

Meckeli divertikuliit

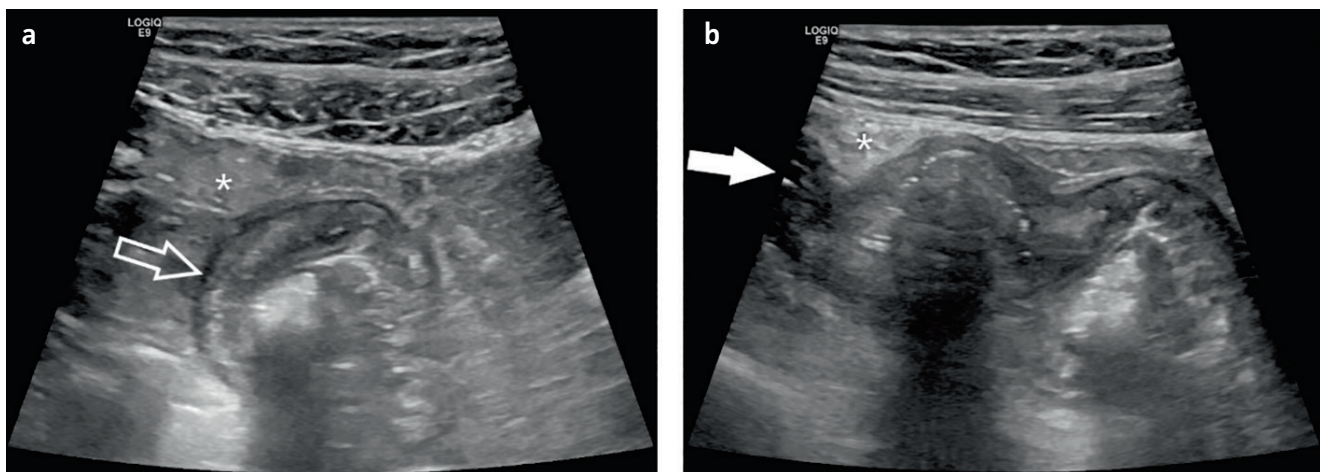
Rauno Pihlak – TÜ Kliinikumi radioloogiaosakond

30 aasta vanusel varem tervel naisel tekkis varahommikul äkitselt kõhuvalu, millega kaasnesid iiveldus, oksendamine ja kõhulahtisus. Valu oli torkiva iseloomuga, lokaliseerus ülakõhu keskele ning kiirgus paremale alakõhtu. Kodune valuravi sümptomeid oluliselt ei leevendanud. Umbes 16 tundi pärast valu algust pöördus patsient erakorralise meditsiini osakonda (EMO).

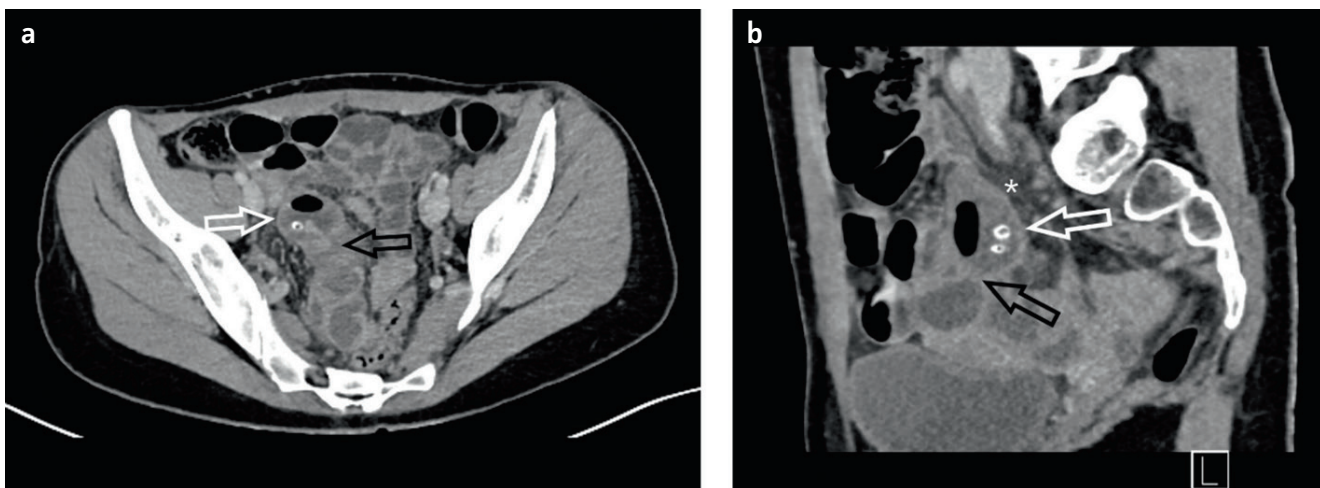
Objektiivsel uurimisel EMOs oli kõht palpatsioonil pehme, paremal alakõhus

valulikkus, Rovsingi, *psaos'e* ja Blumbergi katsud olid positiivsed. Laborianalüüsid olid kliiniliselt olulisteks muutusteks veres leukotsüütide sisaldus $17,7 \times E9/L$ ning C-reaktiivse valgu sisaldus 21 mg/L.

Apenditsiidi kahtluse tõttu saadeti patsient ultraheli- (UH) uuringule. Paremal alakõhus visualiseerus paksenenud seinaga umbselt lõppev sooleosa, mis sisaldas vedelikku ja gaasi (vt pilt 1). Seda ümbritsev rasvkude oli infiltreeritud. Kõhuõõnes oli



Pilt 1 (a ja b). Põletikuline Meckeli divertikul ultraheliuuringul risti- (a) ja pikisuunas (b). Näha on paksenenud seinaga (tühi nool) sooleosa, mis lõpeb umbselt (täidetud nool). Ümbritsev rasvkude on infiltreeritud (tärn).



Pilt 2 (a ja b). Kompuutertomograafiline uuring aksiaal- (a) ja sagitaaltasapinnas (b). Näha on paksenenud seinaga sooleosa, milles on gaasi-vedeliku nivoo ning enteroliidid (valge nool). Jälgitav on ühendus peensoolelinguga (must nool) ning ümbritseva rasvkoe infiltratsioon (tärn).

väheselt vaba vedelikku. Apendiks ei tulnud nähtavale. UH-uuringu leid viitas võimalikule Meckeli divertikuliidile.

Leiu täpsustamiseks tehti seejärel veenisese kontrastainega kompuutertomograafiline (KT) uuring. KT-uuringul oli sarnaselt UH-uuringuga nähtav paksenenud seinaga umbselt lõppev umbes 5 cm pikkune peensoole osa, milles oli gaasi-vedeliku nivoo ning mõned konkremendid (vt pilt 2). Sooleosa ümber oli vähest rasvkoe infiltratsiooni. Retrotsökaalse asetsusega apendiks oli põletikutunnusteta. KT-uuringu leid oli samuti iseloomulik eelkõige Meckeli divertikuliidile.

Mõned tunnid hiljem läks patsient laparoskoopilisele operatsioonile, kus leiti umbes 60 cm kaugusel ileotsökaalnurgast põletikuline laia põhikuga Meckeli divertikul, mis eemaldati. Histoloogilisel uuringul leidis kinnitust Meckeli ägeda divertikuliidi diagnoos. Ektoopilist kude ega maliigsuse tunnuseid ei olnud. Operatsioonijärgne periood oli tavapärane ja patsient lubati 3 päeva hiljem kodusele ravile.

ARUTELU

Meckeli divertikul on kõige sagedasem gastrointestinaaltrakti arenguhäire. Meckeli divertikul on tõeline divertikul (sellel on kõik sooleseina kihid). See kujuneb loote arengu käigus rebukotti ja soolt ühendava juha ebataieliku taandarengu tõttu (1, 2).

Meckeli divertikulit iseloomustatakse sageli nn kahtede reegli abil: see esineb kahel protsendil rahvastikust, asub tavaliselt 2 jala (umbes 60 cm) kaugusel ileotsökaalklapist ja on 2 tolli (umbes 5 cm) pikk ning sellega seotud tüsistused avalduvad enamasti enne teist eluaastat (1).

Enamasti on Meckeli divertiiikulid asümptomaatilised ja need leitakse juhuslikult. Komplikatsioonide risk eluea jooksul on 4,2–6,4% (3). Kõige sagedasem tüsistus on sooleverejooks (väikelastel on see levinuim sooleverejooksu põhjus). Veel on sagedasemad tüsistused soolesulgus (läbi erinevate mehhanismide) ja divertikuliit, väga harva esinevad tüsistused on perforatsioon või neoplasma teke. Enteroliidid tekivad 3–10%-l Meckeli divertiiikulitest (1–4).

Divertikuliit esineb 10–20%-l sümptomaatilise Meckeli divertiiikuliga patsientidest (1). Põletiku tekkepõhjuseks võib olla ektoopilise maolimaskesta toodetud maohape või valendiku obstruktsioon (4).

Enamasti on Meckeli divertiiikuliga seotud vaevuste korral esmaseks piltagnostika meetodiks UH-uuring. Diagnoosi täpsustamiseks tehakse üldjuhul KT-uuring. Lisaks on võimalik kasutada stsintigraafiat (tehneetsium-99m-pertehtetaat võimaldab visualiseerida ektoopilist maolimaskesta). Röntgeniülesvõtete (ka koos soolesese kontrastainega) osakaal diagnostilise meetodina on oluliselt vähenenud (1–4).

Sümptomaatilise Meckeli divertiiikuli valikraviks on (laparoskoopiline) operatsioon. Juhuslikult leitud mittesümptomaatilise Meckeli divertiiikuli võimalikke tüsistusi ennetava operatiivse eemaldamise suhtes ei ole üksmeelt leitud (2).

KIRJANDUS

1. Inarejos Clemente EJ, Navarro OM, Navallas Irujo M, et al. Omphalomesenteric duct anomalies in children: a multimodality overview. *Radiographics* 2021;41:2090–110.
2. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med* 2006;99:501–5.
3. Kotha VK, Khandelwal A, Saboo SS, Shanbhogue AK, Virmani V, Marginean EC, Menias CO. Radiologist's perspective for the Meckel's diverticulum and its complications. *Br J Radiol* 2014;87:20130743.
4. Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging Manifestations of Meckel's Diverticulum. *Am J Roentgenol* 2007;189:81–8.