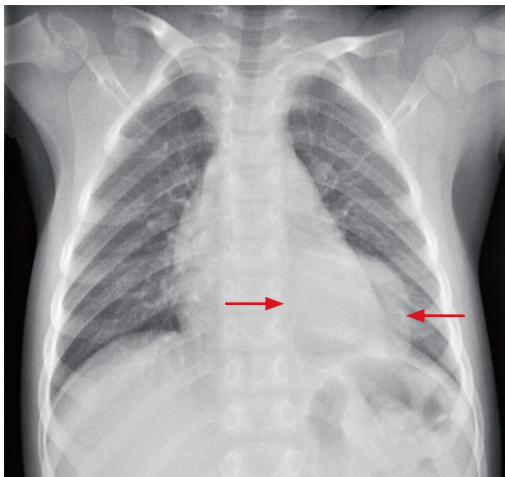


# Ewingi sarkoom rindkere piirkonnas

Kadi Allika – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

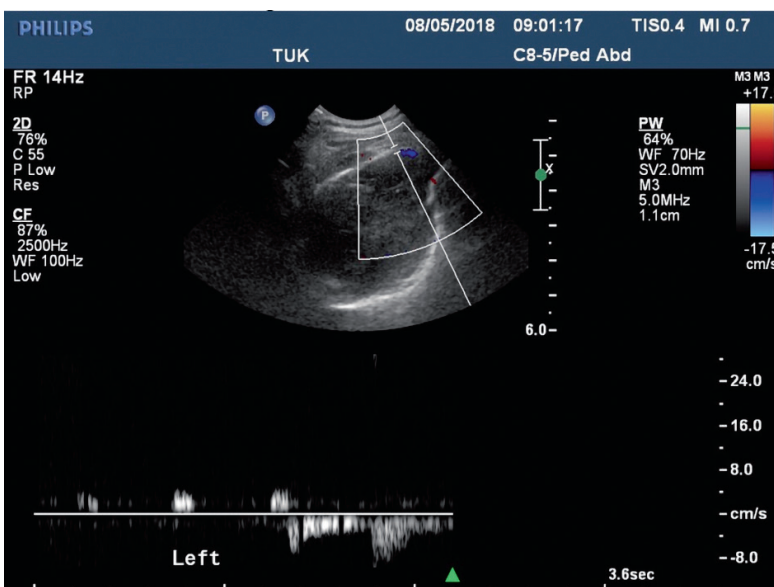
2,5 aasta vanuse tütarlapsena pöörduti perearsti poole kolm päeva kestnud febrilise palaviku ja ülakõhuvalu tõttu. Patsiendile tehti rindkere röntgeniülevõtte, mille ilmestus vasakul retrokardiaalsel tihe, hästi piirdunud ümar 5 cm läbimõõduga varjustus (vt pilt 1). Diagnoositi pneumoonia ning määrati antibiootikumravi.



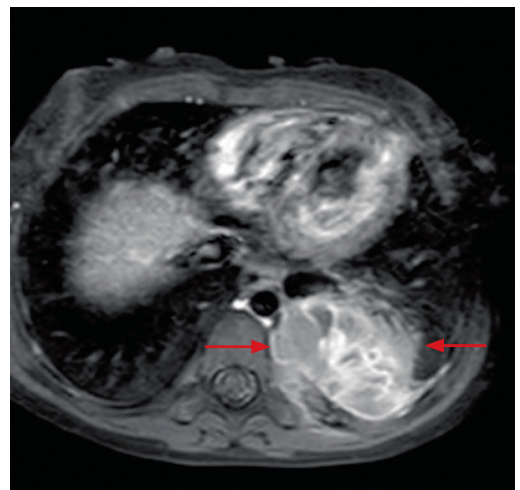
**Pilt 1.** Esmane röntgeniülevõtte rindkerest: piirdunud varjustus vasaku kopsu alaväljas.

5 päeva hiljem tehtud rindkere kordus-ülevõttel püsis leid olulise dünaamikata. Seejärel tehtud ultraheliuuringul selgus, et rindkereõones on vasakul dorsaalsel suhteliselt teravalt piirdunud ebaühtlase, osaliselt tsüstilise struktuuriga ja vähese verevarustusega lisamass, mille läheduses on ka roide kontuur ebatasane (vt pilt 2). Tuumori kahtluse tõttu suunati patsient täiendavateks uuringuteks TÜ Kliinikumi.

Haiglas tehtud rindkere magnetresonantstomograafilisel uuringul ilmestus rindkereõones vasakul paravertebraalsel dorsaalsel basaalsel 5 cm läbimõõduga pehmekoeline inhomogeenselt kontrasteeruv 9. roide tagumist kaart infiltreeriv tuumor (vt pilt 3). Ultraheli kontrolli all võetud jämenõelbiopstaadi histoloogilisel uuringul tuvastati primitiivsest neuroektodermaalkoest lähtunud maligne kasvaja (PNET) ehk Ewingi sarkoom. Haiguse leviku hindamiseks tehtud fluorodeoksglütükoos-positronemissioontomograafia (<sup>18</sup>F-FDG PET) uuringul tuumori kauglevikut ei tuvastatud (vt pilt 4). Hemato-onkoloogi-



**Pilt 2.** Ultraheliuuring vasaku kopsu koldest: hüpoehhogeenne vähese verevarustusega lisamass.



**Pilt 3.** Magnetresonantstomograafiline uuring rindkerest (kontrastainega rasvsupresseeritud T1-kujutis): rindkereseina infiltreeriv kontrasteeruv lisamass vasakul rindkereõones.

lise konsiiliumi otsusega alustati keemiaravi Ewingi sarkoomi raviprotokoll järgi.

Neoadjuvantse keemiaravi järgsel rindkere kompuutertomograafilisel uuringul oli tuumor mõõtmelt oluliselt vähenenud, 9. roie samas piirkonnas oli paksenenud ja ebahütlase struktuuriga, esines patoloogiline murd (vt pilt 5). Järgneva operatsiooni käigus eemaldati vasaku 9. roide paksenenud osa. Histoloogilisel uuringul tunnistati materjal kasvajakasvatavaks.

## ARUTELU

Ewingi sarkoomi tuumorite perekond on rühm kõrgmaliigseid luu- ja pehmetuuliseid kasvajakasvatavaid, mida iseloomustab sarnane ümarrakuline struktuur, neil on mitmed immunohistokeemilised ja teatud tsütogeneetilised markerid. Kasvaja paikneb sagedamini alajäseme ja vaagna piirkonnas ning rindkereseinas.

Nende kasvajakasvatavate esinemissagedus on alla 5 aastastel lastel  $0,6 : 10^6$  juhtu aastas, puberteedieaks kasvab see  $5 : 10^6$  juhuni aastas. Sagedamini haigestutakse vanuses 10–20 aastat. Mediaanvanus diagnoosimisel on 15 aastat, meeste-naiste suhe on 1,3–1,5 : 1.

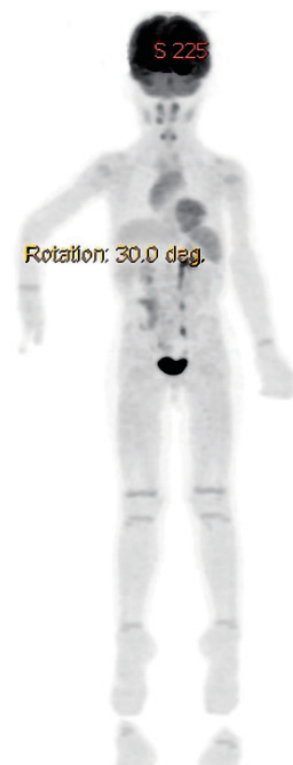
Sümptomiteks on tavaliselt valu ja turse kasvajakasvatavast haaratud piirkonnas, palavik ning muutused verenäitajates. Prognostilistest teguritest olulisim on metastaaside olemasolu. Olenemata kasvajakasvatava levikust, alustatakse neoadjuvantset keemiaravi ning selle järel eemaldatakse võimaluse korral tuumor kirurgiliselt. Enamasti rakendatakse ka adjuvantset keemiaravi.

Tänapäeval on üldine 5 aasta elulemus suurenenud 82%-ni lokaalse levikuga haiguse korral ning 39%-ni tuumori metastaatilise leviku korral.

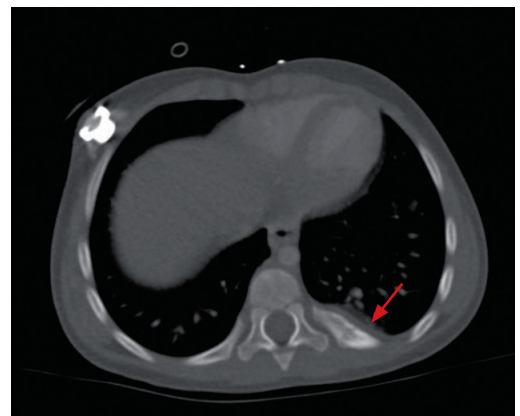
Kuigi kasvajakasvatava on harva esinev, võiks ka lapse kopsupildil ümarvarju nähes diferentsiaaldiagnostiliselt mõelda tuumori võimalusele.

## KIRJANDUS

1. Maheshwari AV, Cheng EY. Ewing Sarcoma family of tumors. *Am J Orthop Surg* 2010;18:94–107.



**Pilt 4.** Kogu keha fluorodeoksüglükoos-positronemissioon-tomograafiline ( $^{18}\text{F}$ -FDG PET) uuring.



**Pilt 5.** Keemiaravijärgne kompuutertomograafiline uuring: vasaku 9. roide patoloogiline fraktuur, tuumorimass oluliselt kahanenud.