

# Veserák metasztázis kezelése minimálisan invazív gerincműtéttel és biológiai terápiával

Dr. Lazáry Áron PhD | Dr. Biczó Ádám | Dr. Bereczki Ferenc

Országos Gerincgyógyászati Központ

aron.lazary@bhc.hu

## Esetismertetés

66 éves férfi beteg 3 hónapja tartó derékfájdalom hátterében álló ismeretlen eredetű, képalkotó vizsgálatokkal igazolt LII-III csigolyákat érintő, nagyméretű metasztázis miatt kereste fel ambulanciánkat 2018. októberben. Kórelőzményéből kiemelendő, hogy 2018 májusában jobb oldali patológiás sípcsonttörés-műtét miatt más intézetben részesült műtéti ellátásban, amely során szövettani vizsgálatra nem került sor. Később lokális deréktáji fájdalmainak kivizsgálása érdekében végzett képalkotó vizsgálatok a jobb vesében primer térfoglaló folyamatra gyanús elváltozást és több szervi metasztázist (nyirokcsomó, tüdő) találtak. 2018. szeptemberi gerinc MR-felvételen LII-III csigolyatestekben nagyméretű, ventralis lágyrészekbe terjedő térfoglalás volt látható, amelynek epidurális terjedése ekkor még nem volt. Biomechanikailag a lézió stabilnak bizonyult. Más intézetben ekkor kiterjesztett tumorrezekciós beavatkozást javasoltak (szövettani diagnózis nem állt rendelkezésre). 2018. októberében végzett csontszcintigráfias vizsgálattal LII-III csigolyatestben és az operált bal lábszár területén mutatott halmozást. Az intézetünkben végzett első ambuláns kivizsgálásig a primer lokalizációjú térfoglaló folyamatból mintavétel nem történt.

Fizikális vizsgálattal alsó végtagi neurológiai deficittünet nem volt észlelhető. Jobb alsó végtag terhelhetősége csökkent volt a lokális fájdalmak miatt, vegetatív funkcióik épek voltak. A jobb tibia proximális területén kiterjedt tumor volt tapintható. Az onkogerincsebészeti szakmai irányelvek („tissue is the issue”) alapján tekintettel a definitív diagnózis hiányára onkológiai, urológiai, mellkassebészeti kivizsgálást, szövettani mintavételt (vese-biopsziát) javasoltunk. Gerincsebészeti

sürgősségi állapot nem volt. További kezelési lépéseket az onkoteam döntése alapján terveztük. Két hónappal később, a beteg progrediáló panaszokkal, erőteljes, mechanikai jellegű deréktáji fájdalmakkal kereste fel ambulanciánkat, sürgősséggel. Uroonkológiai vélemény vesebiopsziát javasolt, amit azonban addig nem végeztek el. Státuszában csökkent terhelhetőség mellett megjelent a bal oldali musculus iliopsoas parézise (3/5), a beteg általános állapota jó volt (Kranofsky-score=80%).

Friss képalkotó-vizsgálattal az LIII csigolya patológiás törése, (instabil lézió, SINS=13), a daganat epidurális progressziója (Bilsky 2) volt látható (1. ábra). Tekintettel a romló státuszára és a neurológiai deficittünetekre akut műtéti kezelés mellett döntöttünk, melynek során minimálisan invazív (MIS) ThXII-LV perkután stabilizációt, bal oldali L3 dekompressziót végeztünk. A dekompressziós fázis során (a feltételezett szövettani típusnak megfelelő) masszív vérzés (1000ml, 5 perc alatt) jelentkezett. A posztoperatívumban a beteg állapota nagy mértékben javult, fájdalma megszűnt, parézise oldódott. Posztoperatív szövődmény nem lépett fel. Otthonába bocsátása napján hosszabb távon támbottal volt járóképes. (2. ábra)

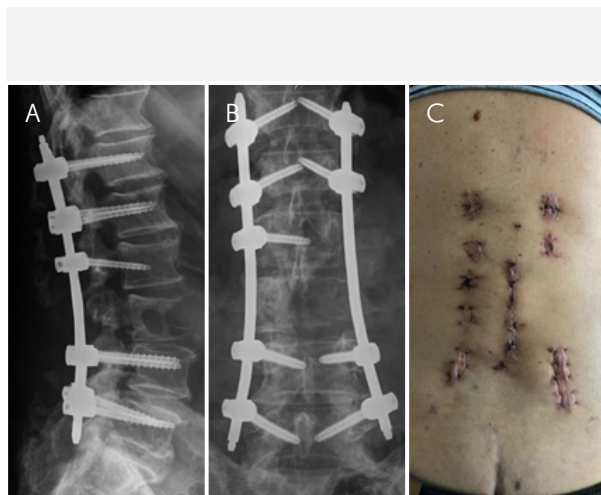
A műtét során vett szövettani minta eredménye (világossejtes vesesejtes carcinoma) alapján az onkoteam döntése értelmében palliatív lumbális irradiációt követően biszfoszfonát és TKI-kezelést (tirozin kináz gátló, sunitinib/Sutent) kapott. Első gerincgyógyászati kontrollvizsgálatán, 3 hónappal a műtétet követően Karnofsky indexe 40% („speciális kezelésre, segítségre szorul”) volt míg az ECOG-teljesítmény státusza 3-mas („önellátásában is korlátozott, az idő kevesebb mint 50 százalékában aktív”) volt. Sutent-kezelése ekkor

indult.



1. ábra

LII, LIII régiót érintő instabil, epidurális és bal oldali gyöki kompressziót okozó nagyméretű veserák metasztázis (A: sagittális-, B: coronalis-, C: axiális-MR).

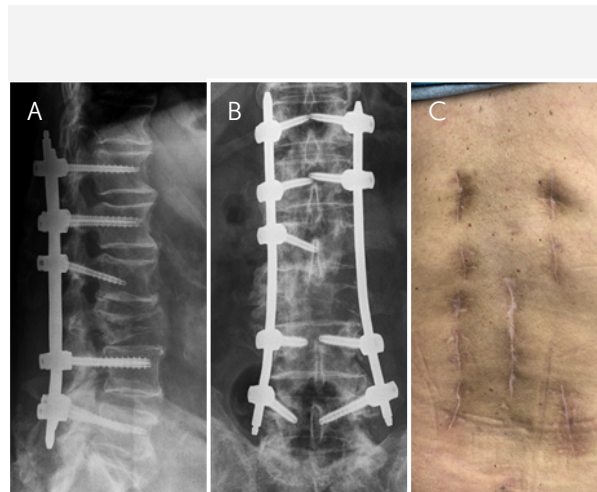


2. ábra

Posztoperatív (A: oldalirányú, B: AP) röntgenkép és a műteti sebzések varratszedéskor (C).

Fél évvel a műtétet és három hónapos Sutent kezelést követően állapota sokat javult, fájdalmi minimálisra csökkentek, életminősége, mobilitása nagyon jó volt (Karnofsky 90%,

ECOG: 0). Az LII-III csigolya testet érintő metasztázis térfogata kb. felére csökkent. Egy éves kontroll kapcsán friss hasi/mellkasi CT-n regresszió igazolódott a disszeminált alapbetegségeen és a csigolyaáttét méretében is, továbbá a korábban lítikusan destruált LIII csigolya zömülése is megfigyelhető volt. A beteg életminősége továbbra is nagyon jó volt (3. ábra).



3. ábra

Egy éves kontroll (A: oldalirányú, B: AP) röntgenképek – stabil szituáció, sclerotizáló lézió és a gyógyult sebek (C).

## Megbeszélés

A gerinc daganatos betegségeinek műtéti kezelésében az utóbbi évtizedekben nagymértékű technikai és filozófiai evolúciót tapasztaltunk. A modern kemoterápiás lehetőségek és onkoradiológiai módszerek fejlődésével a műtéti kezelés indikációs köre letisztult és a fókuszba egyre inkább az életminőség javítása, a beteg funkciójának helyreállítása került. Jelenleg a vesecarcinomák elsővonalbeli kezelése célzott tirozinkináz receptor blokkolásán alapuló kemoterápia. Ezek közül elsőként a sunitinib jelent meg a klinikumban. A sunitinibnek tirozinkináz receptor blokkoló hatása mellett érújdonképződést gátló hatását (vaszkuláris epithélialis faktor gátláson keresztül) is leírták, amely rendkívül pozitív hatással bír a jól erezett vesecarcinomák ellen. A veserák gerincmetasztázisa esetén a műtéti kezelés indikációját a 1.) spinális instabilitást jelentő lézió,

2.) a progrediáló neurológiai tünetekkel járó epidurális térfoglalás, 3.) a gyöki fájdalmat okozó radiculáris kompresszió jelentheti, de a műtéti indikáció felállítása minden esetben a beteg állapotának és a daganatos betegség stádiumának beteg-specifikus értékelése alapján történik. Az egyéni indikáció és kezelési terv felállításában legfontosabb adatok az általános állapotot jól leíró Karnofsky-score (40% alatt gyakorlatilag nem várható tartós posztoperatív állapotjavulás), a spinális lézió stabilitását leíró SINS score és az epidurális térfoglalás mértékét demonstráló Bilsky-beosztás. A spinális instabilitás okozó metasztázisok az életminőség nagyfokú lerontásán keresztül a beteg életkilátásait is szignifikánsan negatív irányba befolyásolják. Instabil lézió esetén ezért a gerinc stabilizálása – hacsak abszolút kontraindikáció nem áll fenn – indokolt. A stabilizáló műtétek szövődményrátájának, a műtéti megterhelésnek és a sebgyógyulási zavarok előfordulási kockázatának csökkentésén keresztül a minimálisan invazív stabilizációs technikák új fejezetet nyitottak a gerincmetasztázisban szenvedő betegek műtéti kezelésében. Biztonságosabban, hatékonyabban és nagyobb arányban kezelhetünk instabil léziók miatt, jelentős mobilitási zavarral küzdő pácienseket ezekkel a technikákkal. Az idegelemek direkt dekompressziója, amennyiben szükséges, mini feltárásból az érintett területen addicionálisan elvégezhető. A stabilitás helyreállításával a beteg fájdalmai prompt csökkennek, mobilitása, életminősége javul, ami a további – onkológiai – kezelésekre is kedvező hatással bír. Az ilyen beavatkozások után a rehabilitáció és a sebgyógyulás is rövidebb, így lehetőség nyílik az onkológiai kezelés mihamarabbi folytatására.

Esetünkben a modern gerincsebészeti technika kombinálása a célzott onkológiai kezeléssel a betegnél a szisztémás és lokális regresszió mellett, tartósan kiváló életminőséget eredményezett, melynek medicinális és szociális jelentőségét nem lehet eléggé túlhangsúlyozni. Kiemelendő ugyanakkor, hogy a betegség-történetet indító, patológias lábszártörés műtéti ellátása során, ha szövettani vizsgálat történik, akkor a diagnózisra és a célzott kezelésre hónapokkal korábban lehetőség nyílik. A daganatok biológiai természetét leíró és a kezelési lehetőségeket meghatározó szövettani diagnózis a mortalitást legerősebben befolyásoló

faktor az onkológiai betegek esetében.

### Ajánlott irodalom

- Bond MR, Versteeg AL, Sahgal A, Rhines LD, Sciubba DM, Schuster JM, Weber MH, Fehlings MG, Lazary A, Clarke MJ, Boriani S, Bettegowda C, Arnold PM, Gokaslan ZL, Fisher CG. Surgical or Radiation Therapy for the Treatment of Cervical Spine Metastases: Results From the Epidemiology, Process, and Outcomes of Spine Oncology (EPOSO) Cohort. *Global Spine J.* 2020 Feb;10(1):21-29. doi: 10.1177/2192568219839407.
- Versteeg AL, Sahgal A, Kawahara N, Rhines LD, Sciubba DM, Weber MH, Lazary A, Fehlings MG, Schuster JM, Clarke MJ, Arnold PM, Boriani S, Bettegowda C, Gokaslan ZL, Fisher CG; AOSpine Knowledge Forum Tumor. Patient Satisfaction With Treatment Outcomes After Surgery and/or Radiotherapy for Spinal Metastases. *Cancer.* 2019 Dec 1;125(23):4269-4277. doi: 10.1002/cncr.32465.
- Barzilai O, Versteeg AL, Goodwin CR, Sahgal A, Rhines LD, Sciubba DM, Schuster JM, Weber MH, Lazary A, Fehlings MG, Clarke MJ, Arnold PM, Boriani S, Bettegowda C, Gokaslan ZL, Fisher CG, Laufer I; AOSpine Knowledge Forum Tumor. Association of Neurologic Deficits With Surgical Outcomes and Health-Related Quality of Life After Treatment for Metastatic Epidural Spinal Cord Compression. *Cancer.* 2019 Dec 1;125(23):4224-4231. doi: 10.1002/cncr.32420.
- Barzilai O, Boriani S, Fisher CG, Sahgal A, Verlaan JJ, Gokaslan ZL, Lazary A, Bettegowda C, Rhines LD, Laufer I. Essential Concepts for the Management of Metastatic Spine Disease: What the Surgeon Should Know and Practice. *Global Spine J.* 2019 May;9(1 Suppl):98S-107S. doi: 10.1177/2192568219830323.