

# Intraduraalne ekstramedullaarne meningeoom 36aastasel naisel

Väino Sinisalu<sup>1</sup>, Elli Paal<sup>1</sup>, Jaan Eelmäe<sup>1</sup>, Dagmar Loorits<sup>2</sup>

Eesti Arst 2016;  
95(7):460–462

Saabunud toimetusse:  
22.02.2016  
Avaldamiseks vastu võetud:  
04.04.2016  
Avaldatud internetis:  
29.08.2016

<sup>1</sup> TÜ Kliinikumi närvikliinik,  
<sup>2</sup> TÜ Kliinikumi  
radioloogikliinik

Kirjavahetajaautor:  
Väino Sinisalu  
vaino.sinisalu@kliinikum.ee

Võtmesõnad:  
seljaajukasvajad,  
seljaaju intraduraalsed  
ekstramedullaarsed  
kasvajad, seljaajukasvajate  
diagnoosimine

36aastane naine haigestus episoodiliselt esinevate valudega alaseljas. Umbes 6 kuu möödudes lisandusid sokitüüpi düsesteesiad labajalgades, ligi 10 kuu möödudes lisandusid vibratsioonitundlikkuse häire roidekaarest allpool ja kerges astmes püramidaalnähud ning süvenes vaagnaeldude kontrolli häire. Neuroloogiaosakonnas, umbes aasta möödudes esmaste sümptomite tekkest, tehti pea, kaela ja rindkere piirkonna MRT-uuring. Diagnoositi 6.–7. rinnalüli kõrgusel intraduraalne ekstramedullaarne tuumor. Operatsioonil kasvaja eemaldati, tegemist oli atüüpilise meningeoomiga, mis kuulus Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) klassifikatsiooni järgi G2-rühma. Adjuvantravi ei olnud vajalik. Umbes kuu möödudes operatsioonist oli haige kaebusteta, neuroloogiline leid oli taandunud.

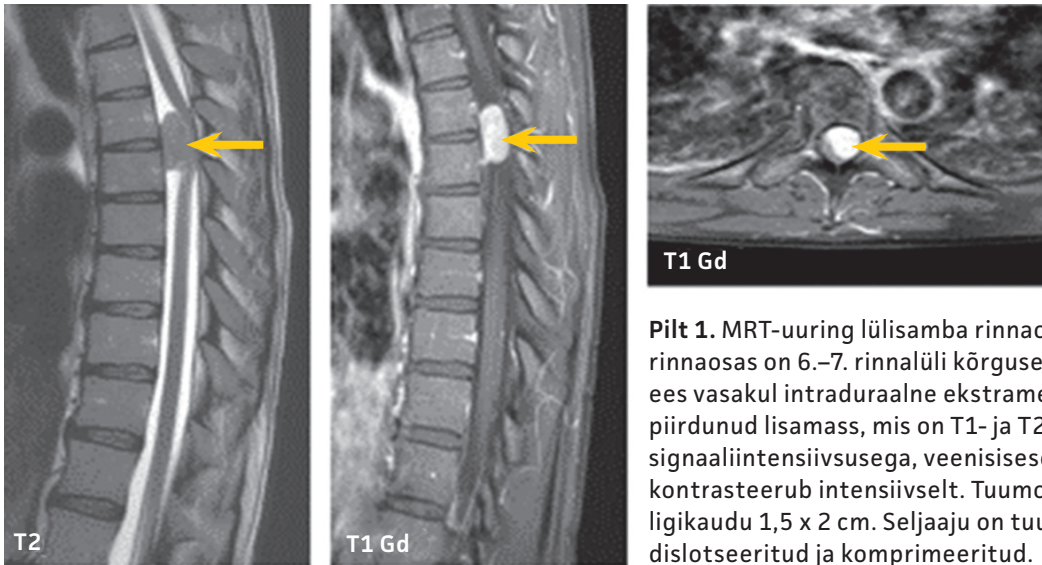
36aastane eelnevalt terve naisterahvas haigestus 2014. aasta sügisel episoodiliselt esineva ebamugavustunde ning valudega alaseljas. Umbes aasta hiljem haiglas olles meenutas ta, et samast ajast hakkas ta tundma, et ei suutnud kusepõit täielikult tühjendada ja pidi seetõttu sagedasti tualetis käima. Kevadel 2015 kujunesid mõlema jala distaalses osas sokitüüpi tundlikkusehäired surinatega. Ta tundis ka vasakul roidekaare all naha tundlikkuse muutust düsesteesia, mis kiirgus ka vasakule abaluu taha. Alates varasügisest 2015 lisandus osaline defekatsioonikontrollimatus. Augustikuust läks vasak jalg tuimaks ning see raskendas kõndimist, sest jala asend ei olnud tunda, oli ka tasakaalutuse tunne. Augustis 2015 oli ka paaripäevane episood, mil kogu vasem kehapool tundus jõuetuna, kuid see seisund möödus spontaanselt.

Patsient pöördus 2015. aasta augustis perearsti poole, kaevates seljavalu ning paresseesiad jalgades. Perearst soovitas pöörduda manuaalterapeudi juurde. Abaluutagust ja vasaku roidekaare alust valulikkust tõlgendati gastriidina ning seda raviti efektiivselt prootonpumba inhibiitoritega. Seljavalu püsimise tõttu pöördus patsient 2015. aasta septembris ortopeedi vastuvõtule. Ortopeed tellis lülisamba nimmeosast radikulopaatia kahtluse tõttu magnetresonantsomograafilise (MRT) uuringu, mis oli haigusliku leiuta. Perearst suunas patsiendi neuroloogi vastuvõtule, neuroloog saatis patsiendi närvikliinikusse demüeliniseeriva haiguse kahtluse tõttu.

Patsient hospitaliseeriti neuroloogia osakonda diagnoosi täpsustamiseks 14.10.2015. Pöördumisel oli patsient teadvusel ning adekvaatselt orienteeritud. Kraniaalnärvide leid oli normipärane. Haige suutis raskusteta kõndida nii varvastel kui ka kandadel. Kõnnak oli ettevaatlik ja aeglasepoolne. Ülemisel ja alumisel Barré katsul oli leid normipärane. Vasaku jala painutusjõud reiest ning põia dorsaalfleksiooni jõud vastupanule olid veidi nõrgenenud. Kätel olid kõõlusperiostaalrefleksid (KPR) külgühtlased, jalgadel elavnenud. Vasakul jalal vallandusid kannakloonus ning Babinski refleksi. Naha pinnatundlikkuse häire – düsesteesia – süvenes alanevalt roidekaare alumisest servast labajalgadeni. Vibratsioonitundlikkus puudus roidekaare alt distaalsele.

Diagnoosi hüpoteesiks oli kas demüeliniseeriv haigus või muu genesiga seljaajukahjustus rinnaosas. Diagnoosi täpsustamiseks tehti MRT-uuring peast ja lülisamba kaela ning rinnaosast. Ainsa haigusliku leiuna visualiseerus uuringul 6.–7. rinnalüli kõrgusel esinev intraduraalne ekstramedullaarne ekspansioon mõõtmetega 2,5 x 1,0 ja 3,0 x 1,4 cm, mis kontrasteerus intensiivselt (vt pilt 1).

Haige suunati edasi neurokirurgia osakonda, kus 26.10.2015 tehti operatsioon – 6. ja 7. torakaallüli hemilaminektoomia vasakult poolt ning intraduraalse ekstramedullaarse tuumori eemaldamine kogu ulatuses. Operatsiooni käigus selgus, et tuumor lähtub kõvakelmest, tuumori kinnituskoht koaguleeriti bipolaardiatermiat kasutades.



**Pilt 1.** MRT-uuring lülisamba rinnaosast. Lülisamba rinnaosast on 6.–7. rinnalüli kõrgusel spinaalkanalises ees vasakul intraduraalne ekstramedullaarne teravalt piirdunud lisamass, mis on T1- ja T2-sekventsides keskmise signaaliintensiivsusega, veenisisesel kontrastuuringul kontrasteerub intensiivselt. Tuumori mõõtmed on ligikaudu 1,5 x 2 cm. Seljaaju on tuumori poolt paremale dislotseeritud ja komprimeeritud.

Operatsiooni järel oli patsient rahuldavas üldseisundis, neuroloogiline defitsiit ei süvenenud ning vahetult pärast sekkumist püsis operatsioonieelsel tasemel. Haiglast kirjutati patsient välja 31.10.2015.

17.11.2015 pöördus patsient taastusraviarsti poole. Selleks ajaks olid põie- ja sooletalitlushäired möödunud, labajalgadel tundlikkus taastunud. Kõnnak oli tavapärane, KPR vasakul jalal elavnenud, patoloogilisi reflekse ei vallandunud.

Histoloogiline leid: meningoteliaalne kasvaja psammoomkehakestega, esines hüpertsellulaarsust ning vähesel määral korrapäraseid mitoosi. Rakkude atüüpiaat ega nekroosi ei esinenud. Tegemist oli atüüpilise meningioomiga, mis kuulus WHO klassifikatsiooni järgi G2-rühma, mille puhul ei ole operatsioonijärgset adjuvantravi vaja.

## ARUTELU

Umbes pooled lülisamba piirkonna kasvajatest on primaarsed intraduraalselt paiknevad närvelementidest või ajukelmetest lähtunud kasvavad. Nende esinemissageduseks peetakse 2–4% 100 000 inimese kohta aastas. Kõigist närvisüsteemi kasvajatest moodustavad primaarsed intraduraalsed kasvavad vaid 2–4% (1, 2). Seega on nad suhteliselt harva esinevad haigusseisundid ja kirjanduses on vähe rohkel haigete hulgal põhinevaid ülevaateid nende diagnoosimise, kulu ja ravitulemuste kohta.

Intraduraalsed ekstramedullaarsed kasvavad on enamasti healoomulised ja nende eemaldamise järel haiged tervenevad. Hea prognoos on eeldatav vaid juhul, kui

haigus on diagnoositud ja ravitud enne, kui on kujunenud seljaaju kompressiooni nähud. USAs 2010. aastal avaldatud 430 intraspinaalse kasvaja ülevaatest ilmnes, et 24,4%-l juhtudest oli tegu meningeoomidega, 23,7%-l ependümoomide ja 21,2%-l švannoomidega. Teisi kasvajatüüpe leiti harvem. Haigete keskmine vanus oli 49,3 aastat, veidi sagedamini (60%-l juhtudest) haigestusid naised ja sagedasim esmassümptom oli valu (1). Ligi 90% haigetest opereeriti. Komplikatsioone esines harva: 2,2%-l registreeriti neuroloogilise leiu halvenemine ja 1,6%-l infektsioossed tüsistused operatsiooni järel (1).

Kuna seljaajukasvaja esineb harva, põhjustab nende õigeaegne diagnoosimine mõnigi kord raskusi. Israelis valminud 101 haige materjalil põhinevas uurimuses ilmnes, et keskmine aeg sümptomite ilmnemisest diagnoosini oli 12 kuud (3). Kõige sagedamini paiknes kasvaja seljaaju rinnaosast (43%), nimmeosas paiknes kasvaja 31%-l ja kaelaosast 26%-l haigetest. Diagnoosimise ajal olid sagedasemad sümptomid seljavalu ja motoorikahäired, tundlikkusehäired esinesid 42%-l ja sfinkterite kontrolli häired 38%-l haigetest. Paraparees registreeriti 52%-l ja radikulopaatiatähed 31%-l patsientidest. Autorite hinnangul hilines 62,4%-l haigetest diagnoos põhjendamatult.

Haiguse alguses on sümptomid mittespetsiifilised, valu peetakse sageli muskuloskeletalse iseloomuga valuks, põiehäireid meestel eesnäärme hüpertroofiast tingitult ja naistel stressinkontinentsiks. Nii ongi pidanud Israeli patsientidel põhineva ülevaate autorid diagnoosi hilinemise põhjuseks eksimisi

haigustunnuste tõlgendamisel ning protsessi kõrguse hindamisel seljaajus 77%-l ja ebaadekvaatsete uurimismeetodite kasutamist 76%-l juhtudest. Kolmandikul juhtudest pidasid autorid diagnoosi hilinemise põhjuseks patsiendi enda passiivsust abi otsimisel (3). Magnetresonantstomograafiline uuring on kõige kindlam ja usaldusväärsem meetod seljaajukasvaja diagnoosimisel.

Kesk- ja vanemaealistel inimestel esinevad sageli degeneratiivsed muutused lülisambas ja nendega seotud vaevused varjutavad tihti-peale seljaajukasvajast tingitud sümptomaatika. Kirjanduse andmeil taandusid ligi 85%-l haigetest pärast seljaajukasvaja eemaldamist ka eeldatavalt lülisamba degeneratiivsetest muutustest tingitud vaevused (4, 5).

Hiljuti avaldatud uuringus analüüsiti aastail 2002–2011 USA 744 haiglas ravitud 18 297 intraduraalse seljaajukasvajaga haige ravitulemusi (6). Suremus oli 0,3%, erinevate komplikatsioonide esinemissagedus umbes 2%. Pärast operatsiooni vajas ligi 30% haigetest taastusravi, mis viitab sellele, et osal juhtudel diagnoositi haigus alles siis, kui olid ilmnenud seljaaju kompressiooni nähud. Hea ravitulemus sõltub paljus haige operatsioonieelsest seisundist, seega on oluline alustada ravi enne, kui on kujunenud seljaaju kahjustuse nähud (7).

Ülal kirjeldatud juhul jõuti õige diagnoosini umbes aasta möödudes sümptomite tekke algusest. Esimene sümptom oli valu, mida seostati sagedamini esinevate häiretega nagu maovaevused ja nimmeradikuliit. Haige jättis samuti piisava tähelepanuta põietegevuse häired. Kuna haige kurtis tundlikkusehäireid jalgadel ning kõnniraskust, tegi perearst õige otsuse ja suunas haige neuroloogi vastuvõtule. Et selleks ajaks olid välja kujunenud juba kerges astmes seljaajukahjustusega seotud süvatundlikkuse ning püramidaalhäired, valiti esmaseks uuringuks MRT, mis välistas teised diagnoosihüpooteesid ja kinnitas seljaajukasvaja diagnoosi. Kasvaja eemaldati viivitamata pärast diagnoosi selgumist ja haige paranes.

Spinaalsete atüüpiliste meningeomide ravitulemuste kohta on kirjanduses vähe andmeid. Lokaalsete kasvaja retsidiivide arenemise võimalus kogu ulatuses kasvaja eemaldamise korral on väga väike (8).

Seetõttu ei peeta sel puhul ka operatsiooni-järgset kiiritusravi vajalikuks (9). Kirjeldatud juhul, mil kasvaja eemaldati kogu ulatuses ja selle kinnituskoht koaguleeriti, soovitati haigele sümptomite taas tekkimise korral pöörduda neuroloogi või neurokirurgi poole. Siis on vaja teha korduv MRT-uuring.

## SUMMARY

### Case history: a 36-year-old female with intradural extramedullar meningeoma

Väino Sinisalu<sup>1</sup>, Elli Paal<sup>1</sup>, Jaan Eelmäe<sup>1</sup>, Dagmar Loorits<sup>2</sup>

A 36-year-old woman was taken ill with episodic back pain. After 6 months she developed numbness of the legs and lost gradually sensation of pain and deep sensation distal of the costal arch. After approximately one year there appeared slight pyramidal signs and disturbances of the bladder and bowel functions. MRT revealed an intradural extramedullary tumour at the 6th-7th level. The tumour was resected. Histological diagnosis was atypical meningeoma WHO grade 2. No adjuvant therapy was needed. The patient recovered totally.

## KIRJANDUS / REFERENCES

- Engelhard HH, Villano JL, Porter KR, et al. Clinical presentation, histology, and treatment in 430 patients with primary tumors of the spinal cord, spinal meninges, or cauda equina. *J Neurosurg Spine* 2010;13:67–77.
- Chamberlain MC, Tredway TL. Adult primary intradural spinal cord tumors: a review. *Curr Neurol Neurosci Rev* 2011;11:320–8.
- Segal D, Lidar Z, Corn A, Constantini S. Delay in diagnosis of primary intradural spinal cord tumors. *Surg Neurol Int* 2012;3:52–64.
- Börm W, Gleixner M, Klase J. Spinal tumors in coexisting degenerative spine disease—a differential diagnostic problem. *Eur Spine J* 2004;23:633–8.
- Bellut D, Mutter UM, Sutter M, Eggspuehler A, Mannion AF, Porchet F. Back pain in patients with degenerative spine disease and intradural spinal tumor: what to treat? when to treat? *Eur Spine J* 2014;23:821–9.
- Kalakoti P, Missios R, Menger R, et al. Association or risk factors with unfavorable outcomes after resection of adult benign intradural spine tumors and the effect of hospital volume on outcomes: an analysis of 18,297 patients across 774 US hospitals using National Inpatient Sample (200–2011). *Neurosurg Focus* 2015;39:E4.
- Nambiar M, Kavar B. Clinical presentation and outcome of patients with intradural spinal cord tumours. *J Clin Neurosci* 2012;19:262–6.
- Sun SQ, Cai C, Ravindra VM, et al. Simpson Grade I–III resection of spinal atypical (World Health Organization Grade II) meningeomas is associated with symptom resolution and low recurrence. *Neurosurgery* 2015;76:739–46.
- Champeaux C, Dunn L. World Health Organization grade II meningeoma. A 10-year retrospective study for recurrence and prognostic factor assessment. *World Neurosurg* 2016, pii:S1878–8750(16)00143–1.

<sup>1</sup> Neurology Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,  
<sup>2</sup> Radiology Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

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

Keywords:  
spinal cord tumours, spinal cord extramedullary tumours, diagnosis of spinal cord tumours