

LIMFOM NON-HODGKIN PRIMAR LA NIVELUL COLOANEI VERTEBRALĂ

**Tatiana Rusu – doctorand neurochirurg,
IMSP Institutul Neurologie şi Neurochirurgie**
e-mail: tatianarussu@mail.ru, tel. 069392030

Rezumat

Limfomul primar non-Hodgkin al coloanei vertebrale este o formă rară de limfom malign, dar diagnoza certă este în baza analizei imunohistochimice şi tratate eficient cu chimioterapie şi radioterapie combinat după o intervenţie chirurgicală. În acest studiu descriem efectul radioterapiei şi chimioterapiei combinate cu decompresia chirurgicală a limfomului non-Hodgkin primar al coloanei vertebrale cu deficit neurologic prin compresie. Rezultatele sugerează că chimioterapia şi radioterapia este tratamentul ideal pentru aceşti pacienţi a căror compresie neurologică a fost doar datorită extinderii ţesuturilor moi. Autorul subliniază importanţa chimioterapiei şi radioterapiei, urmat de decompresia chirurgicală, în funcţie de priorităţile individuale şi indicaţiile pentru intervenţie al limfomului non-Hodgkin la nivelul coloanei vertebrale cu deficit neurologic.

Cuvinte-cheie: limfom Non-Hodgkin, coloana vertebrală, limfom malign primar

Summary. Primary Non-Hodgkin lymphoma of spine

Primary non-Hodgkin lymphoma of the spine is a rare form of lymphoma only definitely diagnosed by immunohistochemical analysis and efficiently treated with combined chemotherapy and radiotherapy after surgery. In this study, we describe the effect of radiotherapy and chemotherapy combined with surgical decompression on primary non-Hodgkin lymphoma of the spine with neurologic compression. The results suggest that chemotherapy and radiotherapy alone is the ideal treatment for these patients whose neurologic compression was only due to soft tissue extension. The author emphasize the importance of chemotherapy and radiotherapy followed by surgical decompression and depending on individual priorities in the indications for operation on primary non-Hodgkin lymphoma of spine with neurologic compression.

Key words: Non-Hodgkin lymphoma, column spine, primary lymphoma

Резюме. Первичная Non-Hodgkin лимфома позвоночника

Первичная Non-Hodgkin лимфома это редкая форма злокачественной лимфомы, но точный диагноз основан на иммунной-гистохимическом анализе. Эффективное лечение после операции составляется с помощью комбинированной химиотерапии и лучевой терапии. В этом исследовании мы описываем эффект лучевой терапии и химиотерапии в сочетании с хирургической декомпрессией первичного очага позвоночника с неврологическим дефицитом. Полученные результаты свидетельствуют о том, что химиотерапия и лучевая терапия является идеальным средством для лечения этих пациентов, у которых неврологический дефицит был только за счет расширения мягких тканей. Автор подчеркивает важность химиотерапии и лучевой терапии с последующей

хирургической декомпрессии, в соответствии с индивидуальными приоритетами и рекомендациями для хирургического вмешательства с неврологическим дефицитом.

Ключевые слова: лимфом Non-Hodgkin, ось позвоночника, первичная лимфома

Introducere. Boala Hodgkin, sau Limfomul Hodgkin, este un tip de cancer care se dezvoltă în țesutul limfatic. Această boală a fost descrisă pentru prima dată de Thomas Hodgkin, în anul 1832. Limfoamele non-Hodgkin (LNH) reprezintă una dintre cele mai frecvente forme de hemoblastoze [5, 10, 14]. În ultimii ani nivelul morbidității prin LNH are tendință de creștere considerabilă în toată lumea [11, 16]. Fiind monoclonale după originea sa, aceste tumori diferă mult prin morfologia celulară, evoluția clinică și prin sensibilitatea diversă la tratament. LNH afectează persoanele de orice vârstă, inclusiv și copiii [11, 14]. Morbiditatea prin LNH crește cu vârsta atingând cel mai înalt nivel la persoanele cu vârsta de peste 60 de ani [8, 14]. Indicele morbidității prin LNH în Republica Moldova constituie 4,1 la 100.000 de populație [5]. Tratamentul pacienților cu LNH, diagnosticați în stadiile I-II, asigură supraviețuirea de 5 ani la 75-77% [5, 8, 14, 16]. Deaceea este necesar de diagnosticat pacienții cu LNH în stadiile I-II. Limfomul malign poate apărea acolo unde sunt prezenți ganglioni limfatici. În acest articol vom prezenta un caz clinic cu limfom malign la nivelul coloanei vertebrale.

Caz clinic. Pacienta C, 50 ani. Acuze de dureri în regiunea lombară cu iradiere în piciorul drept până la maleola laterală cu slăbiciuni în laba piciorului și dereglări ortostatice mixte (sindrom algic și deficit neurologic). Din anamneză pacienta cu lombalgii de 2 ani, investigată prin radiografia coloanei vertebrale (figura 1) cu urmarea tratamentului medicamentos cu AINS, analgezice.

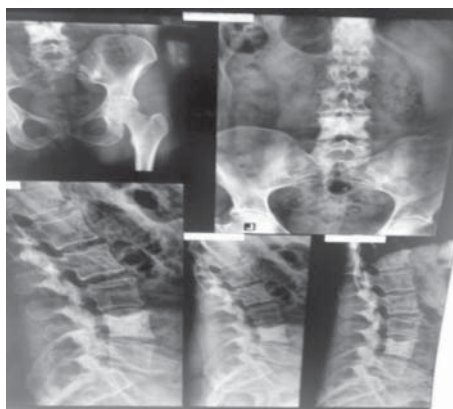


Fig. 1. Radiografia de ansamblu al coloanei vertebrale: prezența osteocondensare-osteoscleroză a corpului vertebral L4

După 2 ani de tratament simptomatic pacienta cu progresarea sindromului algic și deficitului neurolo-

gic (FM în laba piciorului drept 2p). Investigată prin CT lombar (figura 2). Suplimentar pacienta investigată prin scintigrafie, puncția sternală, analize paraclinice de laborator (fără modificări patologice), radiografia pulmonară, USG abdominală fără confirmarea diagnosticului. Consultată de oncolog, ftiziatru, neurochirurg cu diagnosticul preventiv: proces tumoral osteosclerotic FFD L4.

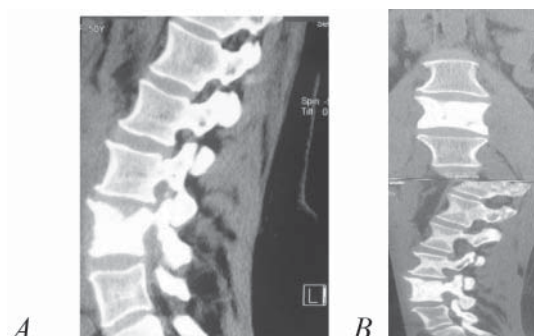


Fig. 2. CT coloanei vertebrale lombare. A, B secțiuni sagittale, prezența corpului vertebral L4 total sclerotic (osteoscleroză)

Investigată prin IRM lombar (figura 3) cu confirmarea unei tumori masive la nivelul coloanei vertebrale cu implicarea corpului L4 în totalitate, cu extindere foraminal L4 dreapta, canalului vertebral L3-L5 cu bloc licvorodinamic complet la acest nivel, cu invazia mușchiului psoas mare și țesuturile moi paravertebrale cu prezența componentului tumoral para-aortal și para-caval L3-L5 cu semne de îngustare a venei cave inferioare.

Suplimentar pacienta investigată prin Angio-CT abdominal (figura 4).

Ca prima etapă a fost efectuată biopsia transpedicular percutanată: cu rezultat fals negativ. Luând în considerare progresarea deficitului neurologic a fost efectuată biopsia largă cu Laminectomie decompresivă. Examenul histopatologic: limfom non-Hodking cu precursor B, (confirmat imun-histochimic). Pacienta post operator cu ameliorarea sindromului algic (VAS 4p) și deficitului neurologic cu îmbunătățirea FM până la 4p.

Pacienta a urmat 6 cicluri de chimioterapie și radioterapie 35-40Gy al focarului primar și ale zonelor ganglionilor limfatici regionali, cu regresia sindromului algic la VAS 1p, FM4+p. Investigată repetat la 8 luni prin IRM cu contrast abdominal și coloana vertebrală lombară (figura 5): regresia totală a tumorii regiunii abdominale, retro- peritoneale, semne de recidivare absente.

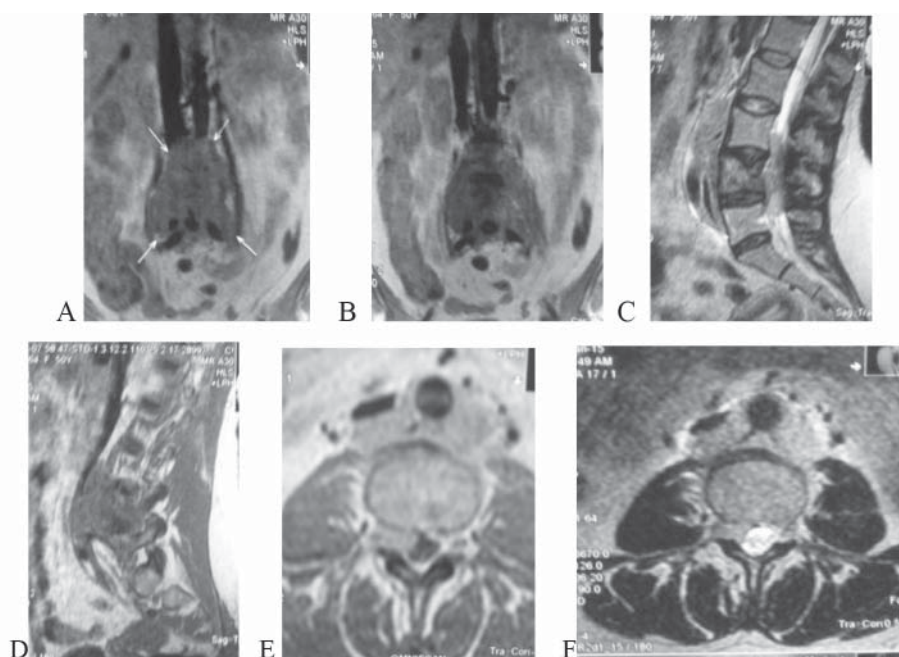


Fig. 3. IRM coloana vertebrală lombară A, B, C, D, E, F. A, B- imagini sagitale cu prezența procesului tumoral para- aortal și para-caval L3-L5 cu semne de îngustare a venei cave inferioare; C, D- imagini sagitale la nivelul coloanei vertebrale cu afectarea corpului vertebral L4 în totalitate, cu extindere canalul vertebral L3-L5 cu bloc licvorodinamic complet la acest nivel; E, F- imagini axiale cu invazia foramenului L4 dreapta de către tumoră

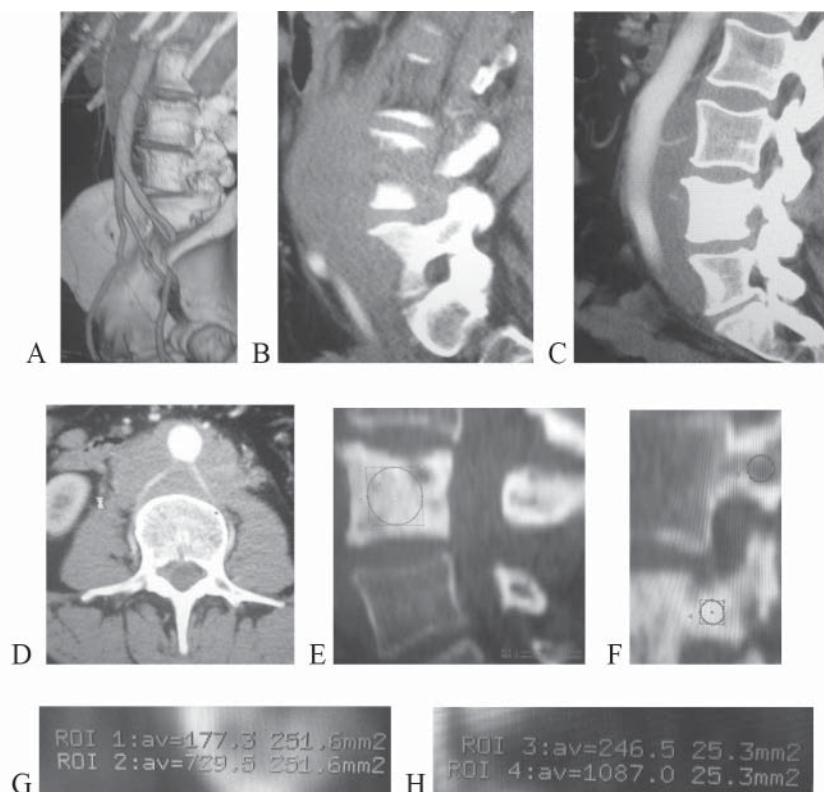


Fig. 4. CT coloanei vertebrale lombare cu contrast A, B, C, D, E, F, G, H. A- imagini sagitale de contrastare a vaselor magistrale fără semne de obstrucția lor. B, C imagini sagitale a coloanei vertebrale, proces tumoral corpului L4 cu sclerozarea lui, invadarea canalului vertebral și paravertebral, cu efect compresiv asupra vaselor magistrale abdominale și retro peritoneale. D- imagini axiale vascularizarea bogată a procesului tumoral prin artere magistrale din aorta abdominală; E, F- osteocondensare corpului vertebral L4 și pediculelor L4 bilateral; G, H: calcularea imagistică a nivelului de osteocondensare la nivelul corpului vertebral afectat și pediculi comparativ cu corpul vertebral și pediculul adiacent

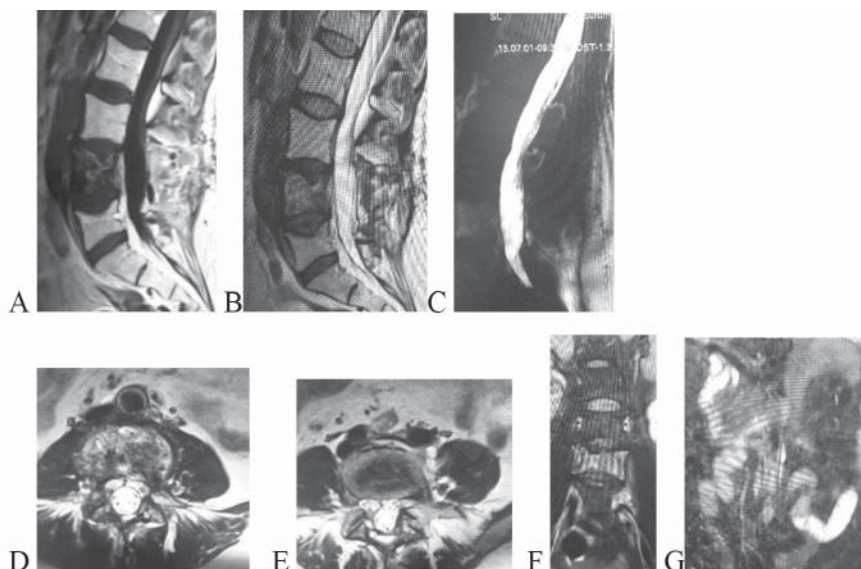


Fig. 5. RMN lombară de control cu contrast A, B, C, D, E, F, G. A- secțiune sagitală T1, B- secțiune sagitală lombară. T2- lipsa recidivei de tumoare, corp vertebral L4 sclerozat; D, E- imagini RMN secțiuni axiale- lipsa tumorii în canalul medular, cicatrice postoperatorie foraminal L4 dreapta; F, G- lipsa recidivei de tumoare în spațiul abdominal, paravertebral și retro-peritoneal

Discuții. Limfomul non-Hodgkin poate implica sistemul osos în 7% -25%. Origine primară în os fără afectarea ganglionilor limfatici este foarte rară: limfom osos primar reprezintă mai puțin de 1% din totalul NHL. Limfom non-Hodgkin primar în os cel mai frecvent este în oasele scurte (ileon, vertebre și omoplat) și oasele lungi tubulare (în special femur și tibiei) [6, 9].

Pe parcursul ultimilor 10 ani, numai trei cazuri de limfom non-Hodgkin al coloanei vertebrale au fost descrise în literatura de specialitate [1]. Cu toate acestea, coloana vertebrală este frecvent implicată în boala sistemică, deci, o boală sistemică ar trebui să fie suspectată întotdeauna în aceste cazuri. Așa cum a fost și în cazul nostru prin examen histologic limfomul malign poate fi diagnosticat greșit la început. Numai prin examenul imun-histochimic determinăm diferențierea celulelor tumorale, prin urmare stabilind un diagnostic corect și un management de tratament adecvat. Această măsură de diagnosticare este absolut necesar și insistent recomandat [2]. În literatura de specialitate este redat o rată de recidivare la distanță până la 50% după tratamentul prin radioterapie fără chimioterapie [3]. Chirurgia este cel mai des folosită pentru a stabili osul în cazul afectării osteolitice. În cazul nostru neobișnuit o fost afectarea osteosclerotică ale coloanei vertebrale. Așa cum a fost imposibil să înlăturăm leziunea în întregime, am combinat curs de chimio si radioterapie. Prognosticul general după datele literaturii al limfomului malign este o rată de supraviețuire de 5 ani, între 25% și 53% [4, 7].

Concluzie. Limfoamele maligne Non- Hodgkin primare la nivelul coloanei vertebrale este o patologie

rar întâlnită. Cu toate acestea întotdeauna trebuie suspectată o patologie sistemică. Confirmarea histologică este bine venită prin examinare imun-histochimică. Tratamentul limfomului malign are un prognostic mai bun în cazul depistării primare și implicarea unui tratament multimodal, combinat între etapa chirurgiei după indicații și adjuvant prin chimioterapie și curelor de radioterapie.

Bibliografie

1. Baar J., Burkes R.L., Bell R., Blackstein M.E., Fernandes B., Langer F. *Primary non-Hodgkin's lymphoma of bone. A clinicopathologic study.* Med. Cancer 1994, 73: 1194-1199.
2. Bragg D.G., Colby T.V., Ward J.H. (1986). *New concepts in the non-Hodgkin lymphomas: radiologic implications.* Radiology 159: 289-304.
3. Braunstein E.M., White S.J. (1980) *Non-Hodgkin lymphoma of bone.* Radiology 135: 59-63.
4. Chin H.W., McGuire M.H., Block M., Frank A.R., Boman B.M., Mailliard J.A. (1990) *Primary lymphoma of bone.* Nebr Med J 75: 303-306.
5. Corcimaru Ion. *Limfoamele nehodgkiniene.* Hematologie, 2007, 252-277.
6. Farrés M.T., Dock W., Augustin I., Windhager R., Riegler M., Eibenberger K., Grabenwöger F. (1993). *The radiological features of primary bone lymphomas.* Fortschr Roentgenstr 158: 589-593.
7. De Santis E., Di Giovanni C., Pallotta F. (1987) *Primary reticulosarcoma of bone (non-Hodgkin's lymphoma). A study of 12 cases.* Ital J Orthop Traumatol 13: 477-484.
8. Detailed Guide: *Lymphoma Non-Hodgkin.* http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_7x_CRC_Non_Hodgkins_Lymphoma_In_Adults_PDF.asp.
9. Franczyk J., Samuels T., Rubinstein J., Srigley J.,

Morava-Protzner I (1989) *Skeletal lymphoma*. J Can Assoc Radiol 40: 75–79.

10. Gociu M. *Limfoamele maligne ne Hodgkine*. Tratat de Medicină internă. Hematologie, partea II (sub redacția Radu Păun). Editura medicală. București, 1999, p. 394-470.

11. *Non-Hodgkin's Lymphoma in Children Detailed Guide*. http://www.cancer.org/docroot/RI/content/CRI_2_4_7x_CRC_Non_Hodgkins_Lymphoma_in_Children_PDF.asp.

12. *Non-Hodgkin's Lymphoma „Professional Guide to Diseases”*. www.wrongdiagnosis.com/n/non_hodgkins_lymphoma/book-diseases-7a.htm.

13. *Non-Hodgkin's Lymphoma*. <http://www.drugs.com/cg/non-hodgkin-s-lymphoma.html>.

14. Robu M. *Limfoamele ne Hodgkine*. Chișinău, 2003, 55.

15. Воробьев А. И. и др. *Лимфопролиферативные заболевания*. Руководство по гематологии (под ред. А. И. Воробьева). Издательство «Ньюдиамед», Москва, 2003, том 2, с. 40-131.

16. Поддубная И. В. *Неходжкинские лимфомы. Клиническая онкогематология*. Москва, «Медицина», 2001, с. 336-375.