

# Epiduraalsest metastaasist põhjustatud kaelavalu pahaloomulise kasvaja esmaavaldusena

Väino Sinisalu<sup>1</sup>, Toomas Lillsaar<sup>2</sup>, Liivi Maddison<sup>3</sup>, Pilvi Ilves<sup>2</sup>

<sup>1</sup> TÜ Kliinikumi närvikliinik,  
<sup>2</sup> TÜ Kliinikumi radioloogikliinik,  
<sup>3</sup> TÜ Kliinikumi anestezioloogia ja intensiivravi kliinik

Enese hinnangul oluliste terviseprobleemideta 64aastane mees kukkus jalgrattaga sõites. Järgmistel päevadel häirisid patsienti kaelavalu ja süvenevad paresteesiad mõlemas käes. Kukkumisest nädala möödudes pöördus ta kohaliku haigla neuroloogi poole. Neuroloog haigel motoorikahäireid ei sedastanud ja korraldas kompuutertomograafilise (KT) uuringu kaelast. Uuringul ilmnesid varasema C7-lüli murru järgne seisund ja väljakujunenud

spondüloartrootilised muutused, kaelakanal oli oluliste ahenemisteta (vt joonis 1). Haigel soovitati kanda pehmet kaelakraed ja ordineeriti valuravi.

Aja möödudes vaevused ei vähenenud ja haiguse 3. nädalal pöördus ta erakorralise meditsiini osakonda. Uurimisel motoorikahäireid ei tuvastatud ja KT-uuringu andmetele toetudes peeti vaevuste põhjuseks degeneratiivseid muutusi kaelas ja lisaks ketoprofeenile, paratsetamoolile ning sirdaluudile määrati tramadool. Kuu möödudes vaevuste kujunemisest jõudis



**Joonis 1.** Kaela KT-uuring natiivis, sagitaalne lõik. C7 lülikeha varasem kompressioonfraktuuri järgne seis. C5–6 kohal moodustumas plokklüli. Ulatuslikud degeneratiivsed muutused lülisamba kaelaosas.



**Joonis 2.** Kaela KT-uuring natiivis, sagitaalne lõik, kuu hiljem. KT-uuringu leid sarnane eelmise uuringuga.

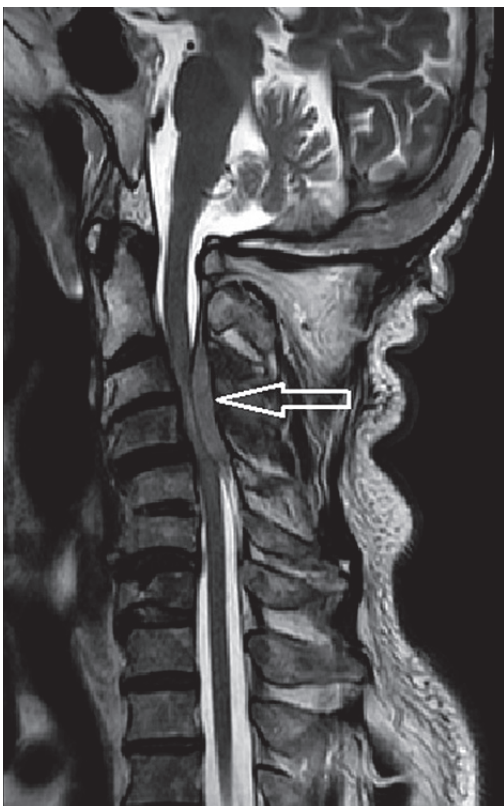
haige ambulatoorsele taastusravile. Selleks ajaks olid valukaebused oluliselt süvenenud, valu esines ka öisel ajal ja kaela liikuvus oli muutunud piiratuks. Samal päeval haige hospitaliseeriti kohalikku haiglas. Järgmise päeva hommikul halvenes haige seisund dramaatiliselt: kujunes lõtv tetrapleegia ja uriini retentsioon ning hemodünaamika muutus ebastabiilseks. Viivitamatult korrati KT-uuringut, mille leid oli analoogne varem tehtud uuringuga (vt joonis 2). Seisundit hinnati spinaalseks šokiks ning haige suunati edasi neurokirurgia osakonda.

Neurokirurgia osakonnas tehtud MRT-uuringul ilmnes lülisamba kaelaosas C3–C5 lülide tasemel epiduraalsel lisamass, mis komprimeeris seljaaju (vt joonis 3). Viivitamata võeti haige operatsioonile. Tehti C3–C4 laminektoomia ja eemaldati epiduraalsel

paiknev tuumor kogu ulatuses. Luulised struktuurid olid normipärased.

Operatsiooni järel püsis haige raske seisund tetrapleegiaga. Haigele tehti trahheostoomia, ta vajab hingamise toetust, hemodünaamika toetamiseks manustati noradrenaliini, tüsistusena kaasnenud pneumoonia raviks antibiootikume.

Operatsioonimaterjali uuringul diagnoositi väljendunud mitootilise aktiivsusega väga maligne ebaselget päritolu kasvaja – aplastiline neuroendokriinse kartsinoomi metastaas. Haige raske üldseisundi tõttu kasvaja algkolde uuringuid ei saanud teha. Kopsude KT-uuringul pahaloomulise kasvaja tunnuseid ei ilmnunud (vt joonis 4). Onkoloogide konsiilium otsustas, et edasised uuringud ei ole näidustatud ning haige vajab toetavat ravi. Pärast 19 päeva kestnud ravi intensiivravi osakonnas haige seisund



**Joonis 3.** Kaela MRT-uuring, T2W-TSE sekvents sagitaaltasapinnas. C3–C5 kõrgusel on spinaalkanali dorsaalses osas näha epiduraalne lisamass, mis komprimeerib dorsaalselt seljaaju. Seljaajus on samal kõrgusel hüperintensiivne hajus signaali muutus. MRT-uuringu järel jäi kahtlus eelkõige maligne protsessi suhtes.



**Joonis 4.** Kaela MRT-uuring, T1W-TSE sekvents sagitaaltasapinnas. Metastaasid lülisambas. Lülisamba kaelaosas ja uuringualale jäänud torakaalosa lülides on mitmeid madalama signaaliga koldeid, mis kohati haaravad kogu lüliskeha.

ei muutunud – endiselt püsis tetrapleegia, ta vajas hingamist ja hemodünaamikat toetavat ravi. Edasiseks raviks viidi haige üle kohalikku haiglasse.

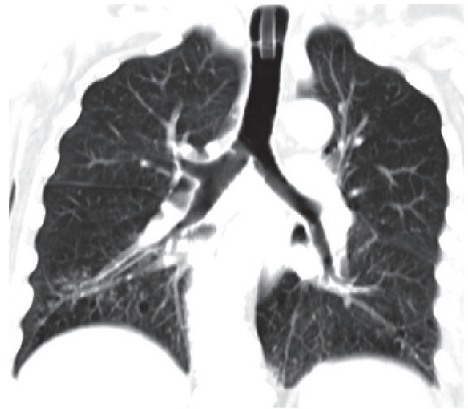
## ARUTELU

Kirjeldatud juhul põhjustas pahaloomulise kasvaja esimesed haigustunnused selle metastaseerumine epiduraalsele ja lülisamba kaelalülidesse. Kirjanduse andmeil metastaseerub 5–30% maliigsetest tuumoritest selgroolülidesse ja epiduraalsele. Sagedamini on need kopsu, eesnäärme, rinnanäärme ning neeru pahaloomulised kasvavad (1, 2).

Diagnoosimisvõimaluste ja teadmiste paranemisega väheneb nende juhtude arv, mil metastaasi algkollle jääb tuvastamata. Sellele vaatamata jääb erinevatel põhjustel osal juhtudel pahaloomulise kasvaja algkollle selgitamata ning need juhud on kirjanduses tuntud kui CAP (*carcinoma of unknown primacy*) juhtumid (3).

Spinaalse metastaatilise kasvaja esimeseks haigustunnuseks on tavaliselt valu. Seljaaju kompressioonile viitavad nähud (parees, tundlikkuse ja põietalitluse häired) avalduvad eri andmetel 5–20%-l spinaalse metastaasiga haigetest, keskmiselt 7 nädala möödudes vaevuste algusest (1, 4). Et pahaloomulised kasvavad arenevad enamikul juhtudel kesk- või vanemaealistel inimestel, kel on lülisambas kujunenud ka degeneratiivsed muutused, mis on sagedasim selja- või kaelavalu põhjus, tekitab see sagedasti raskusi valu põhjuse diagnoosimisel (5).

Spinaalse tuumori, nii primaarse kui metastaatilise, diagnoosimise kuldstandardiks on magnetresonatstomograafia (MRT) (1, 5). Erinevalt KT-uuringust toob see paremini esile pehmekoelised muutused selgrookanalisis ja paravertebraalselt, samuti algjärgus lülimetastaasid. Kirjeldatud juhul ilmnes veenvalt, et KT-uuringul ei tulnud epiduraalne tuumor nähtavale. Haigete



**Joonis 5.** Kopsu KT-uuring, koronaarne maksimaalse intensiivsuse projektsiooni (MIP) kujutis. Lisamassi kopsudes esile ei tulnud. *Mediastinum*'is ega aksillaarselt suurenenud lümfisõlmi ei olnud.

prognoos, kel on metastaasist tingitud seljaajukompressioon, on üldjuhul halb – nende elulemus on kirjanduse andmeil keskmiselt 10,7 kuud (6). Arusaadavalt on ülimalt oluline spinaalsete metastaaside varajane diagnoosimine, mis on sageli objektiivsetel põhjustel raske. Enamikus publikatsioonides on peetud vajalikuks rõhutada, et arstid mõtleksid ka sellele võimalusele ja suunaksid kahtluse korral haiged MRT-uuringule.

## KIRJANDUS

1. Mavrogenis AF, Pneumalikos S, Sapkas GS, Papagelopoulos PJ. Metastatic epidural spinal cord compression. *Orthopedics* 2009;32:3928.
2. Quraishi NA, Arealis G, Salem KM, Purushothamdas S, Edwards KL, Boszczyk BM. The surgical management of metastatic spinal tumors based on an Epidural Spinal Cord Compression (ECSS) scale. *Spine J* 2015;15:1738–43.
3. Carcinoma of unknown primacy (CUP). [www.cancer.org/cancer/cancer-of-unknown-primacy](http://www.cancer.org/cancer/cancer-of-unknown-primacy) last revised 07/07/2014.
4. Sutcliffe P, Connock M, Shyangdan D, Court R, Kandala NB, Clarke A. A systematic review of evidence on malignant spinal metastases: natural history and technologies for identifying patients at high risk of vertebral fracture and spinal cord compression. *Health Technol Access* 2013;17:1–274.
5. Börm W, Gleixner M, Klasen J. Spinal tumors in coexisting degenerative spine disease – a differential diagnostic problem. *Eur Spine J* 2004;13:633–8.
6. Bollen L, deRuiter GC, Pondaag W, et al. Risk factors for survival of 106 surgically treated patients with symptomatic spinal epidural metastases. *Eur Spine J* 2013;22:1408–16.