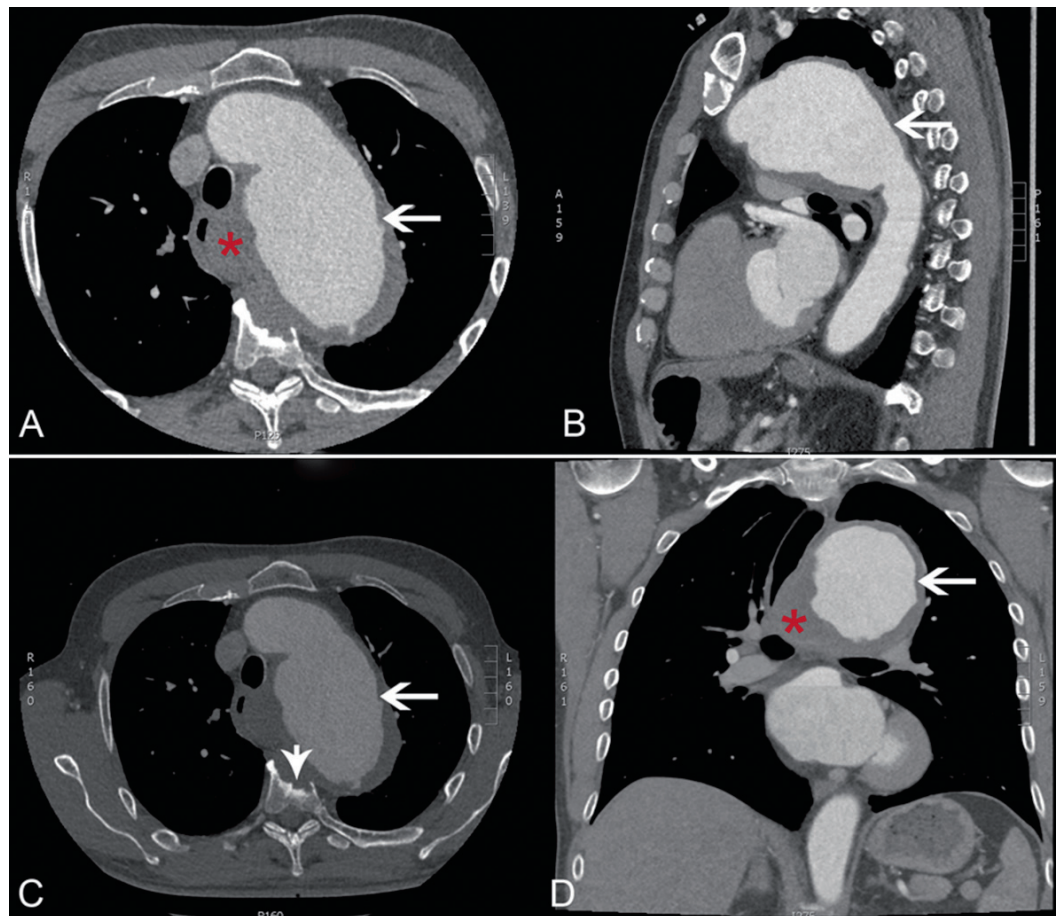


Tertsiaarne süüfilis rinnaaordi aneurüsmi põhjusena

Anna Zalužjeva – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

57aastane mees kaebab hääle kähedust alates 2016. aasta suvest. Lisaks esines mööduva iseloomuga valu ülaseljas. Novembris 2016 viibis patsient kõrva-nina-kurguarsti vastuvõtul, kus täheldati ühe häälepaela funktsiooni häiret. Seejärel tehtud kompuutertomograafilisel (KT) uuringul avastati aordikaare ja alaneva aordi aneurüsm (vt pilt 1).

Patsient suunati kardiokirurgia osakonda täiendavateks uuringuteks ja raviks. Aneurüsmi mõõtmete, ulatuse ja selle kõrval asetsevate struktuuride haaratuse tõttu ei oleks endovaskulaarne protseduur võimaldanud aneurüsmi sulgeda ning seepärast otsustati rakendada kirurgilist ravi – alaneva aordi aneurüsm proteseerida.



Pilt 1. Kompuutertomograafilisel uuringul on näha, et aordikaare distaalne osa on ligikaudu 9 cm pikkusel alal oluliselt laienenud, mõõtmetega 7,9 x 6,5 cm (valge nool kõigil piltidel). Aordisein on seal ebaühtlaselt paksenenud, enam mediaalses osas. Samas piirkonnas esineb ligikaudu 3 cm läbimõõduga lisamass (pildid A ja D, punane tärn), mis dislotseerib ja komprimeerib söögitoru, trahheat ja vasakut peabronhi. Söögitoru on ahenemisest proksimaalsel laienenud. Kirjeldatud lisamass infiltreerib Th5-lülkeha (pilt C, valge nooleots).

Tehtud vereproovides ja liikvoris avastati *Treponema pallidum*'i vastased antikehad.

KT-uuringu leiu ning vere- ja liikvorianaalüüsi leiu alusel järeldati, et tegemist on hilis- ehk tertsiarse süüfilisega, mis on aordiseina kahjustuse ja aneurüsmi tekke põhjuseks. Operatsioonil võetud materjali histoloogilisel uuringul ilmnes aordiseinas kroonilisele põletikule iseloomulik leid. Põletiku tekitajat preparaadis ei leitud. Patoloogi kinnitusele ei ole tertsiarse süüfilise korral mikroorganismide vähesuse tõttu võimalik tavaliselt koepreparaadis haiguse tekitajat tuvastada. Lisaks kirurgilisele ravile sai patsient ka antibiootilise ravikuuri.

Süüfilise tekitajaks on *Treponema pallidum*. Haigus levib seksuaalsel teel, vere kaudu ja transplatsentaarselt emalt lootele. Eristatakse kaht staadiumit: varane ehk infektsioosne (siia kuuluvad primaarne ja sekundaarne süüfilis koos primaarse latentse perioodiga) ja hiline ehk mitteinfektsioosne (hiline latentne ja tertsiarne süüfilis) (1).

Primaarne süüfilis areneb 10–90 päeva vältel ning väljendub ümmarguse valutü esmashaavandina (*ulcus durum*). Haavandi püsivuse ajal paljunevad treponeemid aktiivselt. Haavandi paranemisele järgneb asümptomaatiline periood (1).

Sekundaarse süüfilise korral on bakter levinud organismi erinevatesse kudedesse. Kliinilistest tunnustest esineb palavik, generaliseerunud lümfadenopaatia ja mittesügelev makulopapuloosne või pustuloosne lööve. See staadium läheb kuni 12 kuu jooksul üle varase latentse nakkuse staadiumisse, mis võib kesta aastaid (1).

Tertsiarne süüfilis areneb ravimata patsientidel 10–20 aasta jooksul pärast nakatumist ning väljendub närvisüsteemi ja südame-veresoonkonna kahjustuse nähtudena (1). Kahjustatud võivad olla aort, koronaararterid ja südameklapid. Aordi kahjustuse korral *T. pallidum* infiltreerub aordiseina ning põhjustab *vasa vasorum*'i oblitereeruva endarteriidi, mis omakorda viib elastsete kiudude ja sidekoe nekroosini

aordiseina *media*-kihis (2, 3, 4). Pooltel juhtudel on haaratud ülenev aort, aordikaar on haaratud 35%-l ning alanev aort 15%-l juhtudest (2). Väga sageli on kardiovaskulaarse süsteemi kahjustusega patsient asümptomaatiline (2, 4).

Süüfilise diagnoos põhineb kliinilise pildi, seroloogiliste ja immuunhistokeemiliste uurimismeetodite analüüsil (5, 6, 7). Viimased võivad aga tertsiarse süüfilise korral olla väheinformatiivsed (5, 6, 8). Hiliste staadiumite diagnoosimisel on aluseks piltdiagnostika leiud.

Aordi aneurüsmi korral on rindkere röntgenuuringul nähtavad laienedud aordi kontuur, mediastinaalsete struktuuride nihkumine ja südame parema poole laienemine (9).

KT-angiograafia toob esile aordiseina väljendunud paksenemise koos periaortaalse põletikuga, asümmeetrilise aortaalsiinuse haaratuse, kotitaolise aneurüsmi või ka *tree-barking*-sümptomi – seina *intima* kaltsifitseerumise *intima* n-ö kortsumise tagajärjel (3, 4, 7).

Kõikide süüfilise staadiumide raviks määratakse G-penitsilliin.

KIRJANDUS

1. Süüfilise diagnostika. <https://synlab.ee/arstile/laboriteatmik/tulemuste-interpretatsioonid/nakkushaiguste-diagnostika/suufilise-diagnostika/> (01.06.2017).
2. Paulo N, Cascarejo J, Vouga L. Syphilitic aneurysm of the ascending aorta. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2012;14:223–5.
3. Knipe H, Shayegi B. Luetic aneurysm. <https://radiopaedia.org/articles/luetic-aneurysm> (01.06.2017).
4. Samson L, Chalaoui J, Paradis B. Case of the day. General. Syphilitic aortitis, with saccular aneurysm of the descending aorta and fusiform aneurysm of the ascending aorta. *RadioGraphics* 1990;10:508–10.
5. Ruiz J, Procop W. Cross-reactivity of anti-treponema immunohistochemistry with non-treponema spirochetes: a simple call caution. *Arch Pathol Lab Med* 2016;140:1021–2.
6. Hernandez C, Funez R, Repiso B, Frieyro M. Utilidad de la inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema en el diagnóstico de la sífilis. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:926–8.
7. Restrepo C, Ocazonez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: imaging spectrum of the infectious and inflammatory conditions of the aorta. *RadioGraphics* 2011;31:435–51.
8. Müller H, Eisendle K, Bräuninger W, Kutzner H, Cerroni L, Zelger B. Comparative analysis of immunohistochemistry, polymerase chain reaction and focus-floating microscopy for the detection of *Treponema pallidum* in mucocutaneous lesions of primary, secondary and tertiary syphilis. *Br J Dermatol* 2011;165:50–60.
9. Tomey M, Murthy V, Beckman J. Giant syphilitic aortic aneurysm: a case report and review of the literature. *Vasc Med* 2011;16:360–4.