

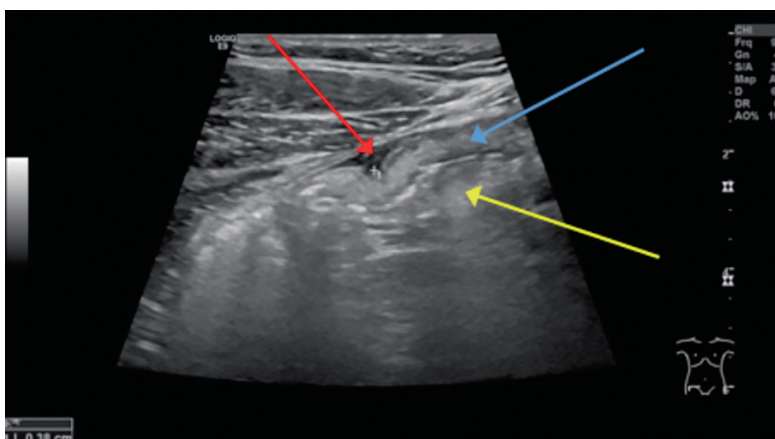
Mittesteroidsete põletikuvastaste ainete tekkeline jämesoolehaavand

Hardi Vilt – TÜ Kliinikumi radioloogiaosakond

33 aasta vanune mees pöördus perearsti vastuvõtule, kaevates paremal pool alakõhus valu, mis oli kestnud 2 päeva. Lisaks esines patsiendil isutus ja kõhulahtisus vaheldumisi kõhukinnisusega. Iiveldust ja oksendamist patsient eitas. Kaasnes subfebriliteet, higistamine ja tugev nõrkus. Perearsti juures tehtud vereanalüüsides oli C-reaktiivse valgusisaldus 60 mg/l. Perearst suunas patsiendi erakorralise meditsiini osakonda (EMO) ägeda apenditsiidi kahtluse tõttu.

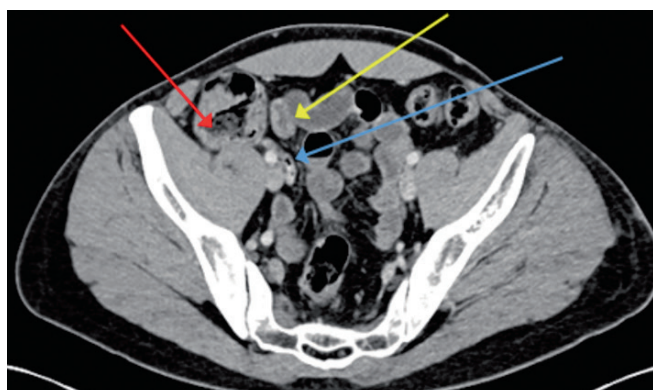
Objektiivsel uuringul EMOs leiti kõhu palpatsioonil paremal alakõhus vähene kõhulihaste pinget. Apenditsiidi kahtluse tõttu tehti kõhu ultraheliuuring (UH-uuring), kus paremal alakõhus ilmestus mittekompriimeeritav sooleling, mille ümber oli vähene rasvkoe infiltratsioon ja minimaalselt vaba vedelikku (vt pilt 1). Kuna UH-uuringul jäi leid ebaselgeks, tehti leiu täpsustamiseks kompuutertomograafiline (KT) uuring kõhust ja vaagnast.

KT-uuringul olid niudesoole lõpposa ja umbsool turselise seinaga (vt pilt 2 ja 3), lisaks esines kuni 7 mm läbimõduga reaktiivseid lümfisõlmi. Leid sobis enam soolepõletikule. Ägeda apenditsiidi tunnused puudusid. Patsient hospitaliseeriti täpsustamata soolehaiguse diagnoosiga.

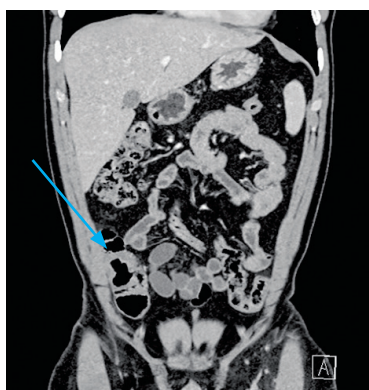


Pilt 1. Ultraheliuuringul ilmestus 7 mm mittekompriimeeritav sooleling (sinine nool), mille ümber oli rasvkoe infiltratsiooni (kollane nool) ja vaba vedelikku (punane nool).

Haiglas tehti patsiendile täpsustavaid uuringuid ja analüüse. Roojakülvi vastused olid infektsioonide osas negatiivsed. Kolooskoopial ilmestus peensoole klapi vastas jämesoole voldil valge põhjaga haavand ligikaudse suurusega 1 × 3 cm. Haavandist võeti biopaat, mille leid sobis isheemilist tüüpi kahjustusele, sh mittesteroidsete põletikuvastaste ainete (MSPVA) tekkelisele haavandile, pahaloomulise protsessi tunnuseid ei täheldatud. Gastroskoopial



Pilt 2. Kompuutertomograafilisel uuringul ilmestus põletikutunnusteta usripik (sinine nool), turselise seinaga niudesoole lõpposa (kollane nool) ja umbsool (punane nool).



Pilt 3. Turselise seinaga umbsool (sinine nool) kompuutertomograafilisel uuringul.

ilmestusid mao ja kaksteistsõrmiksoole erosioonid ning kaksteistsõrmikuhaavand, biopsial leiti *Helicobacter pylori*'le omase morfoloogiaga baktereid.

Anamneesi täpsustades selgus, et 3 kuud tagasi oli patsiendil olnud mootorrattaõnnetus, mille tagajärjel tekkisid mitmed luumurrud ning mistõttu oli patsient tarvitanud regulaarselt valuvaigisteid, sh ibuprofeeni.

ARUTELU

MSPVAd on ühed enim kasutatud ravimid maailmas. Üldiselt on nad hästi talutavad, samas on mao ja kaksteistsõrmiksoole poolsed kõrvaltoimed suhteliselt sagedased (1).

Gastroduodenaalsete kõrvaltoimete vähendamiseks on välja töötatud kapsliga kaetud ja toimeainet prolungeeritult vabastavad ravimvormid, mis omakorda võivad soodustada kõrvaltoimete kujunemist peen- ja jämesooles. Hinnanguliselt kuni 2/3-l nende ravimite kasutajatest võib näha sooleseinas põletikulisi muutusi, kuid kliiniliselt oluline kahjustus esineb küllaltki harva (2).

Sümptomiteks võib olla rauavaegusaneemia, verejooks haavandist, hüpoalbumineemia, malabsorptsioon, soolesulgus, vesine või verine *faeces*, tugev kõhuvalu (1, 2) ning krooniliselt kulgeva vormi korral ka kaalulangus (3). MSPVA kasutamise kestus enne komplikatsioonide teket on väga erinev, varieerudes mõnest päevast kuni aastateni (2).

Ileotsökaalses regioonis võivad tekkida põletik, erosioonid, haavandid, perforatsioon, striktuurid ja nn obstruktiivsed diafragmad. Viimaseid peetakse MSPVA-tekkelisele kahjustusele patognoomilisteks. Need on armistumisel tekkinud õhukesed, diafragmaalised vaheseinad soole valendikus, millel on nõelapeasuurune valendik. Arvatakse olevat seos MSPVA tarvitamise ja mikroskoopilise koliidi tekke vahel (2). Nende muutuste kujunemise suurema riskiga rühma kuuluvad eakad inimesed ja isikud, kes tarvitavad MSPVAd pikaajaliselt (3).

MSPVA tarvitamisega seotud koliidi tekkemehhanism on mitmeteguriline. Selles on oma osa tsüklooksügenaasi ja prostaglandiinide sünteesi inhibeerimisel, oksüdatiivse fosforüülimise häirumisel (3), aga ka muutustel soole verevarustuses ja sooleseina

läbilaskvuse suurenemises. MSPVAd võivad otseselt kahjustada ka soole limaskesta (2), oluline roll selles on nende ravimite enterohepaatilisel tsirkulatsioonil (3).

Endoskoopial võib saada lisainfot MSPVA-tekkelise haavandi diagnoosimiseks või välistamiseks (2), kuid patoloogilist leidu ei esine kuni 45%-l juhtudest (3). Nii endoskoopiline leid kui ka histoloogiline leid on suhteliselt mittespetsiifilised (2).

KT-uuringu abil saab hinnata kahjustuse ulatust, teatud juhtudel eristada pahaloomulisust ja välistada kiiret kirurgilist sekkumist nõudvad komplikatsioonid. KT-uuringul võib näha tsirkulaarset sooleseina paksenemist koos limaskesta kontrasteerumisega ja madala tihedusega, turselist, põletikulist sooleseina. Haaratud on tavaliselt ülenev käärsool ja niudesoole lõpposa. Kaasuvalt võib näha vaba vedelikku või jämesoolt ümbritseva rasvkoe infiltratsiooni. Sarnased muutused esinevad ka infektsioosse koliidi puhul, mistõttu on eristamiseks vajalikud laboratoorsed ja mikrobioloogilised uuringud. Vereanalüüsides võib nihkeid esineda, kuid üldiselt ei ole need väga ulatuslikud (3).

Diferentsiaaldiagnoosi kuuluvad infektsioonid (nt *Campylobacter*, *Yersinia*, tsütomegaloviirus, tuberkuloos), ärritatud soole sündroom, isheemiline või radiatsioonikoliit ja vaskuliit (2).

MSPVA põhjustatud soolehaiguse diagnoosimise kriteeriumid on järgmised (1):

- 1) anamneesis MSPVAd tarvitamine;
- 2) soolekahjustuse olemasolu koloskoopial;
- 3) muude haiguste välistamine (põletikuline soolehaigus, amüloidosis, isheemiline või infektsioosne koliit);
- 4) sümptomite paranemine pärast MSPVA tarvitamise lõpetamist.

Peamiseks ravimeetodiks on ravimi ärajätmine. Seisundi paranemine striktuuride puudumise korral on kiire. Striktuuride korral võib olla vajalik endoskoopiline või kirurgiline sekkumine. Kirurgiline sekkumine on vajalik komplikatsioonide (perforatsioon, verejooks) korral (2).

KIRJANDUS

1. Baiomi A, Abbas H, Mehershahi S, Daniel M. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: a rare cause of colonic mass. *Case Rep Gastroenterol* 2021;15:395–9.
2. Wong Kee Song LM, Marcon NE. NSAIDs: Adverse effects on the distal small bowel and colon. *UpToDate*, viimati muudetud 30.11.2021. <https://www.uptodate.com/contents/nsaids-adverse-effects-on-the-distal-small-bowel-and-colon>.
3. Tonolini M. Acute nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced colitis. *J Emerg Trauma Shock* 2013;6:301–3.