

Haigusjuht

Artur Aramaa

1. päev

- 37a naispatsient pöördub erakorraliselt günekoloogi valvetuppa.
- Kaebusteks kõhuvalu, mis tekkinud eelmisel öösel. Hiljem lokaliseerunud paremale alakõhtu. VAS 6.
- Patsient oksendanud 3-4 korda.
- Palavik kuni 38°C.
- Kõhutegevus ja urineerimine normaalsed.
- Anamneesis sünnitus per vias naturales kuu aega tagasi. Kroonilised haigused puuduvad. Korra põdenud püelonefriiti. Ussripik alles.

Objektiivne leid

- Saabudes kehatemperatuur 37.3°C
- Palpatsioonil valulikkus all paremal, kõht pehme, Blumberg +/-
- Palpeeritav ümmargune valulik moodustis 5-6 cm, liikuv.
- CRP 23mg/l. Leukotsütoos 11 nL.

Vaginaalne UH

Emakas retroflexioonis mõõtmel 7.7 cm x 7.1 cm x 4.9 cm.

Endometrium ühtlane, 6 mm.

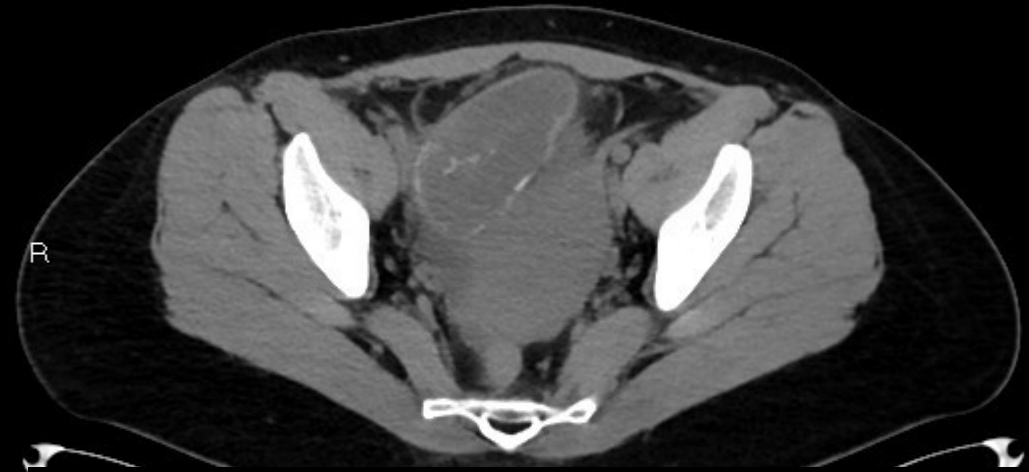
Parem munasari 3.8 x 1.9 cm , norm struktuuriga.

Vasak munasari 3,7 cm x 2.3 cm, asub emaka taga, norm struktuuriga. Emaka ees paremal selgepiiriline ebaühtlase struktuuriga moodustis 6,9 x 4,0 x 5,2 cm pyosalpinx? tubaarne abstsess?

Abdominaalne UH

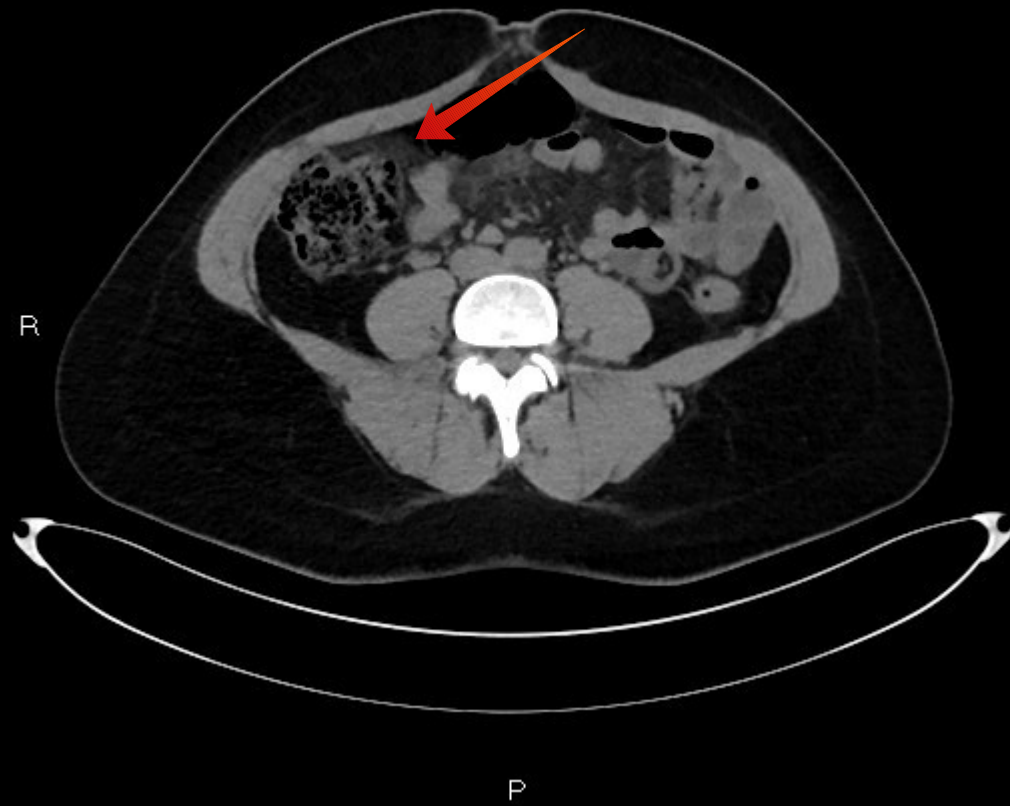


KT uuring



< 2-70 >

< 2-51 >



KT uuring

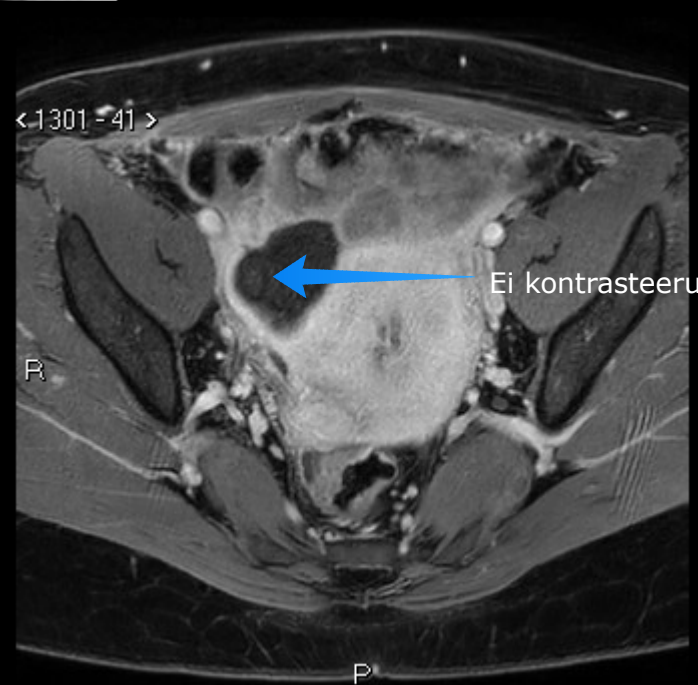
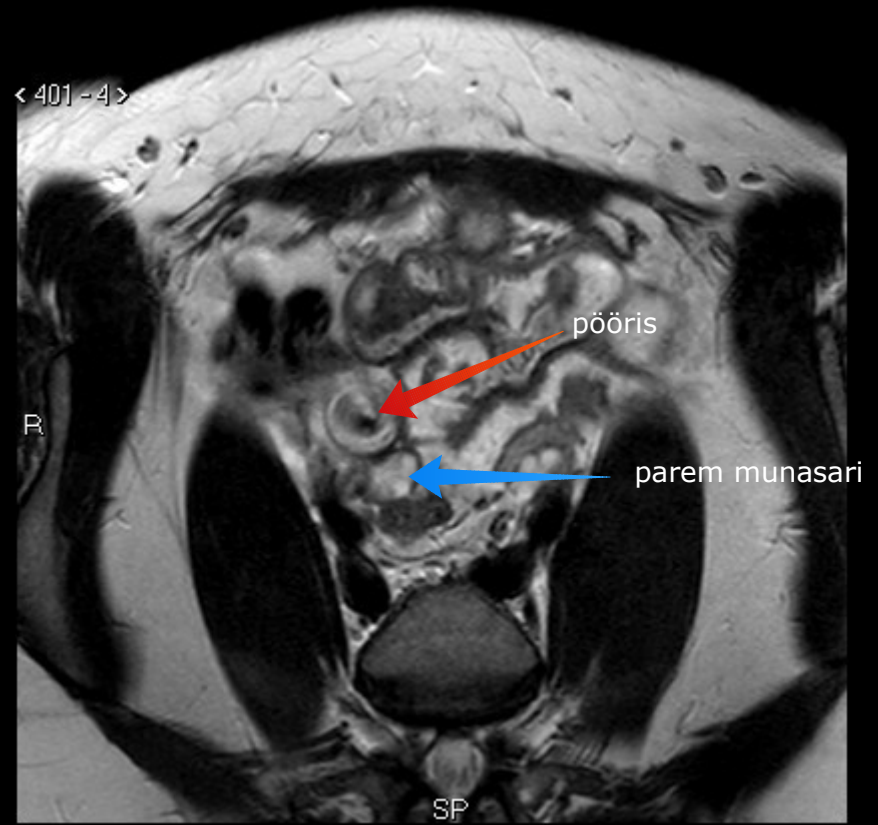
- Saatekiri: pyosalpinx? tubaarne abstsess?
- 8,5 x 6,6 x 5,2cm mõõtmetega lisamass paremal alakõhus, milles lubistusi ning koelist komponenti. Selget kontakti munasarjaga ei ole. Ümbritsevalt ning vähemal määral ka käärsoole maksafleksuuri piirkonnas rasvkoe infiltreeritust. Sigmasoole sein kergelt paksenenud. Vähene vaba vedelik. Ussripikut esile ei tule.
- Järeldus: Vaagnas enam paremal tsüstjas, koeliste struktuuridega ja lubistustega lisamass - teratoom? muu?; kontakt emakaga ja paremast munasarjast jääb ehk liialt kaugemale.

- Kirurgi konsultatsioon: apenditsiiti diagnoosida ei saa. Suunatud tagasi gүн osakonda.

2. päev

- Endiselt kaebab patsient alakõhuvalu.
- Palavikuvaba, kõht pehme.
- Analüüsides: CRV tõus. 23 > 109mg/l, leu 8,6.
- Biokeemia ja onkomarkeerid normis.
- Teostatakse täpsustamiseks MRT uuring.

MRT uuring



MRT uuring

- Parema munasarja alumise osaga kontaktis keeris, mis on seotud lisamassiga.
- Lisamassis lubistusi, tsüstjat ning koelist komponenti, selle seinas esineb minimaalne kontrasteerumine, koeline osa ei kontrasteeru.
- Järeldus: torsioon. Kõne alla tuleb ka seroosne adenokartsinoom?

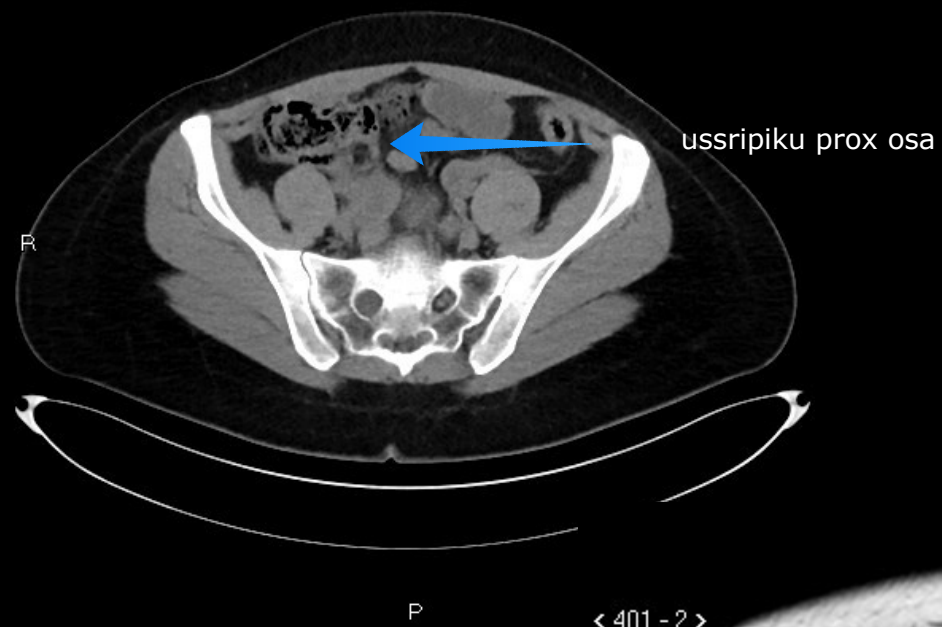
Operatsioon

- Arvestades kaebusi, analüüse ning uuringute leidu otsustatud teostada diagnostiline laparoskoopiline operatsioon.
- Munajuhad bilateraalselt visuaalselt iseärasusteta, fimbriad vabad. Munasarjad bilateraalselt iseärasusteta. Kõhu esseinale liitunud moodustis 8,5 x 6,6cm, mis lillat värvi, pehme konsistentsiga, nekroosi aladega, lähtub caecum´st, keerdunud ümber telje 6 korda. Ilmselt tegemist pöördunud appendiksi-caecumi kasvajaga. Emaka ees ja taga minimaalselt seroosset vedelikku, mis aspireeritud ja suunatud tsütoloogia uuringuks. Järgmisel vaatlusel visualiseerub, et caecum infiltreeritud. Otsustatud teostada parempoolne hemikolektoomia anastomoosiga. Mindud üle laparotoomiale. Teostatud ileokooliline kaherealine käsitsianastomoos ristikäärsoole esimesse komandikku.

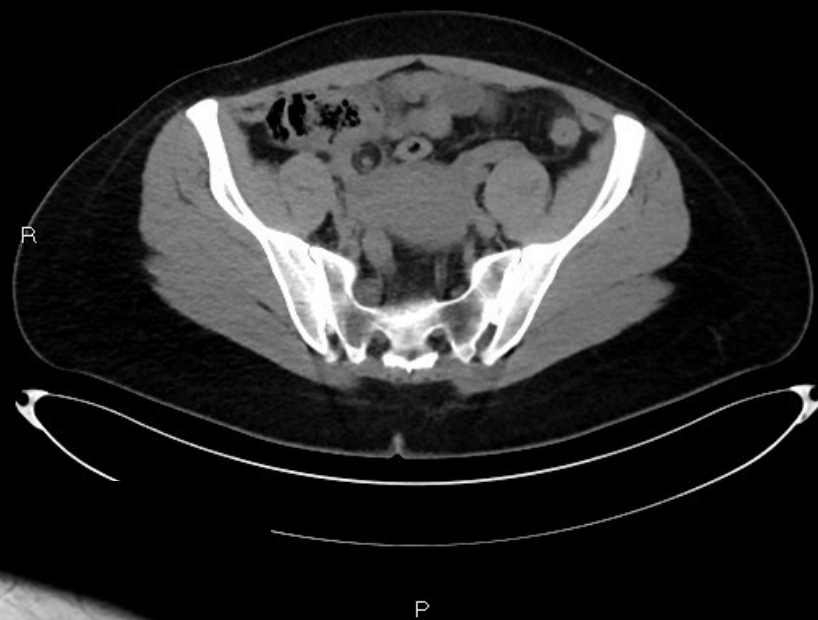
Histoloogia

- Ileumi lõikepiiril ei sedasta kasvajat.
- Ileum normaalse ehitusega.
- Ileotsökaalne klapp ja tsöökum normaalse ehitusega.
- Ülenev jämesool ja lõikepiir normaalse ehitusega.
- Appendiksi laienenud osa. Õhuke sein, milles on kadunud limaskest. Seinas on erineva suurusega kapillaartüüpi veresooneid ja verevalumid. Maligniteet puudub.
- Proksimaalses osas on kohati säilinud üksikud ussripiku näärmelised struktuurid, mis paiknevad õrnas fibroosses koes. Seal ka erineva läbimõõduga õhukeseseinalised veresooneid ja pesadena rakkude grupid, mille genees on ebaselge. Rakud on ümmargused, monomorfsed halvasti säilinud. Valendikus kohati säilinud struktuuritu mass kaltsifikaatidega.
- Täpsustav immuunhistokeemia: CD99 - positiivne(+) cytoplasmic, kohati membranous; CD31 - positiivne(+) veresoonte sein; CK - positiivne (+); Ki-67 - 1%; SYN - positiivne (+) cytoplasmic; CHR - positiivne (+) cytoplasmic; NSE - positiivne (+) cytoplasmic; CD45 - negatiivne (-) pesades
- Järeldus: Ussripiku kartsinoid (T1a), millest distaalsemal mukotseele.

< 2-64 >



< 2-66 >



< 401 - 2 >



Ussripiku kartsinoid

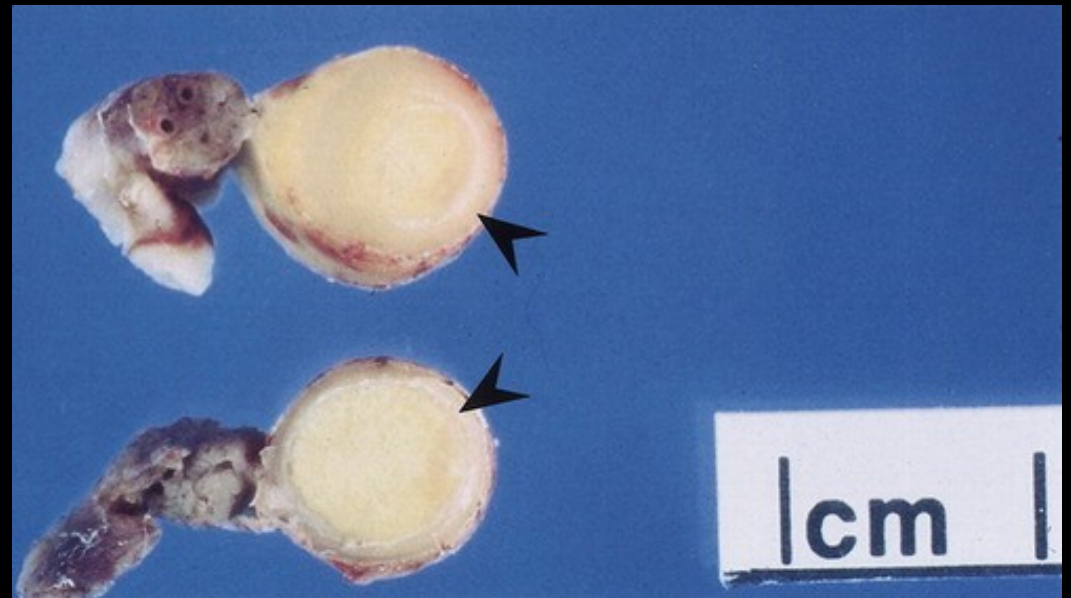
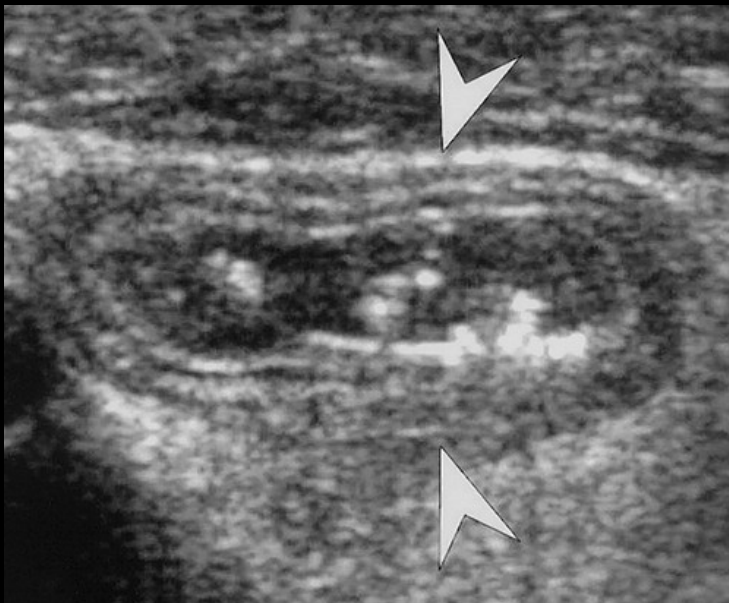
- Kõige sagedasem ussripiku kasvaja (80%), samas esinemissagedus ainult ~0,5 juhtu 100 000 kohta aastas.
- Subepiteliaalsetest neuroendokriinsetest rakkudest lähtuv tuumor, mis tüüpiliselt asetseb ussripiku tipus (75%).
- Enamus nendest beniigse kliinilise kuluga ning ei metastaseeru.

Ussripiku kartsinoid

- Keskmise vanus kartsinoidi haigestumiseks on 61 aastat, aga ussripiku kartsinoidid esinevad rohkem ka noorematel.
- Rohkem leitud naistel (rohkem juhuslikke apendektoomiaid?).
- Tüüpiliselt on kasvavad <1cm suurused.
- Üle 2cm-sed tuumoreid tuleks pidada maliigseks ning vajavad parempoolset hemikolektoomiat.
- Obstruktsiooni põhjustades võib olla ägeda apenditsiidi või harvematel juhtudel mukotseele põhjustaja. Samas ägeda apenditsiidi puhul koos kartsinoidiga on see obstruktsiooni põhjus ainult 25% juhtudest.

Ussripiku kartsinoidi kuvamine

- Erinevalt teistest primaarsetest ussripiku kasvajatest on selle avastamine sageli kirurgiliselt või histoloogiliselt juhuleiuna.
- Tüüpilist pildilist leidu suhteliselt vähe, mis tingitud tuumori väikesest suurusest, tüüpilisest asendist ja vähestest komplikatsioonidest.
- Obstruktsiooni põhjustav kartsinoid põhjustab enamasti apenditsiiti ja tuumor ise alati nähtav ei ole.



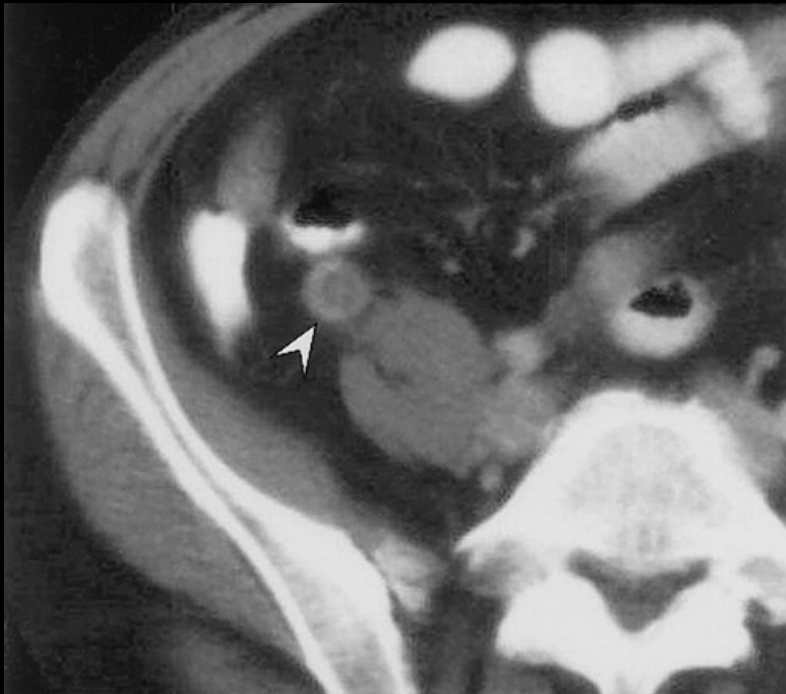
Ussripiku kartsinoidi kuvamine

- Radioloogiliselt on kasvajat võimalik näha ainult siis kui ta on piisavalt suur või temas on kaltsifikaate.
- Kaltsifikaadid võivad simuleerida apendikoliiti.
- Kartsinoid tuumor võib esineda ka infiltreerivana (goblet cell carcinoid) ning põhjustada seina difuusset paksenemist.



Ussripiku kartsinoidi kuvamine

- Kergelt paksenenud seinaga ussripik, mille valendikus vedelik?



Ussripiku mukotseele

- Ebanormaalne mutsiini kogunemine ja ussripiku valendiku laienemine, millel erinevad põhjused:
 - Lihtne mukotseele või retentsioonsüst kroonilisest obstruktsioonist.
 - Limaskesta hüperplaasia.
 - Beniigsed ja maliigsed tuumorid.
- Oluline preoperatiivselt tuvastada, kuna võib mõjutada kirurgilist lähenemist: 1) Võib vajada laialdasemat lõikust tuumori tõttu. 2) Selle ruptuur lõikuse käigus võib põhjustada peritoneumi pseudomüksoomi.

Ussripiku mukotseele kuvamine

- Mukotseele on enamasti hästi piirdunud, madala tihedusega sfääriline või tubulaarne struktuur, mis ühenduses umbsoolega.
- Seinapidised kõverajoonelised lubistused viitavad mukotseele diagnoosile, aga on näha vähem kui 50% juhtudest.
- Valendikusisesed gaasi mullid või õhk-vedelik nivoo viitab infektsioonile, mis võib esineda nii beniigsetes kui maliigsetes mukotseeledes.
- KT uuringul ägeda apenditsiidi ja mukotseelega ägeda apenditsiidi kattuvad ja ei pruugi olla eristatavad.
- Mukotseelele viitab >15mm-ne diameeter, tsüstiline laienemine ja lubistused.

Ussripiku torsioon

- Kliiniliselt ei ole apenditsiidist eristatav.
- 2007 a seisuga on kirjanduses kirjeldatud üle kolmekümne juhtumi.
- Primaarne vorm
- Sekundaarne vorm – anomaaliast tingitud.

2012 a seisuga 18 sekundaarse vormi juhtumit (tsüstadenoom, mukotseele, apendikoliit, kartsinoid, lipoom).

- Radioloogiliselt ainult ühel juhul tuvastatud preoperatiivselt (UHs nähti "whirlpool sign-i").
- 2018 a seisuga kolmel juhul tuvastatud radioloogiliselt preoperatiivselt
- Torsiooni soodustavad tegurid: pikk ussripik, pikk või puuduv kinnisti, ussripiku tuumorid, umbsoole malpositsioon, lahtistite kasutamine ning suur füüsiline koormus.

Kirjandus

- Perry J. Pickhardt. "Primary Neoplasms of the Appendix: Radiologic Spectrum of Disease with Pathologic Correlation" AJR 2003.
- Angela D. Levy. "Gastrointestinal Carcinoids: Imaging Features with Clinicopathologic Comparison" AJR 2007.
- Genevieve L. Bennett. "CT Diagnosis of Mucocele of the Appendix in Patients with Acute Appendicitis" Gastrointestinal Imaging 2008.
- Panagiotis A Dimitriadis. "Appendiceal torsion associated with undescended caecum: a case report and review of the literature". BMJ 2012.