

Compressione midollare: Presentazione del caso clinico

Lorenzo Belluomini
Oncologia Medica
Negrar, 15/05/2019

Compressione midollare – Emergenza Oncologica

- Evento **raro**, 1-5 % dei pazienti affetti da neoplasia
- E' un'emergenza, perché la diagnosi o il trattamento tardivo può causare paralisi e/o alterato controllo sfinteriale irreversibile
- La causa **nel 95%** è l'invasione del canale midollare da parte di una metastasi vertebrale, rare sono le Metastasi intramidollari
- Siti vertebrali interessati:
vertebre toraciche (70%), lombosacrali (20%)
e cervicali (10%).



Compressione midollare – Prognosi

Fattori prognostico principale è il *tempo intercorso dall'inizio dei sintomi alla terapia.*

[Altro fattore prognostico è la *radiosensibilità* della neoplasia (maggiore nei linfomi, scarsa dei tumori renali).]

Compressione midollare – Trattamento

L'obiettivo del Trattamento è

1. ristabilire o mantenere le normali funzioni neurologiche
2. un controllo tumorale locale
3. stabilità vertebrale
4. controllo del dolore

Compressione midollare – Trattamento

Steroidi non chiaro se le alte dose sono superiori ai dosaggi standard.

Radioterapia E' il trattamento di scelta in caso di neoplasia radiosensibile (Es linfomi, mielomi, SCLC) o in caso di controindicazioni alla chirurgia.

Chirurgia la chirurgia deve essere *radicale*, per cui asportazione della vertebra in caso di lesione anteriore, laminectomia in caso di lesione posteriore. Una decompressione chirurgica trova indicazione in caso di neoplasie radioresistenti con compromissione funzionale o dolore non controllato.

Chemioterapia Utile solo nei tumori molto chemiosensibili (es Linfoma), spesso associata in associazione alla radioterapia come radiosensibilizzante.

Caso clinico - Anamnesi

- S.S., maschio, 62 anni
- Militare, sposato con 1 figlio maschio
- Ex fumatore: 25 pack/year
- Litiasi multiple parotide destra con parotiti purulente recidivanti, sottoposte ad interventi endoscopici

Anamnesi oncologica

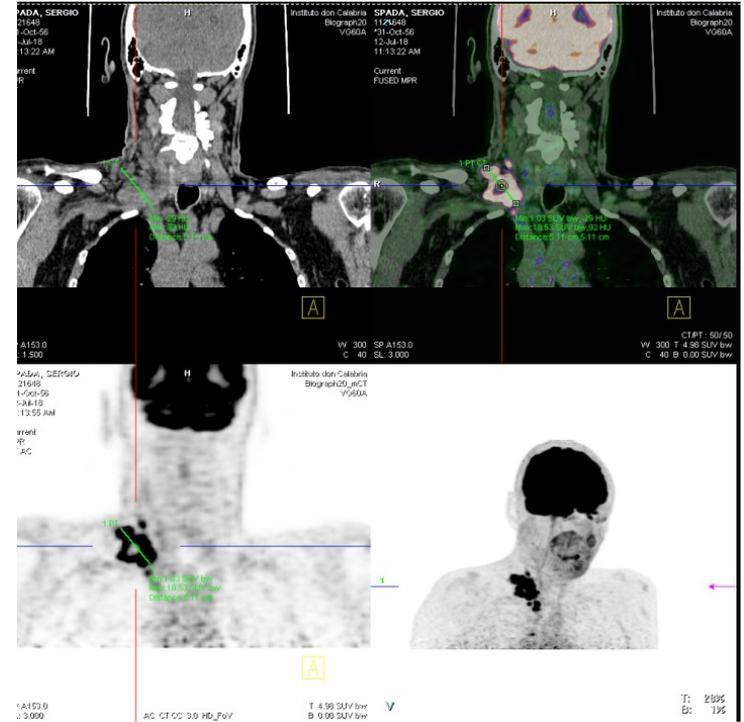
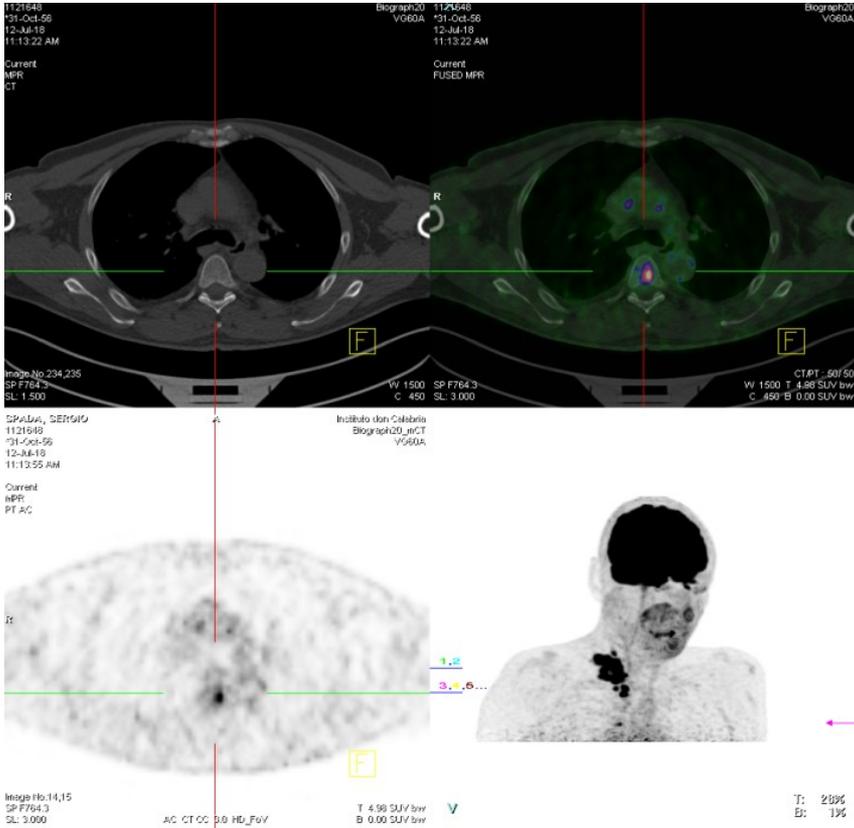
- Luglio 2018: riscontro di **linfadenopatia sovraclaveare destra (35mm)** sottoposta a biopsia con riscontro di *“presenza di cellule neoplastiche a differenziazione squamosa, PD-L1 30%”*



- *PET e TC localizzazioni secondarie: Inf paratracheali dx, epatica (unica), polmonare (unica) e ossee (VIII costa sx, S4-S5 e D8)*

—————→ **NO PRIMITIVO**

TC – PET (Luglio 2018)



Chemioterapia

→ Dal 03/08/2018 inizia trattamento sec.
schema **CDDP-Gemcitabina** q21, di cui esegue 4
cicli fino ad Ottobre 2018

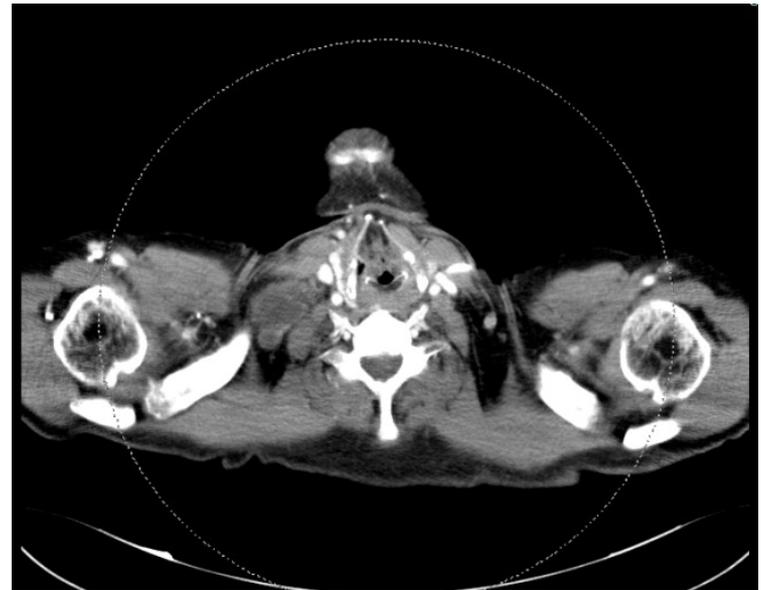
→ Settembre 2018: accesso in PS Borgo Trento
per dolore emicostato sx per frattura VIII costa
SX

TC total body 23/10/18

→ RP su linfadenopatia sovraclaveare dx
riduzione della formazione a livello dell'VIII
costa dx MA PD epatica ed ossea → D5

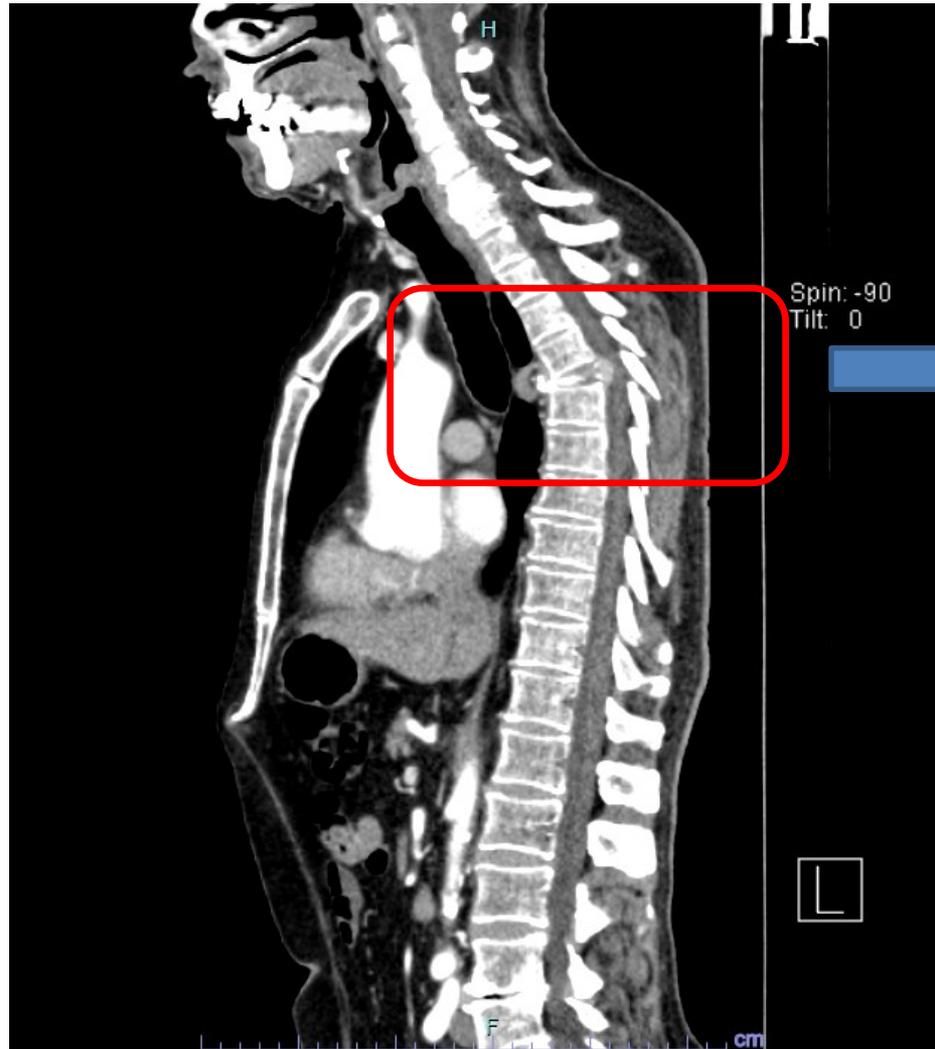


VIII costa sx: RP



Lnf sovraclaveare dx: RP

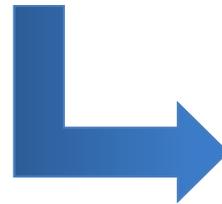
TC total body 23/10/18



Si richiede RM
dorso-lombare

Accesso in PS (Novembre 2018)

- 05/11/2018 accesso in PS per *paraparesi associata a ritenzione urinaria acuta ed ipoestesia AAll*
- Esegue TC rachide lombare



ECOG PS 2

RM dorso-lombare



Si invia il
paziente in
NCH

Neurochirurgia

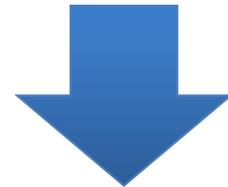
12/11/2018: sottoposto ad **intervento decompressivo ed artrodesi D3/D7 con barre e viti**, con progressivo miglioramento neurologico.

Riabilitazione e Radioterapia

28/11/18 al 04/01/2019 Successivo percorso riabilitativo e sedute **RT** a scopo *di consolidamento su D5* con dose totale di 12 Gy in 3 frazioni.

Permane dolore costale poco controllato, per cui....

ECOG PS 2-3

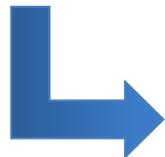


Gennaio 2019

RT a scopo antalgico-citoriduttivo
*su linfadenopatia sovraclaveare
destra e lesione costale sinistra* (30
Gy in 10 frazioni con tecnica
3DCRT-IMRT)

ECOG PS 3

Dolore poco controllato e scadimento delle
condizioni generali



DECESSO a Marzo 2019