

Gloomustuumoriga patsient

Enna Elismäe – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

30 aasta vanune naine pöördus käekirurgi vastuvõtule vasaku käe pöidla distaalse osa kroonilise valu tõttu. Probleem oli alanud 10 aastat varem, kui patsient vigastas pähklikoore avamisel sama sõrme küünt. Järgneva paari aasta jooksul muutus küüne välimus ja tekkis tugev valulikkus sõrmeotsas. Valu provotseerisid väikseimadki traumad (sh tugevam puudutus) ning külm. Patsient oli varem probleemiga pöördunud perearsti, nahaarsti ja üldkirurgi vastuvõtule, kuid vaevuste põhjuse ei olnud jõutud.

Objektiivsel uurimisel oli vasaku käe I sõrme küüs punakaslilla värvusega ning küüneplaat väljakummuv. Nahakahjustust küüneplaadi ümber ei esinenud (vt pilt 1).

Röntgeniülesvõttel tuli nähtavale küüslüli diafüüsi dorsaalse pinna kaarjas deformatsioon ja remodellatsioon, aimatav oli pehmekoe varju tihenemine samas piirkonnas. Luu korteks oli intaktne (vt pilt 2).

Ultraheliuuringul oli näha küüneplaadi proksimaalse osa alusi umbes 5 mm läbimõõduga ovaalne, selgelt piirdunud hüpoehogeenne lisamoodustis, milles oli jälgitav intensiivne vaskularisatsioon (vt pilt 3).

Diagnoosi kinnitamiseks tehtud magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul visualiseerus I sõrme küüne alaserva alusi T1-kaalutud kujutistel madala ja T2-kaalutud kujutistel keskmise-kõrge signaaliintensiivsusega piirdunud lisamoodustis, mis gadoliumit sisaldava kontrastaine manustamisel intensiivselt kontrasteerus (vt pilt 4).

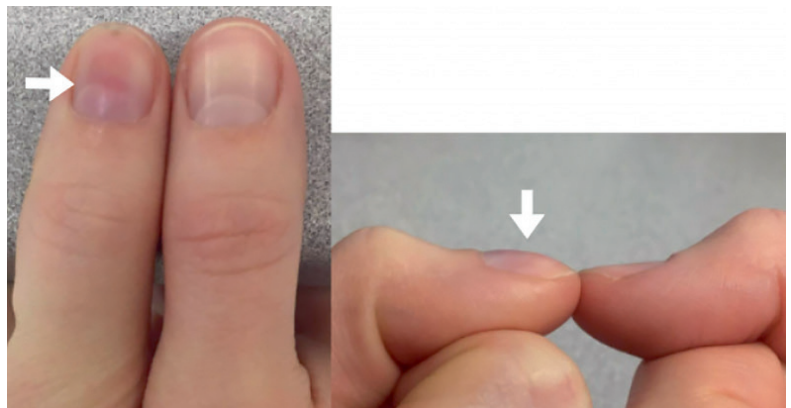
Kliiniline ja piltidiagnostiline leid sobisid küünealusele gloomustuumorile ehk glomangiroomile.

Tuumor eemaldati operatsioonil koos kapsliga. Patohistoloogilisel uuringul kinnitati gloomustuumori diagnoos. Poolteist aastat pärast operatsiooni on sõrmeküüs tagasi kasvanud ning patsient on täielikult kaebusteta.

ARUTELU

Gloomustuumor on harva esinev healoomuline gloomuskeha kasvaja. Tegemist on neuromüoarteriaalsest gloomuskehast

tekkiva hamartoomiga. Gloomuskeha on naha mikrotsirkulatsiooni kaudu termoregulatsioonis olulist rolli omav spetsiifiline arteriovenoosne anastomoos. Gloomuskehasid leidub dermises üle kogu keha, kõige rohkem on neid sõrmedes, peopesades ja jalataldades. Gloomuse tuumor võib tekkida



Pilt 1. Vasaku käe pöidla küüne värvuse muutus ning väljakummumine (võrdluseks patsiendi parema käe pöidla küüs).



Pilt 2. Röntgeniülesvõtte vasaku käe I sõrmest otse- (a) ja külgsuunas (b), nähtav küüslüli kaarjas deformatsioon ja remodellatsioon.

igas kehapiirkonnas, kõige sagedasemad (kuni 75%) on need kätes, neist omakorda ligi $\frac{2}{3}$ paikneb sõrmeotstes (eriti küüne all). Gloomustuumori esinemissagedus on meestel ja naistel ühesugune, diagnoosimisel on enamik patsiente 30–50 aasta vanused (1). Haiguse etioloogia ei ole teada, ühe võimaliku mehhanismina oletatakse gloomuskeha reaktiivset hüpertroofiat trauma järel (2).

Gloomustuumorile viitab tüüpiline sümptomite triaad: väljakannatamatu valu,

väljendunud hellus tuumori piirkonnas (valu provotseerivad ka puudutus ja kerged traumad) ning külmatundlikkus. Sõrmeküüs võib muutuda vaoliseks ning küünealusest tuumorist võib tekkida küüne värvuse muutus (1). Valu taandumine pärast žguti paigaldamist jäseme proksimaalsemale osale on gloomustuumori patognostiline tunnus (3).

Röntgenuurikul võib kuni 60%-l juhtudest näha lisavarju, luu korteksi õhenemist või luerosioone, kuid need muutused ei kinnita ega välista gloomustuumori diagnoosi (4).

Ultraheliuurikul on gloomustuumori puhul näha mittespetsiifilist hüpoehhogeenset massi, mõnel juhul võib eristada alloleva sõrmelüli erosiooni. Spetsiifilise muutusena on gloomustuumor värvi-dopleruurikul hinnates hüpervaskulariseeritud (1).

MRT-l on gloomustuumor T1-kaalutud kujutistel iso- või hüpointensiivne, T2-kaalutud kujutistel hüperintensiivne ning tuumoris on kontrastaine manustamisel jälgitav intensiivne kontrasteerumine (1). MRT-uurikul on gloomustuumori diagnoosimisel hea tundlikkusega, kuid piiratud spetsiifilisusega (vastavalt 90% ja 50%) (5), seetõttu on piltagnostilise leiu hindamisel väga oluline kliinilise konteksti arvestamine.

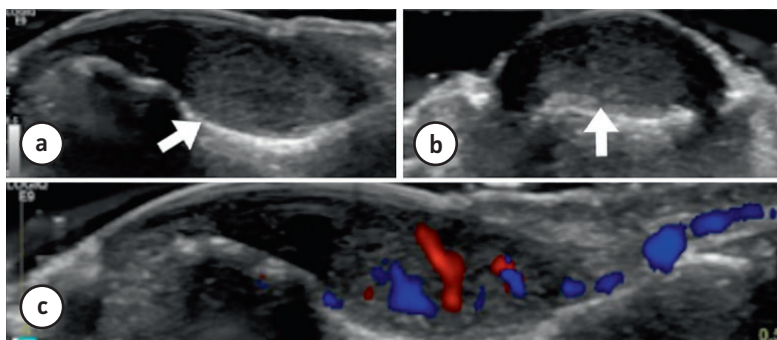
Ainus efektiivne ravimeetod on tuumori kirurgiline eemaldamine. Operatsioonieelsed kuvamisuuringud võimaldavad täpsemalt hinnata tuumori suurust, kuju ja anatoomilist paiknemist – see on oluline, kuna tuumori mittetäieliku eemaldamise korral on risk tuumori taastekkeks suurem (2).

TÄNUAVALDUS

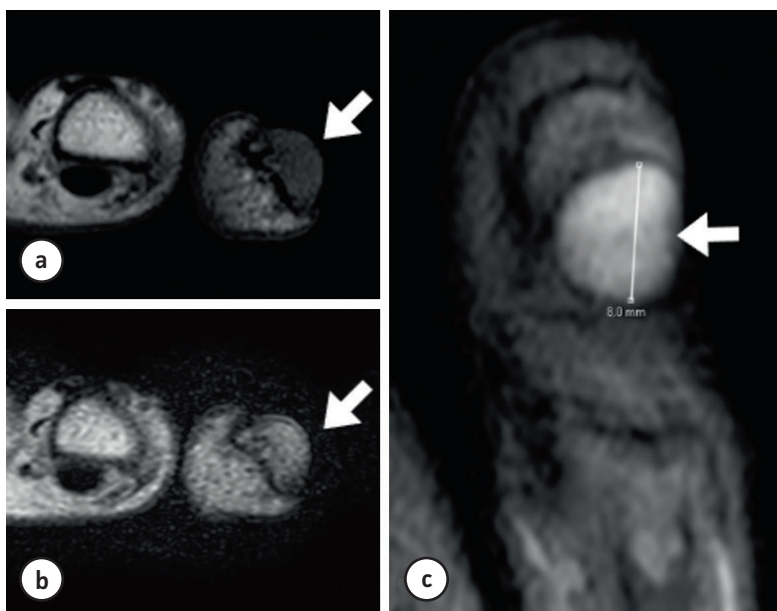
Täna abi eest artikli koostamisel Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloog dr Karol Kocyst.

KIRJANDUS

1. Baek HJ, Lee SJ, Cho KH, et al. Subungual tumors: clinicopathologic correlation with US and MR imaging findings. *Radiographics* 2010;30:1621–36.
2. Morey VM, Garg B, Kotwal PP. Glomus tumours of the hand: Review of literature. *J Clin Orthop Trauma* 2016;7:286–91.
3. Teh J, Whiteley G. MRI of soft tissue masses of the hand and wrist. *Br J Radiol* 2007;80:47–63.
4. Lee JJ, Park DH, Park MC, Pae NS. Subungual glomus tumours of the hand: diagnosis and outcome of the transungual approach. *J Hand Surg Eur Vol* 2009;34:685–8.
5. Al-Qattan MM, Al-Namla A, Al-Thunayan A, Al-Subhi F, El-Shayeb AF. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of glomus tumours of the hand. *J Hand Surg Br* 2005;30:535–40.



Pilt 3. Ultraheliuurikul nähtav hüpoehhogeenne lisamoodustis vasaku käe I sõrme küüne alusi pikisuunas (a) ja ristilõikes (b), selles jälgitav hüpervaskularisatsioon (c).



Pilt 4. Magnetresonantstomograafiline uuring vasaku käe I sõrme küüslüli piirkonnast T1-kaalutud kujutisel (a) madala ja T2-kaalutud kujutisel (b) keskmise-kõrge signaaliintensiivsusega kontrastaine süstimise järel ühtlaselt ja intensiivselt kontrasteeruv (c) lisamoodustis.