

# Nimme lülivaheketta nimmekanalisse sopistunud sekvestri spontaanne taandumine MRT-leiu alusel

Väino Sinisalu<sup>1</sup>, Tiiu Tomberg<sup>2</sup>

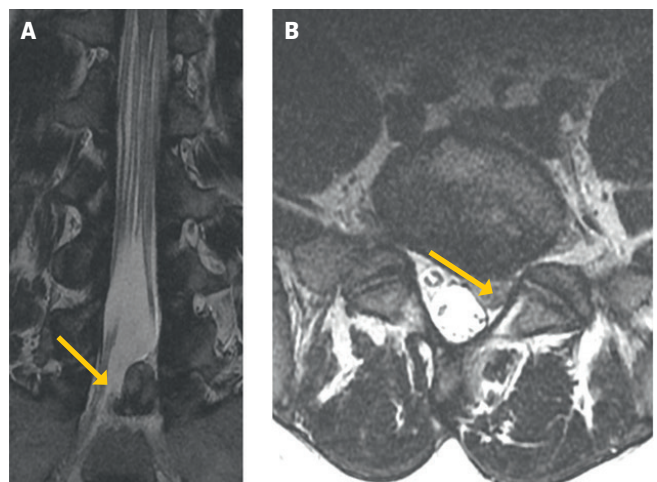
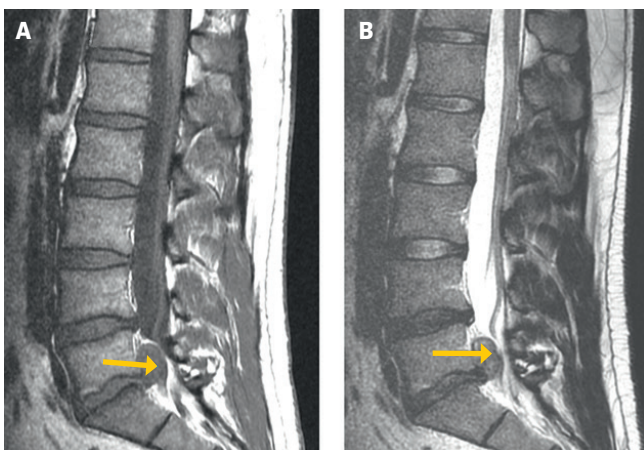
<sup>1</sup> TÜ Kliinikumi närvikliinik,  
<sup>2</sup> TÜ Kliinikumi  
radioloogikliinik

28 aasta vanune mees, kel esinesid periooditi nimmevalu ja seljakanguse episoodid, haigestus äkki ägeda nimmevaluga. Valu kiirgus vasemasse jalga, kanda ja varvas-tesse. Valu tõttu oli liikumine raskendatud. Ravi käepäraste valuvaigistitega leevendust ei toonud ja nädala möödudes haigestumisest pöördus ta erakorralise meditsiini osakonda. Seal patsiendil jalgades mootorika- ega vaagna- ja käe- ja jalgade funktsiooni häireid ei tuvastatud ja talle määrati parasetamooli 3 g päevas ning ibuprofeeni 120 mg päevas ning soovitati minna neuroloogi konsultatsioonile.

Haigestumise kolmandal nädalal suunas neuroloog patsiendi nimmepiirkonna MRT-uuringule. Uuringul leiti L5/S1 lülivaheketta sopistumine nimmekanalisse keskjoonest vasemal, epiduraalne lisamass (diski sekvester) vahemikust kraniaalsemal ning duurakoti ja S1 närvijuure deformatsioon (vt pilt 1 ja 2). Haigel soovitati pöörduda neurokirurgi vastuvõtule. Kuna selleks ajaks olid haige vaevused oluliselt vähenenud, ei

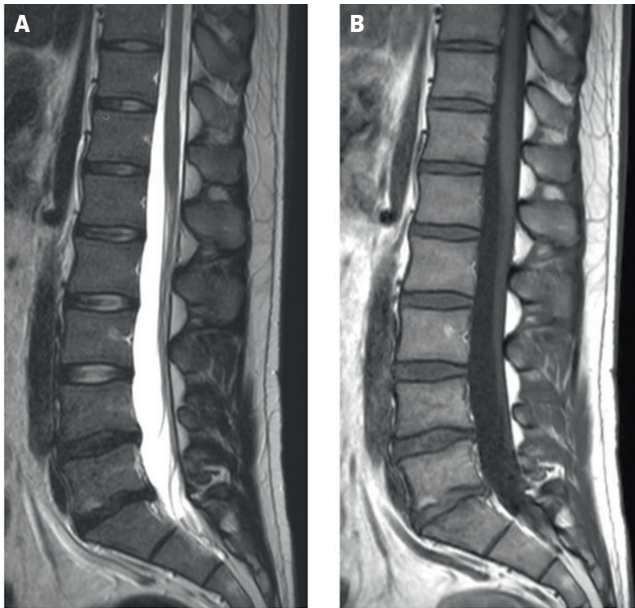
pidanud ta vajalikuks kaaluda operatiivse ravi võimalusi ning neurokirurgi poole ei pöördunud.

Kuue kuu möödudes esinesid ikkagi mõnepäevased nimmevalu episoodid, kuid valu jalga ei kiirgunud. Patsient otsustas pöörduda neurokirurgi vastuvõtule. Vastuvõtul haige olulist valu ei kaevanud, selgroo liikuvus nimmest oli igas suunas valutu, Lasegue'i sümptom oli negatiivne. Jalgadel tundlikkuse ega mootorika häireid ei esinenud, vaagna- ja käe- ja jalgade funktsioon oli normaalne. Patsient suunati 6. kuul pärast ägeda radikulaarse valu kujunemist korduvale MRT-uuringule, kus ilmnis, et varasemal uuringul ilmestunud diski ulatuslik sopistus L5/S1 lülivahemikus ja epiduraalne lisamass vahemikust kraniaalsemal (sekvester) olid taandunud (vt pilt 3 ja 4). Samas vahemikus esines kerge lame diski protrusioon mediaalsel, vasemal rohkem kui paremal. Haigele soovitati regulaarselt jätkata harjutuste tegemist, et tugevdada nimme lihaskorsetti.

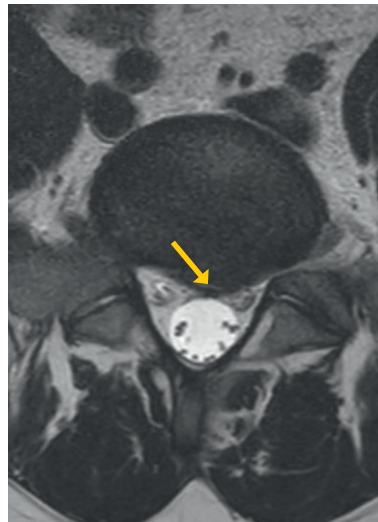


**Pilt 1.** MRT-uuring lülisamba nimmeosast sagitaaltasapinnas T1- (pilt A) ja T2- (B) sekvents. Diski sekvester L5/S1 vahemikust kraniaalsemal, vahemik ahenenud.

**Pilt 2.** MRT-uuring lülisamba nimmeosast koronaal- (pilt A) ja aksiaaltasapinnas (B) T2-sekvents. Diski sekvester keskjoonest vasakul.



**Pilt 3.** MRT-uuring lülisamba nimmeosast pool aastat hiljem sagitaaltasapinnas T2- (pilt A) ja T1- (B) sekventsis. Diski sekvester ei visualiseeru.



**Pilt 4.** MRT-uuringul aksiaaltasapinnas T2-sekventsis näha L5/S1 vahemiku diski kerge mediaalne protrusioon lamedal alusel, vasemal rohkem kui paremal.

### ARUTELU

Nimme lülivaheketta sopistus on nimmevalu ja radikulopaatia sage põhjus. Sõltuvalt sopistunud diskimaterjali hulgest ja muudest isikuti erinevatest teguritest võib diski sopistumine põhjustada ühe või mitme närvijuure kompressiooni sellest tulenevate radikulaarset tüüpi tundlikkus- ja motoorikahäiretega või ka *cauda equina* sündroomi. Närvijuure kompressiooni tunnuste korral rakendatakse ka operatiivset ravi. Lülivaheketas võib sopistuda lülisamba pikiligamendi alla, seda välja venitades või võib viimast perforreerida ja diski *nucleus pulposus* pääseb vaba sekvestrina nimmekanalisse.

Kõige informatiivsemaks kuvamismetodiks lülivaheketta sopistumise korral on MRT-uuring. Selle meetodiga on näidatud, et diski sekvester nimmekanalisse võib mahult väheneda või taanduda peaaegu kahel kolmandikul juhtudest (1). Selle nähtuse patogeneesi ei ole lõplikult selge, oletatakse, et tegu võib olla diskimaterjali dehüdreerumise ja kootumisega või

selle resorbeerumisega immuunprotsesside tulemusel (2, 3). Kirjanduse andmeil täheldatakse sopistunud diskimaterjali taandumist sagedamini juhtudel, kui on tegu diski sekvestriga lülisambakanalis. Radioloogiline leid taandub enamasti 9–13 kuuga (4). Sekvestreerunud diskimaterjali operatiivne eemaldamine ei ole vajalik, kui haigel ei ole närvijuure kompressiooni, spinaalset klaudikatsiooni või *cauda equina* sündroomi tunnuseid (4, 5).

### KIRJANDUS

1. Zhong M, Liu JT, Jiang H, et al. Incidence of spontaneous resorption of lumbar disk herniation: a meta-analysis. *Pain Physician* 2017;20:E45–E5.
2. Hakan T, Gürçan S. Spontaneous regression of herniated lumbar disc with new disc protrusion in the adjacent level. *Case Rep Orthop* 2016. doi: 10.1155/2016/1538072.
3. Agirman M, Durmuş O, Saral I, Cakar E. Resorption of extruded intervertebral disc herniation: Effect of physical therapy modalities. *Turk J MED Rehab* 2016;63:286–7.
4. Macki M, Hernandez-Hermann M, Bydon M, Gokaslan A, McGovern K, Bydon A. Spontaneous regression of sequestered lumbar disc herniations: Literature review. *Clin Neurol Neurosurg* 2014;120:136–41.
5. Monument MJ, Salo PT. Spontaneous regression of lumbar disc herniation. *CMAJ* 2011;183:823.