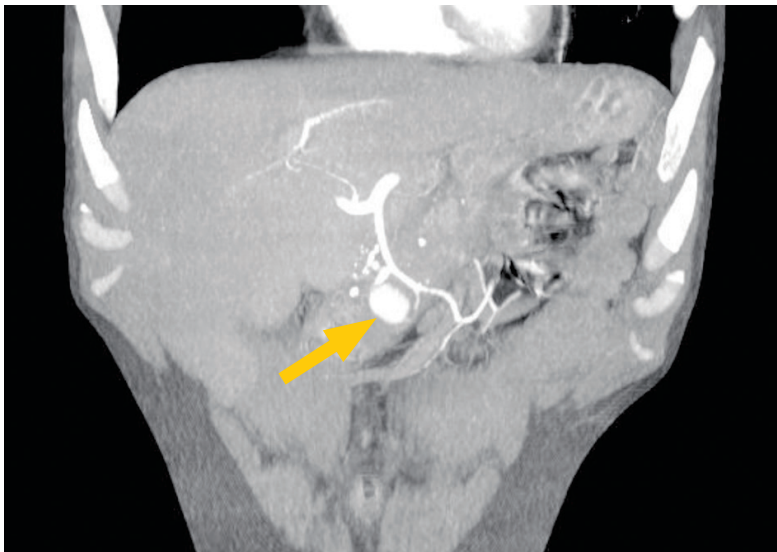
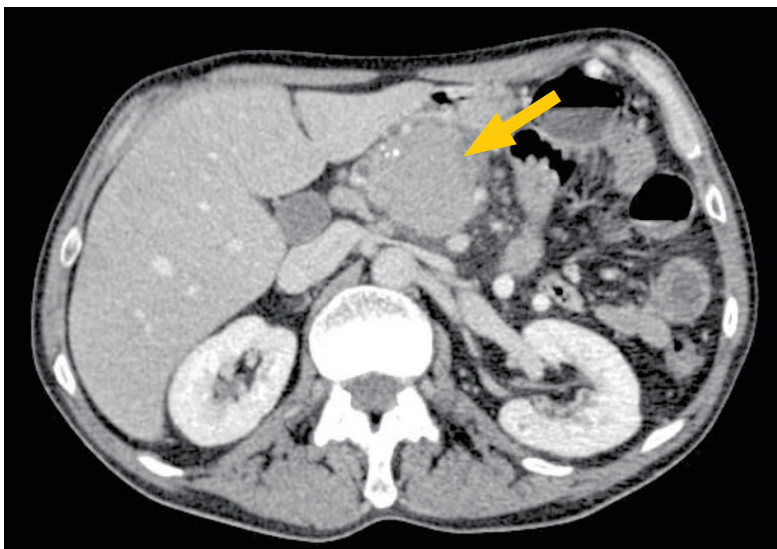


# Peripankreaatiline pseudoaneurüsm

Ats Vare – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik



**Pilt 1.** Koronaaltasapinnas maksimaalse intensiivsusega kujutis kompuutertomograafilisel uuringul veenisises kontrastainega arteriaalses faasis. *A. gastroduodenale* väikesest külgharust lähtub pseudoaneurüsm (nool). Selle ümber on jälgitavad kroonilisele pankreatiidile viitavad väikesed lubjastused pankrease parenhüümis.



**Pilt 2.** Aksiaaltasapinnas kujutis kompuutertomograafilisel uuringul veenisises kontrastainega venoosses faasis. Pankrease peaosas tuleb nähtavale mittekontrasteeruv moodustis – hematoom (nool).

## HAIGUSJUHT

50aastane mees pöördus erakorralise meditsiini osakonda samal päeval tekkinud ülakõhuvalu ja korduva oksendamise tõttu. Patsiendi sõnul oli ta oksendanud suures koguses nii tumedat kui ka heledat verd, hiljem olevat vere hulk oksemassides vähenenud. Anamneesist oli teada alkohoolse geneesiga krooniline pankreatiit.

Esmastes vereanalüüsides oli peamiseks leiuks lipaasisalduse suurenemine (913 U/L), aneemiat ei esinenud (hemoglobiin 145 g/L, hematokrit 46%). Gastroskoopial verejooksu lokaliseerimine ei selgunud. Ultraheliuuringul tuli nähtavale pseudotumoroosne moodustis pankrease kehas ning jäi kahtlus põrnaveeni tromboosi suhtes. Leiu täpsustamiseks tehti kompuutertomograafiline (KT) uuring natiivis ning veenisises kontrastainega uuring arteriaalses ja venoosses faasis.

KT-uuringul tuli nähtavale *a. gastroduodenale* harust lähtuv ja aordiga analoogselt kontrasteeruv ümar 1,9 cm läbimõõduga struktuur (vt pilt 1). Sellest kraniaalsemal pankrease peaosas oli mittekontrasteeruv (ca 70 HU) suhteliselt homogeenne ümar moodustis 4,4 cm läbimõõduga (vt pilt 2). Leid sobis vastavalt peripankreaatilisele pseudoaneurüsmile ning hematoomile pankrease peaosas. Põrnaveeni tromboos kinnitust ei leidnud.

Pseudoaneurüsmi sulgemiseks tehti angiograafia, kus oli jälgitav *a. gastroduodenale* külgharu vigastus ja väljavool pseudoaneurüsmi (vt pilt 3). Külgharu väikese tõttu suleti endovasaalsel meetodil *a. gastroduodenale* külgharust distaalsemalt ja proksimaalsemalt.

## ARUTELU

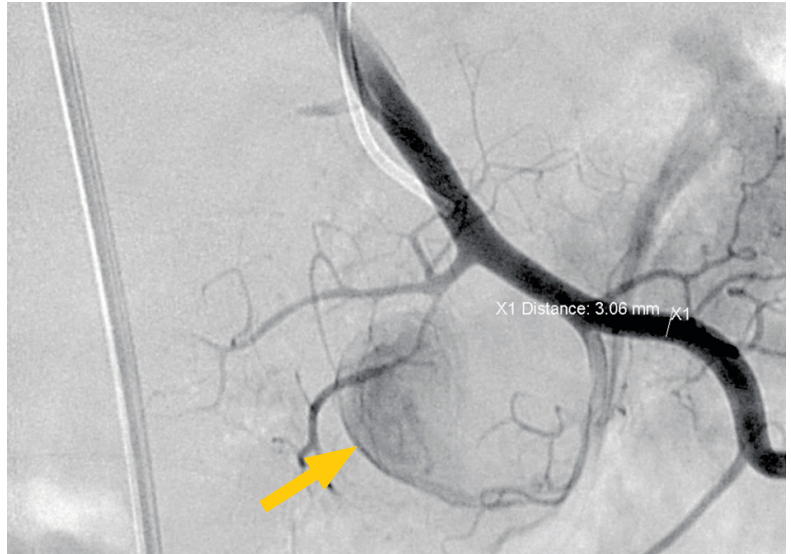
Pankreatiidiga seotud vaskulaarsed tüsistused on harvad. Neist enam levinud on venoossed – ligikaudu neljandikul juhtudest esineb portaali- või põrnaveeni tromboos. Arteriaalsed tüsistused tekivad vaid kuni 10%-l pankreatiitidest, sagedamini seoses kroonilise või nekrotiseeriva pankreatiitiga.

diga. Tulenevalt lähedusest kõhunäärmele esinevad arteriaalsed tüsistused 30–50%-l juhtudest põrnaarteril, kuni 25%-l juhtudest on haaratud *a. gastroduodenale* ja *a. pancreaticoduodenale* (1).

Arteriaalsete tüsistuste tekkes on peamine roll põletiku foonil vabanevatel lipo- ja proteolüütilistel ensüümidel, mis vähendavad arterite seinte terviklikkust (1). Arteri seina vigastusest tekkiv pseudoaneurüsm võib seejuures kujuneda nädalate kuni aastate jooksul (1, 2). Hiljem võib pseudoaneurüsm rebeneda ja tekkida väljavool peritoneaalõõnde, lähedal asuvasse õõneselundisse, pseudotsüsti või pankreasejuhasse (2).

Pseudoaneurüsmist tingitud seedetrakti verejooks võib esineda ligikaudu neljandikul juhtudest. Üldjuhul on tegu verejooksuga soolde Vateri papillist pankreasejuha kaudu – *hemosuccus pancreaticus* (1). Tõenäoliselt oli see ka kirjeldatud juhul veriokse põhjuseks.

Pankreatiidi vaskulaarsete tüsistuste tuvastamisel on informatiivsem kolmeefaasiline KT-uuring. Pseudoaneurüsmi olemasolu korral on võimalik selle sulgemine endovasaalselt (1, 2).



**Pilt 3.** Angiograafiline ülesvõte. Sond on *a. gastroduodenale*'s, kus tuleb nähtavale selle külgharu vigastus ja kontrastaine väljavool pseudoaneurüsmi (nool).

KIRJANDUS

1. Evans RPT, Mourad MM, Pall G, Fisher SG, Bramhall SR. Pancreatitis: Preventing catastrophic haemorrhage. *World J Gastroenterol* 2017;23:5460–8.
2. Sahni VA, Mortelé KJ. The bloody pancreas: MDCT and MRI features of hypervascular and hemorrhagic pancreatic conditions. *Am J Roentgenol* 2009;192:923–35.

**Milline on aspiriini optimaalne doos kardiovaskulaarsete häirete sekundaarseks preventiooniks?**

USA mitme ülikooli uurijate koostöös püüti selgitada erinevates annustes aspiriini tõhusust kardiovaskulaarsete häirete preventiooniks ning ohutust eelkõige verejooksude tekke seisukohast.

Uuringusse kaasati 15 076 suure kardiovaskulaarse riskiga patsienti, keda jälgiti keskmiselt 26,2 kuu vältel müokardi infarkti, isheemilise insuldi tekke ning kardiovaskulaarse või üldise sure-

muse osas. Vaatlusalused juhuslikustati kahte rühma: 1. rühma patsientidele ordineeriti aspiriini 81 mg päevas, 2. rühma patsientidele 325 mg päevas. Registreeritud kardiovaskulaarseid tüsistusi esines 1. rühmas (81 mg aspiriini) 590 patsiendil (7,28%) ning 2. rühmas (325 mg aspiriini) 569 patsiendil (7,51%). Tõsise verejooksu tõttu tuli hospitaliseerida 53 (0,63%) esimese rühma ning 44 (0,60%) teise rühma patsienti.

Uuringu tulemustest nähtub, et aspiriin annustes 81 mg ja 325 mg päevas on ühtmoodi tõhus kardiovaskulaarsete häirete sekundaarseks preventiooniks

ning tõsiste verejooksude risk on kummagi aspiriiniannuse kasutamise korral ühesugune.

Euroopas on aspiriin apteekides kättesaadav annustes 75 mg, 100 mg, 150 mg ning 500 mg. Kliinilises praktikas on refereeritud uuringu tulemusi arvestades sekundaarseks preventiooniks otstarbekas ordineerida aspiriin annuses 75 mg kuni 150 mg.

REFEREERITUD

- Jones WS, Mulder H, Wruck LM et al. Comparative effectiveness of aspirin dosing in cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2021, doi: 10.1056/NEJMoa2102137.

LÜHIDALT