

Retroperitoneaalne švannoom

Kristel Järv – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

34aastane varem terve meesterahvas pöördus arsti poole umbes 6 kuu vältel aeg-ajalt tekkinud kõhuvalude tõttu, mis lokaliseerusid vasakusse külge ja kõhtu. Muid sümptomeid ega normist kõrvalekaldeid tehtud analüüsides ei olnud.

Esmase uuringuna saadeti patsient kõhu- ja vaagnapiirkonna ultraheli- (UH) uuringule, kus leiti vasakul soolte projektsioonis pararenaalsel pörnaga külgnevalt mitmed koelised segakajalisusega 3–8 cm läbimõõduga massid. Muus oli kõhu-vaagna leid tavapärase.

Järgnevalt tehtud kompuutertomograafiline (KT) uuring täpsustas leidu – vasemal retroperitoneaalsel oli mitmesõlmeline sileda kontuuriga ja kergelt heterogeense struktuuriga lisamass (vt joonis 1).

Leiu täpsemaks iseloomustamiseks ning lähtekoha selgitamiseks tehti magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring, kus vasakul paravertebraalsel retroperitoneaalsel oli näha selgelt piirdunud 8,5 × 11,5 × 9,5 cm tuumor (vt joonis 2), mis haaras vasaku Th11/12 lülide vahemulgu ning ulatus spinaalkanalisse (vt joonis 3). Tuumoris olid väikesed tsüstjad alad, inten-

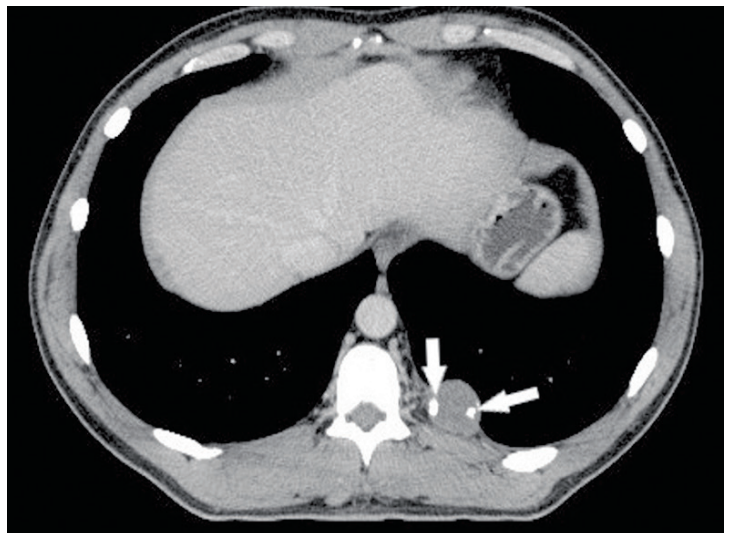
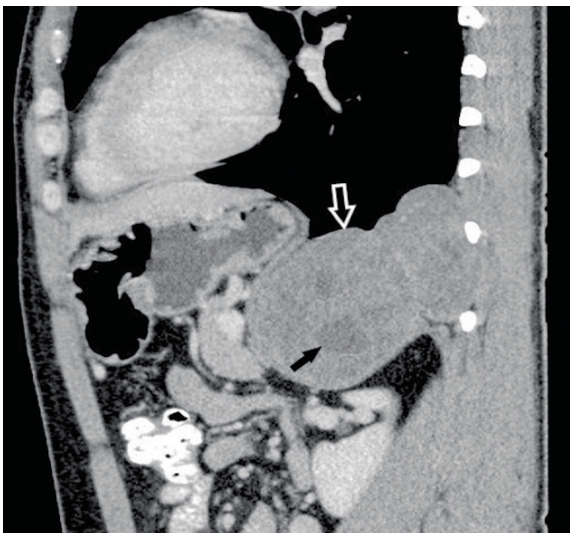
siivne ja ebaühtlane kontrasteerumine ja ebaühtlane difusiooni restriktsoon. Tuumor oli kontaktis erinevate retroperitoneaalsete elunditega, kuid läbikasvu neisse ei olnud.

UH kontrolli all tehti lisamassist jämenõelbiopsia, histoloogilise leiu alusel oli tegemist švannoomiga.

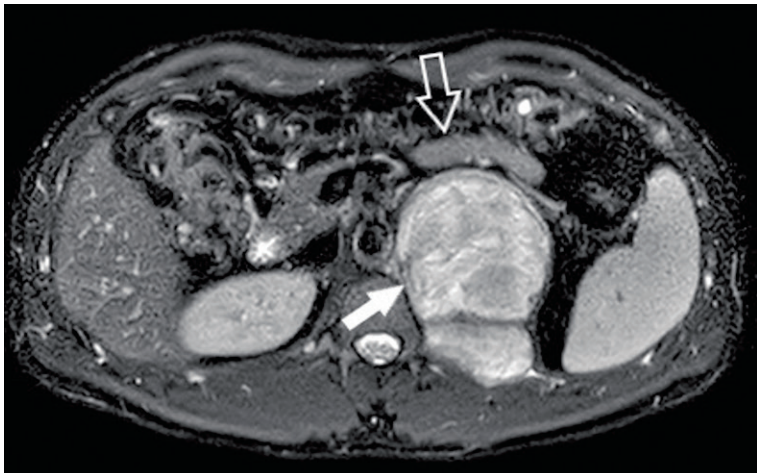
Kirjeldatud uuringute põhjal otsustati švannoom kirurgiliselt eemaldada. Operatsiooni käigus eemaldati retroperitoneaalruumis paiknev tuumor kogu ulatuses, resetseeriti osaliselt ka vasem hemidiafragma, kuna see oli kasvajaga tugevalt liitunud. Operatsioon ja vahetu operatsioonijärgne aeg kulges tüsistusteta.

ARUTELU

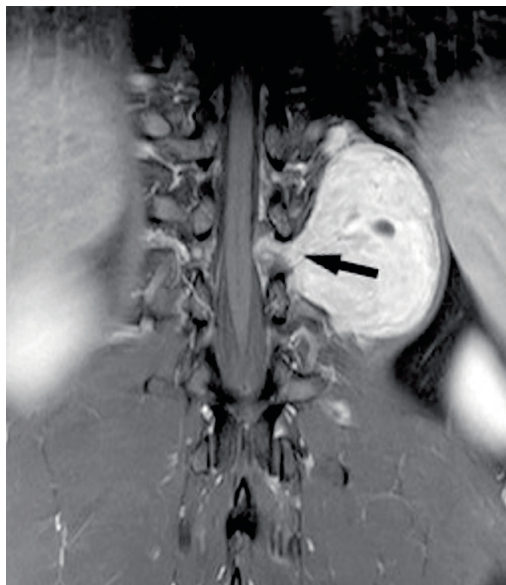
Primaarsed retroperitoneaalsed massid, mis saavad alguse retroperitoneaalruumist, aga mitte ühestki retroperitoneaalsest organist on väga haruldased. Tegemist on väga heterogeense ja laia rühma kasvajatega, seetõttu on nende klassifikatsioon erinev: näiteks liigitatakse need struktuuri järgi soliidseteks ja tsüstilisteks tuumoriteks, käitumismustri järgi neoplastilisteks ja mitteneoplastilisteks või lähtekoe järgi



Joonis 1. Veenisisesega kontrastainega kompuutertomograafilise uuringu sagitaalne ja aksiaalne kujutis: retroperitoneaalsel on siledapiiriline sõlmeline lisamass (valge tühi nool). Sõlmedes on väiksemad madalama tihedusega alad (tsüstid, must nool) ja väikesed kaltsifikaadid (valged täidetud nooled). Vasak diafragmaäär on massist eristamatu.



Joonis 2. Magnetresonantstomograafilise uuringu T2-kaalutud SPAIR-kujutise aksiaalne tasapind. Ebaühtlase struktuuriga selgepiiriline tuumor (täidetud nool) on kontaktis pankrease (tühi nool) ja vasaku neerupealisega, dislotseerib neid ette.



Joonis 3. Kontrastainega magnetresonantstomograafilise uuringu T1-kaalutud SPIR-kujutis koronaarses tasapinnas. Retroperitoneaalne tuumor levib Th11/12 lülide vasakpoolsest vahemulgust (must nool) spinaalkanalisse.

näiteks sidekoest, rasvkoest või närvikoest lähtuvateks kasvajateks (1, 2).

Pildiagnostikas on lisamassi iseloomustamisel esmalt oluline selgeks teha, mis ruumis muutus paikneb – näiteks retroperitoneaalsete elundite (neer, neerupealised jt) nihkumine anterioorsele vihjab tugevalt sellele, et tegemist on retroperitoneaalse tuumoriga (3).

Kollete struktuuri iseloomustamiseks on KT-uuring kõige parem kaltsifikaatide tuvastamiseks, MRT-uuringul on parem pehmete kudede lahutusvõime, mis on oluline näiteks veresoonte haaratuse ja koldesisese rasvkoe hindamisel ning kasvaja staadiumi määramisel. Retroperitoneaalruumi uurimiseks on UH-uuring vähe informatiivne (1).

Retroperitoneaalruumis paiknevate lisamasside diferentsiaaldiagnostikaks on vajalik kolde struktuuri väga täpselt hinnata. Seda saab teha näiteks tuumori komponentide, kasvumustrite, verevarustuse analüüsimisel; lisaks on oluline arvestada patsiendi vanust ja sugu. Diagnoosi täpsustamiseks on vaja teha histoloogiline uuring (1, 2).

Oluline on meeles pidada, et primaarsete tuumoritega võivad sarnaneda ka muu lähtekohaga kasvujate metastaasid. Eristamine on vajalik, kuna metastaaside puhul on ravi võrreldes algkoldega tihtipeale erinev – primaarse tuumori puhul on valikmeetodiks eelkõige kirurgiline eemaldamine, samas metastaaside puhul on sageli esmane ravi mittekirurgiline (2).

Švannoom on healoomuline neurogeenne kasvaja, mis lähtub närvitupe Schwanni rakkudest. Retroperitoneaalsetest tuumoritest moodustab švannoom 6% ning on kõige sagedasem retroperitoneaalne neurogeenne tuumor. Maligniseerumine on väga harv. Švannoom areneb tavaliselt asümptomaatiliselt, esineb nooremaealistel, kaks korda sagedamini naistel kui meestel.

Švannoom on ümbritsetud kapsliga, levib vastava närvi kulgu mööda, lähtenärv on ise surutud tuumori perifeeriasse. Tuumoris võivad tekkida degeneratiivsed muutused: hemorraagia, tsüstid, kaltsifikaadid jm. Retroperitoneaalsel asub švannoom kõige sagedamini paravertebraalsel, harvemini neeru läheduses, presakraalsel või kõhu-seinal.

KT-uuringul on švannoom tavaliselt ümar, selgepiiriline, homogeenne; suuremad tuumorid on heterogeense struktuuriga. Lähtenärvi on KT-uuringul tihtipeale raske eristada. Lubjastused võivad olla punktadena, ebakorrapäraselt või kaarjalt. Kontrasteerumine on KT- ja MRT-uuringul heterogeenne (1).

TÄNUAVALDUS

Täname dr Darmar Looorisat asjatundliku juhendamise eest artikli koostamisel.

KIRJANDUS

1. Rajiah P, Sinha R, Cuevas C, Dubinsky TJ, Bush WH, Kolokythas O. Imaging of uncommon retroperitoneal masses. *RadioGraphics* 2011;31:949–76.
2. Shah JD, Kirshenbaum M, Shah KD. CT characteristics of primary retroperitoneal tumors and the importance of differentiation from secondary retroperitoneal tumors. *Contemp Diagn Radiol* 2008;31:1–5.
3. Nishino M, Hayakawa K, Minami M, Yamamoto A, Ueda H, Takasu K. Primary retroperitoneal neoplasms: CT and MR imaging findings with anatomic and pathologic diagnostic clues. *RadioGraphics* 2003;23:45–57.