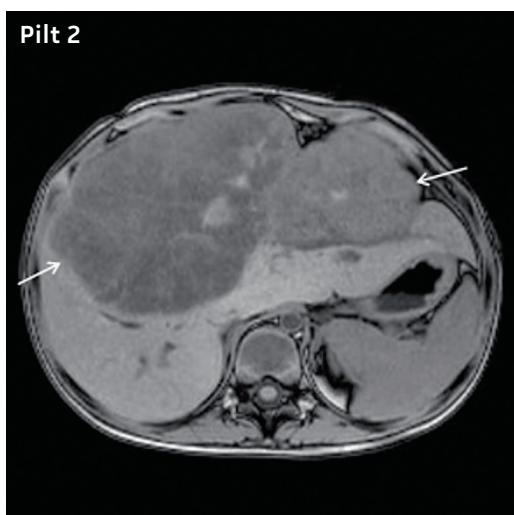
Kirjeldatud juhul oli MRT-uuringu alusel tegemist ulatusliku maksatuumoriga, mis haaras suurema osa maksast, välja arvatud tagumised (VI ja VII) maksasegmendid ja kaudaalne sagar (vt pilt 2 ja 3). Tuumorimass komprimeeris paremat maksaveeni ja alumist õnesveeni, vasak ja keskmine maksaveen polnud tuumorist eristatavad. Portaalveeni vasak haru kulges tuumori sees.



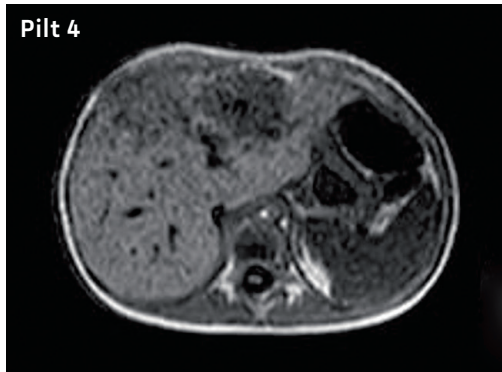
Pilt 1. Ultraheliuuringul maksas on mitmekoldeline lisamass.

Sissekasvu naaberelunditesse ei esinenud. Mujal kõhukoopas haiguslikke muutusi ei sedastatud. MRT-uuringu leid sobis hepatoblastoomile, PRETEXTi klassifikatsiooni järgi oli tegu III staadiumiga.

Ultraheli kontrolli all tehti maksabiopsia. Histoloogiliselt oli tegemist embrüonaalset tüüpi hepatoblastoomiga. Patsient sai keemiaravi SIOPEL 3 standardriski raviprotokolliga kohaselt. S-AFP väärtus vähenes oluliselt ja



Pilt 2 ja 3. MRT-uuringul T1- ja T2-kujutisel nähtav lisamass maksas.



Pilt 4 ja 5. MRT-uuringu T1-kujustel on tuumor muutunud väiksemaks.

kordus-MRT-uuringul oli suur maksatuumor mahult oluliselt vähenenud, visuaalselt enam kui poole võrra. Uusi koldeid ei avastatud (vt pilt 4 ja 5). Keemiaravi ravivastus hinnati soodsaks. Patsient suunati edasi kirurgiaosakonda operatiivsele ravile.

Operatsiooni käigus leiti, et tuumorimass haaras kogu vasema sagara (v.a I segment) ning oli levinud paremasse sagarasse kuni tagumiste segmentideni. Tuumor eemaldati. Õnnestus säilitada umbes 20% kogu maksa-koest ehk I ja VI segment ning osaliselt VII ja VIII segment.

Histoloogiliselt oli tegu embrüonaalse hepatoblastoomiga, eemaldatud koe löikepind oli kasvjavaba. Regionaalsetes lümfisõlmedes siirdeid ei olnud. Haige sai ka pärast operatsiooni keemiaravi. Selle järel tehtud kontroll-MRT-uuringul haiguse retsidiivi ei leitud. Haige jäi ambulatoorsele jälgimisele. Kontrolluuringul kolme kuu pärast tuumori retsidiivi ei olnud.

ARUTELU

Hepatoblastoom esineb harva, see moodustab umbes 1–2% kõigist lapsea kasvajatest (2). 68%–l juhtudest esineb hepatoblastoom esimesel kahel eluaastal ja 90%–l juhtudest on haiged alla viie aasta vanused. Poistel esineb haigust kaks korda sagedamini kui tüdrukutel. Kahe viimase aastakümne jooksul on olnud märgata hepatoblastoomi esinemissageduse kasvu, mida seostatakse väikse sünnikaaluga (alla 1500 g) ja vastsündinute paranenud elulemusega. On leitud tugev seos väikese sünnikaalu ja hepatoblastoomi esinemise vahel. Kõige

tundlikum laboratoorne näitaja on AFP, mille väärtus suureneb hepatoblastoomi puhul 90%–l juhtudest.

Histoloogiliselt eristatakse kaht tüüpi hepatoblastoome: epiteliaalset (süü kuulub fetaalne, embrüonaalne, makrotrabekulaarne ja väikerakuline hepatoblastoom) ning segatüüpi (epiteliaalne + mesenhümaalne) hepatoblastoome (3). Sagedamini (60%–l juhtudest) paikneb tuumor paremas maksasagaras soliidse hästi piirdunud suure massina, mis dislotseerib naaberstruktuure.

Kui lapsel leitakse maksa suurenemine, siis tuleb esmase uuringuna valida ultraheliuuring, mis on mitteinvasiivne ja hästi kättesaadav meetod. Kui maksas on tuumorkahtlane kolle, tuleb teha spetsiifilised analüüsid (hepatoblastoomi puhul on selleks AFP) ja kolde iseloomu täpsustamiseks MRT-uuring. MRT-uuringul leitud maksatuumori ulatust tuleb hinnata PRETEXTi klassifikatsiooni alusel, lisaks peab kindlaks tegema suurte veresoonte ja naaberelundite haaratuse ning metastaaside olemasolu, et saaks valida õige ravitaktika.

Sellisele harva esinevale kasvajale nagu hepatoblastoom võiks diferentsiaaldiagnostiliselt mõelda siis, kui on välistatud sagedamini esinevad palavikku ja kõhuvalu põhjustavad haigused nagu äge gastroenteriit, uroinfektsioon või mesadeniit.

KIRJANDUS

1. Roebuck DJ, Olsen Ø, Pariente D. Radiological staging in children with hepatoblastoma. *Pediatr Radiol* 2006;36:176–82.
2. Herzog CE, Andrassy RJ, Eftekhari F. Childhood cancers: hepatoblastoma. *The Oncologist* 2000;6:445–53.
3. Donnelly L, Jones B, O'hara S, et al. Diagnostic imaging. *Pediatrics*. 1st ed. Salt Lake City, Utah: Amirsys; 2005.