

Gastroperikardiaalne fistul

Daniil Dementjev – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

HAIGUSJUHT

70. aluaastates naine toodi kiirabiga erakorralise meditsiini osakonda ülakõhu valu, isutuse ja üldseisundi pideva halvenemise tõttu. Abikaasa sõnul oli naine umbes kaks kuud olnud praktiliselt voodihaige. Anamneesist oli teada söögitoru lahisong, maohaavand, bariaatriline lõikus 10 aastat tagasi (*Roux-en-Y-tüüpi*), hüpertooniatõbi, kodade virvendusarütmia, hüperkolesteroleemia, astma.

Saabumisel oli patsient raskes seisundis: hingeldus, vere hapnikuküllastatus 90%, südame tõusnud löögisagedus, jahe marmoreeritud nahk. Vereanalüüsides esines oluline põletikumarkerite tõus (C-reaktiivne valk (CRV) 338 mg/L, leukotsüüdid 10,6 E9/L) ning neerufunktsiooni langus (kreatiniin 218 mikromol/L, hinnanguline glomerulaarfiltratsiooni kiirus (eGFR) 19 ml/min 1,73 m²).

Põletikukolde otsimiseks tehti kogu keha kompuutertomograafiline (KT) uuring. KT-uuringul tuvastati õhk ja vedelik perikardis ning see viitas gastroperikardiaalsele fistulile. Patsient hospitaliseeriti intensiivraviosakonda ning järgmisel hommikul võeti

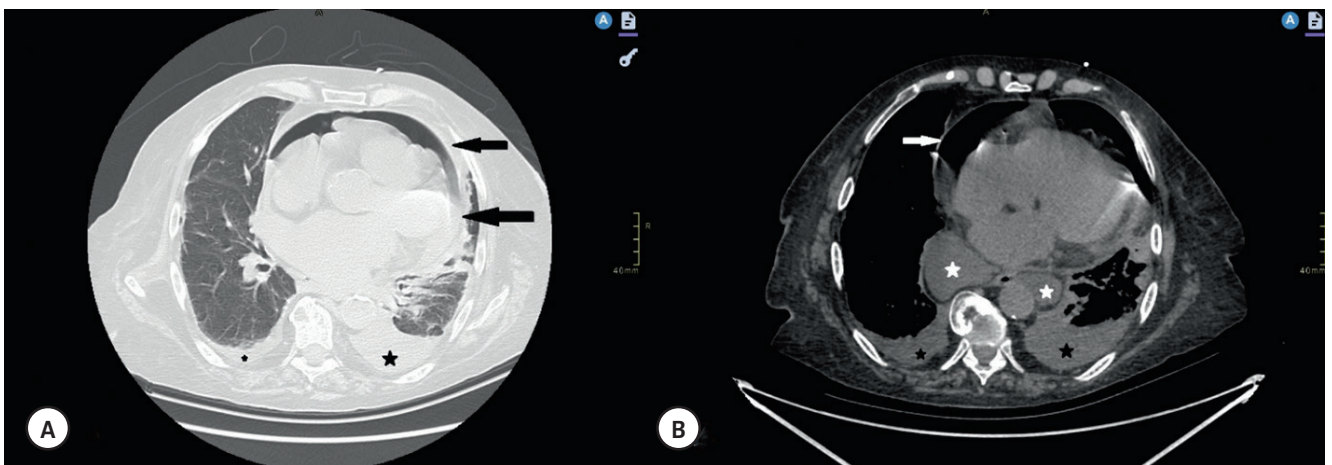
erakorralisele lõikusele. Tehti perikardiootomia õhu ning vedeliku kõrvaldamiseks. Perikardiõõnes avastati rohkelt hägusat vedelikku koos toidutükkidega, südame pind oli kaetud rohekashalli katuga. Diafragmaalsel olev umbes 1,5 cm läbimõõduga avaus suleti ning perikardiõõs loputati.

Protseduuri järel viibis patsient intensiivravi osakonnas, kus šokk süvenes jätkuvalt vaatamata ravile ning haige suri kahe ööpäeva pärast.

ARUTELU

Gastroperikardiaalne fistul on patoloogiline ühendus mao ning perikardiõõne vahel. See on suhteliselt harva esinev eluohtlik seisund, mis võib kujuneda söögitoru lahisongaga haigetel või söögitoru või mao lõikuse (nt maotõsteoperatsioon, bariaatrilised lõikused) järel, mispuhul tekib otsene kontakt mao ja perikardi vahel. Harva võib fistul tekkida ka transdiafragmaalselt. Teised riskitegurid on maotuumor, perforerunud maohaavand, traumad, võõrkeha või söövitava aine neelamine (1).

Kliiniliselt võib esineda rindkere ning ülakõhu valu, üldine nõrkus, hiljem tekivad



Joonis 1. Kompuutertomograafiline lõige rindkere piirkonnast kopsu- (A) ning pehmekoeaknas (B). Perikardis visualiseerub gaas u 2 cm kihina ning normist veidi rohkem vedelikku (noodled). Nähtavale tuleb ka söögitoru lahisong, mille kotis on vedelikku (valged tähed). Lisaks esineb mõlemapoolne pleuraefusioon (mustad tähed).

sepsise tunnused ning haigus progresseerub kiiresti. Radioloogiliselt on kopsude röntgeeniülevõttel või KT-uuringul näha perikardiõõnes õhku. Fistuli visualiseerumiseks on tavaliselt vajalik uuring kontrastaine suukaudse manustamisega (1).

Ravi on kirurgiline – fistuli sulgemine. Konservatiivset taktikat, mis seisneb antibakteriaalses ravis ning nasojejunaalse sondi kaudu toitumises, kasutatakse tavaliselt juhtudel, kui patsient ei talu kirurgilist ravi; see raviviis on seotud suurema suremusega. Prognos sõltub kaasnevatest haigustest

ning ravi kiirusest. Varajane avastamine ning sekkumine enne perikardiidi, südame tamponaadi ning šoki arenemist parandab prognoosi ning vähendab oluliselt suremust (2, 3).

KIRJANDUS

1. Davidson JP, Connelly TM, Libove E, Tappouni R. Gastropericardial fistula: radiologic findings and literature review. *J Surg Res* 2016;203:174–82.
2. Azzu V. Gastropericardial fistula: getting to the heart of the matter. *BMC Gastroenterol* 2016;16:96.
3. Chauhan A, Perry I, Veitch A, Li P, Rattehalli D, Brookes MJ. Gastropericardial fistula: a potential role for conservative treatment. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012;24:1341–3.

Ravimite väärkasutus ja sellega seonduvad sagedasemad tervisehäired Saksamaa andmeil

Saksamaa riikliku andmebaasi põhjal analüüsiti ravimite kasutamise otstarbekust 54 296 inimesel vanuses 60–74 eluaastat. Ravimite väärkasutust hinnati FORTA (*Fit For The Aged*) loendi alusel, mis hõlmas järgmisi näitajaid: potentsiaalselt ebasobiv raviskeem, ravimite mittekasutus või vähene doseerimine, alakasutus, näidustuseteta ravimite kasutamine, ravimite ülekasutus. Andmeid analüüsiti logistiliste regressioonimudelite abil.

Kogu kohordi ulatuses jaotus ravimite väärkasutus järgmiselt: ebasobiv raviskeem 26,1%-l, alakasutus 19,1%-l, ülekasutus 23,6%-l. Soovitatud pneumokoki- ja gripivaktsineerimisel käis vastavalt 90,6%, ja 62,7% uuritutest. Ebasobiva raviskeemi kasutamine ilmnis sagedamini Parkinsoni tõve, arteriaalse hüpertensiooni, epilepsia ja depressiooni korral – šansisuhe (OR) vastavalt 16,4; 5,4; 3 ja 2,1 korda suurem. Alakasutus esines sagedamini osteoporoosi, kodade virvendusarütmia, Parkinsoni tõve ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) patsientide ravis – OR vastavalt 9,5; 6,1; 4,3 ja 2,1 korda suurem.

Ülekasutus oli enim seotud depressiooni ja epilepsia raviga (OR vastavalt 1,5 ja 1,6 korda suurem).

Uuringust ilmneb, et ravimite väärkasutus on eakamate seas küllaltki laialt levinud. Autorid soovivad kõigepealt rohkem tähelepanu pöörata osteoporoosi, Parkinsoni tõve, depressiooni, epilepsia ja KOKi medikamentoose ravi adekvaatsele korraldusele.

REFEREERITUD

Degen M, Haug U, Scholle OHF, et al. Factors associated with potentially inappropriate medication use, medication underuse and overuse in older adults in the German National Cohort. *J Int Med* 2026;299:754–75.

LÜHIDALT