

Metastaas ajus söögitoruvähi esmase kliinilise avaldusena

Väino Sinisalu¹, Tiiu Tomberg^{1,2}

Eesti Arst 2012;
91(5):248–250

Saabunud toimetusse:
02.04.2012
Avaldamiseks vastu võetud:
30.04.2012
Avaldatud internetis:
31.05.2012

¹ TÜ Kliinikumi närvikliinik,
² TÜ Kliinikumi
radioloogiakliinik

Korrespondeeriv autor:
Väino Sinisalu
vaino.sinisalu@kliinikum.ee

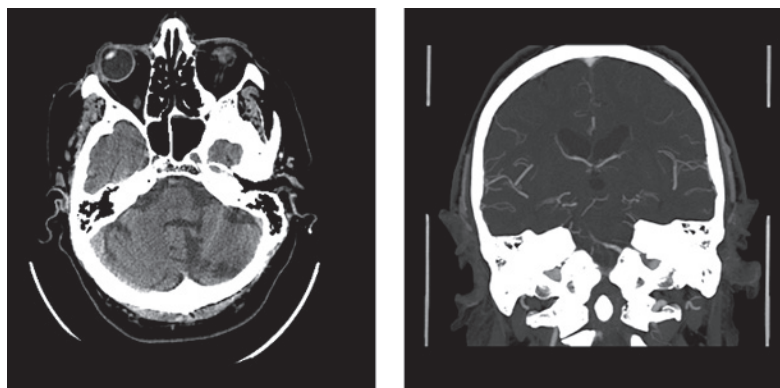
Võtmesõnad:
söögitoruvähk, metastaas
tagumises koljukoopas,
ajutüveinfarkt

Perearst suunas 68 aasta vanuse mees-patsiendi erakorralise haigena EMOSse. Viimase 2 nädala vältel oli haige kurtnud pearinglust, tasakaaluhäireid ja isutust, jäänud peaaegu voodihaigeks.

Kahe aasta eest viibis patsient ravil neuroloogia osakonnas. Diagnoositi ajuinfarkti väikeaju vasemas hemisfääris ja vermis'es ning parema lüliarteri lõpposa tromboosi (vt pilt 1). Kaasuva haigusena fikseeriti essentsiaalne arteriaalne hüpertensioon. Haige suunati edasi taastusravile ja sekundaarseks preventsiiooniks määrati Hjertemagnyl 150 mg, ramipriil 10 mg ja atorvastatiin 20 mg päevas.

Taastusravi järel haige seisund paranes. Ta oli võimeline iseseisvalt kõndima, kuid abikaasa andmetel ta väljakirjutatud ravimeid ei võtnud ja jätkas suitsetamist kuni 1 pakk sigarette päevas.

Edaspidi süvenes patsiendil kuulmislangus, audiomeetriliselt ilmnnes madalate ja keskmiste toonide kuulmise langus. Haige varustati kuulmisaparaadiga, millega ta kohanes siiski halvasti ja viimase aasta jooksul enne hospitaliseerimist oli kontakt haigega raskendatud, kuid erilisi kaebusi ta ei esitanud.



Pilt 1. KT-uuring peast ja KT-angiograafia. Väikeaju vasemas hemisfääris ja *vermis'*e piirkonnas hüpodensne kolle; parema lüliarteri lõpposa oklusioon.

OBJEktiivNE LEID VASTUVõTUL

Patsient oli kontaktne ning isikus, ajas ja kohas orienteeritud. Kuulmislanguse tõttu oli kontakt raskendatud, peavalu ega iiveldust ta ei kurtnud, oli üldiselt pidurdatud, kaebas peauimasust. Külgedele vaatamisel esinesid nüstagmid, neelamine ja fonatsioon olid häireteta, kurgurefleks vallandus mõlemal pool. Pareese ei olnud. Koordinaatsioonikatsud olid ebakindlad, istuma tõustes ilmnis kehatüve ataksia.

Anamneesi ja objektiivselt leidu arvestades oli esimeseks diagnoosihüpooteesiks korduv ajuinfarkt vertebrobasilaarsüsteemi varustusosalal.

Tehti kompuutertomograafiline (KT) ja magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring natiivis ja kontrastainega. Tagumises koljuaugus tuli esile heterogeenselt kontrasteeruv tuumor diameetriga 4,19 x 3,47 cm ja neljanda ajuvatsakese deformatsioon (vt pilt 2). KT ja MRT leiu alusel võis kahtlustada ka peaju metastaatilist tuumorit.

Võimalikule vähi algkoldele anamneesis ja objektiivses leius viiteid ei olnud. Sonoograafilisel uuringul kõhukoopast kõhukoopaelundite tuumori kahtlust ei jäänud. Ka rindkere ülesvõttel ei ilmnunud kasvajale või põletikule viitavaid muutusi.

Patsient hospitaliseeriti neurokirurgia osakonda. Esimestel päevadel osakonnas oli haige keskmise raskusega üldseisundis, eelistas voodist mitte tõusta. Esinesid febrilised temperatuuritõusud ja kõha, veres olid põletikunäitajad tõusnud. Korduvad ülesvõtted kopsudest koldelisi muutusi esile ei toonud. Raviks ordineeriti tsefuroksiim ning pärast 5. ravipäeva palavikke ei kordunud ja põletikunäitajad normaliseerusid.

Seejärel tehti haigele operatsioon – tagumine kraniotoomia. Väikeajust eemaldati suhteliselt selgelt piiritletav tuumor.

Kasvaja histoloogilisel uuringul sedastati vähe diferentseerunud lamerakk-kart-

sinoomi kude – pahaloomulise kasvaja metastaas.

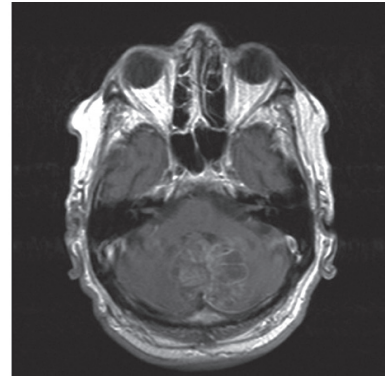
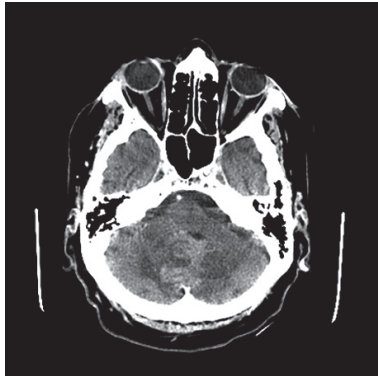
Operatsiooni järel oli haige teadvusel, pareesideta, püsisid nüstagmid ja tasakaaluhäire. Kuulmislanguse tõttu sai haigega kontakti vaid talle kirjalikult küsimusi esitades. Ilmnes väljendunud neelamishäire: tahke toit ei liikunud suust edasi, samas oli neelamisakt normis.

Tehti KT-uuring rindkerest, kus tuli esile valendikku ahendav kasvaja söögitorus ning kaelapiirkonna ja mediastiinumi lümfisõlmede suurenemine (vt pilt 3).

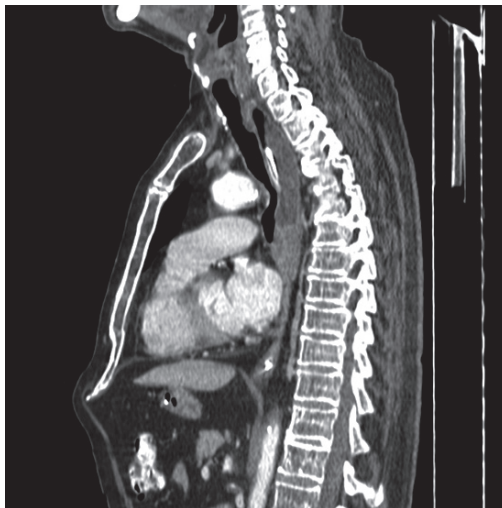
Onkoloogi tehtud endoskoopilisel uuringul oli nähtav söögitoru keskosas 30–35 cm kaugusel hammastest tsirkulaarne tuumor, mis oli endoskoobiga läbitav keskmise surve all (vt pilt 4). Tuumorist võeti biopsia. Söögitoru ahenemiskohale pandi Hanaro stent EPB 18110 x 70 kogupikkusega 110 mm (vt pilt 5). Stentimine õnnestus. Biopaatide histoloogilisel uuringul leiti atüüpilise lameepiteeli väädid, infiltratsioon sidekoes, mõõdukas rakuatüüpia, koldeline sarvestumine, pindmine haavandumine, rohke segarakuline põletikuinfiltraat sidekoes. Otsus: sarvestuv lamerakk-kartsinoom, diferentseerumisaste eelkõige mõõdukas.

Onkokonsiiliumi otsusega suunati haige keemiaravile.

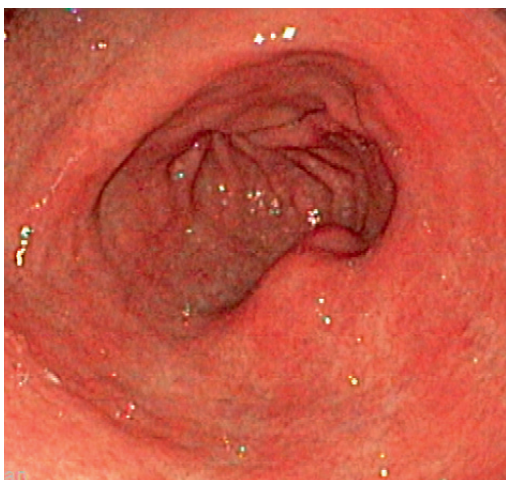
Haiglast väljakirjutamisel oli patsient keskmise raskusega üldseisundis, eelistas lamada, pareese ei olnud, öösiti oli rahutu, kõndida suutis rulaatoriga. Haigele on näidustatud vedel või püreestatud toit, vajab söömisel kõrvalabi koordinatsiooni-häire tõttu.



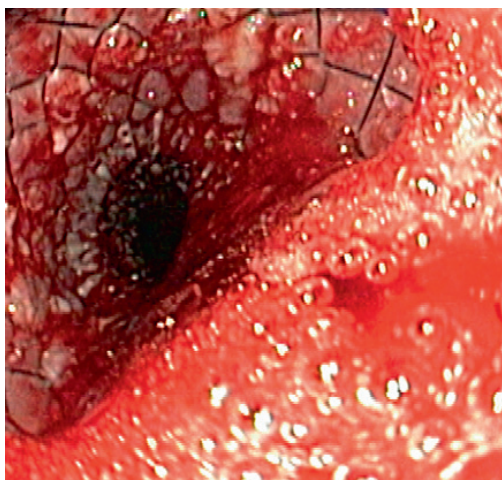
Pilt 2. KT- ja MRT-uuring peast. Infratentoriaalsel keskjoonel ja sellest vasemal näha heterogeenselt kontrasteeruv ekspansioon, metastaasikahtlus.



Pilt 3. KT-kontrastuuring rindkerest. Söögitoru kesk- ja allosas ekspansiivne protsess, sellest kõrgemal söögitoru suprastenootiline laienemine.



Pilt 4. Endoskoopilisel uuringul nähtav söögitoru valendikku tsirkulaarselt ahendav tuumor.



Pilt 5. Söögitoru valendikku paigaldatud laiendav stent.

ARUTELU

Tegemist on söögitoruvähi haigusjuhuuga, mille esimene kliiniline avaldus oli metastaas ajus. Väärib tähelepanu, et metastaas ajus lokaliseerus väikeaju piirkonnas, kus kahe aasta eest oli kujunenud infarktikolle. Küsimus, kas metastaasi paiknemine on põhjuslikult seotud varem kujunenud infarktikoleda, jääb lahtiseks. Kirjandusest ei leidnud me viiteid sarnaste seoste kohta. Küll aga võisid varasema väikeaju-infarkti jääknähud maskeerida metastaasist tingitud neuroloogilist leidu. Nii oli ka esimene diagnoosihüpotees haige vastuvõtul reinfarkt väikeajus. Täpne diagnoos kinnitati alles aju visualiseerimisuuringutel. Kirjeldatud juhtum kinnitab veel kord visualiseerimisuuringute otstarbekust ajuinsuldi-kahtlusega haigetel.

Söögitoruvähk on vähisurmade põhjuste seas seitsmendal kohal ja sageli diagnoositakse see alles hilisstaadiumis (1). Kasvaja operatiivne ravi on selles faasis seotud raskete komplikatsioonidega ja haiged allutatakse enamasti palliatiivsele ravile. Kirjanduse andmeil on tõhusaim palliatiivne ravi võtte düsfaagia leevendamiseks söögitoru stentimine (1). Nii toimiti ka kirjeldatud juhul. Edasi rakendati keemiaravi.

Peaaju metastaasid moodustavad ligi poole kõikidest peaaju kasvajatest (2). Aju metastaasid diagnoositakse kuni 40%-l väihaigetest ja nende esinemissagedus kasvab (3). Sagedamini metastaseeruvad peaajju kopsu- ja rinnavähid ning melanoom. Kirjanduse andmeil jääb ka tänapäevaste diagnoosimisvõimaluste juures 15%-l metastaasijuhtudest kasvaja algkole selgitamata (3).

Ajumetastaaside ravivõtted sõltuvad haige üldseisundist, metastaatiliste kollete arvust ja metastaasi suuruselt. Metastaasi ümbritseva vasogeense ajuturse raviks on edukalt kasutusel kortikoidhormoonid. Üksiku ajumetastaasi korral on eelistatum raviviis selle kirurgiline eemaldamine (4).

Nii oli see ka kirjeldatud juhul. Palliatiivsetest ajumetastaaside ravivõtetest on kasutusel kiiritusravi ja ka gammanuga. Keemiaravile alluvad aju metastaasid sarnaselt põhikoleda (3).

SUMMARY

Brain metastasis and the first clinical manifestation of oesophageal cancer

Väino Sinisalu¹, Tiiu Tomberg^{1,2}

A 68-year-old male was admitted to hospital with signs of fatigue, ataxia and vertigo. Two years earlier the patient had been admitted due to cerebellar infarction and thrombosis of the right vertebral artery. Recovery had been almost full.

On admission brain CT and MRT revealed cerebellar tumour of 4.19x3.47 cm, brain metastasis was suspected.

A few days later the tumour was removed via posterior craniotomy. Microscopically differentiated carcinoma was diagnosed.

Postoperatively, the patient's condition was relatively stable, but one week later signs of dysphagia were manifested. There were no signs of bulbar paralysis. Chest CT revealed a tumour obstructing the oesophagus.

For palliation of dysphagia an oesophageal stent (HANAROSTENT EPB) was endoscopically placed on the stenotic site. Further, the patient was sent to the department of oncology for chemotherapy.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Kujawski K, Stasiak M, Rysz J. The evaluation of esophageal stenting complications in palliative treatment of dysphagia related to esophageal cancer. *Med Sci Monit* 2012;18:CR323-9.
2. Johnson JD, Young B. Demographic of brain metastases. *Neurosurg Clin N Am* 1996;7:337-42.
3. Soffiotti R, Ducati A, Ruda R. Brain metastases. *Handb Clin Neurol* 2012;105:747-53.
4. Bhangoo SS, Linskey ME, Kalkanis SN. Evidence-based guidelines for the management of brain metastases. *Neurosurg Clin N Am* 2011;22:97-104.

¹ Neurology Clinic of Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

² Radiology Clinic of Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to:
Väino Sinisalu
vaino.sinisalu@kliinikum.ee

Keywords:
oesophageal cancer,
posterior fossa metastasis,
brainstem infarction