

Lateraalse sfenoidaalsiinuse entsefalotseele

Reinis Zariņš – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

Neuroloogi vastuvõtule pöördus 53aastane naine, kes kaebas viimase kahe aasta jooksul esinenud episoodiliste hoogude üle, mis avaldusid desorientatsioonina, mõnikord oli hoo järel esinenud ka retrograadne amneesia. Kaasuva leiuna oli patsiendil viimase 4 kuu jooksul esinenud parempoolne rinorröa.

Objektiivsel läbivaatusel neuroloogilist koldeleidu ei tuvastatud. Epilepsia kahtluse tõttu tehti patsiendile peaaju elektoentsefalograafiline (EEG) ja magnetresonantstomograafiline (MRT) natiivuurung. EEG-uuringul leiti fokaalsed epileptilised avaldused vasakus oimusagaras.

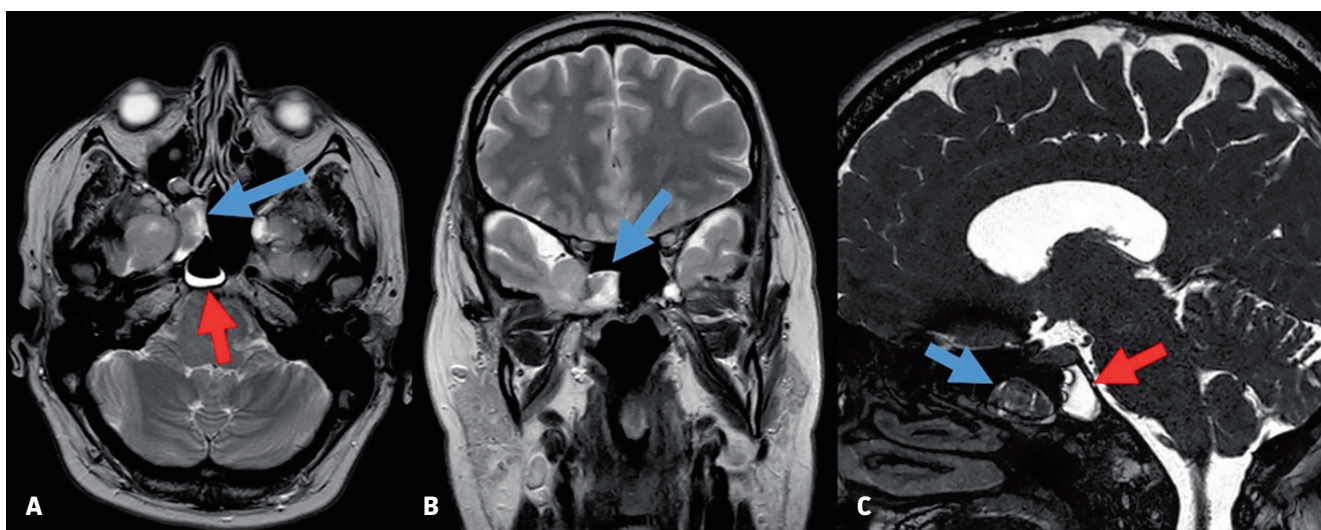
MRT-uuringul leiti parema temporaalsagara eesosa herniatsioon läbi sfenoidaalsiinuse parema külgsiina siinuse valendikku. Peale selle oli samas urkes jälgitav liikvoriga sarnase signaaliintensiivsusega vedeliku nivoo (vt pilt 1). Radioloogiliselt sobis leid lateraalse sfenoidaalsiinuse entsefalotseele (LSSE). Diagnoosi täpsustati kompuutertomograafilise (KT) uuringuga,

kus oli selgemini eristatav sfenoidaalsiinuse külgsiina luudefekt (vt pilt 2). Vaadati üle ka 13 aastat varem tehtud KT- ja MRT-uuringu tulemused, kuid eespool kirjeldatud leidu ei tuvastatud.

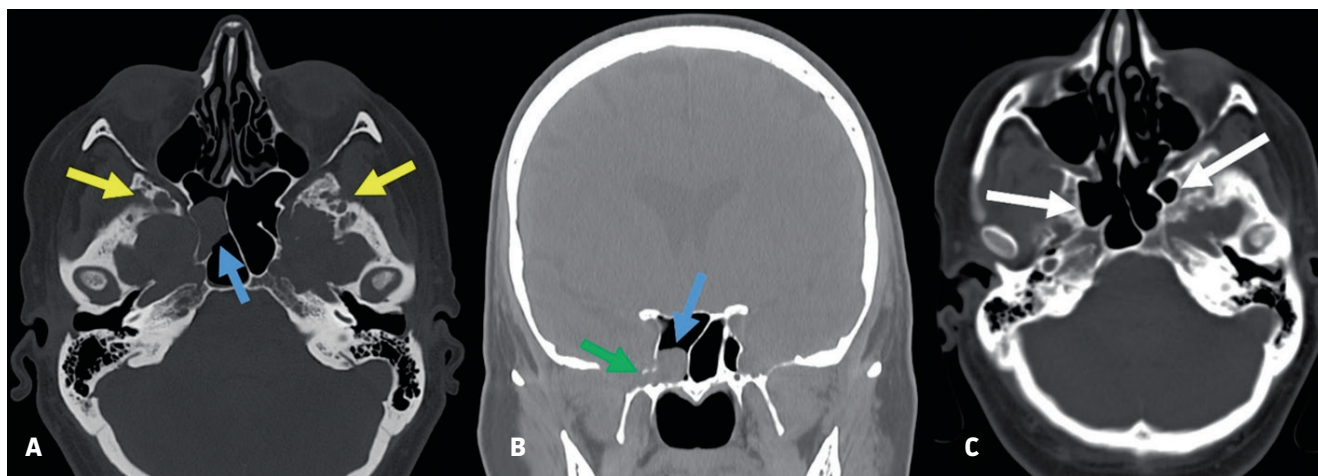
ARUTELU

Lateraalse sfenoidaalsiinuse entsefalotseele on harv kahjustus, mida võib olla raske tuvastada. Kõige sagedasem kliiniline väljendus on liikvorröa. LSSE tekke eelduseks on koljudefektid, mis on kas kaasasündinud või omandatud. Omandatud entsefalotseele tekkepõhjuseks võivad olla koljupõhimiku fraktuurid, tuumorid ja kirurgilised protseduurid (1, 2). Eelnimetatud riskitegurite puudumisel on tegemist spontaanset LSSEga (3).

Spontaanset LSSE tekkepõhjused on kombineeritud. Kõige olulisem on seos idiopaatilise intrakraniaalse hüpertensiooni (IIH) sündroomiga, millele iseloomulikud sagedasemad radioloogilised tunnused on promineeruvad arahnoidaalgranulatsioonid



Pilt 1. Magnetresonantstomograafiline natiivuurung. Paremasse sfenoidaalsiinusesse sopistunud ajukoe (sinised nooled) T2-kujutis aksiaal- ja koronaartasapinnas (A, B) ning sagitaaltasapinnas DRIVE-sekventsis (C); tõenäoline liikvori nivoo sfenoidaalsiinuses (punased nooled).



Pilt 2. Kompuutertomograafiline (KT) natiivuuring. Aksiaal- ja koronaartasapinnas (A, B) entsefalotseele paremas sfenoidaalsiinuses (sinised nooled), luudefekt siinuse külgsinas (roheline nool), arahnoidaalgranulatsioonidest tingitud luudefektid kolju siselestmel (kollased nooled). Kolmteist aastat varem tehtud KT-uuringul (C) entsefalotseelet ega luudefekti ei ole; sfenoidaalsiinuste lateraalsed sopid on pneumatiseerunud (valged nooled).

(ingl *arachnoid pits*) koljupõhimiku piirkonnas (3, 4, 6) ja nn tühja türgi sadula olemasolu (1, 3). Koljuluude arahnoidaalgranulatsioonid on peaaegu MRT-uuringutel sage asümptomaatiline leid, kuid IIH puhul võivad liikvori kõrgenenud rõhk ja hüdrostaatilised pulsatsioonijõud arahnoidaalgranulatsioonide piirkonnas tekitada koljudefekte koos ajukelmete ja ajukoe herniatsiooniga (3, 4, 6). LSSE teket soodustav kaasasündinud tegur on sfenoidaalsiinuse lateraalse sopise pneumatisatsioon (1, 3).

Eeltoodud radioloogilised leiud esinesid ka kirjeldatud patsiendi MRT- ja KT-uuringul (vt pilt 2.A). Kuna objektiivsel uurimisel puudus IIH-le tüüpiline kliiniline sümptomaatika, ei saanud kirjeldatud juhul entsefalotseelet IIH-sündroomiga täie kindlusega seostada. Samuti ei saanud parempoolset entsefalotseelet seostada patsiendil esinevate epileptiliste hoogudega.

Patsiendile tehti endoskoopiline transfenoidaalne operatsioon, mille käigus entsefalotseele eemaldati. Lisaks määrati epilepsiavastane ravi. Patsient ei ole ravitulemuste hindamiseks raviarsti poole tagasi pöördunud.

KIRJANDUS

1. Alonso RC, de la Peña MJ, Caicoya AG, Rodriguez MR, Moreno EA, de Vega Fernandez VM. Spontaneous skull base meningoencephalocèles and cerebrospinal fluid fistulas. *Radiographics* 2013;33:553–70.
2. Lai SY, Kennedy DW, Bolger WE. Sphenoid encephalocèles: disease management and identification of lesions within the lateral recess of the sphenoid sinus. *Laryngoscope* 2002;112:1800–5.
3. Settecase F, Harnsberger HR, Michel MA, Chapman P, Gastonbury CM. Spontaneous lateral sphenoid cephalocèles: anatomic factors contributing to pathogenesis and proposed classification. *AJNR Am J Neuroradiol* 2014;35:784–9.
4. AlMontasheri A, Al-Qahtani B, Aldajani N. Arachnoid pit and extensive sinus pneumatization as the cause of spontaneous lateral intrasphenoidal encephalocèle. *J Clin Imaging Sci* 2012;2:1.
5. Barañano CF, Curé J, Palmer JN, Woodworth BA. Sternberg's canal: fact or fiction? *Am J Rhinol Allergy* 2009;23:167–71.
6. Gore MR. Endoscopic repair of lateral sphenoid Encephalocèles: a case series. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2017;17:11.