

Ägeda kalkuloosse koletsüstiidi harva esinev tüsistus

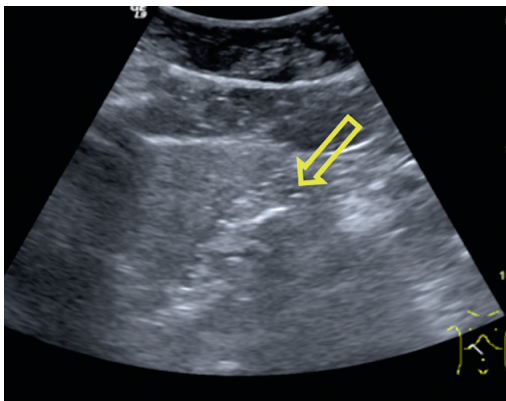
Merli Ilves – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

84 aasta vanune naine hospitaliseeriti kirurgiaosakonda erakorralise haigena ägeda kalkuloosse koletsüstiidi diagnoosiga. Sapikivid olid patsiendi anamneesis juba varasemast teada, kuid kaasuvate haiguste (diabeet, ravimiresistentne hüpertoonia, südamepuudulikkus, krooniline neerupuudulikkus) tõttu oli patsient operatsioonist varem keeldunud. Enne hospitaliseerimist oli kõhuvalu kestnud mitme päeva jooksul.

Vereanalüüsis ilmnis C-reaktiivse valguga (CRV) sisalduse suurenemine (100 mg/l).

Esmalt tehtud kõhukoopa röntgenogrammil olid vaadeldavad üksikud vedeliku-gaasi nivood, leid sobis subiileusele. Ultraheliuuringul polnud sapipõie seinu võimalik hinnata ning sapipõie valendik oli täidetud kajavarju jätkuva kajarikka sisaldusega (vt pilt 1).

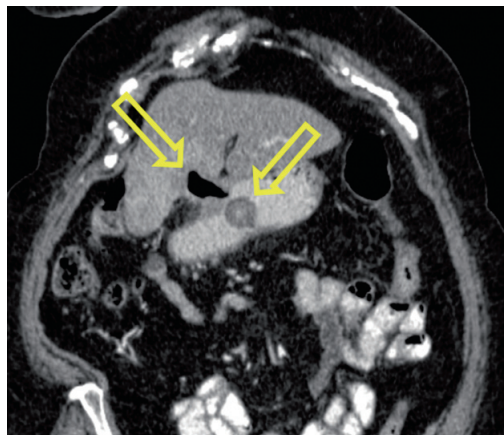
Kõhuvalu etioloogia täpsustamiseks tehti kontrastainega kompuutertomograafia (KT) uuring arteriaalses ja parenhümatosises faasis. KT-uuringul oli sapipõieloozis jälgitav 0,8 cm läbimõõduga tubulaarne õhukogumik, mis läbis mao seina *antrum*'i piirkonnas, milles paiknes umbes 2,2 cm läbimõõduga madala tihedusega (35–60 HU)



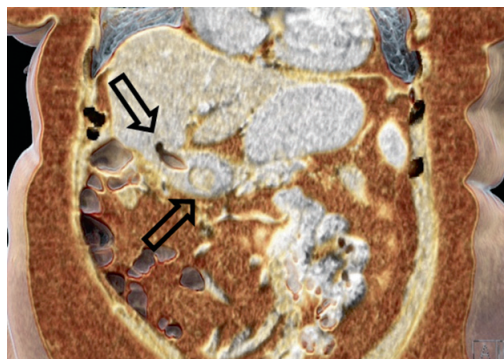
Pilt 1. Ultraheliuuring, kõhupiirkonna parema ülakvadranti vaade – sapipõis on täidetud kajarikka sisaldusega, sapipõie seinad on raskesti hinnatavad.

ümar moodustis. Moodustis sobis sapikiviks. Ühissapijuha ja maksasisesed sapiteed olid tavapärase laiusega. KT-uuringu põhjal oli tegu sapipõie fistliga mao *antrum*'isse ning selle kaudu oli sapikivi liikunud makku (vt pilt 2 ja 3).

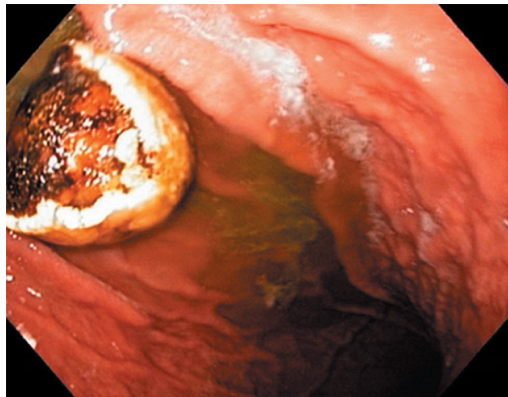
Leid täpsustus ösofagogastroduodenoskoopial: mao korpuse alumises osas (*antrum*'is, suure kõveriku tagaseina pool)



Pilt 2. Kompuutertomograafiline uuring (parenhümatosne faas, põikiprojektsioonis) – nähtav on maoseina läbiv tubulaarne õhukogumik ja konkreet maos.

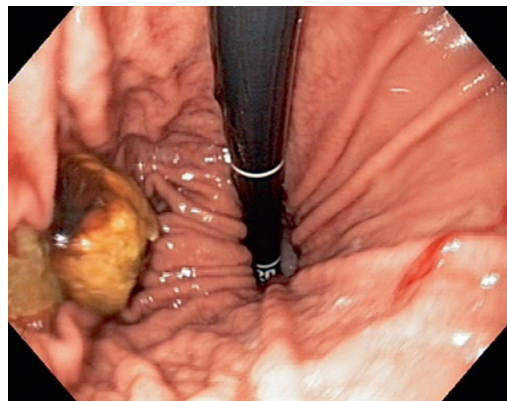


Pilt 3. Kompuutertomograafiline uuring (kolmemõõtmeline järeltöötlus) – nooltega näidatud tubulaarne õhukogumik ja konkreet maos.



Pilt 4. Gastroskoopia – nähtav on konkrement mao *fundus*'es.

Pilt: dr Rein Adamson



Pilt 5. Gastroskoopia – nähtav on konkrement mao *fundus*'es.

Pilt: dr Rein Adamson

oli leitav kuni 2 cm läbimõõduga fistlikäik, mis oli ümbritsetud tiheda valliga. Mao *funduse*'s visualiseeriti suhteliselt suur sapikivisarnane konkrement (vt pilt 4 ja 5).

Patsiendile tehti operatsioon, kus ilmnis sapipõie tihe liitumine koos rasvikuga maksaalusesse piirkonda ning liiteline protsess mao ja põletikulise konglomeraadi vahel (sapipõie ja maovaheline fistul). Sapipõie vabastamisel väljus mäda (tehti mädakülv). Sapipõietükid ja maoresektaat fistlikäigu piirkonnast saadeti patohistoloogilisele uuringule.

Histoloogiliselt kinnitati sapipõies kroonilise koletsüstiidi leid. Maos fistlikäigu piirkonnas leidis laialdasi fibroosseid liiteid ning kroonilise põletiku tunnuseid reaktiivsete lümfifolliikulite hüperplaašiaga. Histoloogiliselt pahaloomulisust ei tuvastatud.

Operatsiooni järel viidi patsient jälgimiseks intensiivraviosakonda. Patsient lubati

10 päeva pärast hospitaliseerimist rahuldavas üldseisundis ambulatoorsele ravile.

ARUTELU

Kuigi sapikivitõbi on üks tavalisemaid haigusi ja laparoskoopiline koletsüstektoomia selle puhul tehtav harilik operatsioon, võib esineda ka üllatavaid tüsistusi.

Ligikaudu 3–5%-l kolelitiiasiga patsientidest kujuneb välja fistul ekstrahepaatilise biliaarse süsteemi ja seedetrakti vahel. Umbes 75–80%-l juhtudest on tegu koletsüstoduodenaalse fistliga. Sagedamini tekib fistul (sageduse vähenemise järjekorras) sapipõie ja kaksteistsõrmiksoole vahele, sapipõie ja jämesoole vahele, sapipõie ja mao vahele ning ühissapijuha ja kaksteistsõrmiksoole vahele (1).

Enamik isetekkelistest biliaarsetest fistlitest on põhjustatud sapikivist. Harvem on põhjuseks peptiline haavand või kasvaja, mis lähtunud maost, sapipõiest või sapiteedest, pankreasest, *duodenum*'ist, *jejunum*'ist või pärasoolest (2).

Sapikivitõve korral võivad korduvad põletikuepisoodid viia sapipõie seina destruktsioonini ning liidete moodustumiseni kõrvalolevate elunditega ning see soodustab lõpuks ka fistli formeerumist (2). Üldjuhul on tegu suurte sapipõiekividega, mis soodustavad kivide tõttu sapipõie seina lamatisi ja fistlite teket.

Bilioenteeriline fistul võib tüsistuda sapikivist põhjustatud iileuse, Bouveret' sündroomi (sapikivi iileuse proksimaalne variant) ja sooletrakti veritsusega (2).

Kivi sattumisel *duodenum*'isse tekib enamikul juhtudest sapikivi iileus terminaalse *ileum*'i distaalse osa obstruktsioonist. Soolestiku obstruktsioonidest moodustab sapikivi põhjustatud iileus 1–3%. Sapikivi iileus areneb 0,3–0,5%-l sapikividega inimestest (1). Sapikivi iileusele on patognoomiline Rigleri triaad: pneumobiilia, peensoole obstruktsioon, sapikivi olemasolu (tavaliselt paremal terminaalises *ileum*'is) (1). Sapipõie ja kaksteistsõrmiksoole vahelisest fistlist ja *duodenum*'is asuva sapikivi poolt põhjustatud mao passaaži häiret tuntakse Bouveret' sündroomina, mida esineb umbes 3%-l sapikivi iileusega patsientidest (1).

Radioloogilistest uuringutest on bilioenteerilise fistli diagnoosimise nurgakivi KT-uuring, millega saab täpsemalt esile tuua ektoopilist sapikivi ning sellest tekkinud tüsistusi (3).

Ravi võimalustest võiks alati kaaluda endoskoopilist protseduuri (kui on võimalik kivi eemaldada, kivi läbimõõt alla 3 cm), mis sobib paremini kaasuvate haigustega eakamatel patsientidel. See ei pruugi alati olla võimalik sooletrakti verejooksu või sapikivi kinnikiilumise tõttu või juhul, kui sapikivi on raskesti käsitletav (3, 4).

Kirurgiliseks sekkumiseks pakutakse kirjanduses kaht viisi: ühe- või kaheetapiline operatsioon. Üheetapilise operatsiooni korral eemaldatakse laparoskoopiliselt sapikivi ja sapipõis ning parandatakse fistul. Selline käsitlusviis leiab praktikas enam kasutust.

Kaheetapilise operatsiooni puhul eemaldatakse esmalt endoskoopiliselt sapikivi ning laparoskoopiliselt tehakse kolsetsüstektomia ja fistli parandamine. Terapeutilise

strateegiana võib kõne alla tulla ka ainult kivi eemaldamine ilma fistli parandamise ja koletüstektomiata (3, 4).

TÄNUAVALDUS

Tänan dr Riina Timmerit Ida-Tallinna Keskhaiglast haigusjuhu konsultatsiooni eest ja dr Jaan Katust Tartu Ülikooli Kliinikumist KT-uuringu järeltöötuse eest.

KIRJANDUS

1. Sakarya A, Erhan MY, Aydede H, et al. Gallstone ileus presenting as gastric outlet obstruction (Bouveret's Syndrome): a case report. *Acta Chir Belg* 2006;106:438–40.
2. Beksac K, Erkan A, Kaynaroglu V. Double incomplete internal biliary fistula: coexisting cholecystogastric and cholecystoduodenal fistula. *Case Reports in Surgery* 2016. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5108471>.
3. Boland MR, Bass GA, Robertson I, Walsh TN. Cholecystogastric fistula: a brief report and review of the literature. *J Surg Case Rep* 2013. Doi:10.1093/jscr/rjt028.
4. Ali MF, Friedel D, Levin G. Two anomalies in one: a rare case of an intrahepatic gallbladder with a cholecystogastric fistula. *Case Rep Gastroenterol* 2017;11:148–54.

Kuseteede infektsiooni korral on ravi antibiootikumidega tõhusam kui sümptomaatiline ravi

Kuseteede infektsioon (UTI) on sage haigus, sagedamini haigestuvad naised. Hinnanguliselt pooltel naistest esineb elu jooksul vähemalt üks UTI episood, 20–30%-l naistest esinevad need episoodid enam kui kahel korral. Ambulatoorses praktikas kasutatakse UTI raviks laialdaselt antibiootikume: 10–20% kõigist antibiootikumide ordineerimisest on tehtud UTI raviks.

Mikroobide resistentsus antibiootikumide suhtes on üldtuntud ja järjest süvenev tõsiasi ning on seotud antibiootikumide üha laial-

dasema kasutamisega. Seepärast on aina aktuaalsemad püüded leida alternatiivseid meetodeid põletikuliste seisundite raviks ja piirata antibiootikumide kasutamist.

Uuringud on näidanud, et UTI korral on sümptomid seotud ka proinflammatoorsete teguritega. Prostaglandiinid ja mittesteroidsed põletikuvastased ravimid võiksid UTI sümptomeid leevendada ja paranemist soodustada. Kirjanduses on vastukäivaid andmeid nende ravimite tõhususe kohta UTI korral.

Šveitsis korraldatud juhuslikustatud topeltpimendamisega uuringus osales 253 naist ägeda UTI diagnoosiga. Neist 133 raviks määrati diklofenak 75 mg päevas ja 120-le norfloksatsiin 400 mg päevas. Kolme ravipäeva järel

olid 80%-l norfloksatsiiniga ravitutest sümptomid taandunud. Diklofenakiga ravitute rühmas kirjeldas sümptomite taandumist 3päevase ravi järel vaid 54% ja 12%-l ravitutest kestsid vaevused kauem kui nädala. Äge põelonefriit diagnoositi diklofenakiga ravitute rühmas 6 naisel.

Autorid järeldasid, et komplikatsioonita UTI ravis on ravi norfloksatsiiniga tõhus ning ravi ainult diklofenakiga suurendab põelonefriidi kujunemise riski ja sümptomid taanduvad aeglasemalt kui antibiootikumravi korral.

REFEREERITUD

Kronenberg A, Bütikofer L, Odutayo A, et al. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. *BMJ* 2017;359:j4784.

LÜHIDALT