

Polüspleeniaga heterotaksia sündroom kõhuvaluga patsiendil

Artur Bozikjan – Põhja-Eesti Regionaalhaigla III aasta radioloogiarresident

19aastane naine pöördus eriarsti vastuvõtule, kaevates pikka aega kestnud kõhuvalu. Esimeseks uuringuks oli tehtud ultraheliuuring, kus haiguslikku leidu ei kirjeldatud. Uuringul salvestatud staatilisel pildil on näha suurenemiseta sagaraline koldelise leiuta põrn (vt pilt 1). Kõhu ja vaagna kontrastainega kompuutertomograafilisel (KT) uuringul on parenhümatoomses faasis näha sügavate sagaratevaheliste fissuuridega põrn, sagarate vahel on parenhüümis õhukesed ühendused, kuid võimalik ka kolm kõrvuti paiknevat põrna (vt pilt 2).

Lisaks ilmneb maksa tasemel alumise õõnesveeni anomaalia, võimalik atreesia või stenoos; maksaveenid laienenud ei ole, suubuvad alumisse õõnesveeni, mille supradiafragmaalne osa kontrasteerub normipäraselt. Parema neeru peal ja mõlemal pool paravertebraalsel on laienenud kollateraalseid, paremal neerul on kolm veeni; tagumises alumises mediastiinumis on jälgitavad oluliselt laienenud *azygos*- ja *hemiazygos*-veenid (vt pilt 3 ja 4). Mõlemal pool on esil

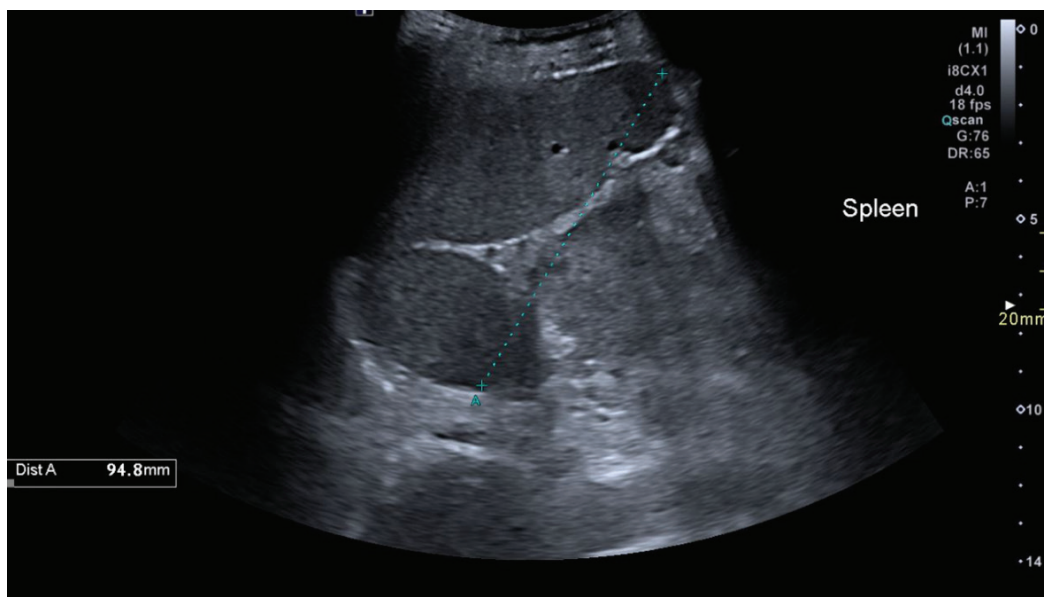
lumbaal- ja intervertebraalveenid, mis on kohati üle keskjoone omavahel ühenduses; ühismaksaarter lähtub *truncus coeliacus*'e asemel laienenud *a. mesenterica superior*'ist (AMS).

Pankrease keha paikneb paremal maksa all (vt pilt 5), sabaosa ulatub keskjooneni.

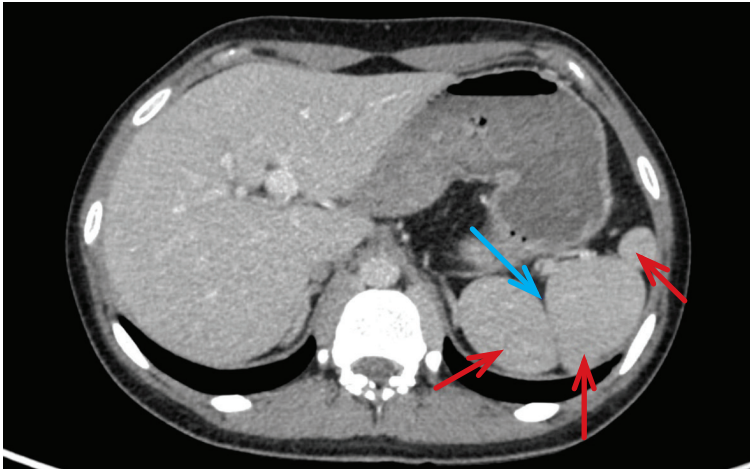
Leiti, et uuringu leid võiks kokkuvõttes sobida polüspleeniaga heterotaksia sündroomi ühele variandile.

ARUTELU

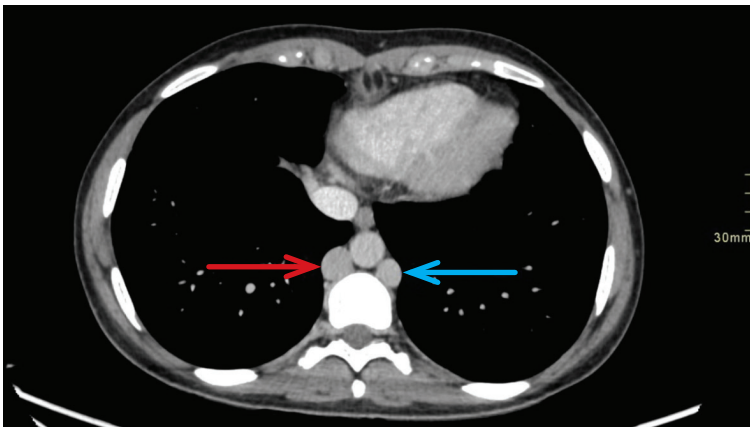
Heterotaksiale on iseloomulik rindkere ja kõhuõõne elundite ebatavaline paiknemine keha vasaku-parema telje suhtes. Nende sündroomide kirjeldamiseks on kasutusel mitmeid termineid. Polüspleeniat ehk vasakpoolset isomerismi on klassikaliselt kirjeldatud kui rindkere vasakpoolsete struktuuride duplikatsiooni mitme, kummalgi pool paikneva põrnaga, enamasti siiski vasakul. Parempoolsete struktuuride duplikatsiooni põrna puudumisega nimetatakse aspleeniaks ehk parempoolseks isomerismiks (1).



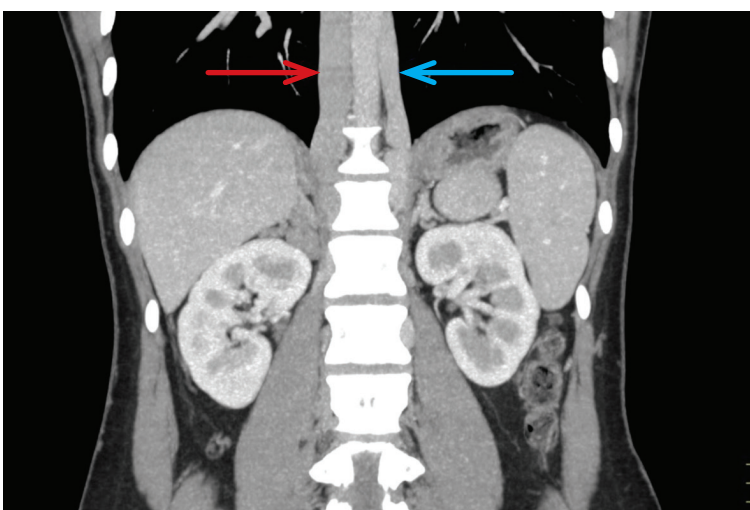
Pilt 1. Mitmesagaraline suurenemiseta põrn ultraheliuuringul.



Pilt 2. Põrn kontrastainega kompuutertomograafilisel uuringul parenhümatoosses faasis, aksiaalne tasapind: sügavate fissuuridega (üks tähistatud sinise noolega) põrn või kolm eraldi põrna kõrvuti (punased nooled).



Pilt 3. Kompuutertomograafilise uuringu aksiaalne tasapind. Tagumises mediastiinumis laienenud *v. azygos* (punane nool) ja *v. hemiazygos* (sinine nool), nende vahel alanev aort.



Pilt 4. Kompuutertomograafilise uuringu koronaalne tasapind. Tagumises mediastiinumis laienenud *v. azygos* (punane nool) ja *v. hemiazygos* (sinine nool), nende vahel alanev aort.

Polüspleeniaga heterotaksia on harv sündroom, mida esineb sagedamini naistel ning Aasia päritolu inimestel (1). Täpsemat levimust on keeruline hinnata, kuna – nagu ka kirjeldatud juhul – on see tihti piltidiagnostiline juhuleid (1–3).

Heterotaksia sündroomi korral esineb sagedasti keerukaid kardiaalseid anomaaliaid, mis on sümptomaatilised, eriti nooremas eas (1–3). Võrreldes aspleeniaga on polüspleeniaga heterotaksia sündroomi korral üldine morbiidsus siiski väiksem (1). Rindkere osas on polüspleeniaga heterotaksia korral kirjeldatud paremas kopsus horisontaalfissuuri puudumist ja seega ainult kahte sagarat (normis kolm) (1). Kirjeldatud patsiendil jäi uuringuvälja ainult rindkere alumine osa, kuid paremal pool näib olevat kolm sagarat.

Sageduselt teine levinuim malformatsioon polüspleenia korral on alumise õõnesveeni katkemine ning venoosne drenaaž *venae azygos*'e ja *hemiazygos*'e kaudu. See esineb ka kirjeldatud patsiendil (1, 2). Mõnel juhul võib see olla heterotaksia sündroomi ainsaks väljenduseks (1, 2). Sündroomi leviuma variandi korral suubub alumise õõnesveeni suprahepaatiline segment tavapäraselt südame paremasse kotta, suparenaalne segment aga puudub ning alumine õõnesveen siseneb tagumises mediastiinumis retrokruraalsele ning läheb üle *v. azygos*'eks (tavaliselt algab *v. azygos* lumbaaltasandil alumise õõnesveeni tagaosast) (1).

Polüspleenia sündroom on saanud oma nimetuse mitme põrna esinemise järgi (kirjeldatud on 2 kuni 16 põrna), mis võivad paikneda kõhuõõnes vasakul või paremal (1, 2). Polüspleeniat esineb ligikaudu 55%-l vasaku isomerismiga patsientidest, kuid ka ühe, tavapärase põrnaga inimesel võib sündroomi diagnoosida teiste vasaku isomerismi tunnuste olemasolu korral (1).

Polüspleeniaga heterotaksia korral võivad esineda ka pankrease anomaaliad: hüpogenees, *pancreas annulare* ja *pancreas divisum* ning pankrease malrotatsioon. Ka kirjeldatud patsiendil leiti pankrease malrotatsioon. Samuti on sellistel patsientidel kirjeldatud maksa paiknemist keskojel, soole malrotatsiooni ning ülemise mesenteriaalveeni ja -arteri peegelpildis asendit (1).

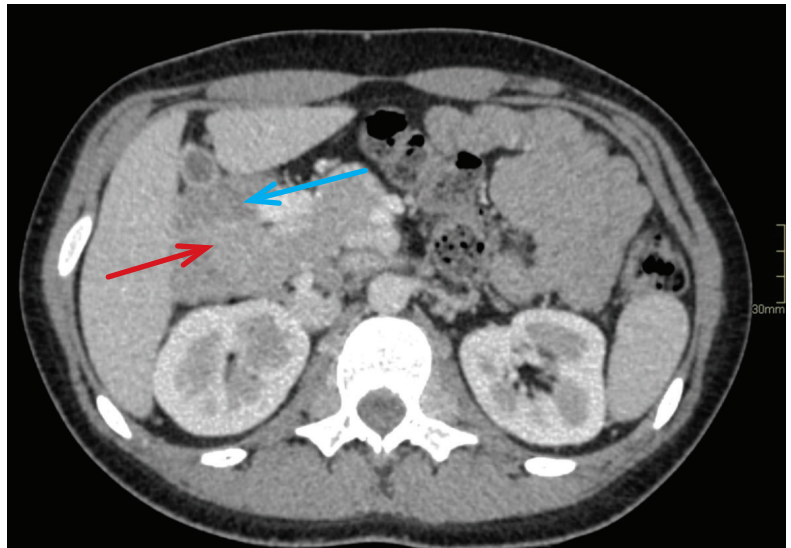
Üksikutel juhtudel on kirjeldatud kõhuõõnes arterite anomaalset positsiooni, näiteks ühismaksaarteri lähtumist ülempi-

sest mesenteriaalarterist *truncus coeliacus*'e asemel. See esines ka kirjeldatud patsiendil (1).

Polüspleeniaga heterotaksia etioloogia ei ole teada (1, 3). Kuna sündroomi põhjuseks on häire keerulistes lateralisatsiooni ning vasaku ja parema poole elundite kujunemise embrüonaalsetes protsessides, eriti asümmeetrilistes elundites nagu süda, kopsud ja soolestik, on pildiagnostiline leid igal patsiendil erinev, ühte patognoomilist tunnust sündroomil ei ole (1–3).

KIRJANDUS

1. Rameshbabu CS, Gupta KK, Qasim M, Gupta OP. Heterotaxy polysplenia syndrome in an adult with unique vascular anomalies: case report with review of literature. J Radiol Case Rep 2015;9:22–37.
2. Lagrotta G, Moises M. Heterotaxy Polysplenia syndrome in adulthood: focused review and a case report. Cureus 2020;12:e6822.
3. Yadav P, Ajmera P, Krishnamurthy S, Nandivada NB. Heterotaxy Syndrome: discordant growth. Cureus 2021;13:e14766.



Pilt 5. Kompuutertomograafilise uuringu aksiaalne tasapind. Pankrease keha (punane nool) paremal maksa all, selle ümber kaksteistsõrmik (sinine nool).

Semaglutiid parandab alajäseme perifeerset arterite haigusega diabeedihaigete kõnnivõimet

Semaglutiid – glükagoonilaadse peptiid-1 retseptori agonist – on viimastel aastatel kasutusele võetud diabeediravim, millel on lisaks kehakaalu langetav ning nefro- ja kardioprotektiivne toime.

Rahvusvahelises uuringuprogrammis STRIDE osales aastatel 2020–2024 Põhja-Ameerikast, Euroopast ja Aasiast 112 päevaravi keskust. Kaasati 792 teist tüüpi diabeediga patsienti (keskmine vanus 68 aastat, 75% olid mehed), kel olid alajäseme perifeerset

arterite haiguse nähud vahelduva klaudikatsiooniga (Fontaine'i järgi IIa staadium, kõnnivõime > 200 m). Patsiendid juhuslikustati vahekorras 1 : 1 semaglutiidirühma (ordineeriti 1 mg nädalas nahaalusi) ja platseeborühma. Ravi kestis 52 nädalat. Patsientide kõnnivõimet kontrolliti pärast ravi lõppu linttrenažööril.

Ravi lõppedes oli semaglutiidirühma patsientidel kõnnivõime platseeborühmaga võrreldes oluliselt parem, nad suutsid läbida keskmiselt 13% võrra pikema vahemaa kui ravi algul. Semaglutiidirühma patsiendid hindasid ravi järel oma elukvaliteeti paremaks. Platseeborühmaga võrreldes oli

neil surma risk vähenenud 54% võrra ning selle rühma patsiendid vajasisid vähem revaskulariseerivaid sekkumisi (14 vs. 30 patsienti). Tõsiseid ravitüsistusi fikseeriti 1%-l semaglutiidirühma ja 2%-l platseeborühma patsientidest.

Autorid peavad vajalikuks edasiste uuringutega selgitada semaglutiidi ordineerimise otstarbekust perifeerset arterite haigusega patsientidele, kel pole diabeeti.

REFEREERITUD

Bonaca MP, Catarig A-M, Houliand K, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE): a phase 3b, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. The Lancet 2025, DOI:10.1016/S0140-6736(25)00509-4.

LÜHIDALT