

31-letna ženska s transformiranim gliomom nizke stopnje malignosti

(A 31-Year-Old Woman With a Transformed Low-grade Glioma) JAMA. 2010;303(10):967–976

Peter C. Warnke, MD, razpravljalet

DR. DELBANCO: Gospa Q. je 31-letna zdravstvena delavka, je poročena in ima otroke. Trenutno ni zaposlena in ima standardno (komercialno) zdravstveno zavarovanje.

V anamnezi prej ni imela podatkov o morebitnih krčih ali epilepsiji, nekako 30 mesecev pred to konferenco pa je doživela napad generaliziranih tonično-kloničnih krčev. Po tem dogodku je bil fizikalni pregled pri njej normalen, vendar sta računalniška tomografija (CT) in magnetno-resonančno slikanje (MRI) pokazala gmoto v desnem senčnem predelu možganov, ki jo je obkrožal blag edem okolnjega tkiva (slika 1A). Gmota naj bi najverjetneje predstavljala primarni možganski tumor. Gospa Q. in njen zdravnik sta skupaj sprejela odločitev, da je najbolje tumor kirurško odstraniti.

Pred odstranitvijo je bil opravljen test Wada (postopek, pri katerem v karotidno arterijo vbrizgajo natrijev amobarbital), ki je pokazal, da je pri njej za govor dominantna leva polobla možganov. Nato so gospe Q. subtotalno odstranili tumor, ki so ga po oceni glede na lestvico Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) ocenili s stopnjo oligodendrogliom II/IV, saj je bilo tumor komajda moč ločiti od okolnjega infiltriranega možganskega tkiva in ni kazal ostrih razmejitev na sliki MRI. Po indeksu barvanja za anti-Ki67 monoklonsko protitelo MIB-1 so dokazali, da ima tumor proliferacijsko frakcijo od 1 % do 2 %. V tumorju so našli delecije kromosoma 1p/19q, kar je govorilo za ugodno prognozo.

Dvanajst mesecev kasneje je ponovljeno slikanje z MRI pokazalo, da se je gmota ponovno pojavila (slika 1B [leva stran]). Pri gospe Q. so naredili še obširnejšo odstranitev, da bi odstranili ves tumor, ki so ga makroskopsko lahko videli, histološki izvid pa je potrdil enako vrsto tumorja. V začetku leta 2008, 21 mesecev po drugi operaciji, je slikanje z MRI pokazalo še tretjo ponovitev gmote. Temu je spet sledila odstranitev, ki je tokrat pokazala, da gre za oligodendrogliom stopnje III po lestvici SZO, barvanje MIB-1 pa je pokazalo, da ima tumor proliferacijsko frakcijo 50 %. Čeprav je okrevanje pri gospe Q. tokrat trajalo dlje časa po operaciji, je

Glej uvodnik na strani 103.

Ta konferenca je potekala 21. maja 2008 v prostorih *Surgical Grand Rounds* v bolnišnici *Beth Israel Deaconess Medical Center*, v Bostonu, v Massachusettsu. Iz: Dr. Warnke je gostujoči profesor na univerzi Harvard Medical School in predstojnik nevrokirurgije na oddelku Division of Neurological Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center, v Bostonu, v Massachusettsu.

Naslov za ponatise: Peter C. Warnke, MD, Division of Neurological Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center, 110 Francis St, Ste 3B, Boston, MA 02215 (pwarnke@partners.org).

Klinična razpotja v bolnišnici Beth Israel Deaconess Medical Center so priredili in uredili: dr. Risa B. Burns, urednica; dr. Tom Delbanco, dr. Howard Libman, dr. Eileen E. Reynolds, dr. Amy N. Ship in dr. Anjala V. Tess.

Urednica Kliničnih razpotij: dr. Margaret A. Winkler, odgovorna urednica.

Gliomi nizke stopnje malignosti se pri odraslih pojavljajo s pogostnostjo od 0,8 do 1,2 na 100 000, vzrok pa ni poznan. Kljub temu, da jih histološko razvrščajo med tumorje nizke stopnje malignosti, jih ne znajo ozdraviti z zdaj znanimi terapevtskimi postopki in ni nobenega dokaza I. razreda, ki bi nam bil za vodilo, kako je treba te tumorje zdraviti. Povprečna doba preživetja je od 7,5 do 10 let, z verjetnostjo 5-letnega preživetja od 55 % do 86 %. Prognoza je odvisna od starosti, stopnje tumorja po lestvici SZO, točkovanika izvedbe po Karnofskemu, citološki vrsti (oligodendrogliom proti astrocitomu) in, po možnosti, obširnosti kirurške odstranitve. Oligodendrogliomi, ki so izgubili heterozigotnost na kromosomih 1p in 19q, imajo razločno ugodnejšo prognozo in boljši odziv na zdravljenje. Tumorji z nizko stopnjo malignosti napredujejo lahko v tumorje z visoko stopnjo malignosti in se lahko biološko vedejo zelo agresivno ob staranju bolnika. Gospa Q. je mlada ženska, ki je bila že pred tem zdravljena zaradi oligodendroglioma stopnje II po lestvici SZO in z izgubo heterozigotnosti na kromosomih 1p in 19q. Ta se je po tretji operaciji transformiral v stopnjo III po lestvici SZO. Zato bi rada vedela, kakšne so njene sedanje in prihodnje možnosti zdravljenja.

JAMA. 2010;303(10):967–976

www.jama.com

bilo na koncu popolno in se trenutno dobro počuti ob rednem prejemanju kemoterapije s temozolomidom.

Gospa Q. nikoli ni kadila, ne pije alkohola in ne jemlje drog. V njeni družini nihče ni imel možganskega tumorja. V njeni anamnezi je Hashimotov tiroiditis, ki pa trenutno ne potrebuje zdravljenja. Opravili so ji tudi holecistektomijo zaradi prebolelega holecistitisa. Pred nedavnim so jo pregledali v ambulanti za možganske tumorje in pregled ni razkril posebnosti, tudi nevrološki pregled je bil normalen. Normalni so bili tudi laboratorijski izvidi. Od zdravil prejema levetiracetam, 500 mg dvakrat dnevno in temozolomid mesečno, ki ga bo jemala 18 mesecev, kot to terja protokol zdravljenja.

POGLED GOSPE Q.

Po prvem kirurškem posegu tumor ni bil odstranjen v celoti. Najprej so sicer menili, da so ga povsem odstranili, vendar ni bilo tako. Majhen del tumorja so pustili in so ga opazovali nekoliko več kot leto dni. Potem pa so me morali junija 2007 ponovno operirati, ker se je tumor spet začel razraščati.

Opravili so slikanje PET (pozitronska emisijska tomografija) in menili, da je tumor izginil. Vendar ni izginil. Zelo