

Operatsioonijärgne pseudo-meningotseele lülisamba nimmeosas

Reinis Zariņš – Põhja-Eesti Regionaalhaigla diagnostikakliinik

21 aasta vanune meespatsient pöördus ambulatoorsele vastuvõtule kaks kuud kestnud alaseljavaluga, valu kiirgus parema sääre välisküljele. Objektiivsel uurimisel oli paremal pool Lasèque'i sümptom positiivne. Parema S1 radikulopaatia kahtluse tõttu tehti patsiendile magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring, kus oli nähtav parempoolse L5-S1 intervertebraalse diski protrusioon, mis oli kontaktis S1-närvijuurega (vt pilt 1).

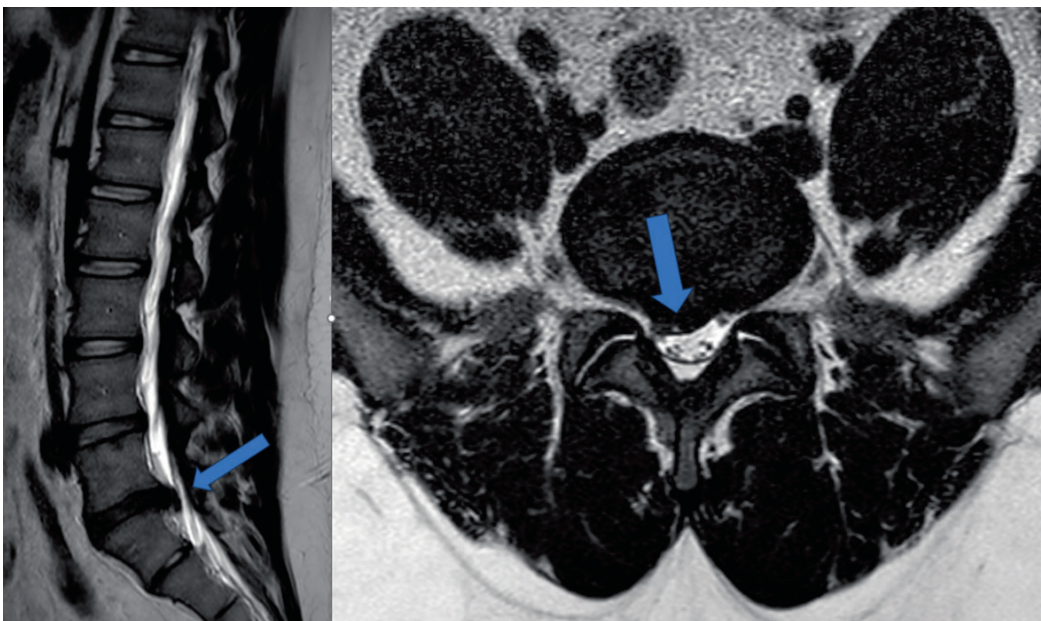
Seejärel tehti patsiendile plaaniline operatsioon, parempoolne L5-S1 interlaminektoomia ja väljavõlvunud diski materjali eemaldamise teel vabastati S1-närvijuur.

Kaks kuud pärast operatsiooni tuli patsient tagasi ambulatoorsele vastuvõtule korduva alaseljavalu tõttu. Tehti uus MRT-uuring, kus tuli esile vedelikukogumik operatsioonilooži piirkonnas, mis ulatus seljaaju kanalist alaselja tagumiste lihaste

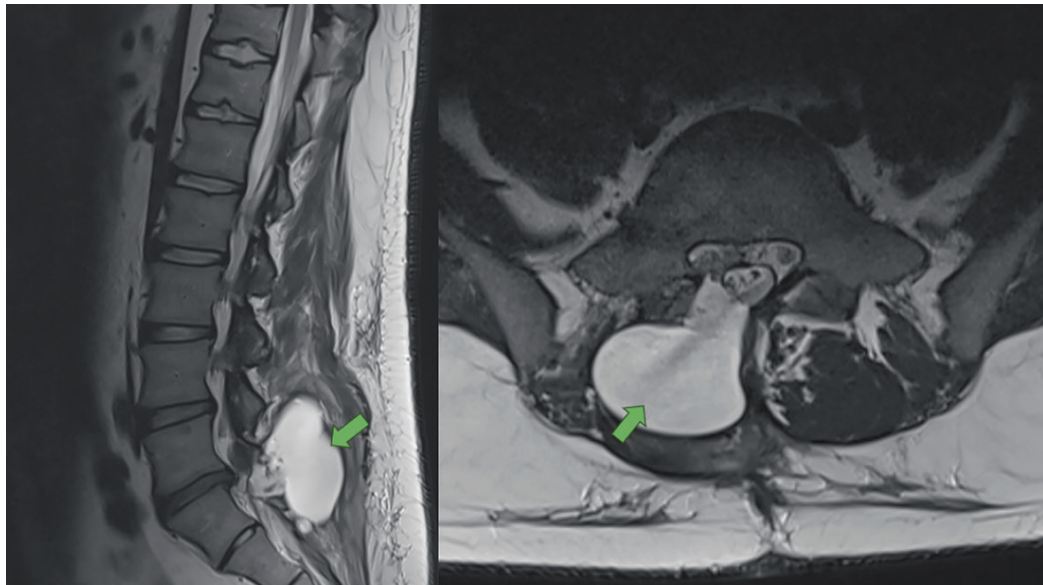
vahale (vt pilt 2). See leid on iseloomulik operatsioonijärgse pseudomeningotseele kujunemisele.

ARUTELU

Pseudomeningotseele on kõvakelme defekti korral kujunev ekstraduraalselt paiknev liikvorikogum. *Dura* defekt võib olla kaasasündinud või tekkida lülisamba trauma või lülisamba operatsiooni järel. Kirjanduse andmeil võib lülisamba operatsioonide korral tekkida *dura* vigastus 0,5%-l kuni 16%-l operatsioonidest. Operatsioonijärgse pseudomeningotseele täpne esinemissagedus ei ole teada, kuna enamikul juhtudest on patsiendid asümptomaatilised ja *dura* defekt võib paraneda spontaanselt (1, 2, 3). *Dura* defekti püsimise ja püsiva liikvorilekke korral moodustub pseudomeningotseele. Viimane võib põhjustada seljavalu või radikulopaatialle iseloomulikke sümptomeid (4, 5).



Pilt 1. Magnetresonantstomograafilise uuringu T2-kaalutud kujutised lülisamba nimmeosast sagitaal- ja aksiaaltasapinnas. L5-S1 tasemel tuleb nähtavale parempoolne subartikulaarne intervertebraalse diski protrusioon (sinine nool), mis põhjustab *dura*-koti eesmise kontuuri deformatsiooni ning mõjutab parempoolset S1-närvijuurt.



Pilt 2. Operatsioonijärgse magnetresonantstomograafilise uuringu T2-kaalutud kujutised lülisamba nimmeosast sagitaal- ja aksiaaltasapinnas. Paremal operatsiooniloozis spinaalkanalist dorsolateraalsemale on piirdunud kõrge signaaliga vedelikukogum (roheline nool), mis on ühenduses *dura*-kotiga – pseudomeningotseele.

Pseudomeningotseele diagnoositakse MRT-leiu põhjal, kui ilmestub subarahnoidaalse ja ekstraduraalse ruumi vahel piirdunud vedelikukogum, millele on iseloomulik liikvoriga analoogne kõrge signaaliintensiivsus T2-kaalutud kujutistel ja madal signaaliintensiivsus T1-kaalutud kujutistel ning tavaliselt puudub mahuefekt *dura*-koti ja närvelementide suhtes (2, 4). Operatsioonijärgset pseudomeningotseelet tuleb eristada infektsiooniga seotud kogumist, mis on MRT-uuringul tavaliselt heterogeense signaali intensiivsusega, kontrasteeruva servaga, sageli difusiooni restriktiooniga ja kaasneva luukoe destruktsiooniga; ning hematoomist, millel on tavaliselt kõrge T1-signaali intensiivsus ning puudub ühendus *dura*-kotiga (6, 7).

Pseudomeningotseele ravitaktika võib olla konservatiivne – säästev režiim, sümptomaatilise ravi. Sümptomaatilise pseudomeningotseele puhul on sageli vajalik

kirurgiline sekkumine ja kõvakelme defekti sulgemine (1–5).

Kirjeldatud juhul patsienti opereeriti ja *dura* defekt suleti. Pärast operatsiooni oli patsient vaevusteta.

KIRJANDUS

1. Enke O, Dannaway J, Tait M, New CH. Giant lumbar pseudomeningocele after revision lumbar laminectomy: a case report and review of the literature. *Spinal Cord Ser Cases* 2018;4:82.
2. Kavishwar RA, Shetty AP, Subramanian B, Rajasekaran S. Symptomatic postsurgical lumbar pseudomeningocele treated by ultrasound-guided epidural blood patch application. *Asian J Neurosurg* 2021;16:827–9.
3. Kobayashi Y, Fujiyoshi K, Shimizu T, et al. Normal pressure hydrocephalus due to an iatrogenic giant lumbar pseudomeningocele after posterior lumbar interbody fusion: illustrative case. *J Neurosurg Case Lessons* 2022;3:CASE224.
4. Rudrappa S, Govindasamy R, Tukkapuram VR, Gopal S. Lumbar pseudomeningocele presenting as decerebrate rigidity—A rare case entity. *Int J Surg Case Rep* 2018;47:41–4.
5. Rahimizadeh A, Mohsenikabir N, Asgari N. Iatrogenic lumbar giant pseudomeningocele: A report of two cases. *Surg Neurol Int* 2019;10:213.
6. Radcliff K, Morrison WB, Kepler C, et al. Distinguishing pseudomeningocele, epidural hematoma, and postoperative infection on postoperative mri. *Clin Spine Surg* 2016;29:E471–4.
7. Talbott JF, Shah VN, Uzelac A, et al. Imaging-based approach to extradural infections of the spine. *Semin Ultrasound CT MR* 2018;39:570–86.