

RADIOTERAPIJA IN SISTEMSKO ZDRAVLJENJE BOLNIKOV S PARAPAREZO ZARADI MESTAZ

Alenka Vodnik-Cerar

Izvodček

5 % bolnikov med svojo maligno boleznio razvije znake prizadetosti hrbtenjače (10 % vratne hrbtenjače, 70 % prsne in 20 % ledvene).

V večini primerov gre za metastazo v telesu vretenca, ki je zaradi te metastaze zdrsnilo v epiduralni prostor in povzročilo kompresijo. Ta vrsta metastaziranja je običajna pri pljučnem raku, raku na dojki, na prostati, hipernefromu in raku črevesja.

V manjšem številu pa je kompresija hrbtenjače posledica hematogene metastaze v tem prostoru. Običajno gre za lokalizacijo NHL.

Klinična slika

Pri klinični sliki ločimo dva tipa nevrološke okvare:

1. Počasi nastajajoča parapareza s slabostjo mišic in bolečinami, ki trajajo nekaj tednov. Epiduralna metastaza počasi raste ali metastaza z vretencem počasi zdrsne v epiduralni prostor.
2. V nekaj dneh ali urah nastane paraplegija s sfinkterskimi motnjami. Ta vrsta parapareze oziroma paraplegije je posledica okluzije vertebralne arterije zaradi hitro nastale kompresije metastatično prizadetega vretenca. V 48 urah je ta paraplegija dokončna in ireverzibilna.

Diagnoza

Nevrološki pregled postavi sum na pritisk medule spinalis, rtg-ska slika je običajno negativna. Povsem jasno se ta metastaza vidi v epiduralnem prostoru v CT preiskavi, ki jo kombiniramo z mielografijo in z MRI.

Prognoza

Na podlagi klinične slike lahko s precejšnjo gotovostjo določimo, v katero smer se bo ta simptomatika razvijala.

1. **Ugodna prognoza**, kjer predvidevamo 100% remisijo oziroma izginotje simptomov. Ugodno prognozo ima počasi nastajajoča parapareza, ki ne povzroči sfinkterskih motenj. To so običajno lokalizacije limfoma ali mieloma v epiduralnem prostoru.
2. **Srednje ugodna prognoza** s 30 % možnosti remisije. To so lokalizacije metastaze nad petim prsnim vretencem in so povzročene običajno z metastazo raka dojke ali prostate v telesu vretenca.

3. **Prognostično neugodna simptomatika**, kjer je manj kot 15 % možnosti re-misije. To je parapareza oziroma paraplegija, ki jo spremljajo sfinkterske motnje in nastane v nekaj urah ali nekaj dneh. To so metastaze v vretencih, povzročene z adenokarcinomom pljuč ali hipernefroma.

Terapija

Pri nastajajoči paraparezi takoj uvedemo kortikosteroidno terapijo, predvidoma v zelo visokih dozah, tudi po 40 mg Dexametasona na 24 ur.

Nadaljnji ukrep je odvisen od tipa malignoma, ki je povzročil to paraparezo in od načina nastanka parapareze. V kolikor je parapareza posledica lokalizacije NHL, neuroblastoma ali multiplega mieloma v epiduralnem prostoru, zadošča ob kortikosteroidni terapiji ciljano obsevanje.

Manj uspešno je obsevanje pri paraparezi, ki je povzročena z metastazami raka dojke in mikrocelularnega raka pljuč.

V kolikor je parapareza povzročena z metastatskimi lokalizacijami adenocarcinoma črevesja, hipernefroma ali malignega melanoma, je uspešna le **laminektomija**, ker naredi takojšnjo dekompresijo spinalnega prostora. Za to kirurško intervencijo se odločamo skupaj z nevrokirurgi in travmatologi, vendar so indikacije za njo jasno postavljene:

- pričakovana življenjska doba vsaj nekaj mesecev,
- paraplegija ne traja več kot en dan in
- parapareza brez sfinkterskih motenj

Nekaj dni po operaciji priključimo še obsevanje, da preprečimo lokalni recidiv, ker operacije velikokrat ni moč šteti za radikalno.

Obsevamo z dozami 3 ali 4 Gy dnevno, do skupne doze 27 ali 24 Gy ob podpori kortikosteroidne terapije.

Kemoterapija je indicirana v primeru, ko gre za senzibilen tumor, vendar bolj zaradi lokalizacije bolezni, ki je v telesu. Metastaze v epiduralnem prostoru in v vretencih zahtevajo najprej lokalno ciljano zdravljenje z operacijo, obsevanjem ali obojim.

Citostatske sheme so odvisne od histološke slike primarnega procesa. Pri malignem limfomu uporabljamo shemo CHOP, pri multiplemu mielomu AP in pri dojki CMF ali kombinacijo z antraciklini.

Dokončna paraplegija, ki nastane zaradi metastaz v hrbtenci, pomeni za bolnika izjemno poslabšanje kakovosti življenja.

Zaključek

Splošni zdravniki so prvi, ki naletijo na bolnika z začetnimi nevrološkimi znaki in bolečinami v hrbtu.

Zelo pomembno je, da ob tej simptomatiki pomislijo na možnost metastaz v epiduralnem prostoru in **bolnika takoj napotijo k onkologu.**

Literatura

1. Baleriaux D: Spinal cord tumors. In Jeanmart L (ed): Tumours, p 39. Berlin, Springer-Verlag, 1986
2. Connly ES: Spinal cord tumors in adults. In Xyouman JR (ed): Neurological Surgery, 2nd ed, p 3196. Philadelphia, WB Saunders, 1982
3. Greenwood J Jr: Spinal cord tumors. In Youman JR (ed): Neurological Curgery, 2nd ed, p 1514. Philadelphia, WB, Saunders, 1982
4. Henson RA, Urich H: Involvement of the vertebral column and the spinal cord. In Cancer and the Nervous System, pp 120-154. Oxford, Blackwell, 1982