

TUMORILE VERTEBRALE PRIMITIVE

A. Hâncu

Spitalul Județean Clinic de Urgență, Constanța

REZUMAT

Tumorile vertebrale primitive grupează entități foarte diferite prin natura lor, dificultățile terapeutice și prognosticul lor. Au câteva caracteristici:

- înainte de 18 ani sunt mai frecvente osteoblastoamele și chisturile anevrismale, din cele benigne și sarcomul Ewing, din cele maligne; după 18 ani sunt mai frecvente cordoamele, condrosarcoamele sau plasmocitoamele și din cele benigne, hemangioamele și condroamele;
- topografic, tumorile benigne sunt localizate preferențial pe arcul posterior la nivel cervical și pe corpul vertebral la nivel toracic. Cele maligne interesează corpul vertebral sau ansamblul vertebrei și sunt mai frecvente la nivel dorso-lombar;
- biopsia ghidată de scanner este utilă strategiei terapeutice;
- operația vizează două scopuri: exereza completă și stabilizarea rahidiană.

Materialul clinic utilizat a constat dintr-un lot de 20 de bolnavi internați în clinicile de neurologie și neurochirurgie în perioada ianuarie 1997–decembrie 2002. Tumorile benigne au fost în număr de 5: trei hemangioame, o histiocitoză X și o distrofie mucoidă, iar cele maligne (15 la număr) au fost două condrosarcoame, două cordoame, un neuroblastom, nouă mieloame multiple și o tumoră malignă sacrată.

Cuvinte cheie: Tumoră primitivă vertebrală; benign; malign; compresiune radiculo-medulară

ABSTRACT

Primary vertebral tumors are grouped in different entity through their therapeutic difficulty and their outcome. There are some characteristics:

- before 18 years old there are osteoblastomas and aneurysm chysts more frequent among benign tumors and Ewing sarcomas are more frequent among malignant tumours, after 18 years old there are more frequent cordoms, condrosarcomas and plasmocytomas among malignant tumors or hemangiomas and condromas among those benign;
- topografically benign tumors are localised more frequent on the post arch at the level of cervical spines and vertebral body at the level of thoracic vertebral spines. Those malignants are more frequent on vertebral bodies usually at the level of lumbar spines;
- scanner ghided biopsy is used in therapeutic strategies;
- surgery shows two goals: total resection and stabilization.

Used clinical materials were consist of 20 admited patients in neurology and neurosurgery departments between january 1997–december 2002. Benign tumors were 5 in number: 3 hemangioms, 1 X histiosytosis and a mucosal distrofy, malignat tumors were 15 in number: 2 condrosarcomas, 2 cordoms, a neuroblastoma, nine multiple myelomas and a sacrat malignant tumor.

Key words: Primary vertebral tumor; benign; malignant; radiculo-medulary compression

INTRODUCERE

Tumorile vertebrale sunt primitive sau secundare. Tumorile primitive vertebrale grupează entități foarte diferite prin natura lor, dificultățile terapeutice și prognosticul lor.

SEMNE ȘI SIMPTOME

Simptomele pot include durerea locală, durerea radiculară sau deficitul neurologic. Durerea este persistentă și adesea este mai mare în repaos sau noaptea în pat. Această durere poate fi generată de compresiunea directă, de infiltrarea rădăcinii nervoase sau de efectul tumorii asupra osului. Uneori, durerea osoasă poate fi generată de o deformare spinală dată de o fractură compresivă sau o congestie venoasă. Adesea, simptomele sunt rezultatul compresiunii medulare sau a cozii de cal. Compresiunea epidurală poate genera tulburări de sensibilitate cu nivel, parapareză sau tetrapareză.

Examenul fizic poate evidenția edem local sau spasme musculare. În leziunile posterioare se poate palpa o masă tumorală. Cel mai frecvent, tumorile sunt situate la nivelul corpului vertebral, la nivelul

pediculului, fațetelor și arcului posterior. Tumorile situate anterior pot da compresiunea anterioară a măduvei și pot produce, de asemenea, un deficit prin infarctul arterei spinale anterioare. Leziunile fațetelor produc durere în timpul mișcării segmentului mobil. Simptomele radiculare pot apărea prin compresiunea nervului în foramen.

STUDII RADIOLOGICE ȘI DE LABORATOR

Radiografia arată o apreciere inițială a gradului cifozei, colapsului, distrucției litice sau subluxația vertebrală, indică nivelul leziunii ce va fi examinat mai departe prin neuroimagică. CT arată leziunile blastice sau litice și extinderea distrucției corticale (de exemplu, scleroza marginală poate identifica un neoplasm cu creștere lentă). Aceste imagini axiale pot fi suplimentate cu reconstrucții sagitale și tridimensionale. IRM-ul este folosit în mod particular pentru a determina gradul extensiei în țesuturile moi și compresiunea structurilor nervoase. Unele tumori captează gadoliniumul (Gd-DTPA).

Dacă există compresie medulară cu deficit neurologic, mielografia și mielo-CT pot fi folosite. Din cauză

că multe tumori spinale sunt bine vascularizate, angiografia poate preciza dacă este indicată embolizarea. Embolizarea preoperatorie cu particule de polivinil alcool poate scădea mult pierderea sângelui intraoperator în hemangioame și chisturi osoase anevrismale. Embolizarea permite o rezecție tumorală mai agresivă și scade necesitatea transfuziei.

Dacă se diagnostichează o tumoră spinală, se practică anumite teste de laborator: hemoleucograma completă, biochimia sângelui și a urinei, radiografia toracică. Se examinează prezența hemoragiilor oculute în scaun. Electroforeza serului și a urinei poate indica plasmocitoma sau mielomul. Antigenul din ser, specific prostatei, și antigenul carcinoembriogenic se pot determina. Creșterea trasaminazelor poate indica o metastază a ficatului.

Clasificarea se poate face după originea embrionară. Astfel sunt tumorile reale osoase (derivă din celulele direct implicate în dezvoltarea celulei osoase: osteoblastul, condroblastul, fibroblastul și osteoclastul) și tumorile asociate osului (derivat din celulele care se găsesc în sau lângă os, dar care nu joacă un rol direct în formarea osului: vasele de sânge, țesutul adipos, măduva osoasă, teaca nervului și notocordul).

Tumorile osteogene includ osteomul, osteomul osteoid, osteoblastomul și sarcomul osteogenic, tipul celular predominant fiind osteoblastul. Aceste tumori au o activitate de osificare intensă. Similar, tumorile derivate din condroblast produc cartilaj și sunt: condromul, encondromul, osteocondromul, condroblastomul și condrosarcomul. Tumorile derivate din fibroblast produc colagen. Acestea sunt: fibromul, fibrosarcomul și histiocitomul fibros. Osteoclastul produce distrucția osoasă; exemplul tipic este tumora cu celule gigante.

În cadrul tumorilor asociate osoase există următoarele tipuri:

- tumorile vasculare (care provin din vasele sanguine): hemangiomul, chistul osos anevrismal, hemangiopericitomul, hemangio-endoteliomul, angiolipomul și angiosarcomul;
- celulele derivate din măduvă produc plasmocitomul, mielomul, sarcomul Ewing;
- cordonul derivă din resturile embrionare ale notocordului;
- celulele adipocite pot genera lipomul și angioliomul.

Tumorile spinale primare benigne apar frecvent la tineri și au sediul la nivelul elementelor posterioare vertebrale. După a II-a decadă, majoritatea sunt maligne și se găsesc la nivelul corpului vertebral.

Leziunile metastatice apar la bătrâni și tind să implice corpul vertebral și pediculii dacă răspândirea se face pe cale hematogenă. Răspândirea directă de la

tumorile adiacente, cum ar fi cancerul pulmonar sau sarcomul paraspinal se face prin găurile intervertebrale și de-a lungul rădăcinilor nervilor și pot produce o compresie epidurală.

MATERIAL ȘI METODĂ

Materialul clinic utilizat a constat dintr-un lot de 20 de bolnavi internați în clinicile de neurologie și neurochirurgie în perioada ianuarie 1997–decembrie 2002.

Repartiția tumorilor vertebrale primitive, în funcție de grupele de vârstă, arată un maxim la nivelul grupei de vârstă 50-59 ani (45% din cazuri), urmată de grupa de vârstă 60-69 ani (25%). 40% au fost bărbați și 60% au fost femei.

Topografia în lungul coloanei vertebrale a fost cea din tabelul 1.

Repartiția tumorilor benigne a fost următoarea:

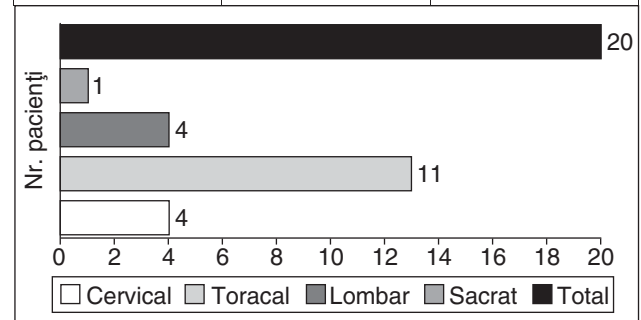
- hemangiom vertebral la 3 bolnave cu localizare:
 - 2 toracale și 1 lombar cu vârstă de 45, 62 și respectiv 54 de ani; histiocitoză X formă cronică benignă la un bărbat de 55 de ani, cu localizare D11-D12;
- distrofie mucoidă toracală D12 – la o femeie de 56 de ani.

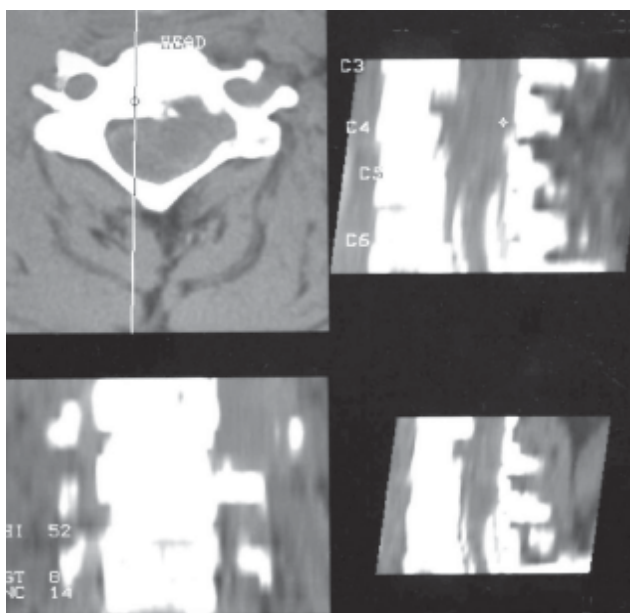
Anatomopatologic, repartiția tumorilor maligne a fost următoarea:

- 2 condrosarcoame toracale la o femeie de 28 de ani și la un bărbat de 52 de ani;
- 2 cordoame – unul cervical la un bărbat de 52 de ani (figura 1) și unul lombar la o femeie de 44 de ani;
- un neuroblastom toracal la un băiețel de 9 ani;
- 9 mieloame multiple cu localizari: 4 toracic, 3 cervical, 2 lombar;
- tumoră malignă sacrată la o tânără de 30 de ani (figura 2).

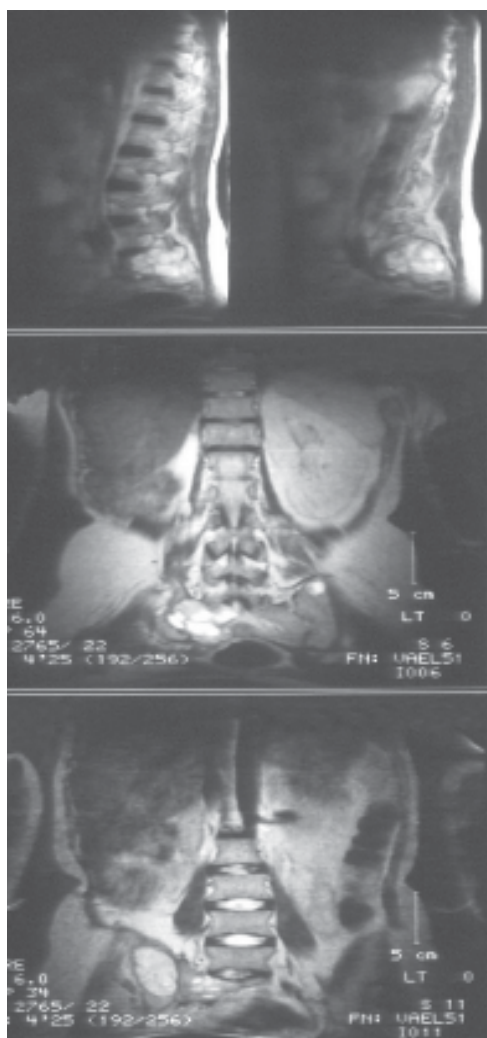
Tabelul 1

Topografie	Frecvență	Frecvență relativă
Cervical	4	0,2
Toracal	11	0,55
Lombar	4	0,2
Sacrat	1	0,05
Total	20	1



**Figura 1**

CT cervical secțiuni axială și reconstrucție sagitală: proces înlocuitor extramedular, vertebral, C3-C4 stânga: cordon, la un pacient de 52 ani

**Figura 2**

IRM vertebro-medular lombo-sacrat, secțiuni sagitale și frontale, în ponderație T2: formațiune tumorală S1-S2, polilobată cu hipersemnal în T2, neomogen, invadând aripa sacrată și creasta iliacă dreaptă, la o tânără de 30 ani

Debutul acestor tumori a fost, în general, lent progresiv, exceptând cazul bolnavului M.C. de 52 ani, unde debutul a fost acut, de câteva ore. Sindromul clinic a fost reprezentat de un sindrom bipiramidal, iar diagnosticul inițial a fost de accident vascular cerebral ischemic vertebro-bazilar și tratat cu heparină, dovedindu-se în final a fi un cordon C3-C4.

Intervalul de timp între apariția primelor simptome și internare a variat între 4 luni și 1-2 ani în cazul tumorilor benigne. Excepție a făcut cazul de distrofie mucoidă a unei femei C.A. de 56 de ani cu debut printr-un sindrom incomplet de coadă de cal în urmă cu 7 ani și care a fost tratat prin 3 operații perineale în 3 ani succesivi, prin diverse procedee chirurgicale pentru ruptură de perineu.

În cazul tumorilor maligne intervalul a variat între câteva ore și 2 ani.

Diagnosticul inițial de trimitere a fost în 8 cazuri de compresiune medulară, hernie de disc lombară în 5 cazuri, parapareză evolutivă, discită TBC, metastaze vertebrale (în cazul mielomului multiplu), spondiloză cervicală cu sindrom cenestopat în cazul unui sindrom bipiramidal secundar unui mielom multiplu C3-C4 și AVC ischemic vertebro-bazilar în cazul unui cordon.

Numărul de zile de spitalizare a variat între 3 și 41, cu media de 17 zile.

Sindromul algic a fost un element constant în cadrul motivelor internării. Durerile au fost localizate la nivelul vertebrelor afectate, cu iradiere în extremități și cu prezența paresteziilor cervico-brahiale, crurale sau în centură. Sindromul bipiramidal a fost prezent în compresiunile cervicale, parapareză în cele toracolumbare, sindromul Brown-Sequard într-un condrosarcom operat T9-T10 și sindromul de coadă de cal, prezent în cazul distrofiei mucoide lombare și în cazul unui cordon. Tulburările motorii au lipsit în cazul a două angioame vertebrale localizate D12, respectiv L4. La acești ultimi 2 bolnavi a existat numai simptomul durere și neavând indicație neurochirurgicală, au rămas în dispensarizare neuro-radiologică. Într-un alt caz de angiom vertebral D12 sindromul algic a fost atât de puternic încât s-a practicat laminectomia decompresivă L1-D12 cu biopsie tumorală și cu recuperare neuromusculară ulterioară. În 3 cazuri de mielom multiplu afectarea neuronului motor central sau periferic a lipsit.

Tulburările sfincteriene au existat numai la 5 pacienți și au fost de tip retenție vezicală.

Examenul paraclinic a constatat din radiografie simplă vertebrală față și profil care a arătat osteolize masive ale corpurilor vertebrale în cazul condrosarcomului, tasări cuneiforme în cazul distrofiei mucoide și al mielomului multiplu, lize ale arcului vertebral în cazul mielomului multiplu, aspect de fagure de miere sau

spumă de săpun la nivelul corpului vertebral în cazul hemangiomului vertebral. În mielomul multiplu radiografiile vertebrale au arătat și demineralizări accentuate ale corpurilor vertebrale cervicale, dorsale și lombare.

Mielografia a constituit al doilea examen obligatoriu al acestor bolnavi, imaginile obținute variind între normal, îngustarea coloanei opace în dreptul vertebrelor lezate și stop total.

La 5 bolnavi s-a putut efectua IRM:

- femeie, I.T., 54 de ani, operată de hernie de disc lombară în urmă cu 18 ani, internată pentru dureri lombare puternice de un an, imaginea RMN arată un hemangiom al corpului vertebral L4, crezându-se inițial o recidivă discală;
- bărbat, G.V., 55 de ani, cu dureri atroce în lungul coloanei vertebrale, imaginea obținută prin RMN arată modificări de structură D11-D12 cu proces expansiv epidural extins D9-D12 (biopsia a evidențiat histiocitoza X);
- femeie, V.E., 30 de ani, cu dureri lombo-sacrate, imaginea IRM evidențiază la nivelul S1-S2 o formațiune polilobată tumorală cu hipersemnal T2 neomogen, invadând aripa sacrată și creasta iliacă dreaptă;
- bărbat, M.I., 57 de ani, cu sindrom bipiramidal și dureri cervicale, RMN arată un proces expansiv C7 și biopsia mielom plasmocitar;
- femeie, P.I., 62 de ani, suspectă de hernie de disc lombară, radiografia simplă și rezonanța magnetică evidențiază un angiom T12.

Oricât de extraordinare ar fi imaginile obținute pe RMN în planuri orizontale, frontale și axiale, numai biopsia poate evidenția natura exactă a tumorii respective.

La 7 pacienți s-a efectuat mielo-CT care a arătat exact extinderea în plan axial a procesului tumoral:

- în cadrul condrosarcomului D5-D7, tumora modificase structura arcurilor vertebrale D5-D7, invadase mușchii proprii spinali, pătrunsese parțial în canalul spinal și erau prezente și calcificări intramusculare;
- în cadrul unui cordom C3-C4, CT a ilustrat procesul înlocuitor de spațiu extramedular C3-C4 stângă;
- condrosarcomul a fost bine evidențiat ca o tumoră de unghi costo-vertebral drept, în dreptul T9-T10 cu invazia canalului vertebral;
- histiocitoza X pe imaginile CT au apărut geode de osteoliză D11-D12;
- în cazul băiețelului de 9 ani operat în urmă cu 5 luni de neuroblastom D5, iradiat ulterior cu cobalt și tratat și prin chimioterapie, CT a arătat clar recidiva tumorală: o formațiune semirotondă paravertebrală stângă

cu priză de contrast în dreptul corpurilor vertebrale D3 și D5, care a pătruns în canalul vertebral; prin operație s-a practicat laminectomie decompresivă D4, D5, D6 cu ablația manșonului tumoral.

Scintigrafia efectuată la o singură bolnavă a suspectat un proces metastatic osos multiplu, din cauza imaginilor mici hiperactive la nivelul corpurilor D12 și L1, arcurilor costale 9, 10, 11, 12. Diagnosticul etiologic nu s-a confirmat decât intraoperator: examenul morfopatologic a arătat distrofie mucoidă.

Puncțiile lombare practicate au arătat mari disociații albumino-citologice.

Tratamentul chirurgical a avut ca obiectiv ablația în totalitate a tumorii, lucru care a fost posibil în 7 cazuri. Ablația subtotală s-a practicat la alți 4 bolnavi. În 5 cazuri s-au efectuat numai laminectomie decompresivă și biopsie din tumoră. În două cazuri de angioame vertebrale și două mielome multiple nu a fost necesară intervenția neurochirurgicală.

Prezentăm succint un număr de cazuri clinice de tumori maligne primitive spinale.

Femeie B.N. de 44 de ani, cu lombalgii de 2 ani, se internează în neurologie cu lombosciatică dreaptă și parestezii în acest teritoriu foarte supărătoare. Examenul clinic arată sindrom de compresiune radiculară L5-S1 bilateral. Mielografia cu Omnipaque indică stop la L3. Se transferă în neurochirurgie. Prin laminectomie L3-L4 se găsește o dură fără pulsație și prin incizia longitudinală a durei se constată o tumoră moale, gălbuie, aderentă la meninge și rădăcinile cozii de cal, dezvoltată la nivelul vertebrelor L3-L4. În interiorul tumorii se constată prezența unui hematom în curs de lichefiere. Se face ablația macroscopică a tumorii, examenul anatomo-patologic arată un cordom cu angiomatoză accentuată, tromboze vasculare și zone infarctizate. Consultul oncologic nu a indicat radioterapie sau chemoterapie. Radiografia de bazin efectuată ulterior nu a evidențiat leziuni osoase.

Pacient, P.S., de 52 ani, (cu tumoră malignă vertebrală în final) se internează la neurologie cu un sindrom Brown-Sequard cu nivel T10 dreapta, cu debut lent progresiv de circa o lună. În urmă cu 20 ani i s-a pus diagnosticul de osteocondrom de arc costal C9-C10 dreapta și a fost operat. Radiografia pulmonară efectuată la actuala internare arată opacitate rotundă, cu contur net, situată hilar dreapta probabil posterior, de 9 cm. Se transferă la secția de neurochirurgie din București, preoperator se efectuează radiografia de coloană toracală care arată osteoliză la nivelul vertebrelor T9-T10 și coastelor C9-C10 dreapta. CT la nivelul vertebrelor T9-T10 evidențiază o tumoră de unghi costovertebral drept, în dreptul vertebrelor T9-T10, cu invazia canalului vertebral. Se intervine

operator și se găsește o tumoră rotundă, dură, incapsulată, având dimensiunile 6 x 6 x 6 cm, cu punct de plecare posibil la nivelul vertebrelor T9-T10 sau la nivelul capetelor coastelor C9-C10 dreapta. Se practică ablația tumorii în totalitate și se chiuretează osul spongios de la nivelul hemivertebrelor T9-T10 dreapta, discurile intervertebrale fiind indemne tumoral. Canalul vertebral este invadat de tumoră și se realizează decomprimiune medulară. Tumora nu a fost aderentă de măduvă sau de dură. Examenul anatomo-patologic arată un condrosarcom înalt diferențiat (gradul I). Evoluția postoperatorie a fost bună, după 3 luni bolnavul și-a reluat activitatea profesională.

Particularitatea acestui caz constă în existența unei tumori benigne, osteocondrom de coaste 9 și 10 drepte, operate în urmă cu 20 de ani și apariția în aceeași regiune a unei tumori maligne care a putut fi excizată în totalitate.

Prezintă succint un număr de cazuri clinice de tumori benigne spinale.

Cele 5 tumori benigne au fost: trei hemangioame vertebrale, o distrofie mucoidă și o histiocitoză X.

Diagnosticul de hemangiom vertebral L4 la o pacientă, I.T., de 54 de ani s-a stabilit cu ajutorul IRM deoarece pacienta fusese operată în urmă cu 18 ani de HDL4-L5 și-n ultimul an simptomele dureroase care au precedat operația au reapărut cu o intensitate și mai mare, iar mielografia efectuată a fost normală. Pe imaginile IRM s-au observat laminectomiile L4-L5, hiperlordoza coloanei lombare, discurile intervertebrale L5-S1, L4-L5 și L3-L4 care prezintă semne IRM de degenerescență (hiposemnal T2 de deshidratare al nucleului pulpos). La nivelul corpului vertebral L4 în porțiunea posterioară se evidențiază o zonă rotundă bine delimitată de hipersemnal T2 și T1 (hemangiom vertebral). Canalul lombar este tracționat de către zona de laminectomie, apărând lărgit. Discul intervertebral L4-L5 herniază discret în direcția postero-laterală stângă. Radiografia coloanei lombare confirmă diagnosticul de hemangiom prin imaginea obținută în fagure de miere (microgeodară). Deoarece tumora descrisă nu determină deficit neurologic sau stenoză spinală bolnava este tratată prin antialgice și rămâne în dispensarizare neurologică.

Următoarele două hemangioame le-am întâlnit la bolnava B.A., în vârstă de 45 de ani, cu localizare T12 și la bolnava P.I., de 62 de ani, cu aceeași localizare. Ambele au prezentat numai acuze senzitive, în primul caz dureri toraco-lombare cu parestezii în membrele inferioare, iar în al doilea caz dureri lombare iradiate pe rădăcina L5 stânga. Examinarea paraclinică a constat în radiografii simple, toracale și lombare și IRM vertebro-medular. Primul caz s-a tratat conservator: antiinflamatoare, interzicerea efortului fizic și

control periodic la 6 luni, iar în al doilea caz s-a efectuat laminectomia decompresivă L1-12, cu biopsie și recuperarea neuromusculară ulterioară.

Bolnava C.A. de 56 de ani, prezenta în urmă cu 7 ani, tulburări sfincteriene tip incontinență urinară la efort și pierderi necontrolate de urină. A suferit în această perioadă 3 operații perineale în 3 ani succesivi: colpoperineorafie anterioară pentru ruptură de perineu și colpoligamentopexie repetată de 2 ori, dar tulburările sfincteriene au continuat. Progresiv apar durerile toraco-lombare și un deficit motor tip parapareză asimetrică (stânga mai mult ca dreapta). Prima investigație efectuată, radiografia coloanei lombare arată demineralizarea platoului inferior al corpului vertebral T12, iar vertebra T12 are aspect cuneiform și un listezis subjacent (figurile 3 și 4).

Se transferă din neurologie în neurochirurgie. Mielografia cu Omnipaque arată îngustarea coloanei opace cu amprente marcate la nivelul T12-L1, tasare vertebrală T12. Următorul pas: scintigrafie osoasă care arată multiple imagini mici, intens hiperactive, la nivelul T12 și L3, arcurile costale C9 stânga și C10-C11-C12 dreapta și bazin dreapta (aspect de metastază). Următorul pas IRM: corpul vertebral T12 apare tasat anterior și cu conturul neregulat și prezintă semnal anormal hipointens în secvențele T1 ponderate și ușor hiperintens în cele T2 ponderate (figura 5). Discul intervertebral T11-T12 protruzionează intrarahidian, ancoșând coloana opacă pe imaginea mielografică, fără a avea efect compresiv vizibil pe măduvă în secțiunile transversale. Prin costo-transversectomie C11-C12 se ajunge la corpul vertebral T12 care se îndepărtează, se face decomprimiunea medulară anterioară și apoi reconstrucția vertebrală cu metil metacrilat.



Figura 3
Radiografie dorsală, față



Figura 4
Radiografie dorsală, profil, arată o demineralizare a platoului inferior al corpului vertebral T12, iar vertebra T12 are aspect cuneiform și un listezis subjacent; examenul histopatologic: distrofie mucoidă la o bolnavă de 56 de ani



Figura 5

IRM vertebro-medular regiunea lombo-sacrată, secțiune sagitală: corpul vertebral T12 este tasat anterior și cu conturul neregulat și prezintă semnal anormal hipointens în secvențele T1 ponderate, discul intervertebral T11-T12 protruzionează intrarahidian, la același caz de distrofie mucoidă la o bolnavă de 56 de ani

Tumora evacuată macroscopic în totalitate este moale, cenușie, neaderentă la măduvă sau la sacul dural, dimensiuni 3 x 2 cm. Examenul anatomo-patologic: distrofie mucoidă.

Particularitatea cazului a fost discordanța între examenul paraclinic și examenul anatomopatologic, precum și raritatea localizării acestei distrofii mucoide.

Bolnavul G.V. în vârstă de 55 de ani, în urmă cu 6 luni acuza dureri lombare iradiate ascendent dorsal, interscapular, parțial ameliorate sub tratament simptomatic. După 5 luni de dureri suportabile, dar trenante, se internează într-un serviciu balnear unde simptomele par a se agrava, fiind astfel transferat în neurologie cu suspiciunea de arahnomieliță. În acel moment durerile lombare se mențin atroce atât în repaus cât și în timpul mișcării, apare contractura lombară bilaterală cu scolioză antalgică spre stânga, manevrele de elongație sciatică fiind pozitive bilateral dar bolnavul nu prezintă deficit motor, tulburări sfincteriene sau tulburări de sensibilitate. Puncția lombară efectuată evidențiază un LCR xantocrom și este transferat cu suspiciunea de compresiune medulară dată de o malformație vasculară medulară în neurochirurgie. IRM vertebro-toracal arată modificări de structură la nivelul vertebrelor T11-T12, proces expansiv epidural extins în regiunea T9-T12. CT vertebro-toracal arată geode de osteoliză la nivelul vertebrelor T11-T12. Operator prin hemilaminectomie cu artrectomie T11 și T12 stânga se evidențiază: pediculii vertebrali T11-T12 cu structură modificată tumoral, o tumoră vertebrală la nivelul spongioasei corpurilor T11-T12; lateral stânga de sacul dural există o tumoră epidurală care comprimă sacul ca un manșon. S-a efectuat decompresiunea măduvei anterior și lateral, s-a reconstruit hemivertebrelor T11-T12 cu metil

metacrilat, injectat intraoperator transpedicular. Examenul histopatologic a evidențiat histiocitoză X, forma cronică benignă Hand-Schuller-Christian.

Evoluția imediat postoperatorie a fost bună, dar ulterior, bolnavul refuză internarea într-o clinică de hematologie și la o lună după operație apar progresiv retenția vezicală, parapareza și sindromul algic foarte puternic.

La 3 luni de la operație, bolnavul decedează; post-operator, evoluția clinică a fost rapidă spre paraplegie cu nivel de anestezie, tulburări sfincteriene și escare severe. A refuzat internarea pentru o reevaluare a cazului în vederea tratamentului optim necesar.

Particularitatea cazului constă în localizarea acestei proliferări a țesutului reticulat la nivelul pediculilor vertebrali și la nivelul spongioasei corpurilor vertebrale toracale. Aceste zone de distrucție osoasă sunt mai frecvent întâlnite la nivelul craniului. De notat, de asemenea, evoluția nefavorabilă postoperatorie, bolnavul refuzând tratamentul hematologic adecvat cu toate că leziunea a fost benignă și actul operator corect executat.

Concluziile referitoare la studiul tumorilor vertebrale primitive sunt:

- modul de debut, simptomatologia clinică în perioada de stare, radiografiile simple, mielografia și în multe cazuri chiar IRM-ul și mielo-CT-ul nu pot stabili exact dacă este vorba de o tumoră benignă sau malignă;
- într-unul dintre cazuri (bărbat, U.I., 74 de ani), radiografia coloanei toracice a suspectat o discită T6 (tasare anterioară T6, T7 și leziuni de osteoporoză) dar intervenția neurochirurgicală a evidențiat diagnosticul de mielom multiplu iar în alt caz (femeie, S.L., 57 de ani), intraoperator, s-a efectuat excizia totală a tumorii, suspiciunându-se o metastază vertebrală T11, dar examenul anatomopatologic a evidențiat un plasmocitom matur;
- localizările vertebrale multiple sunt caracteristice mielomului multiplu, metastazelor vertebrale și unor afecțiuni mai rar întâlnite la nivel spinal, cum ar fi distrofia mucoidă și histiocitoza X forma cronică benignă Hand-Schuller-Christian,
- nu toate tumorile vertebrale necesită intervenție chirurgicală;
- în cazul celor 9 mieloame unice sau multiple nu s-a efectuat complet bilanțul biologic, respectiv imunolectroforeza urinei și serului (pentru evidențierea paraproteinelor), care ar fi ajutat la punerea diagnosticului înainte de biopsie;
- evoluția tumorilor studiate a fost favorabilă cu excepția neuroblastomului și a histiocitozei X.

BIBLIOGRAFIE

1. **Adams RD, Victor M** – *Principles of Neurology*, New York, 1997.
2. **Aldescu C** – *Neuroradiodiagnostic*. Vol. 1 și 2. 1987. Junimea Iași.
3. **Benezec J, Fuentes J** – Les tumeurs primitives du rachis. *Neurochirurgie*, 1989.
4. **Brassier G, Rolland Y** – Tumeurs rachidiennes et intrarachidiennes. *Encyclopedie medico-chirurgicale*, vol.V 1993/1994.
5. **Colombo N, Berry I, Norman D** – Tumeurs vertebrales. Imagerie du rachis et de la moelle. *Vigot*, ed, Paris, 1989.
6. **Cook AM, Lau TN** – MRI of the whole spine in suspected malignant spinal cord compression: impact on management. *Clinical Oncology*. 10(1), 39-43, 1998.
7. **Decq P, Palfi S** – Compressions medullaires lentes. *Encyclopedie medico-chirurgicale* vol. VI. Paris, *Neurologie*, 17655 A10, 1993.
8. **Derek C, Harwood N, Pettersson H** – *Neuroradiology*. Merit Communications England, 1992.
9. **Gil R** – *Neurologie pour le praticien*. 1989 SIMEP Paris.
10. **Laine E** – Compressions radiculaires pures. *Encyclopedie medico-chirurgicale* vol. VI. Paris. *Neurologie*, 17675 A10, 1994.
11. **Laredo JD, Bard M** – Tassements vertebraux non traumatiques. *Encyclopedie medico-chirurgicale, Radiodiagnostic Neuroradiologie*, 1987 Paris, 1-10, 31100 F10.
12. **Mathe JF** – Syndromes medullaires. *Encyclopedie medico-chirurgicale*, vol. III. Editions techniques. 1993 Paris.
13. **Mihăiță I, Opriș L** – IRM vertebro-medular. Centrul de imagistică Medinst 2000.
14. **Roland J, Braun M** – Imagerie medullorachidienne. *Encyclopedie medico-chirurgicale*, vol. III. Editions techniques. 1993 Paris. 17035. A-60.
15. **Samuels MA, Feske S** – *Office Practice of Neurology*. Churchill Livingstone Inc. 1996.
16. **Touboul E, Khelif A** – Tumeurs primitives du rachis: radiotherapie et chimiotherapie. *Neurochirurgie*, 1989, 35, 342-350.
17. **Touboul E, Khelif A** – Les tumeurs primitives du rachis. Aspect oncologique et therapeutique. *Neurochirurgie*, 1989.