

Maksillaarsiinuse aspergilloom

Hardi Vilt – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

31 aasta vanune naispatsient pöördus septembris hambavalu ja nina piirkonnas oleva survetunde tõttu hambaarsti vastuvõtule. Seal eemaldati igeme kaudu mäda ja selle tulemusel vähenes valu. Arst soovitas raviks kas hammas eemaldada või alustada ravi antibakteriaalsete preparaatidega. Patsient eelistas medikamentooset ravi,

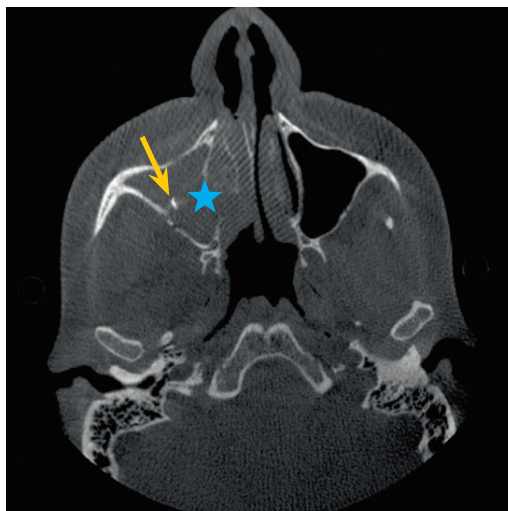
kuid 2 kuu vanuse rinnalapse imetamise tõttu ta ravi ei alustanud.

2 nädalat hiljem pöördus patsient mädalõhna ja -maitse tõttu suus perearsti poole. Alustati ravi amoksitsilliiniga. 1 kuu möödudes, kui hambavalu oli taas tekkinud, hammas eemaldati.

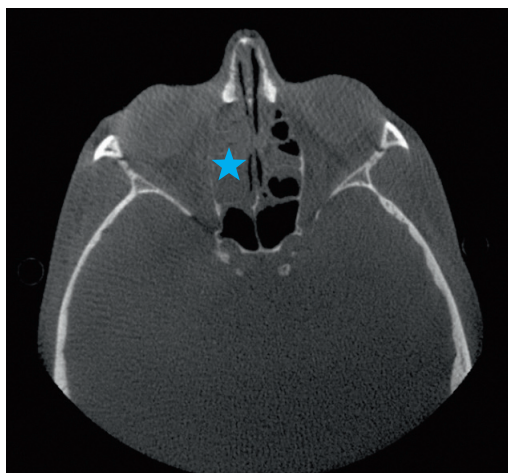
Naine pöördus nädal hiljem perearsti poole survetunde tõttu paremas põses ning rohekas-kollaka sekreedi tõttu ninast, raviks määrati Augmentin. Pärast seda subjektiivselt enesetunne paranes, kuid jätkuvalt eritus ninast rohakat sekreeti.

Kaebuste püsimise tõttu suunati patsient kõrva-nina-kurgu- (KNK) arsti vastuvõtule. KNK-arst tegi esmasel visiidil põskkoopaloputuse, kus loputusvedelikus esines mäda. Eemaldatud hamba alveool oli paranemas, oroantraalset ühendust ei esinenud. Raviks määrati taas Augmentin. Täiendavalt telliti koonuskimp-kompuutertomograafia (KT) uuring paranasaalsiinustest.

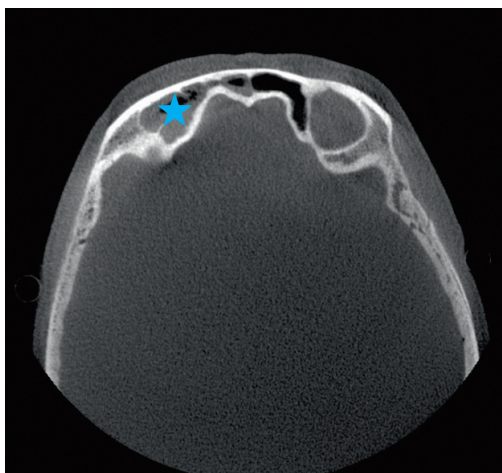
Nädal aega hiljem kordusvisiidil selgus, et põskkoopa loputusel saadud materjali külvides kasvas fakultatiivne anaeroob *Citrobacter freundii*, mis oli Augmentini suhtes resistentne. Raviks ordineeriti tsefuroksiim. Koonuskimp-KT-uuringul (vt pilt 1–3) ilmnes parempoolses põskkoopas,



Pilt 1. Hüperdense sisaldisega parempoolne maksillaarsiinus (tähistatud tähekesega). Ilmestub suure tihedusega kaltsifikaat (kollane nool).



Pilt 2. Hüperdense sisaldisega parempoolne etmoidaalrakustik (tähistatud tähekesega).



Pilt 3. Hüperdense sisaldisega parempoolne frontaalsiinuse (tähistatud tähekesega).

etmoidrakustikus ja otsmikukoopas hüperdensne sisaldis. Paremas põskkoopas oli näha väike kaltsifikaat.

Uuringute alusel jäi peamiseks diagnoosihüpoteesiks aspergilloom, mis leidis kinnitust detsembri lõpus tehtud operatsioonil.

ARUTELU

Aspergilloos on kõige sagedasem sinonasalne seenhaigus, mis võib kulgeda invasiivse või mitteinvasiivse vormina. Invasiivne vorm tekib tavaliselt immuunsupresseeritud patsientidel ja on ägedama kuluga. Mitteinvasiivne vorm esineb ligikaudu 10%-l kroonilise sinusiidi juhtudest. Kroonilise sinusiidi korral esineb siinuses sageli aspergilloom (*Aspergillus-granuloom*), mida nimetatakse ka seenepalliks või mütsetoomiks (1–4).

Väga tundlikke laborianalüüse kasutades võib nina limaskesta koloniseerivaid seeni tuvastada peaaegu igal inimesel (5). Seenespoorid on looduses laialt levinud ja satuvad siinustesse õhuga või iatogeenselt hambaravi käigus ning võivad siinuste aeratsiooni häirimisel patogeenseks muutuda (4). Hambahaigused on oluline riskitegur aspergilloomi tekkel (5). Seenepallid esinevad rohkem naistel ning pigem vanemaealistel (1).

Aspergilloom on tavaliselt asümptomaatiline ja võib mööduda mitmeid aastaid, enne kui tekivad mittespetsiifilised sümptomid. Tavaliselt on haaratud üks pool paranasaalsiinustest ning haigus avastatakse tihti juhuleina (4). Võib esineda mädane või verine eritis ninast, ninakinnisus, lõhnatundlikkuse häired, valu või krooniline survetunne paranasaalsiinuse piirkonnas, peavalu, silmavalu (1, 4). Seentekkeline sinusiit sarnaneb kliiniliselt muu etioloogiaga sinusiidiga (4).

Radioloogilised uuringud on aspergilloomi diagnoosimisel üldjuhul möödapäasmatud (5). Kasutatakse ortopantomograafiat, koonuskimp-KT-uuringut ja tavalist KT-uuringut (4), ebaselgetel juhtudel lisaks magnetresonantstomograafiat (4, 5).

Aspergilloomi puhul esineb tavaliselt ühepoolne maksillaarsiinuse haaratus (4). KT-natiivuuringul ilmestub siinuses suurenenud tihedusega sisaldis (1). Lisaks võib esile tulla kaltsifikaate, mis aspergilloomi puhul on patognoomiline leid. Need tekivad kaltsiumfosfaadi ladestumise tõttu nekrotiseerunud seenerakkudes (4). Seenepalli puhul võib lisaks näha ka muutusi luustruktuuris (3).

Vereanalüüsid on üldiselt väheinformatiivsed. Tihti esineb aspergilloos ravile halvasti alluva diabeedi korral (5).

Raviks on kolde kirurgiline eemaldamine ja siinuse dreenimine avatud lõikusel või endoskoopiliste meetodite abil. Kuna kaasvalt võib esineda bakteriaalne superinfektsioon, määratakse sageli antibakteriaalne ravi (4). Antifungaalseid ravimeid tavaliselt ei kasutata ning haigus enamasti ei retsidiiveeru (3).

KIRJANDUS

1. Aribandi M, McCoy VA, Bazan C. Imaging features of invasive and noninvasive fungal sinusitis: a review. *RadioGraphics* 2007;27:1283–96.
2. Goncer IR, Denning DW. Chronic *Aspergillus* sinusitis. The *Aspergillus* Website. Dets 2015. https://www.aspergillus.org.uk/new_treatment/chronic-aspergillus-sinusitis/.
3. Nicolai P, Lombardi D, Tomenzoli D, et al. Fungus ball of the paranasal sinuses: experience in 160 patients treated with endoscopic surgery. *Laryngoscope* 2009;119:2275–9.
4. Torul D, Yuceer E, Sumer M, Gun S. Maxillary sinus aspergilloma of odontogenic origin: Report of 2 cases with cone-beam computed tomographic findings and review of the literature. *Imaging Sci Dent* 2018;48:139–45.
5. Vrinceanu D, Dumitru M, Patrascu OM, Costache A, Papacoccea T, Cergan R. Current diagnosis and treatment of rhinosinusal aspergilloma (Review). *Exp Ther Med* 2021;22:1264.