

Kasvajast põhjustatud käärsoole invaginatsioon täiskasvanul

Katariina Lige¹, Angelina Strelkova²

¹ Ida-Tallinna Keskhaigla radioloogiakeskus,
² Ida-Tallinna Keskhaigla kirurgikeskus

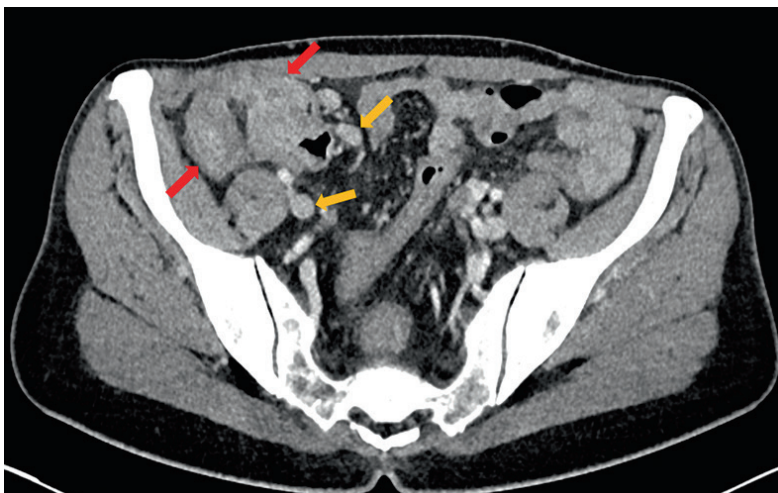
HAIGUSJUHT

65aastane naine hospitaliseeriti plaaniliselt Ida-Tallinna Keskhaigla onkoloogia osakonda lokoregionaalselt levinud umbsoolevähi neljanda keemiaravikuuri alustamiseks.

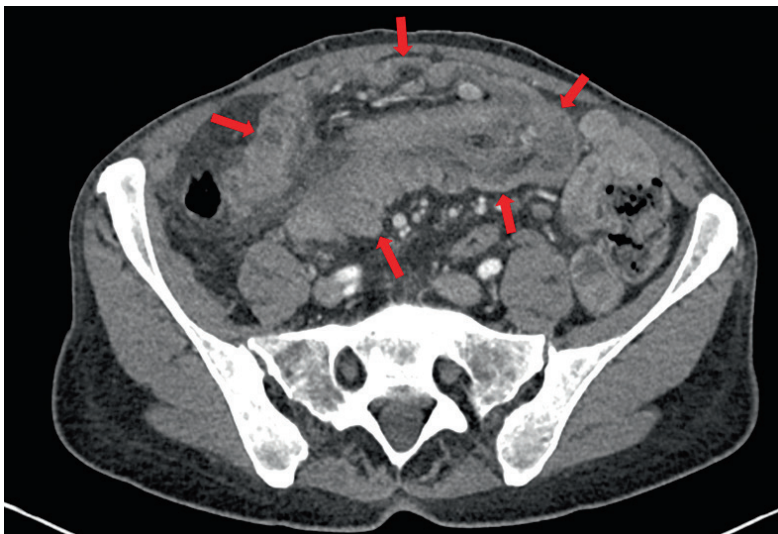
Kolm kuud varem oli patsiendil koloskoopial diagnoositud üleneva käärsoole valendikku täitev tuumor, millest tehtud biopsial kinnitati histoloogiliselt intestinaalset tüüpi adenokartsinoom. Leviku hindamiseks tehti patsiendile kompuutertomograafiline (KT) uuring kontrastainega, kus tuli nähtavale ileotsökaalklapi piirkonnas tumeroosne lisamass ja promineeruvad lümfisõlmed mesenteriaalveeni harude ümber (vt pilt 1).

Onkoloogia osakonda saabudes oli patsient rahuldavas üldseisundis ning palavikuvaba, kuid kaebas kaks päeva kestnud tugevat kõhuvalu ja kõhulahtisust. Kõhu katsumisel oli tunda suurt infiltraati keskkõhus. Keemiaravi foonil olid põletikunäitajad olulise tõusuta (C-reaktiivne valk 11,4 mg/L). Tugeva kõhuvalu tõttu tehti korduv KT-uuring kontrastainega, kus ilmnes ulatuslik ristikäärsoole invaginatsioon vähemalt 20 cm pikkusel alal (vt pilt 2 ja pilt 3). Uuringul on jälgitav laienenud ristikäärsool, kuhu on tuppunud umbsool koos üleneva käärsoolega, terminaalne niudesool ja mesenteriaalne rasvkude koos veresoonte ja promineeruvate lümfisõlmedega. Invaginaadis on soolesein turseliselt paksenenud, selle ümber on lestmetena ka vaba vedelikku. Sellise leiu põhjal oli patsiendile näidustatud erakorraline kirurgiline ravi.

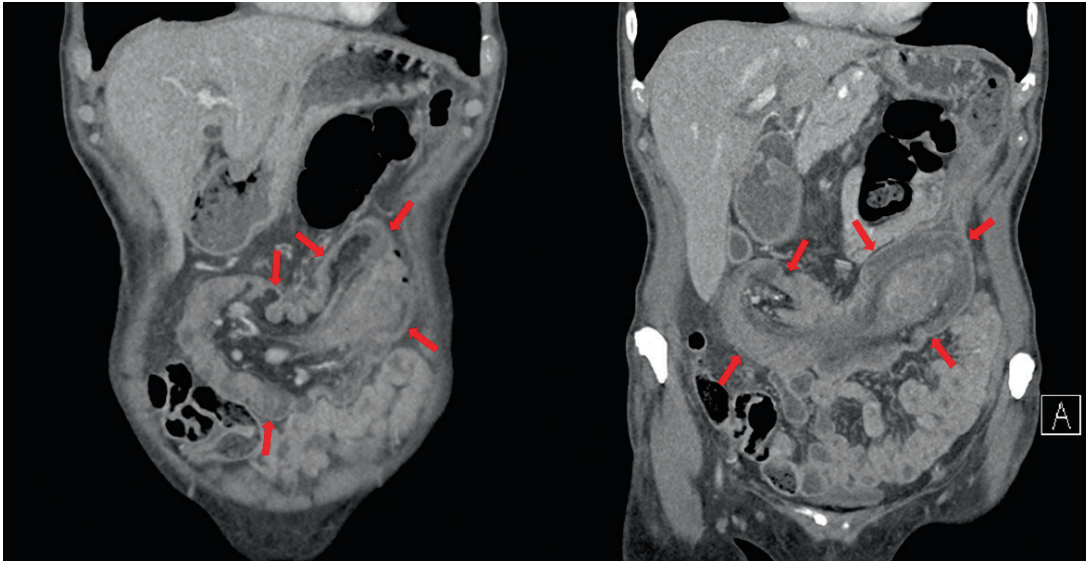
Operatsioonil ilmnes umbsoole kasvaja, mis oli invagineerunud koos peensoole lõpposa ja kinnistiga ristikäärsoole sisse umbes 25 cm ulatuses, põhjustades passaaži-häire (vt pilt 4). Invaginatsioon reponeeriti (vt pilt 5). Pärast reponeerimist oli sool eluvõimeline. Peritoneaalset levikut ei sedastatud. Tehti parempoolne hemikolektoomia koos ileotransversostoomiaga. Operatsioon ja postoperatiivne periood möödusid patsiendil probleemideta ning nädala pärast lubati ta koju. Histoloogiliselt oli tegemist madala astme (*low grade* ehk G2) intestinaalset tüüpi adenokartsinoomiga, lümfisõlmedes maliigsust ei esinenud. Onkokonsiiliumi otsusel rakendati edaspidi jälgimistaktikat.



Pilt 1. Kompuutertomograafiline uuring kontrastainega, aksiaalne lõige. Leviku hindamiseks tehtud esmasel uuringul on ileotsökaalklapi piirkonnas tumeroosne lisamass (punased nooled) ja mesenteriaalsel promineeruvad lümfisõlmed (kollased nooled).



Pilt 2. Kompuutertomograafiline uuring kontrastainega, aksiaalne lõige. Dünaamikas tehtud uuringul ilmneb ulatuslik ristikäärsoole invaginatsioon (nooded).



Pilt 3. Kompuutertomograafiline uuring kontrastainega, koronaalne lõige. Dünaamikas tehtud uuringul ilmneb ulatuslik ristikäärsoole invaginatsioon (nooled).

ARUTELU

Soole invaginatsioon (sooletuppumus) tekib juhul, kui üks sooleosa koos mesenteeriumiga tuppub külgneva sooleosa valendikku. See võib omakorda põhjustada obstruktsiooni ning sooleseina isheemiat. Enamus (umbes 95%) soole invaginatsioonidest esineb lastel (2). Täiskasvanutel esineb seda väga harva ning erinevalt lastest on nende hulgas 90%-l põhjuseks lokaalne patoloogiline juhtpunkt (ingl *lead point*), milleks kõige sagedamini on kasvajaline lisamass (1, 3).

Kõhukoopa kompuutertomograafiline uuring on kõige tundlikum meetod täiskasvanud patsiendil soole invaginatsiooni operatsioonieelse diagnoosi püstitamiseks, eelkõige nendel patsientidel, kes kaebavad mittespetsiifilist kõhuvalu. Lisaks on KT-uuringul võimalik lokaliseerida patoloogilist lisamassi, mis võib potentsiaalselt olla invaginatsiooni juhtpunktiks, ning hinnata võimalikku eluohtlikku sooleisheemiat (3).

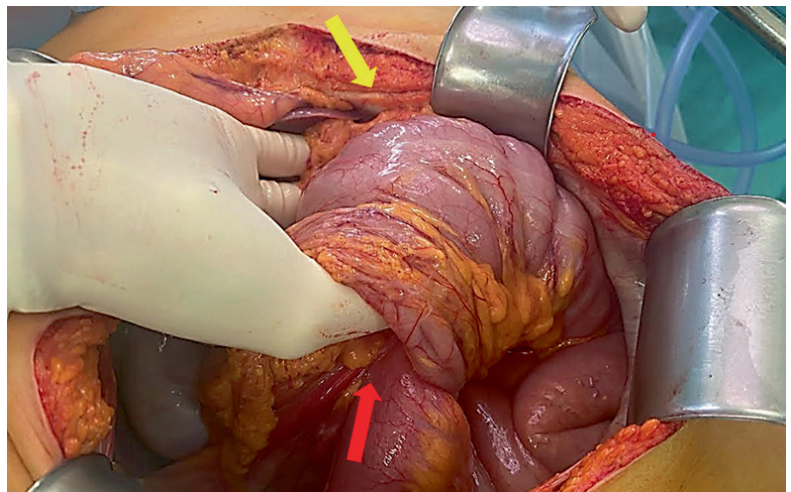
Täiskasvanutel vajab soole invaginatsioon kirurgilist käsitlust suure maliigsusriski tõttu. Kirurgilise protseduuri valiku määrab invaginatsiooni piirkond, ulatus, põhjus ning soole eluvõimelisus (3).

TÄNUAVALDUS

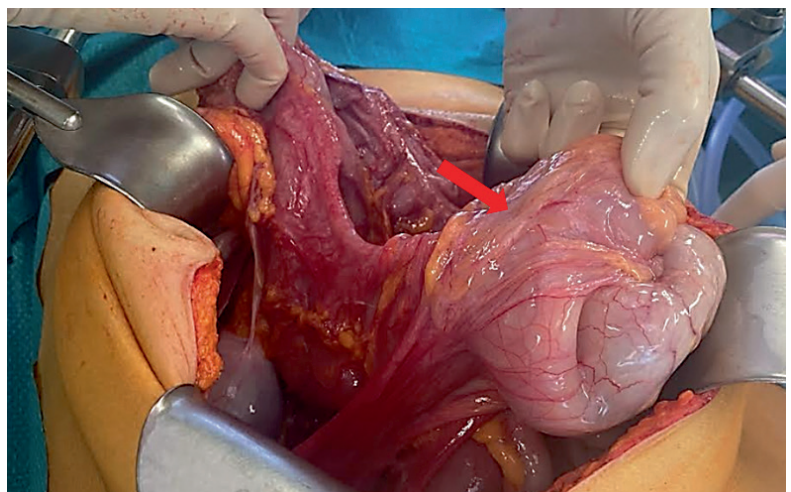
Eriline tänu abi eest üldkirurg dr Airi Targale.

KIRJANDUS

1. Brill A, Lopez RA. Intussusception in Adults. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
2. Choi SH, Han JK, Kim SH, et al. Intussusception in adults: from stomach to rectum. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:691–8.
3. Verre L, Rossi R, Gaggelli I, Piccolomini A, Podzemny V, Tirone A. Ileocecal-colonic intussusception caused by cecal adenocarcinoma A case report. *Annali italiani di chirurgia* 2012;S2239253X12019081.



Pilt 4. Operatsiooniaegne leid: umbsoole kasvaja koos peensoole ja kinnistiga (punane nool) oli invagineerunud ristikäärsoolele (kollane nool).



Pilt 5. Operatsiooniaegne leid: pärast invaginatsiooni reponeerimist visualiseerus umbsoole kasvaja (nool).