



Prevremeni porodaj bolesnice sa malignim tumorom u frontalnom režnju mozga

Preterm delivery in a patient with frontal lobe brain tumor

Nedo Čutura, Vesna Soldo

Ginekološko-akušerska klinika „Narodni front“, Beograd, Srbija

Apstrakt

Uvod/Cilj. Tumori mozga u trudnoći veoma su retki. Dijagnoza je često otežana ukoliko se ne posumnja na tumor mozga kod trudnice sa simptomima glavobolje, ponovljenim epizodama povraćanja i/ili epileptičnim napadima. Cilj ovog rada bio je da se ukaže na značaj stručnog kontrolisanja i završavanja takvih trudnoća. **Prikaz bolesnika.** Prikazana je bolesnica stara 45 godina, sa trudnoćom od 30 nedelja gestacije i recidivom tumora u frontalnom režnju mozga, histološki potvrđenim kao astroцитom. Tumor je otkriven 1995. i praćen do 2003. godine kada je bolesnica operisana. Zbog maligne prirode i parcijalnog odstranjenja tumora postoperativno određena je zračna terapija. Zbog odluke neurohirurškog konzilijuma o sprovođenju zračne terapije predloženo je da se trudnoća prekine. Prekid trudnoće iniciran je primenom PGE₂ vaginalete. Nakon osam sati i 50 minuta od aplikacije, porođaj je završen vaginalnim putem uz ručnu pomoć (*Brachtu*), zbog karlične prezentacije ploda. Dete je rođeno živo sa masom 1 550 grama i dužinom 39 centimetara, a Apgar skor na rođenju bio je 6/7. **Zaključak.** Trudnoća kod žene sa tumorom mozga može se pratiti uz intenzivan nadzor neurohirurga i akušera i uz primenu simptomatske terapije skoro do termina. Hirurška intervencija, ukoliko je potrebna, preporučuje se u drugom i/ili trećem trimestru trudnoće. Izbor načina završavanja porođaja treba da bude individualan i optimalan za majku i plod u datim okolnostima.

Ključne reči:

mozak, neoplazme; astroцитom; dijagnoza; lečenje; trudnoća; porođaj.

Abstract

Introduction/Aim. Brain tumors are very rare in pregnancy. Diagnosis could be very simple if one consider brain tumor alongside blurred symptoms of headache, repetitive vomiting and/or epileptic attacks during pregnancy. The aim of this paper was to emphasize the importance of such pregnancy expert control and completion. **Case report.** We presented a 45-year-old pregnant woman at 30 weeks of gestation, and with brain tumor recidive in frontal lobe, histologically confirmed as astrocytoma. The patient was newly diagnosed with tumor in 1995, and monitored until 2003, when she was operated. Due to malignant profile and a partial removal of tumor masses, postoperative gamma-ray therapy was recommended. Because of the continuous need for that kind of therapy, termination of pregnancy was also recommended. It was carried out by the application of PGE₂ vaginal tablets. Delivery lasted for 8 hours and 50 minutes, and with *auxilium manuale sec. Bracht*, due to the breech presentation, newborn was delivered 1 550 gramms in weight and 39 cm length. Apgar score was 6/7. **Conclusion.** Pregnancy in patient with brain tumors can be intensively monitored by neurosurgeons and obstetricians, and with the use of the symptomatic therapy almost up to the delivery term. Surgical intervention is recommended to be performed during the second and/or third trimester if the condition requires. The way of delivery in these patients should be individually determined in the most appropriate way both for the mother and the newborn, under given circumstances.

Key words:

brain neoplasms; astrocytoma; diagnosis; therapeutics; pregnancy; parturition.

Uvod

Pojava primarnih intrakranijalnih tumora u trudnoći vrlo je retka i iznosi približno 1: 40 000 trudnoća, prema američkim autorima¹. Učestalost tumora kod žena u trudnoći ista je kao i kod žena istog životnog doba van trudnoće².

Takođe, klinički simptomi tumora mozga kod žena u trudnoći ne razlikuju se od simptoma kod žena koje nisu trudne. Trudnoća, katkad, može ubrzati postavljanje dijagnoze, a ponekad je i otežati, zbog toga što se simptomi koji se javljaju, mogu pripisati simptomima koji se sreću u trudnoći³. Najčešći simptomi tumora mozga u trudnoći su glavobolja nakon buđenja, muka, povraćanje i tonično – klonični grčevi.

Najčešći tumori mozga koji se otkrivaju u prvom tromesečju su gliomi, a u drugom i trećem meningeomi i vaskularni tumori kičmene moždine⁴⁻⁷. Kod pojave tumora mozga u trudnoći opasnosti su izloženi i majka i plod, tako da ova situacija predstavlja izazov za akušera i neurohirurga.

Fetalni i maternalni monitoring, neuroanestezija i mikrohiruska tehnika obezbeđuju sigurno vođenje trudnoće što bliže terminu i njeno bezbedno završavanje⁸.

Prikaz bolesnika

Bolesnica, trećerotka, stara 45 godina, primljena je u Ginekološko-akušersku kliniku „Narodni Front“ u trudnoći staroj 30 nedelja gestacije sa recidivantnim tumorom u frontalnom regionu desne moždane hemisfere, sa hemiparezom leve strane. Operacija astrocitoma frontalnog regiona desne hemisfere urađena je četiri godine ranije.

Prethodna dva porođaja, od kojih je jedan završen vaginalnim putem, a drugi carskim rezom, nisu bili opterećeni rizikom od strane nervnog sistema, jer je tumor mozga dijagnostikovao nakon drugog porođaja.

Tumor dijagnostikovao u frontalnom delu mozga, označen kao spororastući, bio je praćen epileptičnim simptomima koji su kupirani antiepilepticima. Nakon toga, bolesnica je bila pod stalnim neurohirurškim nadzorom.

Praćenjem kompjuterizovanom tomografijom uočen je ubrzan rast tumora. Urađena je operacija kojom je tumor maksimalno redukovao u anatomski dozvoljenim granicama.

Histopatološki, utvrđen je astrocitom, a za nastavak terapije određeno je zračenje. Bolesnica je dugo bila klinički stabilna i, u međuvremenu, ostala trudna.

Prema podacima o poslednjoj menstruaciji koje je bolesnica dala, starost utvrđene trudnoće bila je veća od dužine amenoreje.

Klinički i ultrazvučno, trudnoća je odgovarala starosti od oko 30 nedelja gestacije.

Zbog pogoršanja stanja nastalog zbog recidiva tumora mozga i odluke neurohirurškog konzilijuma da se sprovede zračna terapija, bolesnica je upućena u našu kliniku radi prekida trudnoće.

Pri prijemu u kliniku konstatovano je teško opšte stanje bolesnice. Mada svesna i orjentisana, bolesnica je bila nepokretna sa levostranom hemiparezom, inkontinentna. U ponovljenim kompletnim laboratorijskim analizama utvrđeni su normalna krvna slika i biohemizam uz laku hipoproteinemiju. Internističkim pregledom, ocenjeno je da je kardiopulmonalno stabilna, a sa anesteziološke strane, da nije bilo znakova ugroženosti. Ultrazvučno i kardiologografski, provereno je stanje ploda i potvrđena njegova vitalnost i normalan intrauterini razvoj, a veličina je bila odgovarajuća za 30 nedelja gestacije. Konzilijarno je odlučeno da se u interesu majke prekine trudnoća vaginalnim putem, inicijacijom porođaja vaginaletom PgE₂.

Majci je predočena odluka i neizvesna prognoza postpartalnog života novorođenečeta, a ona je svojeručnim potpisom u istoriji bolesti dala svoju saglasnost za prekid trudnoće.

Čitav nadzor i praćenje bolesnice odvijalo se u Odeljenju intenzivne nege. Kontraksije su uspostavljene pet sati nakon

aplikacije vaginalete PgE₂ uz zadovoljavajući akušerski nalaz i urednu srčanu radnju ploda. Porođaj je završen osam sati i 50 minuta nakon aplikacije vaginalete PgE₂ uz ručnu pomoć (*Brachtu*), zbog karlične prezentacije ploča. Porođaju su, pored akušera, prisustvovali pedijatar i anesteziolog.

Rođeno je živo muško dete teško 1550 grama, dugo 39 centimetara, obima glave 29 centimetara sa Apgar skorom na rođenju 6/7, koje je odmah pregledao pedijatar. U opštoj anesteziji, urađena je manuelna revizija materične duplje i zbrinute nastale minimalne povrede mekog dela porođajnog puta.

Posle primarnog zbrinjavanja, zbog nedonesenosti i potrebe za veštačkom ventilacijom, novorođeče je premešteno u Institut za neonatologiju. Majka je posle porođaja kontrolisana u Odeljenju za intenzivnu negu i babinje su protekle normalno. Tri dana posle porođaja vitalne funkcije su joj bile stabilne i u dogovoru sa neurohirurgom premeštena je u Institut za neurohirurgiju Kliničkog centra Srbije.

Diskusija

Prikazom bolesnice u odmakloj trudnoći, komplikovanoj recidivom tumora u frontalnom delu mozga, ukazano je na složenost pravnih, etičkih i medicinskih dilema i delikatnost situacije u kojoj se mogu naći neurohirurg i akušer.

Tumor mozga u trudnoći ugrožava i majku i plod, pa je uvek prisutna dilema da li trudnoću nastaviti ili prekinuti, kao i to kako je završiti – vaginalnim putem ili carskim rezom. Kod tumora sa spororastućim potencijalom trudnoća se može nastaviti bez operacije, uz simptomatsku terapiju, a ukoliko se ispostavi da je operacija neophodna, ona se može izvršiti u drugom i trećem tromesečju⁸. Što se tiče načina porođaja postoje različita mišljenja. Neki autori se zalažu isključivo za carski rez, pravdajući to rizikom od povećanja intrakranijalnog pritiska koji se dodatno povećava u fazi napona⁹.

Druga grupa autora se, pak, zalaže za vaginalno završavanje porođaja jer se povećanje intrakranijalnog pritiska može izbeći davanjem oksitocina u fazi napona i primenom forcepsa i/ili vakuum ekstraktora (kod prezentacije glavom), a da se za završavanje porođaja carskim rezom treba rukovoditi uglavnom akušerskim indikacijama⁹.

I mi se priklanjamo ovom stavu, s tim što bi u svakom pojedinačnom slučaju trebalo konsultovati neurohirurga, internistu i anesteziologa. Naša odluka da se porođaj kod bolesnice sa tumorom mozga završi vaginalno, to potvrđuje. Zbog karlične prezentacije u ekspanziji smo primenili ručnu pomoć (*Brachtu*) i dve internacionalne jedinice oksitocina intravenski u bolusu.

Zaključak

Odluku o načinu završavanja porođaja treba donositi individualno za svaku bolesnicu sa tumorom mozga u trudnoći, i u skladu sa mišljenjem neurohirurga, interniste, anesteziologa i akušera. Na odluku o primeni carskog reza kod takvih bolesnica mišljenje neurohirurga je od presudnog značaja. U svim drugim okolnostima, akušerske indikacije presudne su za donošenje odluke o primeni carskog reza.

L I T E R A T U R A

1. *Terauchi M, Kubota T, Aso T, Maehara T.* Dysembryoplastic neuroepithelial tumor in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 108(3 Pt 2): 730–2.
2. *Bernard MH.* Sarcome cerebral à evolution rapide au cours de la grossesse et pendant les suites des couches. *Bull Soc d'Obst de Paris* 1898; 1: 296–8.
3. *Haas JF, Jänisch W, Staneczek W.* Newly diagnosed primary intracranial neoplasms in pregnant women: a population-based assessment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49(8): 874–80.
4. *Roelvink NC, Kamporst W, van Alphen HA, Rao BR.* Pregnancy-related primary brain and spinal tumors. *Archives of Neurology* 1987; 44: 2.
5. *Karnad DR, Guntupalli KK.* Neurologic disorders in pregnancy. *Crit Care Med* 2005; 33(10 Suppl): S362–71.
6. *Ducray F, Colin P, Cartalat-Carel S, Pelisson-Guyotat I, Mabla K, Audra P, et al.* Management of malignant gliomas diagnosed during pregnancy. *Rev Neurol (Paris)* 2006; 162(3): 322–9. (French)
7. *Lynch JC, Emmerich JC, Kislanov S, Gouvêa F, Câmara L, Santos Silva SM, et al.* Brain tumors and pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65(4B): 1211–5. (Portuguese)
8. *Kanaan I, Jallu A, Kanaan H.* Management Strategy for Meningioma in Pregnancy: A Clinical Study. *Skull Base* 2003; 13(4): 197–203.
9. *Tewari KS, Cappuccini F, Asrat T, Flamm BL, Carpenter SE, Disaia PJ, et al.* Obstetric emergencies precipitated by malignant brain tumors. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(5): 1215–21.

Rad primljen 12. XI 2008.