

# Intraabdominaalsed bronhogeensed tsüstid

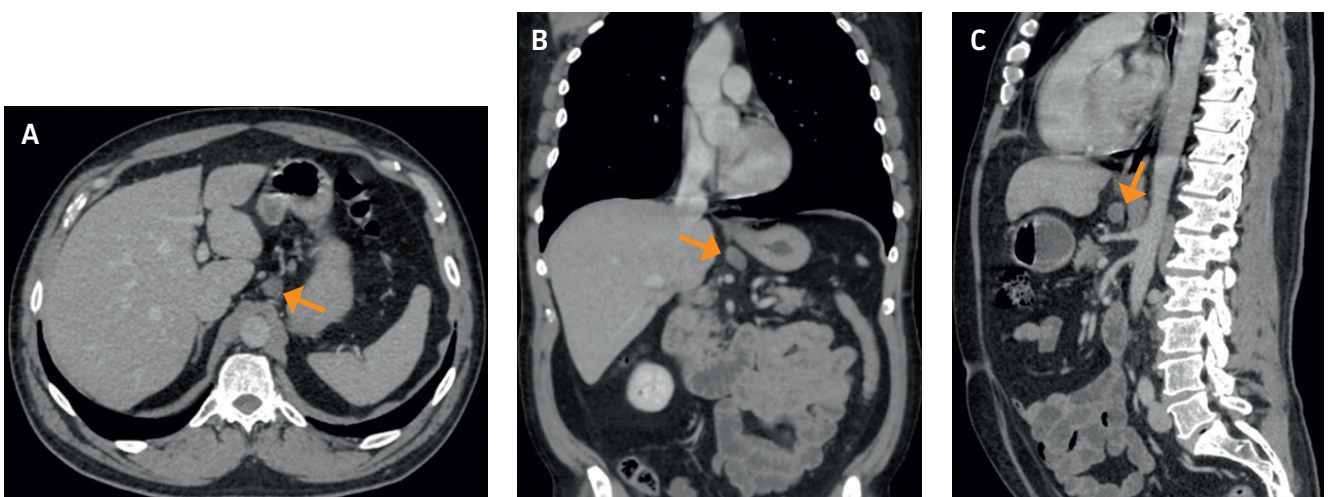
Merit Puustusmaa – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

48aastane meespatsient pöördus perearsti saatekirjaga uroloogi vastuvõtule, kaevates vasakul alaseljas aeg-ajalt esinevat valu, mis kiirgus vasakule alakõhtu ning sõltus ka kehaasendist. Kaebused olid kestnud umbes ühe aasta. Patsiendi kehakaal oli püsunud stabiilne. Urineerimisel kusepõis täielikult ei tühjenenud. Seedimine oli tavapärane. Objektiivsel uurimisel oli palpatsioonil kerge valulikkus vasakul alakõhus. Vereanalüüsid ning uriinianalüüs olid oluliste kõrvalekalleteta.

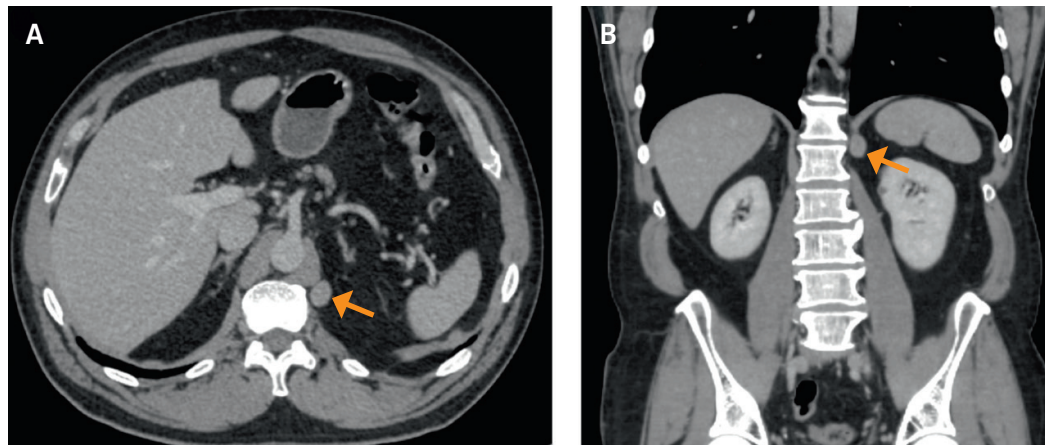
Neerukivi kahtluse tõttu tehti patsiendile kõhu- ja vaagnapiirkonna madala kiirgusdoosiga kompuutertomograafiline (KT) uuring natiivis, kus ilmnes mao väikesel kurvatuurul suurenenud lümfisõlmeks sobiv struktuur, mistõttu radioloog soovitas maotuumori välistamiseks teha gastroskopia. Lisaks oli KT-uuringul vasakul hemidiafragmal nähtav ebaselge olemusega lesioon, mille täpsustamiseks soovitati veenisese kontrastainega KT-uuringut. Konkremente ega paisu urotraktis esile ei tulnud.

Edasisteks uuringuteks suunati patsient üldkirurgi vastuvõtule. Gastrokoopial diagnoositi gastriit ning koloskoopial eemaldati umsoolest polüüp, mis ei olnud maligne. Umbes kuu aega eelnevalt KT-uuringust hiljem tehti patsiendile veenisese kontrastainega KT-uuring parenhümatoooses faasis, kus *a. gastrica sinistra* kõrval oli  $2,8 \times 1,4$  cm piklik lümfisõlmeks sobiv struktuur (vt pilt 1). Maos tuumorit ei esinenud. Vasakul paravertebraalsel Th12/L1 kõrgusel diafragma sääre kõrval oli piklik  $2,2 \times 1,6$  cm pehmeoeline ühtlase tihedusega selgepiiriline moodustis, mille olemus jäi ebaselgeks (vt pilt 2).

Kuna kollete olemus jäi ebaselgeks, otsustati teha laparoskoopiline operatsioon ning eemaldada kolded täpsustavaks patohistoloogiliseks uuringuks. Kollete eemaldamise käigus mõlemad kolded perforerused ning neist väljus sültjas vedelik. Histoloogilise uuringu alusel oli tegemist intraabdominaalsete bronhogeensete tsüstidega, pahaloomulisust ei leitud. Postoperatiivne kulg möödus iseärasusteta.



**Pilt 1.** Kompuutertomograafiline uuring veenisese kontrastainega parenhümatoooses faasis aksiaalses (A), koronaalses (B) ja sagitaalses tasapinnas (C). *A. gastrica sinistra* kõrval on näha piklik lümfisõlmeks sobiv struktuur (nool).



**Pilt 2.** Kompuutertomograafiline uuring veinisisese kontrastainega parenhümatoomses faasis aksiaalses (A) ja koronaalses (B) tasapinnas. Vasakul paravertebraalsel Th12/L1 kõrgusel, diafragma sääre kõrval on näha piklik pehmekeoline ühtlase tihedusega selgepiiriline moodustis (nool).

## ARUTELU

Bronhogeensed tsüstid on haruldased healoomulised tsüstilised lisamassid, mis enamasti paiknevad kopsu parenhüümis või mediastiinumis, kuid võivad paikneda ka väljaspool rindkereõõnt, näiteks nahas, nahaaluskoes, kaelal, diafragmal (1, 2). Intraabdominaalsed bronhogeensed tsüstid on väga haruldased ning enamik neist paikneb retroperitoneaalsel (2). Bronhogeensed tsüstid tekivad primitiivse eessoole trahheobronhiaalse rudimendi ebanormaalsest pungumisest loote varases arengus (3.–7. embrüonaalnädalal) (1, 2). Kui ühendus primitiivse eessoolega säilib, moodustub tsüst trahheobronhiaalpuu või söögitoru läheduses. Täielikult primitiivsest eessoolest eraldumise korral võib tsüst migratsiooni tulemusel paikneda erinevates piirkondades organismis (1).

Tavaliselt on tegemist asümptomaatilise leiuga. Sümptomid võivad tekkida suuremate tsüstide korral nende infitseerudes või juhul, kui tsüst avaldab survet kõrval asetsevatele elunditele (1, 2). Enamasti on sümptomid ebamäärased ning mittespetsiifilised (2).

KT-uuringul ilmestuvad bronhogeensed tsüstid ümarate, 2–10 cm diameetriga selgelt piirduvad tsüstiliste massidena, mis on ümbritsetud õhukese seinaga. Tsüstid sarnanevad tiheduselt veega või pehmekeoga,

sõltuvalt tsüsti sees oleva valgurikka lima täpsest kogusest (vesisem või viskoossem sisaldis) (1, 2). Magnetresonantsomograafilisel uuringul on tegemist tsüstjate massidega, mis T1-kaalutud kujutistel on lihastega võrreldes kergelt hüper- või isointensiivse signaaliga. T2-kaalutud kujutisel on enamik subdiafragmaalseid bronhogeenseid tsüste liikvoriga hüper- või isointensiivse signaaliga. Ainult radioloogilise uuringu alusel on bronhogeenset tsüsti väga keeruline diagnoosida (2).

Lõplik diagnoos selgub histopatoloogilisel uuringul, kus tsüsti seinas on näha bronhis leiduv kude (muu hulgas limanäärmed, silelihaskude, hüaliinkõhr) (1, 2).

Bronhogeensed tsüstid võivad infitseeruda ning väga harvadel juhtudel maligniseeruda (2). Soovitav on bronhogeensed tsüstid kirurgiliselt eemaldada, et diagnoos kinnitada, leevendada sümptomeid ning ennetada hilisemaid komplikatsioone (1, 2).

## TÄNUAVALDUS

Täna nõuannete eest dr Kärt Seeri.

## KIRJANDUS

1. Coselli MP, Ipolyi P, Bloss RS, et al. Bronchogenic cysts above and below the diaphragm: report of eight cases. *Ann Thorac Surg* 1987;44:491–4.
2. Choi KK, Sung J-Y, Kim J-S, et al. Intra-abdominal bronchogenic cyst: report of five cases. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2012;16:75–9.