

GEBELİK SIRASINDA MEME KANSERİ METASTAZINA BAĞLI OMURİLİK BASISI GELİŞEN BİR OLGU: TANIDAN REHABİLİTASYONA

Dr. Özden Özyemişçi-Taşkiran, Dr. Mustafa Cengiz, Dr. Nesrin Demirsoy

ÖZET

Amaç: Bu olgu sunumunda gebelik sırasında meme kanseri metastazına bağlı omurilik basısı gelişen bir hastanın tanı, cerrahi tedavi ve rehabilitasyon sürecinin sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu Sunumu: Otuz sekiz yaşındaki 32 haftalık gebe hasta şiddetli sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden meme kanseri tanısı ile 9 yıl önce modifiye radikal mastektomi geçirdiği öğrenilen hastanın boyun fleksiyonu ile sırttan aşağıya doğru yayılan şiddetli Lhermitte belirtisi saptanması üzerine çekilen servikal manyetik rezonans görüntülemesinde T1 Vertebra korpusunda omuriliğe bası yapan metastaz saptandı. İzlemede motor defisit saptanması ve günler içinde artış göstermesi üzerine gebeliğin 35. haftasında hastaya aynı seansta sezaryen ve tumor eksizyonu cerrahisi uygulandı. Postoperatif dönemde rehabilitasyon programına alındı. Rehabilitasyon süreci sonunda motor muayenesi normale dönen hasta işlevsel bağımsızlığını tam olarak kazandı ve 18 ay sonraki takibinde işlevsel düzelmenin devam ettiği gözlemlendi.

Sonuç: Bu olgu, kanser öyküsü olan gebe bir hastada dikkatli bir kas-iskelet sistemi değerlendirmesinin onkolojik aciliyet taşıyan bir klinik tablo açısından tanı, cerrahi tedavi ve rehabilitasyon yönüyle yüzgüldürücü sonuçlarını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metastaz, omurilik basısı, onkolojik rehabilitasyon, işlevsel bağımsızlık.

ABSTRACT

Objective: Rehabilitation plays an important role in the management of metastatic spinal cord injury as well as surgical and medical treatment strategies.

Case Report: Thirty eight year-old woman admitted with neck, shoulder and back pain that limited her walking and other daily activities at 32 weeks of her pregnancy. She had modified radical mastectomy 9 years ago. In physical examination, loss of muscle strength and Lhermitte's sign were noted. Vertebral metastases were demonstrated on the cervical magnetic resonance imaging. Immediately after the progression of motor deficit in the follow up examinations recognized, cesarian section and tumoral excision were performed at the same session at 35 weeks of her pregnancy. After surgery, rehabilitation program was commenced. At the completion of the rehabilitation, recovery of motor strength and functional independency were achieved. Functional recovery was sustained after 18 months of follow up.

Conclusion: Care should be given to spinal pain complaints in patients with prior cancer diagnosis. In case of spinal metastasis and metastatic spinal cord compression which is an oncological emergency, early diagnosis and early management strategies and rehabilitation are essential to achieve successful outcome.

Key words: metastatic spinal cord injury, oncological rehabilitation, functional independency

Geliş tarihi: 26/04/2011

Kabul tarihi: 28/05/2011

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

İletişim: Dr. Özden Özyemişçi-Taşkiran

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş

Kanser tedavisindeki gelişmelere paralel olarak kanserli hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Bu durum, ileri evre kanserin komplikasyonu olan omurga metastazları ve metastatik omurilik yaralanmalarında (OİY) artışa sebep olmaktadır (1). Önümüzdeki yıllarda akciğer, prostat ve meme kanseri sıklığında yükselme beklendiği düşünüldüğünde fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) hekimlerinin metastatik OİY olan hastalarla daha fazla karşılaşacağı öngörülmektedir. Bu nedenle FTR hekimi, kas-iskelet sisteminin ayrıntılı değerlendirmesinin yanı sıra, sistemik ve nörolojik muayene ve hastaya bütüncül yaklaşım konusunda da donanımlı olmalıdır.

Metastatik OİY rehabilitasyonu konusunda literatür bilgisi gelişme aşamasındadır, bilimsel kanıt düzeyi yetersizdir (2). Kılavuz önerileri sistematik derlemeler ile birlikte, daha çok klinisyen görüş ve deneyimlerine dayanmaktadır (3). Travmatik ve metastatik OİY rehabilitasyonu bazı benzerlikler göstermekle birlikte önemli farklılıklar da bulunmaktadır. Metastatik OİY olan hastaların çoğunun 1 yıllık yaşam süresi %20'nin altındadır ve hastalar, bir yandan özürülük, bir yandan da yaşamın sonlanmasına neden olacak hastalık ile mücadele etmek durumundadırlar (4). Bu nedenle uzun dönem özürülük varlığında uygulanan rehabilitasyon modelleri, durumu progresif olarak kötüleşen metastatik OİY rehabilitasyonu için bire bir uygulanamaz.

Kanser tedavisinde rehabilitasyonun rolü hakkında bilgi ve deneyim eksikliği, rehabilitasyonun gereksiz yere hastane yatışlarını uzattığı ve sadece prognozu iyi olan onkoloji hastaları için önerilmesi gerektiği şeklinde hatalı görüşlere neden olabilmektedir (5). Bir çok rehabilitasyon merkezinde onkolojik rehabilitasyon hastasının kabulü tercih edilmemektedir (2). Oysa metastatik OİY olan hastalarda rehabilitasyon sonuçlarının başarılı olduğu ve işlevsel bağımsızlık ölçütü ("*Functional Independence Measure*" FIM) değerlerinde taburculuk sırasında anlamlı yükselme olduğu (5) ve eve taburculuk oranının %73 olduğu bildirilmektedirler (6).

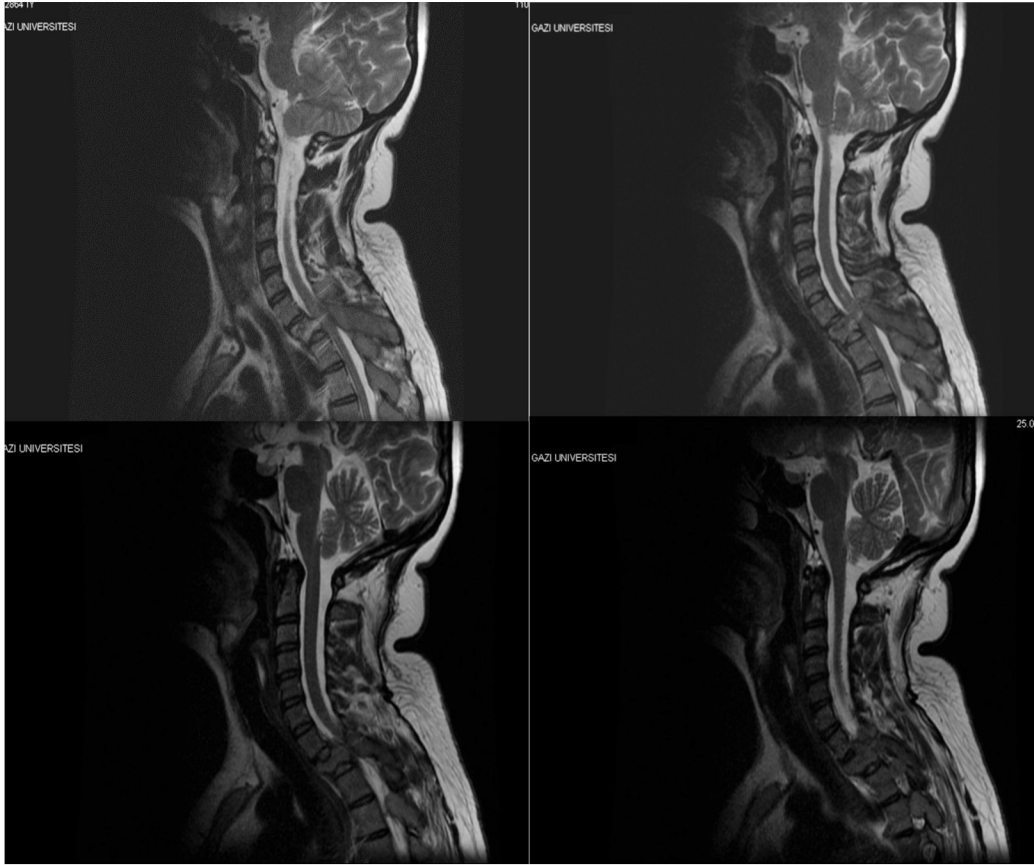
Bu olgu sunumunda sırt ağrısı şikayetiyle doktora başvuran ve meme kanserine bağlı torakal omurga metastazı saptanan bir olgunun cerrahi ve medikal tedavisinin yanında yüz güldürücü rehabilitasyon süreci anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında 32 haftalık gebe hasta sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Birkaç haftadır olan ağrısı-

nın son 1 haftadır arttığı, bu şikayetlerine her iki kol - elde uyuşmalar ve sırttan bacaklara kadar yayılan şiddetli elektrik çarpması hissinin eşlik ettiği öğrenildi. Ağrısının, istirahat, sıcak uygulama ve ağrı kesiciyle (parasetamol) bir miktar rahatladığı, ayakta durmak ve oturmakla arttığı kaydedildi. Son dönemde ağrıları nedeniyle ev içi mobilizasyonda ve günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımsızlığı giderek kısıtlanan hasta son günlerde tekerlekli sandalyeye gereksinim duymaya başlamış. Özgeçmişinde 9 yıl önce modifiye radikal mastektomi cerrahisi dışında önemli bir özellik olmayan hastanın amcasında beyin tümörü hikayesi vardı. Kas iskelet sistemi muayenesinde boyun hareketleri her yöne çok ağrılı ve kısıtlı idi. Minimal boyun-sırt hareketi ile ortaya çıkan ve boyun fleksiyonu ile şiddetlenen Lhermitte belirtisi dikkati çekiyordu. Bilateral servikal paravertebral kaslarda spazm ve hassasiyeti olan hastanın nörolojik muayenesinde dokunma ve ağrı duyusu doğal idi, bilateral omuz abduksiyonu, el bileği fleksiyonu ve ekstansiyonu, kalça fleksiyonu, ayakbileği dorsifleksiyonu (ABDF) halluks dorsi- ve plantar fleksiyonunda %10-20 güç kaybı tespit edildi. Derin tendon refleksleri alt ekstremitelerde canlı, plantar yanıtları ekstansör idi. Anal sfinkter tonus ve duyu muayenesi doğal idi. Bu bulgularla spinal kord basısı düşünülen hastada acil şartlarda servikal manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi. Servikotorakal MRC'inde, T1 korpus, laminalar ve pedinkülleri tutmuş, spinal kanalı diffüz olarak daraltan ve tekal keseyi oblitere eden ekspansil kitle lezyonu izlendi (Şekil 1).

Hasta FTR kliniğine yatırılarak beyin cerrahisi, medikal onkoloji, kadın hastalıkları ve doğum bölümleri ile konsülte edildi ve gebeliğin 35. haftasında sezaryen yapılmak üzere gözlem altına alınması ve nörolojik durum açısından izlemi planlandı. Yatışından sonraki bir haftalık izlem muayenelerinde bilateral T8 altı hipoestezi gelişen hasta beyin cerrahisi ile tekrar konsülte edildi, ilerleyici motor defisit olmadığı için acil operasyon düşünülmeyi, ancak 11. gün muayenesinde alt ekstremitelerde motor kuvvette ciddi azalma (2/5) saptanan hasta acil olarak beyin cerrahisi ve kadın hastalıkları ve doğum bölümü ile konsülte edildi. Hastaya 4x10 mg deksametazon başlandı ve yatışının 12. gününde acil olarak sezaryen yapıp aynı seansta beyin cerrahisi tarafından önce anterior, ardından posterior girişim ile, C7-T1, T1-T2 anterior diskektomi, T1 median korpektomi + kafes yerleştirilmesi, T1 spinöz proses eksizyonu, bilateral T1 laminektomi ve tümör eksizyonu ile dekompresyon yapıldı. Ameliyat sonrası 7. günde beyin cerrahi-



Şekil 1–Servikotorakal Manyetik Rezonans Görüntülemesi (cerrahi öncesi): T1 korpus, laminalar ve pedinkülleri tutmuş diffüz olarak spinal kanalı daraltan tekal keseyi oblitere eden ekspansif kitle lezyonu.

sinden taburcu edilen hastanın taburculuk muayenesinde sol alt ekstremitede 2/5, sağ alt ekstremitede 3/5 gücündeydi. Ameliyat sonrası 2. haftada rehabilitasyon için servisimize tekrar kabul edilen hastanın uzun oturma dengesi mevcuttu ve destekli ayakta durabiliyor, ancak yürüyemiyordu. Motor muayenede sol alt ekstremitede daha belirgin olmak üzere (3/5) güç kaybı vardı. Derin tendon refleksleri bilateral canlı ve plantar yanıtları ekstansor olan hastanın sağ gözünde ptosis ve myozis farkedildi ve ameliyat sırasında sağ stellat ganglion hasarına bağlı olduğu düşünüldü. Bilateral T11, T12, L1 ve L2 dermatomlarında hipoestezisi olan hastanın, bilateral ayak bileği ve parmaklarda derin duyusunun bozuk olduğu görüldü.

Hasta cerrahi sonrası onkoloji bölümü tarafından değerlendirildi ve abdomen ve toraks bilgisayarlı tomografilerinde iç organ metastazı olmadığı, T1, T2 ve L3 vertebra korpuslarında litik lezyonlar bulunduğu görüldü. Servikal ve torakal MRG'de T1, T2, T3, T4 vertebra posterior elemanlarda medullar ödem,

T11'de infiltrasyon lehine patolojik kontrast tutulumu, L3 vertebra korpusunda 16 mm çaplı metastaz ile uyumlu lezyon saptandı, T1 vertebra düzeyindeki omurilik basısının ortadan kalktığı izlendi (Şekil 2). Medikal tedavi olarak zoledronik asit, GnRH agonisti, tamoksifen verildi ve radyoterapi önerildi.

Rehabilitasyon programına alınan hastaya boyun izometrik, kontrollü izotonik, üst ve alt ekstremitelere dirençli izotonik, postur, denge-koordinasyon, dayanıklılık egzersizleri başlandı. Yürüme egzersizleri programı çerçevesinde askılı yürüme bandında kısmi vücut ağırlığı ile yürüme, paralel barda ayakta durma-yürüme, topukta, parmak ucunda yürüme yan-geri yürüme, paralel bar dışında kanadyenle yürüme, merdiven inip çıkma eğitimi uygulandı. Denge-koordinasyon eğitimi için ayna karşısında bacaklarda ve kollarda ağırlıklı yürüme uygulanıp kinestetik beceri eğitim cihazında denge eğitimi verildi. Rehabilitasyon programının sonlarına doğru bisiklet ve koşu bandında dayanıklılık çalışması yaptırılan hastanın

taburculuk aşamasındaki motor muayenesinde hal-luks dorsifleksiyonunda %5-10'luk güç kaybı dışında motor kaybı yoktu. Altmış altı gün yatışının ardından üç uçlu baston ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası 3 ayda bir kontrole gelen hastanın 18. ay muayenesinde duyu, derin duyu ve motor işlevlerinin tam düzel-diği, ptosisinin ve reflekslerinde canlılığın halen de-vam ettiği görüldü. Hastanın yürümesinin tamamen normale döndüğü, destek gereksiniminin kalmadığı ve GYA'nde bağımsız olduğu izlendi.

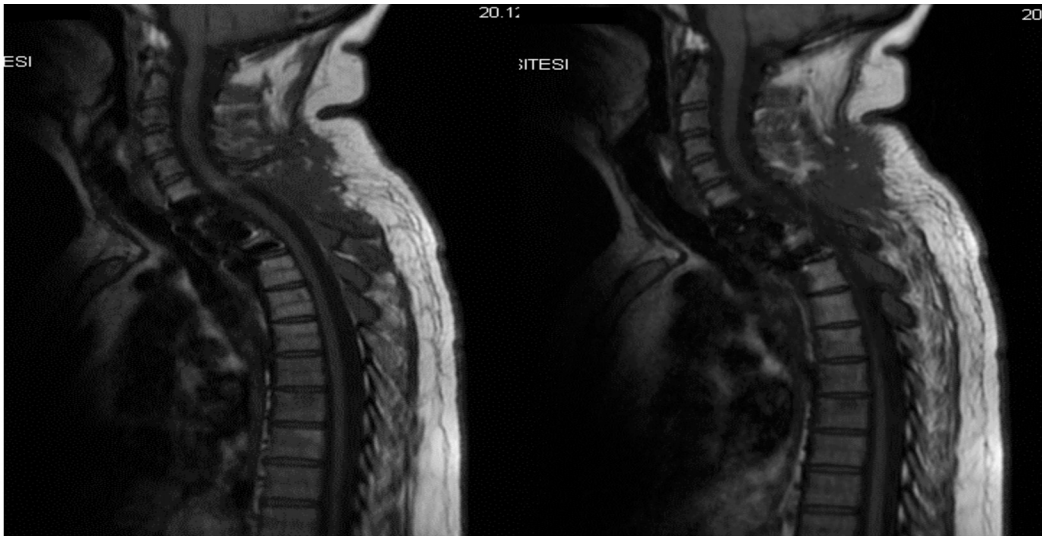
TARTIŞMA

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hekimi tarafından takip edilen olguda multidisipliner nitelikte işbirliği ile, onkolojik aciliyet taşıyan bir klinik tablonun tanısının hızla konması, başarılı bir izlem sonucunda uygun zamanda başarılı iki cerrahi girişimle hem bebeğin hem annenin kurtarılması, ardından hızlı ve etkili bir rehabilitasyon programına alınan hastanın tam fonksiyonel bağımsızlığa ulaşması kaydadeğer bir başarıdır. FTR hekiminin tanıdan rehabilitasyona uzanan isabetli yaklaşımlarının sonucunda ulaşılan yüzgül-dürücü sonuç, hastaya bütüncül yaklaşımın önemli bir örneği niteliğindedir. Ayrıca hastanın genç yaşta ve omurilik basısının inkomplet olması, rehabilitasyon ekibinin deneyimi ve hasta motivasyonu rehabilitasyonun başarılı sonuçlanmasına katkıda bulunmuş ve hasta işlevsel bağımsızlığını kazanmıştır.

Metastatik omurilik yaralanmalarında en sık baş-

vuru yakınması ağrıdır. Ağrının ortaya çıkması ile omurga metastaz tanısının konmasına kadar geçen süre hastaların psikolojisini ve işlevsel sonucu etkilemektedir (7). Hekimler, özellikle nörolojik kayıp orta-ya çıkmadan önce ağrı ile omurga metastazı ilişkisini kurmakta gecikebilmektedirler. Nonspesifik bel ağrısı sıklığının toplumda yaygın olması, kanserle ilişkili ağrıların hastalarda sık olması ve kanser tanısı konmadan omurgada metastaz varlığı bu tanıdaki gecikmenin nedenlerindedir (3). Kanser tanısı olan hastalarda tedaviye yanıt vermeyen, valsalva manevrası ile ve gece şiddetlenen omurga ağrısı varlığında hekimler dikkatli olmalı ve hastayı yakın takibe almalıdır. Omurilik basısını düşündüren klinik bulguların varlığında (radiküler ağrı, kuvvet veya duyu kaybı, mesane veya barsak işlev bozukluğu gibi) onkolojik acil olan omurilik basısı düşünülmeli ve 24 saat içinde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirilmelidir. Omurga metastazı veya omurilik basısı şüphesinde direkt radyografi ile zaman kaybedilmemelidir (3). Omurilik basısı tanısı kesinleştiğinde endikasyon var ise saatler içinde uygun dekompresyon cerrahisi önerilmektedir. Bizim olgumuzda MRG ile teşhisi takiben hasta motor muayene ile izlenmiştir. Yakın hasta takibi ve uygun zamanda yapılan acil cerrahi girişim hastanın prognozunu olumlu yönde etkilemiştir.

Rehabilitasyon sonucunu etkileyen parametrelerden biri nörolojik kayıp gelişmesidir. Birçok sınıflama kriterlerine göre kötü prognoz belirteci olarak kabul



Şekil 2–Servikotorakal Manyetik Rezonans Görüntülemesi (cerrahi sonrası): T1, T2, T3, T4 vertebra posterior elemanlarda medullar ödem, T11'de infiltrasyon lehine patolojik kontrast tutulumu, L3 vertebra korpusunda 16 mm çaplı metastaz ile uyumlu lezyon.

edilmesine karşın Leithner ve ark.nın verileri motor kayıp varlığının yaşam süresi için belirleyici olmadığını göstermektedir (8). Primer tumor bölgesinin de tedavi kararını belirlemede etkili olduğu, özellikle estrogen reseptörü pozitif olan meme kanseri olgularında prognozun diğer olgulara daha iyi olduğu ileri sürülmektedir (8).

Metastatik OİY'nin rehabilitasyon programı düzenlenirken travmatik hastalardan farklı olarak kemoterapinin olası yan etkileri, beslenme sorunları, primer hastalığa bağlı yorgunluk ve psikolojik sorunlar, daha sık olduğu bildirilen cerrahi komplikasyonlar ve nöropatik ağrı göz önünde bulundurulmalıdır (7,9,10). Ağrı, rehabilitasyon programında yer alan egzersizler ile artabilir. Bizim hastamızda rehabilitasyon sırasında katılımı engelleyecek düzeyde ağrı yakınması ve başka komplikasyon olmaması rehabilitasyon sürecinin başarısına katkıda bulunmuştur.

Metastatik omurilik basısı olan hastalarda rehabilitasyonun başarılı olması, tedavi ile tekrar mobilite kazanabilmeleri ile tanı sırasındaki bozuklukların derecesi arasında ters yönde ilişki vardır (4). Bu nedenle tanıda gecikme olmaması hastaların özürüllük oranını etkileyen önemli bir faktördür. Ayrıca tanı sonrası hemen rehabilitasyona başlanmalıdır (2). Tanı ile rehabilitasyona başlanması arasında geçen süre genellikle metastatik OİY'da travmatik OİY'a göre daha uzun olmaktadır. Citterio ve ark. İtalya'daki 32 rehabilitasyon merkezinde bu sürenin 64 gün olduğunu bildirmişlerdir (6). Rehabilitasyonun başarısı lezyonun inkomplet ve yatış süresinin uzun olması durumunda artmaktadır (6). McKinley ve ark.'nın sonuçları ise travma dışı nedenlere bağlı OİY olan hastaların daha kısa süre yatarak daha düşük FIM skorları ile taburcu oldukları şeklindedir (11). Özellikle onkoloji hastalarının yatış sürelerinin kısa olması konusunda, rehabilitasyon ekibi, hasta ve ailesinin kısa yaşam beklentisi nedeni ile erken taburculuk isteğinden kaynaklanabileceği yorumu yapılmaktadır. Travmaya bağlı olmayan OİY hastaların FIM verimliliklerinde travmatik OİY'e göre farklılık olmadığını belirten yazarların (11) yanı sıra FIM kazancı benzer fakat FIM verimliliğinin daha düşük olduğunu bildiren yazarlar da bulunmaktadır (5). Sonuçlardaki bu değişiklik yatış süresi farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

Metastatik OİY'nda rehabilitasyon modellerinin, kültürel farklılıkların, sağlık sigorta sistemlerinin yaklaşımının ve rehabilitasyon ekibinin bilgi ve deneyimlerinin harmanlanması ile geliştiğini düşünmekteyiz. Ülkemizde sınırlı rehabilitasyon kapasitesi varlığında, onkolojik rehabilitasyona gereken önemin verilebilmesi için sağlık politikasına yön verecek

prospektif iyi tasarlanmış çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Sonuç olarak, kanser tanısı olan hastalarda omurga ağrısı varlığında metastaz ve omurilik basısı açısından çok dikkatli olunmalı, onkolojik acil olan bu durumun erken tanı ve tedavisi ile nörolojik defisit varlığında da rehabilitasyonun başarılı olabileceği ve bu hastalara rehabilitasyon olanağının sunulması gerektiği bu olgu sunumu ile vurgulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Jensen AØ, Jacobsen JB, Nørgaard M, Yong M, Fryzek JP, Sørensen HT. Incidence of bone metastases and skeletal-related events in breast cancer patients: A population-based cohort study in Denmark. *BMC Cancer*. 2011;11:29.
2. Fattal C, Fabbro M, Rouays-Mabit H, Verollet C, Bauchet L. Metastatic paraplegia and functional outcomes: perspectives and limitations for rehabilitation care. Part 2. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(1):134-45.
3. White BD, Stirling AJ, Paterson E, Asquith-Coe K, Melder A; Guideline Development Group. Diagnosis and management of patients at risk of or with metastatic spinal cord compression: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;337:a2538.
4. Eva G, Paley J, Miller M, Wee B. Patients' constructions of disability in metastatic spinal cord compression. *Palliat Med*. 2009;23(2):132-40.
5. Tang V, Harvey D, Park Dorsay J, Jiang S, Rathbone MP. Prognostic indicators in metastatic spinal cord compression: using functional independence measure and Tokuhashi scale to optimize rehabilitation planning. *Spinal Cord*. 2007;45(10):671-7.
6. Citterio A, Franceschini M, Spizzichino L, Reggio A, Rossi B, Stampacchia G; Gruppo Italiano Studio Epidemiologico Mielolesioni. Nontraumatic spinal cord injury: an Italian survey. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(9):1483-7.
7. Fattal C, Gault D, Leblond C, Gossens D, Schindler F, Rouays-Mabit H, Fabro M, Bauchet L. Metastatic paraplegia: care management characteristics within a rehabilitation center. *Spinal Cord*. 2009;47(2):115-21.
8. Leithner A, Radl R, Gruber G, Hochegger M, Leithner K, Welkerling H, Rehak P, Windhager R. Predictive value of seven preoperative prognostic scoring systems for spinal metastases. *Eur Spine J*. 2008;17(11):1488-95.
9. New PW, Rawicki HB, Bailey MJ. Nontraumatic spinal cord injury rehabilitation: pressure ulcer patterns, prediction, and impact. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(1):87-93.
10. Werhagen L, Hultling C, Molander C. The prevalence of neuropathic pain after non-traumatic spinal cord lesion. *Spinal Cord*. 2007;45(9):609-15.
11. McKinley WO, Seel RT, Gadi RK, Tewksbury MA. Nontraumatic vs. traumatic spinal cord injury: a rehabilitation outcome comparison. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80(9):693-9.