Aortoduodenaalne fistul

Maria Vorobjova – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

HAIGUSJUHU KIRJELDUS

60. eluaastates meespatsient toodi erakorralise meditsiini osakonda (EMO) ägedalt tekkinud iivelduse ja oksendamise tõttu; oksemassides oli verd ning pärasoolest eritus heledat verd. Lisaks oli patsiendil esinenud ka sünkoobi episood. Alkoholi kuritarvitamist patsient eitas.

Gastrointestinaalse verejooksu tõttu tehti erakorraline gastroskoopia, kus visualiseerus söögitoru ja mao ülemineku piiril aktiivse veritsusega erosioon, mis suleti klipsiga. Diagnoositi Mallory-Weissi sündroom. Kuna Mallory-Weissi sündroomi korral tekkivate seedetrakti limaskesta lõhede kõige sagedasemaks põhjuseks on eelneva rohke alkoholitarvitamisega seostatav korduv oksendamine, tehti patsiendi võimaliku oksendamise algpõhjuse väljaselgitamiseks kompuutertomograafiline (KT) uuring (vt joonis 1).

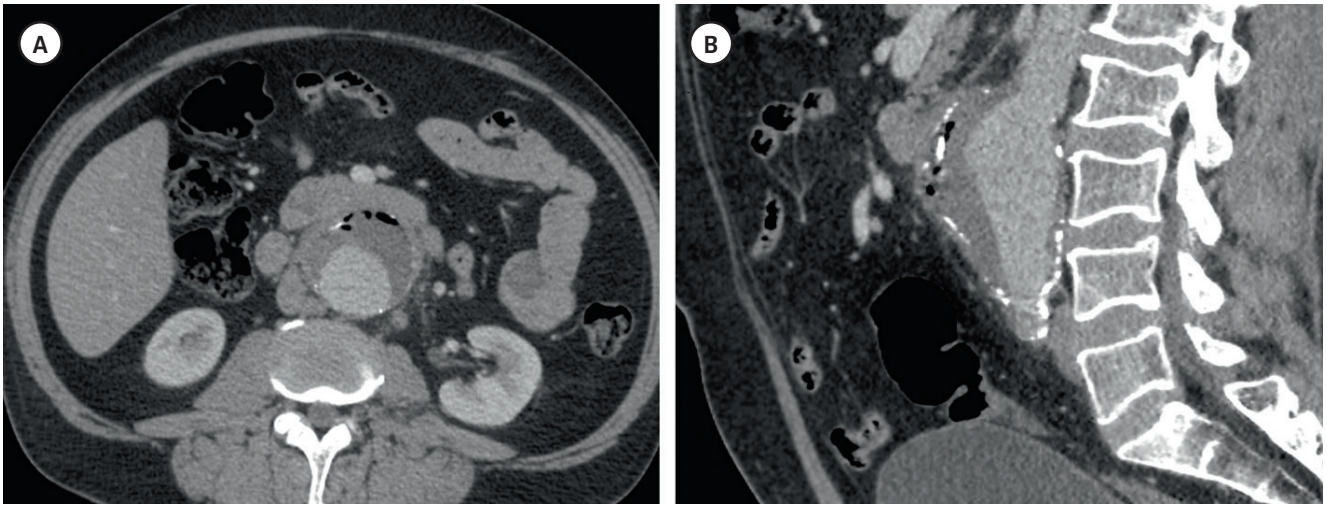
KT-uuringul visualiseerus kõhuaordi infrarenaalses osas paksenenud seinaga aneurüsm, selle ümber oli rasvkoe infiltratsioon. Kõhuaordi ja kaksteistsõrmiksoole horisontaalse lingu seinad olid lokaalselt tihedas kontaktis, nendevaheline rasvkude ei olnud eristatav ning aordi valendikus olid nähtavad õhumullid. Kirjeldatud KT-uuringu leiu alusel tekkis primaarse aortoduodenaalse fistuli kahtlus.

Patsiendile tehti erakorraline laparotoomia, mille käigus leidis diagnoos kinnitust. Operatsioonil resetseeriti kõhuaordi aneurüsm ning paigaldati protees ja distaalsed anastomoosid reiearteritele (aortobifemoraalne *bypass*). Kaksteistsõrmiku defekt suleti.

ARUTELU

Aortoenteraalne fistul on harva esinev patoloogiline ühendus aordi ja sooletrakti vahel (1–3). Tegemist on eluohtliku seisundiga, suremus on ilma kiire kirurgilise sekkumiseta peaaegu 100% (3). Kõige sagedamini tekib ühendus aordi ja kaksteistsõrmiksoole horisontaalse või üleneva osa vahel, kuna need struktuurid asuvad anatoomiliselt teineteise vahetus läheduses (1–3).

Aortoenteraalsed fistulid jaotatakse kaheks tüübiks: primaarsed ja sekundaarsed (1–3). Primaarsete fistulite esinemissa-



Joonis 1. Kompuutertomograafia kõhupiirkonnast veenisisese kontrastainega aksiaalses (A) ja sagitaalses (B) tasapinnas. Nähtav on paksenenud seinaga infrarenaalne kõhuaordi aneurüsm. Kaksteistsõrmiku horisontaalne ling on kontaktis aordi seinaga, nende vahel ei ole rasvkude eristatav. Aordi valendikus on gaasimullid.

gedus on märgatavalt väiksem (aastane haigestumus umbes 0,07%) võrreldes sekundaarsete fistulitega (aastane haigestumus kuni 2%) (2). Primaarsed aortoenteraalsed fistulid tekivad aordi ja soole vahel ning neid seostatakse enamasti ateroskleerootilise kõhuaordi aneurüsmiga. Harvematel juhtudel võivad primaarse fistuli teket soodustada tuberkuloos, süüfilis, süsteemsed sidekoehaigused ja mükootilised aneurüsmid. Sekundaarsed aortoenteraalsed fistulid kujunevad aordi rekonstrueeriva operatsiooni või aordi endovaskulaarse proteesimise (*stent-graft*) järgse tüsistusena, samuti trauma tagajärjel (1–3).

Kliiniliste sümptomitena võivad esineda gastrointestinaalse verejooksu tunnused (veriokse, veriroe), sepsis ning selja- ja/või kõhuvalu (1–3). Klassikaline triaad – gastrointestinaalse verejooksu tunnused, kõhuvalu ja pulseeriv mass kõhus – esineb harva (1, 2).

Radioloogilistest uuringutest on esmavalikuks KT-uuring. Otsesed tunnused, mis kinnitavad diagnoosi KT-uuringul, on kontrastaine ekstravasatsioon aordist soole valendikku ning selgelt visualiseeritav fistulikäik aordi ja soole vahel. Kaudsed tunnused, mis viitavad aortoenteraalse fistuli võimalikkusele, on gaasimullid aordi ümbruses või aordi valendikus, rasvkoe kadumine aordi ja sooleseina vahel ning sooleseina lokaalne paksenemine (1–3).

KIRJANDUS

1. Gulati A, Kapoor H, Donuru A, Gala K, Parekh M. Aortic Fistulas: pathophysiologic features, imaging findings, and diagnostic pitfalls. RadioGraphics 2021;41:1335–51.
2. Nagrani Chellaram S, Martínez Chamorro E, Borruel Nacenta S, Ibáñez Sanz L, Alcalá-Galiano A. Aortoenteric fistulas: Spectrum of MDCT findings. Radiología (English Edition) 2020;62:280–91.
3. Vu QDM, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric Fistulas: CT features and potential mimics. RadioGraphics 2009;29:197–209.

LÜHIDALT

Kardiogeenne šokk takotsubo sündroomiga patsientidel

Takotsubo sündroom (stress-kardiomüopaatia, murtud südame sündroom) on äge, üldjuhul mööduv südame vasaku vatsakese funktsiooni halvenemisega kulgev seisund, mispuhul südame verevarustus on tavapärane. Takotsubo sündroomi vallandajaks on tugev psühhoemotsionaalne või füüsiline stress ja see esineb sagedamini naistel. Algselt peeti takotsubo sündroomi healoomuliseks seisundiks, kuid viimaste aastate uuringute andmeil on tegu tõsise südamekahjustusega ja selle kulg on sarnane ägeda koronaarsündroomi kuluga.

Hispaanias mitme keskuse osavõtul tehtud retrospektiivses uuringus analüüsiti kardiogeense šoki esinemist, selle kulgu ja kaugtulemusi 1079-l hospitaliseeritud takotsubo sündroomiga patsiendil. Kardiogeenne šokk esines neist 191 (17,7%) patsiendil, 107 hospitaliseeriti šoki nähtudega, 84 patsiendil kujunes šokk ravil olles. Haiglas suri 13,2% kardiogeense šokiga patsientidest, kardiogeense šoki nähtudeta patsientidest 1,6%. Kardiogeense šoki nähtudega hospitaliseeritud haigete rühmas oli suurem haiglasisene suremus ja ühe aasta haigestumus rasketesse kardiovaskulaarsetesse haigustesse (südameinfarkt, insult, südamepuudulikkus) ning rehospitaliseerimine ja üldsuremus. Andmete kohandamise järel oli kardiogeenne šokk hospitaliseerimise ajal sõltumatu ühe aasta raske kardiovaskulaarse haigestumise, rehospitaliseerimise ja üldsuremuse riskitegur (riskimäär HR 2,91). Kardiogeense šoki kujunemine haiglaravi ajal ei olnud sarnaste kaugtulemustega seotud.

Uuringu andmeil esineb kardiogeenne šokk ligi viiendikul takotsubo sündroomiga patsientidest ja juba väljakujunenud kardiogeene šokk hospitaliseerimise ajal on sõltumatu raske takotsubo sündroomi kulu marker.

REFEREERITUD

Sans-Roselló J, Fernández-Peregrina E, Kuku KO, et al. Timing of cardiogenic shock and clinical outcomes in takotsubo syndrome: a multicenter cohort study. Int J Cardiol 2026;452:134270. Doi: 10.1016/j.ijcard.2026.134270.