

Sapipõie lamerakuline kartsinoom

Reinis Zariņš – TÜ Kliinikum radioloogikliinik

Kiirabi tõi erakorralise meditsiini osakonda 73aastase mehe, kes kaebab halba enesetunnet ja iiveldust; sarnaseid kaebusi oli patsiendil viimase aasta jooksul olnud sageli. Kõhuvalu patsient ei kaevanud.

Objektiivsel läbivaatusel oli kõht palpatoorselt pehme. Vereanalüüsides oli mõõdukas põletikunäitajate tõus. Põletikulolde täpsustamiseks suunati patsient ultraheli- (UH) uuringule.

UH-uuringul leiti sapipõie projektsioonis valdavalt hüperehhogeenne ja ebakorrapärase struktuuriga vaskulariseeritud, ilmselt maliigse tuumori kolle, mis oli maksa sisse kasvanud (vt pilt 1). Peale selle olid sapipõies konkremendid. Seejärel tehti rindkerest ja kõhu-vaagna piirkonnast kontrastainega kompuutertomograafiline (KT) uuring, kus tuli ilmsiks sapipõie tuumor maksa vasaku ning parema sagara piiril (vt pilt 2). Lisaks leiti vasaku kopsu alasagaras kolle, mistõttu ei saanud välistada sapipõie tuumori metastaseerumist.

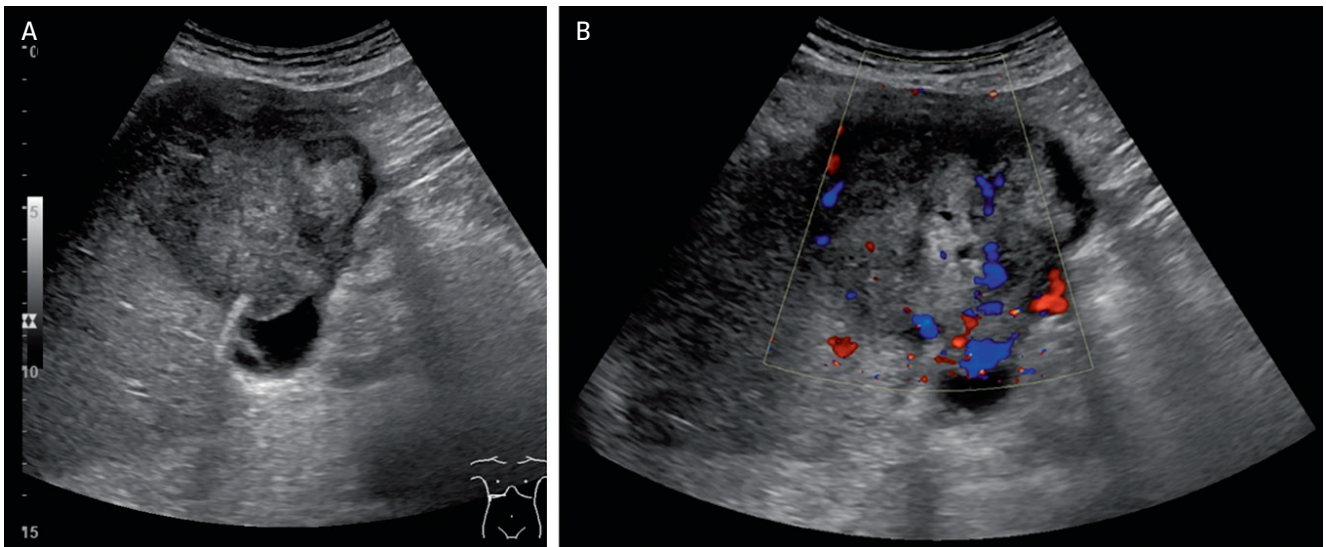
Konsiiliumi otsuse alusel tehti esmalt vasaku kopsu kolde resektsioon. Histoloogilisel uuringul selgus, et tegu on hamartoo-

miga. Seetõttu planeeriti tuumori radikaalne eemaldamine. Maksa ja sapipõie tuumori eemaldamise käigus tehtud UH-uuringul selgus, et maksa mõlemas sagaras oli rohkem kui 10 metastaasi, mistõttu radikaaloperatsiooni ei tehtud. Operatsiooni käigus võetud koematerjali histoloogilise uuringu põhjal kinnitati kliiniline diagnoos: sapipõie lamerakuline kartsinoom.

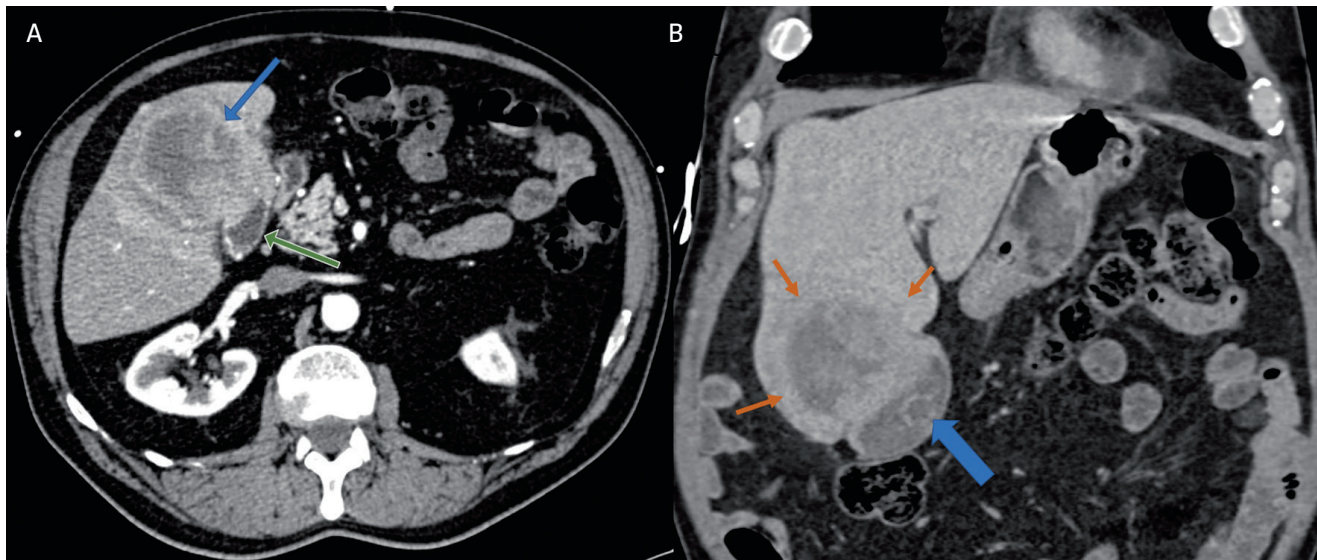
ARUTELU

Sapipõie lamerakuline kartsinoom on haruldane ja agressiivne pahaloomuline kasvaja, mis moodustab 0,5–3% kõigist sapipõie pahaloomulistest kasvajatest (3). Peamisteks riskiteguriteks on sapikivid ja infektsioon, haigust esineb sagedamini vanemas eas ja naistel. Diagnoosimise ajaks on haigus tavaliselt kaugelearenenud staadiumis, mis raskendab ravi ja halvendab prognoosi (1, 2).

Sapipõie lamerakulise kartsinoomi radioloogilised tunnused on mittespetsiifilised ja võivad sarnaneda teiste sapipõie, sapiteede ja maksa pahaloomuliste kasvajatega, samuti healoomuliste haigustega. Kuvamismeetodid, nagu UH-, KT- ja magnetresonants-



Pilt 1. Ultraheliuuringul B-režiimis (A) on sapipõie seina projektsioonis näha heterogeense kajalisusega ebaühtlaste piiridega kasvaja – sapipõie kartsinoom, mis on sissekasvuga maksa parenhüümi. Lisaks on Doppleri uuringul (B) näha tuumori sees suurenenud verevarustus.



Pilt 2. Veenisese kontrastainega kompuutertomograafiline uuring arteriaalses faasis aksiaalses (A) ja venooses faasis koronaalses (B) tasapinnas. A. On näha sapipõie kartsinoom (peenike sinine nool) sapipõie ning maksa vasaku ja parema sagara piiril. Kasvaja on heterogeense (valdavalt perifeerse) intensiivse kontrasteerumisega, tuumori sees on eristatavad hüpodenssed mittekontrasteeruvad alad, mis viitavad nekrootilise koele. Osaliselt on nähtav ka säilinud normipärase paksusega sapipõie sein (roheline nool). B. Koronaalses tasapinnas on kasvaja vähese kontrasteerumisega (oranžid nooled), lisaks on sapipõies eristatav konkrement (paks sinine nool).

tomograafiline (MRT) uuring, võimaldavad hinnata kasvaja levikut – lokaalne või kauglevik.

UH-uuringul on sapipõie kartsinoom ebateravalt piirdunud soliidne moodustis või paksuseinaline nekrootiline moodustis ning Doppleri uuringul võib hinnata kasvaja vaskularisatsiooni – sarnased tunnused olid ka kirjeldatud patsiendil (vt pilt 1). KT-uuringul võivad tuumori kolded olla hüpo- või isodensse tihedusega, mõnikord nekrootilistena ja kontrasteeruva äärisega või heterogeense kontrasteerumisega, võib leida invasiooni maksa või teistesse külgnevatesse elunditesse (vt pilt 2). KT- ja MRT-uuringud võivad anda üksikasjalikumate teavete kasvaja suuruse, asukoha ja leviku kohta külgnevatesse struktuuridesse, näiteks maksa ja sapiteedesse. MRT-uuringul võib tuumor olla T1-kaalutud kujutistel hüpointensiivse ning T2-kaalutud kujutistel iso- kuni hüperintensiivse signaaliga ning kontrasteerumismustrilt heterogeenne (2–4).

Sapipõie lokaalse lamerakulise kartsinoomi korral on ravimeetodiks kasvaja

resektsioon, mis võib sõltuvalt kasvaja ulatusest piirduda koletsüstektomia ja maksa segmentaarse resektsiooniga, osal juhtudest tuleb teha laiendatud hepatektoomia. Sapipõie kartsinoomi korral on patsiendi prognoos üldiselt halb: 5 aasta elulemus jääb alla 10% (3, 5). Kuna kirjeldatud patsiendil leiti maksas hulgime-tastaasid, määrati kasvajavastane süsteem-ravi, mille foonil haigus progresseerus. Viis kuud hiljem tehtud kontroll-KT-uuringul ilmnis tuumori metastaaside levik kopsu-desse ja luudesse, samuti oli metastaase lisandunud maksa.

KIRJANDUS

1. Ramachandran A, Srivastava DN, Madhusudhan KS. Gallbladder cancer revisited: the evolving role of a radiologist. *BJR* 2021;94:20200726.
2. Lopes Vendrami C, Magnetta MJ, Mittal PK, Moreno CC, Miller FH. Gallbladder carcinoma and its differential diagnosis at MRI: What radiologists should know. *RadioGraphics* 2021;41:78–95.
3. Chatterjee A, Lopes Vendrami C, Nikolaidis P, et al. uncommon intraluminal tumors of the gallbladder and biliary tract: spectrum of imaging appearances. *RadioGraphics* 2019;39:388–412.
4. Prasad N, Sen S. Gall bladder carcinoma: the facts and the mimics. *Egypt J Radiol Nucl Med* 2021;52:1.
5. Boutros C, Gary M, Baldwin K, Somasundar P. Gallbladder cancer: past, present and an uncertain future. *Surgical Oncology* 2012;21:e183–91.