

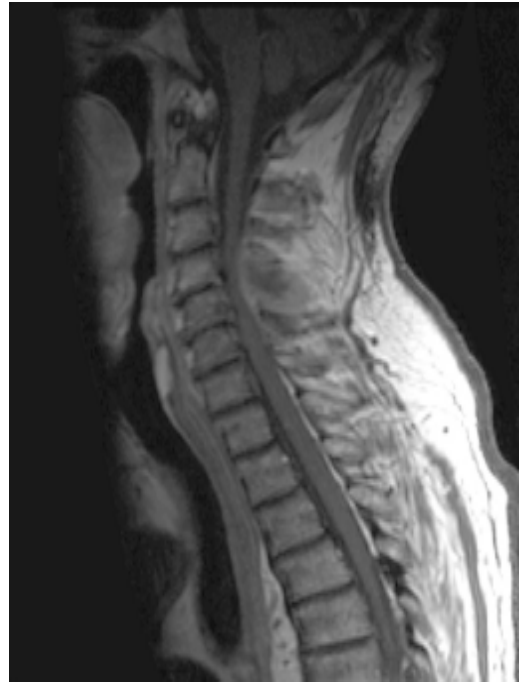
Seljaaju komprimeeriv ekstraduraalne metastaas

Haigusjuht ja kommentaar

64aastasel mehel tekkisid esmakordselt elus piinavad valud kaelas ning vasakus õlas ja käes. Visa valusündroomi põhjuse selgitamiseks tehtud lülisamba kaelaosas röntgeniülevõtted tõid esile väljendunud degeneratiivsed muutused (osteokondroos ja spondüloos) alumistes kaelalülides. Oletades, et valusündroom on tingitud ülal nimetatud degeneratiivsetest muutustest, ordineeriti patsiendile perifeerse toimega põletikuvastaseid preparaate (NSAIDe) ja rakendati elektriravi ning massaaži. Siiski süvenes kaelavalu ning neuropaatiline valusündroom vasakus käes järgneva kolme kuu jooksul märkimisväärselt. Kuigi käes närvijuure kahjustusele viitavat tunde häiret ei kujunenud, kustus aja jooksul õlavarre kakspealihase kõõluselt vallanduv refleks (nn biitsepsrefleks). Patsiendi ülavõtmte lihased kõhetusid ning käte proksimaalsete lihasgruppide jõud nõrgenes.

Neljanda haiguskuu esimese nädala vältel muutusid lisaks kätele nõrgaks ka jalad – patsiendil kujunes tetraparees ja ta oli sunnitud voodisse jääma. Ta valud leevenesid üksnes opioidide toimel ning tal arenes ka hingamislihaste nõrkusest tingitud hingamispuudulikkus.

Patsient hospitaliseeriti erakorralise haigena neurokirurgia osakonda, kus tehtud magnetresonantstomograafilisel uuringul visualiseerus kahepoolne ekstra- ja intraspinaalne (ekstraduraalne) lisamass ulatusega 2,3 x 4 cm, dorsaalselt C₃–C₅ kaelalüli piirkonnas. Spinaalne subarahnoidaalruum oli 4. ja 5. kaelalüli kõrgusel ahenenud ning seljaaju oli sel tasemel dorsaalselt komprimeeritud (vt jn 1). Peale selle tõi magnetomograafia esile veel teise, 2 x 2,2 cm ulatusega kolde, mis paiknes kahe esimese rinnalüli kõrgusel.



Joonis 1. MRT-uring lülisamba kaelaosast. Selgitus tekstis.

Patsienti opereeriti, tuumori ekstra- ja intraspinaalselt paiknenud mass kaelalülide tasemel eemaldati ning saavutati seljaaju vabanemine survest. Vahetult pärast operatsiooni leevenesid valud õlavõtmes ja kätes ning taandarenes hingamispuudulikkus.

Postoperatiivses perioodis rakendatud taastusravi soodustas jäsemete jõu paranemist sedavõrd, et peatselt oli patsient suuteline vähese kõrvalabiga töusma ning üksikuid samme tegema.

Operatsioonil eemaldatud koe histoloogiline uurimine tõi esile madalalt diferentseerunud, enamikus anaplastilise vähi, mille rakuline ehitus viitas nii lamerakulise kui adenokartsinoomi võimalusele.

Operatsiooni järel kasvaja algkolde leidmiseks teostatud kompuutertomograafiline uuring kopsudest ilmestas 1,8 cm diameetriga kasvajakolde parema kopsu alasagaras. Akutse operatsioonijärgse perioodi möödudes saadeti patsient kiiritusravile.

Kommentaar

Intraspinaalsete metastaatiliste protsesside kirurgiline ravi võib sobivalt valitud juhtudel lühemaks või pikemaks ajaks parandada onkoloogiliste haigete elukvaliteeti. Spinaalseid metastaase tuleks kahtlustada juhtudel, kus valusündroom avaldub esmakordselt elus enam kui 55 aastastel isikutel. Müofastsiaalsete valude ja degeneratiivsetest protsessidest tingitud sündroomi esimesed episoodid ilmnevad tavaliselt varem. Enamik metastaatilistest selgrookasvajatest on ekstraduraalsed, kahjustades samaaegselt lülisid, kelmeid, närvijuuri ja komprimeerides lõpuks seljaaju. Lülidesse metastaseeruvad eelkõige kopsu-, rinnanäärme- ja eesnäärmevähk.

Nagu kirjeldatud juhul, võib vähi algkolle olla okultne ja sel puhul olenevad haiguse kliinilised avaldused üksnes metastaasi(de)st. Kahtlemata hilines kõnealusel juhul adekvaatne diagnoos ning patsienti raviti kui "kaelaradikuliidiga" haiget. Teadaolevalt võivad nt kõrgsagedusliku vahelduvvoolu protseduurid vähirakkude kasvu soodustada. Siiski ei kujunenud seljaaju kompressioonist tingitud neuroloogiline sündroom (tetraparees ja hingamismuskulatuuri nõrkus) taaspöördumatuks, vaid taandarenes.

Kindlasti oleks varem ette võetud magnetomograafiline uuring võimaldanud varasema diagnoosi ning haige närvijuurte kompressioonist tingitud valusündroomi varasemat leevendamist. Ilmselt oleks rohkem pidanud arvestama perifeerset neuroloogilist sündroomi (atroofia, käte proksiimaalne nõrkus), enne kui kujunes seljaaju kompressioon. Samas tuleb mõnda, et neurokirurgiline vahelesegamine ei ole kahjuks kõigil haigetel otstarbekas. Üldjuhul ei pikenda see elulemust, kuid vähendab valu ja neuroloogilisi ärajäämanähte.

Ain-Elmar.Kaasik@kliinikum.ee