

Haigusjuht

# Anaplastne astrotsütoom ja rasedus

Ksenia Rumjantseva

# Naine 34a, Grav in hebd 28+3 ; II Rasedus/II oodatav sünnitus

5.11.2018 ITK Naistekliiniku valvetoas kaebas tekkinud segasusseisundit, sensorset afaasiat, **parema näo- ja kehapoole tuimust ning ka peavalu vasakul pool.**  
Kestnud mõned minutid

- \* Muus osas kaebusteta
- \* Hetkel arvamus, et kaebused pigem madalast vererõhust ja algavast migreenist
- \* Patsient läks koju

# 7.11.2018 ämmaemanda vastuvõtul

- \* Al 06.11 tunneb neid kaebusi (segasusseisund, parema näo- ja kehapoole tuimus, peavalu vasakul pool) iga tunni järel või vahepeal paar korda tunnis, kestvus umbes 1-2 minutit. Küsimustele vastamine võtab naisel aega, ei saa täpselt aru, mida temalt küsitakse.
- \* Muus osas kaebusteta, raseduse kulg tavapärane
- \* Võetud kl. veri, CRP, preeklampsia markerid, uriin

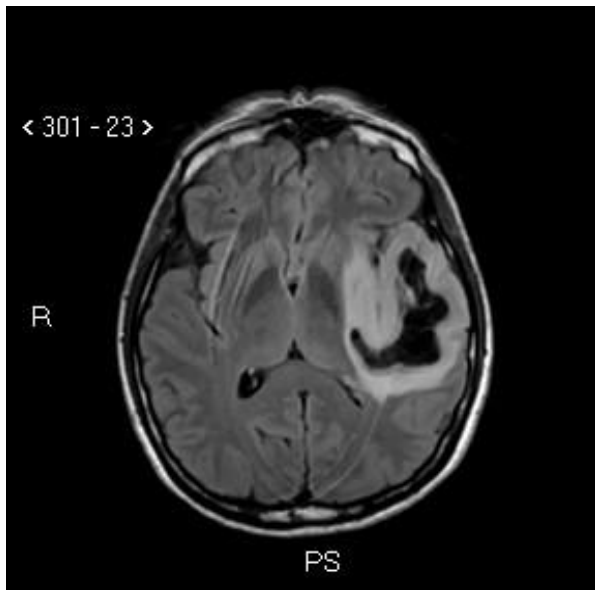
# 7.11.2018

- \* Pärast äe läbivaatust patsient läks istuma koridoris. Umbes 10 minuti pärast registraator kutsus äe, et pt-l on halb enesetunne.
- \* Pt toodud valvetuppa, kus vestluse käigus järsku tekkis toonilis-klooniline krampihoog, kontakti ei olnud, oksendas; ei urineerinud. RR 178/148 mmHg)
- \* Üle viidud AIROsse (Ddx – hüpertooniline kriis(+intratserebraalne hemorraagia?))

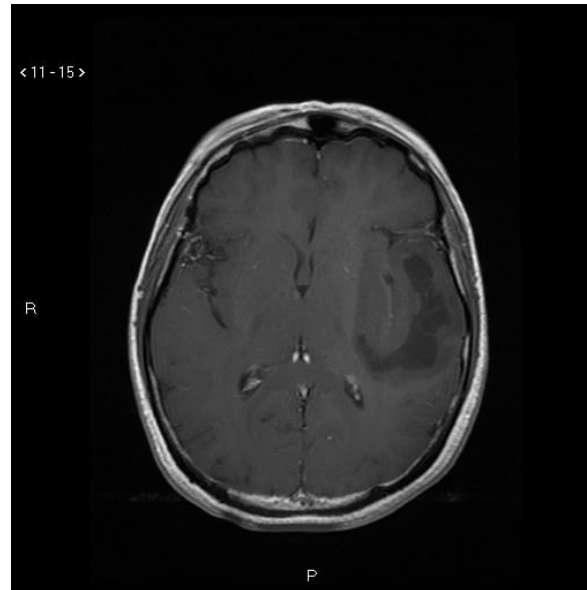
# MRT – LGG? G3? Hemorraagia?

- Vasakul F-T-1 on kortikaalsele ulatuv väljendunud perifokaalse tursega lobulaarsete kontuuridega T1 ja FLAIR hüpointensiivne ning T2 hüperintensiivne tsüstjakomponendiga mahuline muutus
- Mass ei kontrasteeru
- Kerge keskstruktuuride nihe

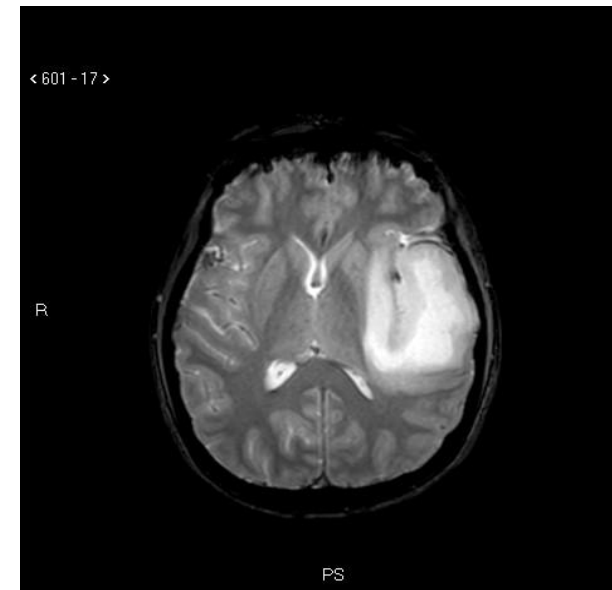
FLAIR



T1C+



FFE



## KT-s: Intrakraniaalsel verdumist ei sedasta.

- tsüstja komponendiga lisamass, milles lubistusi ega kontrasteerumist ei sedasta



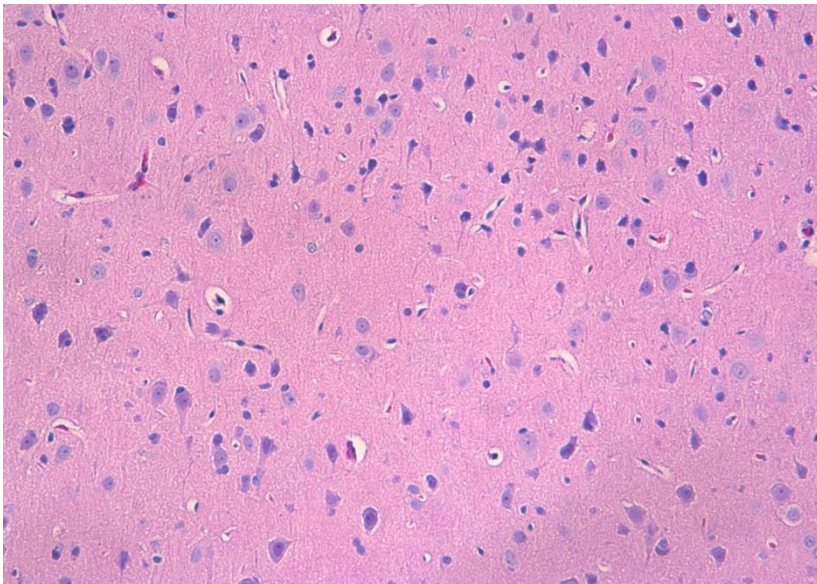
# Konsiiliumi otsus:

- \* Plaaniline keisrilõige peale 32. RN-t
- \* Seni sümptomaatiline ravi (antikonvulsandid ning GKS) ning regulaarsed MRT uuringud kasvaja dünaamika hindamiseks
- \* Tuumori ekspansiooni korral lahendada rasedus operatiivselt varem

# 26.02.2019 (34+6RN) – F-T-P kraniotoomia

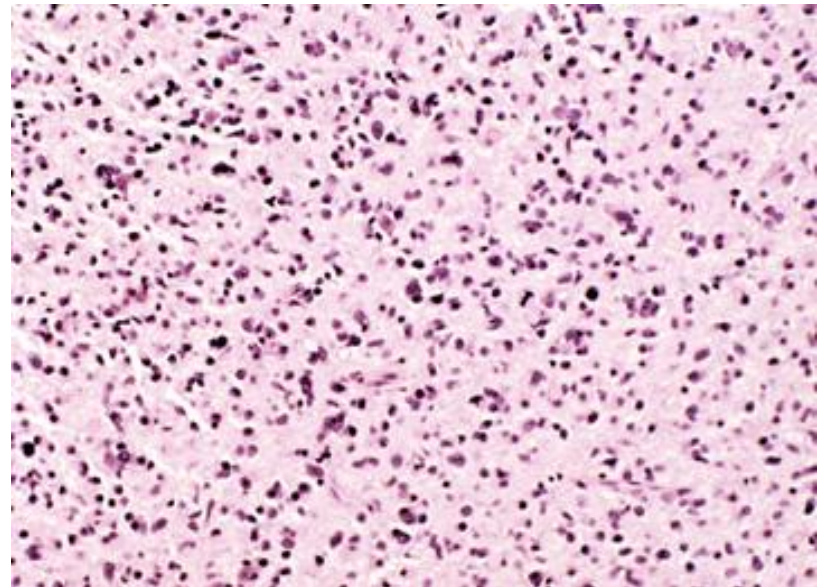
- \* Histoloogia – suhteline monomorfne difuusne astrotsütoomi pilt vahelduvalt rakutihedama rakurohkema kasvajakoeaga >> anaplastne astrotsütoom Grade 3

Normaalne ajukude



vs

Anaplastne astrotsütoom





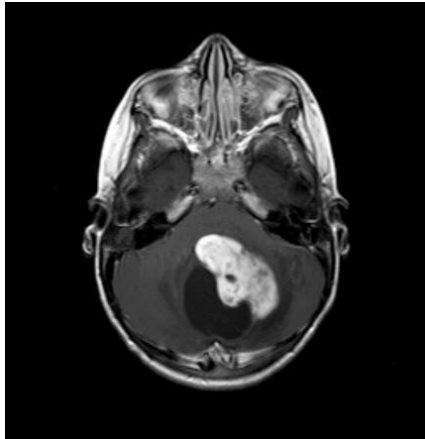
# Anaplastne astrotsütoom ddx

Glioma type	Grades	Name	Incidence (% of all brain tumors)	Age	Sex
Astrocytic tumors	Grade I	Pilocytic astrocytoma	5-6%	First 2 decades	1:1
		Subependymal giant cell astrocytoma	<1%	2-20	equal
	Grade II	Diffusely infiltrating astrocytoma	10-15%	30-40	1.18:1
	Grade III	Anaplastic astrocytoma	10-15%	45-50	1.1:1
	Grade IV	Glioblastoma multiforme	12-15%	45-75	1.26:1
Oligodendroglial tumors	Grade II	Oligodendroglioma	2.5%	40-45	1.1:1
	Grade III	Anaplastic oligodendroglioma	1.2%	45-50	1.1:1
Oligoastrocytic tumors	Grade II	Oligoastrocytoma	1.8%	35-45	1.3:1
	Grade III	Anaplastic oligoastrocytoma	1%	40-45	1.15:1
Ependymal tumors	Grade I	Subependymoma	0.7%	50-60	2.3:1
		Myxopapillary ependymoma	0.3%	20-35	2.2:1
	Grade II	Ependymoma	4.7%	<16, 30-40	1:1
	Grade III	Anaplastic ependymoma	1%	<16	1:1

# DDx

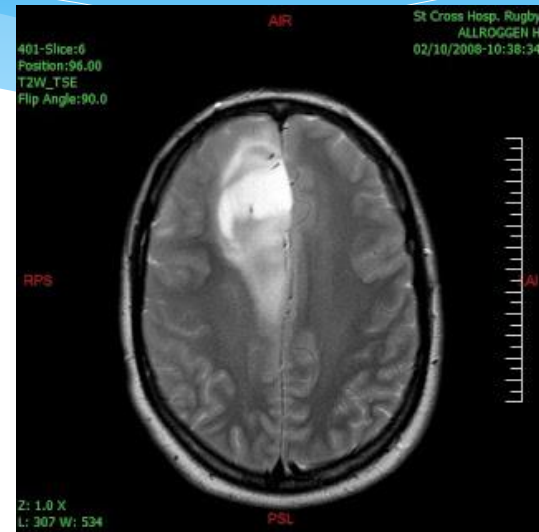
## Pilotsüütiline astrotsütoom (Gradel)

- Suur tsüstjas mass
- Sisaldab kontrasteeruvat noodulit
- Paikneb enamasti väikeaju hemisfääris
  - >6a lastel (keskm 9-10a)



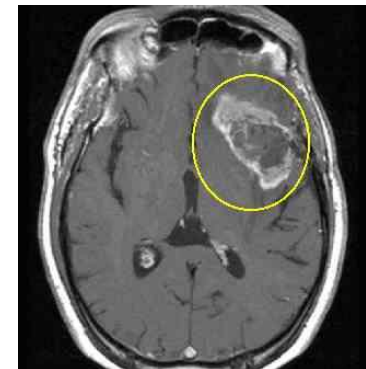
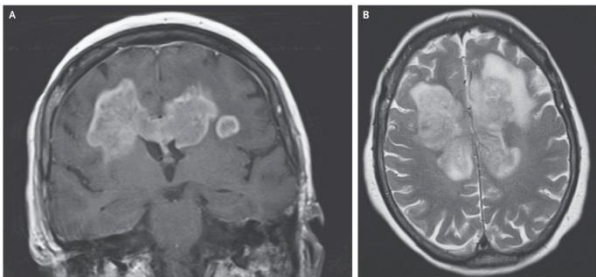
## Diffuusne astrotsütoom (Gradel)

- Hägusad piirid
- Ei kontrasteeru
- Tsüstjad alad
- Kaltsifikaadid +-
  - 20-45a (keskm. 35), aga ka lastel 6-12a



## Glioblastoom (GradelV)

- Paksuseinaline nodulaarselt/perifeerselt intensiivselt kontrasteeruv lisamass
- Keskosas nekroos/hemorragiline komponent
- Massefekt, perifokaalne turse ++
- Võib levida üle keskjoone (liblikakujuline)
- >40a (65-75a)



# Glioomid ja rasedus

- \* Rasedus ei suurenda riski haigestuda aju tuumorisse (5)
- \* Rasedus ei mõjuta low-grade glioma patsientide elulemust (6)
- \* Rasedus potentsiaalselt mõjutab tuumori (GII-GIV) bioloogilist käitumist (5)
- \* Kaks olulist küsimust
  - kas rasedus mõjutab tuumori kasvu (kiirem kasv)?
  - kas rasedus soodustab transformatsiooni kõrgema diferentseerumisastmega kasvujale?

# 2018a - „Clinical challenges of glioma and pregnancy: a systematic review“

(5)

- \* Süstemaatiline ülevaade
- \* Andmebaas: PubMed and Embase andmebaasid, kokku 27 uuringut ning 316 patsienti:
  - 202 pt glioom diagnoositud raseduse ajal
  - 114 pt glioom diagnoositud enne raseduse

# Tulemused:

1. Rasedus ei mõjuta LGG patsientide elulemust
2. Rasedus võib põhjustada kliinilist halvenemist (nt epileptiliste hoogude sagenemine) ning tuumori kasvu – jälgimine dünaamikas (MRT) on vajalik!

# Võimalikud põhjused (5)

1. Rasedusaegsed hormonaalsed muutused
2. Kasvufaktorite, angiogeneesi soodustavate faktorite suhteliselt kõrged tasemed raseduse ajal
  - Nt VEGF kõrgeenenud tase ning platsenta kasvufaktor on tuntud GBM angiogeneetilised faktorid
3. Ema veremahu suurenemise tulemusena suureneb ajus ringleva vere maht ->> perifokaalse turse suurenemine ->> kliiniline halvenemine; MRT negatiivne dünaamika

# Ravi võimalused (6)

- 1. Neurokirurgia** (tu lokalisatsioon, suurus, histol.tüüp, kliiniline pilt, raseduse kestus, pt. soov)
  - võimalusel oodata vähemalt II trimestrini
- 2. Kiiritus**
  - Eriti ohtlik I trimestril, seetõttu vältida
  - Kõrged kiirgusdoosid (> 50 cGy) on lootele ohtlikud kogu raseduse vältel
- 3. Kemoteraapia**
  - Teratogeenne, võimalusel vältida
- 4. Sümptomaatiline ravi**
  - antikonvulsandid (karbamasepiin, lamotrigiin, levetiratsetaam)
  - GKS (loote kopsude ettevalmistamine)
  - antikoagulandid (nt. HGG pt-d on kõrgenenud KATE riskiga)

# Kasutatud kirjandus

1. Brain tissue histology <http://kidskunst.info/50/10826-brain-tissue-histology.htm>

2. „**An Anaplastic Astrocytoma Which is Diagnosed in Pregnancy: A Case Report**“ Orkun Cetin et al

<https://pdfs.semanticscholar.org/7ff8/c3300155c746805d87fd94cf5fb335cfa975.pdf>

3. A Jain, C Sarkar, V Suri

„**Current concepts in the pathology and genetics of gliomas**“

<http://medind.nic.in/ici/to9/i2/icit09i2p108.htm>

4. Roelving NC, Komphorst W, Von Alphen HA, Rao BR. „Pregnancy-related primary brain and spinal tumors. *Arch Neurol* 1987; 44: 209-15.“

5. Shlomit Yust-Katz et al „Pregnancy and glial brain tumors“

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4136891/>

6. A. van Westrhenen et al „Clinical challenges of glioma and pregnancy: a systematic review“

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6061223/pdf/11060\\_2018\\_Article\\_2851.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6061223/pdf/11060_2018_Article_2851.pdf)