

Vasakpoolne paraduodenaalne song: kirjanduse ülevaade ja haigusjuhu kirjeldus

Sten Saar^{1,2}, Jaak Lepp¹, Peep Laar¹, Teele Jaanson³, Edgar Lipping¹, Peep Talving^{2,4}

Eesti Arst 2020;
99(1):40–42

Saabunud toimetusse:
26.08.2019
Avaldamiseks vastu võetud:
21.10.2019
Avaldatud internetis:
27.01.2020

¹ Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliiniku erakorralise kirurgia osakond,
² Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond,
³ Põhja-Eesti Regionaalhaigla diagnostikakliinik,
⁴ Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatus

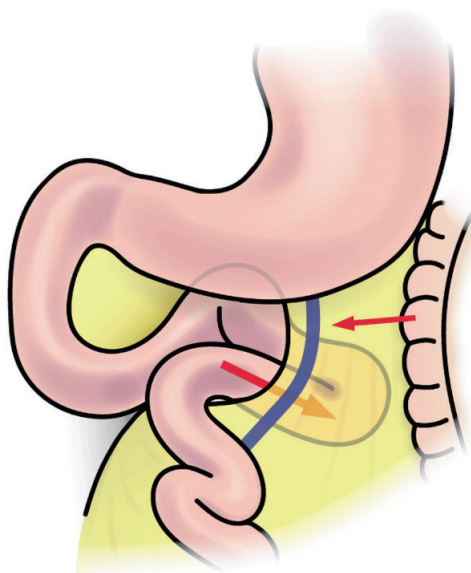
Kirjavahetajaautor:
Sten Saar
stensaars@gmail.com

Võtmesõnad:
sisemised songad, vasakpoolne paraduodenaalne song, laparoskoopiline operatsioon

Paraduodenaalsed songad on haruldased, põhjustades alla 1% kõikidest soolesulgustest. Kuldne standard diagnoosimiseks on kompuutertomograafiline uuring. Laparoskoopiline operatsioon on valikmeetod, kuid sagedasti tuleb jätkata operatsiooni avatud meetodil. Artiklis on kirjeldatud üht Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ravitud vasakpoolse paraduodenaalse songaga patsiendi haigusjuhtu.

Sisemist songa defineeritakse kui kõhuõõne elundi sopistumist omandatud või kaasasündinud peritonaalsesse või mesenteriaalsesse õõnsusesse (1). Omandatud sisemised songad tekivad kõige sagedamini Roux-en-Y-tüüpi maost möödajuhtivate bariaatriliste operatsioonide järel (2). Kaasasündinud sisemistest songadest on kõige sagedasemad paraduodenaalsed songad, mis siiski esinevad harva, põhjustades alla 1% kõikidest soolesulgustest (3).

Paraduodenaalsed songad jagatakse parempoolseteks ja vasakpoolseteks, mis erinevad oluliselt oma anatoomia ja embrüoloogilise tekke poolest, kuigi mõlema täpne tekkemehhanism ei ole siiani selge (3). Vasakpoolsed paraduodenaalsed songad on oluliselt sagedasemad, moodustades 75% paraduodenaalsetest songadest (4). Vasakpoolse paraduodenaalse songa värat ehk Landzerti õõnsus paikneb alumise mesenteriaalveeni ja keskmise jämesoole arteri vasakpoolsete harude taga kaksteistsõrmiku IV segmendist vasakul ning songakott peensoole segmendiga sopistub alaneva käärsoole kinnistisse (vt joonis 1) (5).



Joonis 1. Vasakpoolne paraduodenaalne song. Suur nool näitab songaväratit ja väiksem nool näitab alumist mesenteriaalveeni.

KLIIINILINE LEID JA DIAGNOOSIMINE

Hiljuti ajakirjas Hernia ilmunud paraduodenaalseid songasid käsitlevas ülevaateartiklis leiti, et kõige sagedasem sümptom pitsunud paraduodenaalse songa korral on kõhuvalu (97% haigetest), millele järgnevad oksendamine (67%) ja iiveldus (34%). Seega on kliiniline leid mittespetsiifiline. Patsientide keskmine vanus diagnoosimise hetkel on 44 aastat ja enamus patsientidest on mehed (70%) (6).

Kompuutertomograafia (KT) on kõige sagedamini kasutatav radioloogiline meetod, mis on tänapäeval paraduodenaalse songa diagnoosimise kuldseks standardiks. KT-uuringul ilmestub laienenud peensoole lingude konglomeraat ebanormaalses anatoomilises lokalisatsioonis vasakul eesmisel pararenaalses ruumis alumise mesenteriaalveeni taga (7).

KÄSITLUS JA RAVITULEMUSED

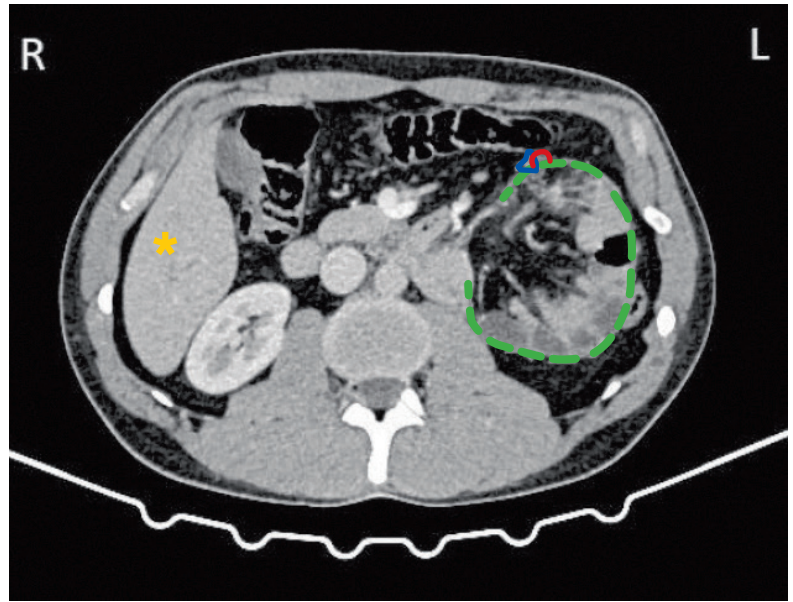
Enamik patsientidest vajab kirurgilist sekkumist ja valikmeetod on laparoskoopiline operatsioon. Siiski ei õnnestu alati laparoskoopilisel meetodil seisundit lahendada ja ligikaudu veerandil juhtudel on vaja teha laparotoomia. Kõige sagedamini teostatavad vahelesegamised paraduodenaalse songa pitsumise korral on kahanevas järjekorras kas songavärati laiendamine, songavärati sulgemine või songakoti resetseerimine (6).

Postoperatiivne suremus on väike, olles 2,1% piires. Operatsioonijärgsete tüsistuste hulk on suhteliselt suur: 14,6% (6).

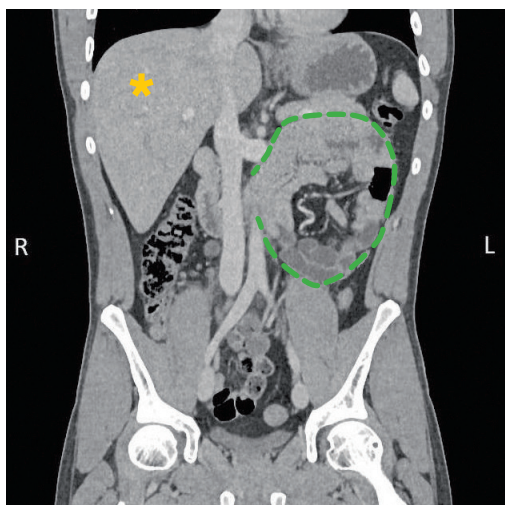
HAIGUSJUHT

Patsient (30 aasta vanune mees) pöördus maakonnahaiglasse hommikul kell 10.20 tugeva kõhuvalu ja iivelduse tõttu. Seni oli patsient olnud terve, ravimeid ta regulaarselt ei tarvitanud ja varem talle kõhuoperatsioone polnud tehtud. Esmastes vereanalüüsides esines vähene leukotsütoos (leukotsüüte veres $10,7 \times 10^9/l$). Patsiendile manustati veenisisesi füsioloogilist lahust ja valuvaigisteid. Seejärel kõhuvalu veidike leevenes ja ta suunati kontrastainega KT-uuringule kõhust ja vaagnast.

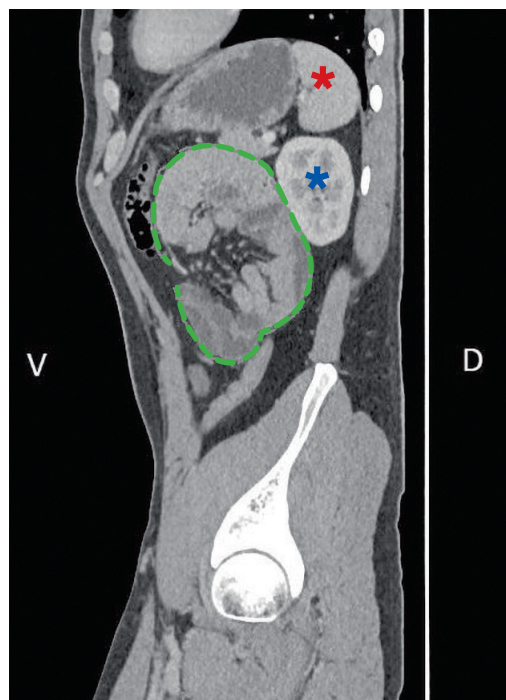
KT-pildil kirjeldati vasakul ülakõhus peensoolelinge konglomeraadina – tekkis sisemise songa kahtlus (vt joonis 2a, 2b, 2c).



Joonis 2a. Vasakpoolne paraduodenaalne song kompuutertomograafilisel uuringul (parenhümatoomses faasis) aksiaalvaates (roheline katkendliku joonega on tähistatud vasakpoolne paraduodenaalne song, kollase tärniga maks, sinise joonega alumine mesenteriaalveen ja punase joonega alumine jämesoolearter).



Joonis 2b. Vasakpoolne paraduodenaalne song kompuutertomograafilisel uuringul (parenhümatoomses faasis) koronaarvaates (roheline katkendliku joonega on tähistatud vasakpoolne paraduodenaalne song ja kollase tärniga maks).



Joonis 2c. Paraduodenaalne song kompuutertomograafilisel uuringul (parenhümatoomses faasis) sagitaalvaates (roheline katkendliku joonega on tähistatud vasakpoolne paraduodenaalne song, punase tärniga põrn ja sinise tärniga vasak neer).

¹ Surgery Clinic, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia,
² Department of Surgery, University of Tartu, Estonia,
³ Diagnostics Division, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia,
⁴ Division of Acute Care Surgery, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia

Correspondence to:
Sten Saar
stensaars@gmail.com

Keywords:
internal hernia, left-sided paraduodenal hernia, laparoscopic procedure

KT-uuringu järel suunati patsient Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse, kuhu haige saabus kell 13.28. Patsiendil püsis valuravile vaatamata ebamäärane kõhuvalu ja ebamugavustunne. Vereanalüüsid oli leukotsüütide hulk oluliselt suurenenud (leukotsüüte veres $15,3 \times 10^9/l$). Arvestades valuravile vaatamata püsinud kõhuvalu, leukotsüütide hulga suurenemist ja KT-leidu, otsustati patsient suunata erakorralisele operatsioonile.

Kell 17.50 alustati operatsiooni laparoskoopilisel meetodil, sisestades naba kohalt Hassoni troakaari ja tehes kaks lisaõiget: üks paremale lateraalsele kesk-kõhu tasemel ja teine alakõhule keskel. Õnnestus visualiseerida laienuvad peensoole osa vasakul ülakõhus ja seda osaliselt songakotist reponeerida, kuid songakotis olevat peensoolt kogu ulatuses reponeerida ei olnud võimalik, mistõttu mindi üle avatud lõikusele. Laparotoomia kaudu reponeeriti peensool songakotist ja laiendati songaväratit. Otsustati songaväratit mitte sulgeda, kuna see tegevus oleks ilmselt sulgenud alumise mesenteriaalveeni ning laiendatud songavärat oli piisavalt avar.

Vahetu operatsioonijärgne kulg oli tüsistusteta ja patsient lubati teisel operatsioonijärgsel päeval koju.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autorid kinnitavad, et neil puudub käsitletud teemaga seotud huvikonflikt.

SUMMARY

Left-sided paraduodenal hernia: review of the literature and a case report

Sten Saar^{1,2}, Jaak Lepp¹, Peep Laar¹, Teele Jaanson³, Edgar Lipping⁴, Peep Talving^{2,4}

Paraduodenal hernias are rare constituting < 1% of all bowel obstruction cases. Computed tomography is the golden standard method for diagnosis. Laparoscopic surgery is preferred, however, the rate of conversion to laparotomy is high. The current report presents a male patient with a left-sided paraduodenal hernia treated at the North Estonia Medical Centre.

KIRJANDUS / REFERENCES

- Gullino D, Giordano O, Guillino E. (Internal hernia of the abdomen. Apropos of 14 cases). *J Chir (Paris)* 1993;130:179–95.
- Nimeri AA, Maasher A, Al Shaban T, Salim E, Gamaleldin MM. Internal hernia following laparoscopic roux-en-Y gastric bypass: prevention and tips for intra-operative management. *Obes Surg* 2006;26:2255–6.
- Khan MA, Lo AY, Vande Maele DM. Paraduodenal hernia. *Am Surg* 1998;64:1218–22.
- Falk GA, Yurcisin BJ, Sell HS. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. *BMJ Case Rep* 2010, doi: 10.1136/bcr.04.2010.2936.
- Armstrong O, Hamel A, Grignon B, Peltier J, Hamel O, Letessier E, Le Neel JC, Robert R, Rogez JM. Internal hernias: anatomical basis and clinical relevance. *Surg Radiol Anat* 2007;29:333–7.
- Schizas D, Apostolou K, Krivan S, et al. Paraduodenal hernias: a systematic review of the literature. *Hernia* 2019. In press. doi: 10.1007/s10029-019-01947-3.
- Radiopaedia. Paraduodenal hernia. <https://radiopaedia.org/articles/paraduodenal-hernia?lang=us>. Vaadatud 6. juunil 2019.

Suitsetamine halvendab kopsufunktsiooni, selle mõju püsib ka pärast suitsetamisest loobumist

On tõestatud, et spiromeetria hinnatavad kopsufunktsiooni parameetrid halvenevad seoses vanuse kasvuga. Uuringutega on näidatud, et spiromeetria hinnatav forsseeritud ekspiratoorne mahtuvus ehk sekundi kapatsiteet (FEV1) hakkab pärast 25. eluaastat vähenema igal aastal 1–2% võrra. Suitsetamine kiirendab eaga seonduvat kopsufunktsiooni halvenemist. Vastukäivad on andmed selle kohta, kas suitsetamisest loobumise järel

kopsufunktsiooni halvenemine pidurdub.

USAs tehtud uuringus jälgiti 25 352 täiskasvanut, kel perioodiliselt tehti spiromeetria uurinuid, hinnates FEV1 dünaamikat. 7aastase jälgimisperioodi vältel, mille lõpus olid uuritavad keskmiselt 57aastased, ilmnes, et mittesuitsetajatel vähenes FEV1 keskmiselt 31,01 ml võrra aastas. Suitsetamisest loobunutel oli see näitaja 34,97 ml aastas ja igapäevasuitsetajatel 39,92 ml aastas. Mittesuitsetajatega võrreldes oli FEV1 vähenemine suitsetamisest loobunutel kiirem ka 10 ja enama aasta möödudes suitsetamisest loobumisest. Suitsetajatel oli

FEV1 languse kiirus sõltuv päevas suitsetatud sigarettide hulgast. Päevas 30 ja enama sigareti suitsetajatel oli FEV1 vähenemine poole kiirem võrreldes alla 10 sigareti päevas suitsetanud uurimisalustega.

Uuring kinnitab, et ka vähese hulga sigarettide suitsetamine päevas kiirendab eaga kaasnevat kopsufunktsiooni halvenemist. See on sõltuv päevas suitsetatud sigarettide hulgast ja jääb aastateks püsima ka suitsetamisest loobumise järel.

REFEREERITUD

Oelsner EC, Balte PP, Bhatt SP, et al. Lung function decline in former smokers and low-intensity current smokers: a secondary data analysis of the NHLBI Pooled Cohorts Study. *Lancet Respiratory Medicine* 2020;8:34–44.

LÜHIDALT