

לחץ על חוט השדרה - Malignant Spinal Cord Compression (MSCC)

מבוא

לחץ על חוט השדרה מתרחש כאשר שק הדורה ותוכנו נדחק או נלחץ אל חוט השדרה או ה- Cauda Equina ("זנב הסוס", צרור העצבים הנמצא בבסיס עמ"ש). מצב זה יכול להיגרם כתוצאה מלחץ ישיר של הגידול, קריסה של חוליה או חוסר יציבות של עמוד השדרה הנגרם מפיזור גרורתי. התסמונת משפיעה על כ-5-10% מהחולים במחלה ממארת. הגידולים בהם מצב זה שכיח ביותר הם מיאלומה, סרטן שד, ראות וערמונית, אך יש לקחת בחשבון היתכנות של MSCC בכל מחלה ממארת ובעיקר כאשר יש מעורבות גרמית ידועה. לחץ על חוט שדרה יכול להיות הביטוי הראשוני של מחלת הסרטן. 1 מתוך 5 חולים מאובחנים עם MSCC לא היו ידועים כסובלים ממחלה ממארת קודם לכן. **לעתים קרובות האבחון מתרחש מאוחר וגורם לאובדן תפקודי קבוע ולעלייה משמעותית בתמותה.** אומדן מהיר, בירור וטיפול עשויים למנוע או לצמצם נזק נוירולוגי בלתי הפיך.

אומדן

לחץ על חוט השדרה

- לשקול אפשרות של לחץ על חוט השדרה בכל חולה אונקולוגי.
- לחץ על חוט השדרה בגובה התורקלי (Thoracic), כלומר בית החזה, הוא הנפוץ ביותר, אך כל מקטע אחר של עמוד שדרה ואפילו מספר מקטעים במקביל יכולים להיפגע.
- לא תמיד יש התאמה בין מיקום הכאב וגובה הפגיעה, צילום רנטגן וסריקת עצם יכולים להטעות. * (ולא להדגים MSCC או לחילופין יהיה MSCC במיקום שונה (או נוסף) על זה שמתאים למיקום הכאב של המטופל, ולפיכך מקובל לסרוק את עמ"ש כולו בעזרת MRI ולא רק את אזור מיקום הכאב אצל המטופל).
- יש לבצע בדיקה נוירולוגית מקיפה אך היא יכולה להיות תקינה בשלבים התחלתיים.
- בדיקת MRI המכוונת לכל עמוד השדרה היא בדיקת הבחירה כשעולה חשד ל-MSCC.

סימנים חשובים ותסמינים

- כאב גב חדש או כאב הולך ומחמיר (בייחוד בגובה חוליות תורקליות)
- כאב חדש בעל אופי עצבי (שריפה, דקירה, נימול, ירידה בתחושה), בפיזור של מסלול עצבי ספינאלי, תיתכן הקרנה של הכאב במורד הירך הקדמית או האחורית (כגון כאב סכימטי), או כאב דמוי חגורה סביב החזה או הבטן.
- שיעול, התמתחות או שכיבה פרקדן עלולים להחמיר את הכאב.
- קושי חדש בהליכה או בעלייה במדרגות; ירידה בכוח גס (חולשה מוטורית).
- הפרעה תחושתית או שינויים תחושתיים בגפיים.

- הפרעה בשליטה על פעולת מעיים או שלפוחית השתן ; אובדן שליטה על סוגרים הוא סימן מאוחר ומעיד על פרוגנוזה לא טובה.

סינדרום "זנב הסוס" Cauda equina syndrome

דחיסה של שורשי העצבים הלומבוסקראליים מתחת לגובה חוט השדרה עצמו, מתייצגת עם תמונה קלינית שונה:

- כאב עצבי חמור וחדש המשפיע על גב תחתון, עכוז, פרינאום, ירכיים, רגליים.
- אובדן תחושה המלווה לעיתים בתחושת עיקצוץ או נימול באזור האוכף.
- חולשת רגליים לעיתים קרובות אסימטרית.
- הפרעה בתפקוד מעי, שלפוחית שתן ותפקוד מיני, המתרחשים בשלב מוקדם יותר מאשר במצב של לחץ על חוט השדרה.
- אובדן רפלקס אנאלי.

טיפול

- הפניה דחופה למרכז אונקולוגי היא חיונית . יש לפעול בהתאם לנהלי הארגון.
- בהיעדר התווית נגד, בכל חשד לדחיסת חוט שדרה, יש להתחיל מוקדם ככל האפשר במתן מינון גבוה של דקסמטזון : 16 mg/d ^{OL} **DEXAMETHASONE (Dexacort)** (לרוב מחולק לשתי מנות של 8 mg עד השעה 14 כדי להפחית הפרעות שינה). ייתכן כי יהיה צורך לתת את המנה הראשונה כמנה בודדת גם אם בשעה מאוחרת יותר מזו).
- נדרשת הערכה של נחיצות הסטרואידים והפחתה הדרגתית במינון אחרי הקרנות בהתאם למדיניות המקומית.
- יש לשקול מתן תרופות להגנה על הקיבה (כגון PPI) ומתן מניעתי של נוגדי קרישה על-ידי Clexane Low Molecular Weight Heparin (אלא אם קיימת התווית נגד).
- בחשד קליני לאי יציבות ספינלית, יש לנהל את הטיפול ולשנע את החולה כמו בחשד לפגיעה בחוט השדרה.
- שליטה בכאב - **ראה הנחיות טיפול בכאב.**
- אם קיימת פאראפלגיה מלאה ואובדן שליטה על סוגרים, קרינה יכולה לשפר כאב אך לא סביר שתשקם תפקוד.
- התייחס לתרשים 1 בהמשך.

תרשים 1: תרשים זרימה לניהול הטיפול

<p>למטופל היסטוריה של ממאירות, ובנוסף לפחות אחד מהבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • כאב חדש, עמיד ומתקדם, בייחוד באזור בית חזה או פלג גוף תחתון • כאב חדש לאורך שורש עצב ספינלי (שורף, דוקר, נימול, ירידה בתחושה) • כל קושי חדש בהליכה (סימן מאוחר) • הפחתה או שינוי בתחושת גפיים • הפרעה בתפקוד שלפוחית או מעי (סימן מאוחר) • נימול באזור האוכף • הפחתה בטונוס הספינקטר האנאלי <p>הערה: בדיקה נוירולוגית תקינה אינה שוללת התפתחות לחץ על חוט השדרה</p> <p>האם מצבו של המטופל מתאים להרחבת בירור?</p>	
---	--

מטופל בבית או במסגרת בקהילה	מטופל מאושפז
יש להיוועץ עם מומחה ולהעריך מחדש באותו יום לשקול היוועצות עם מרכז אונקולוגי או בי"ח מקומי. יש לבדוק מדיניות מקומית.	לדון עם רדיולוג. לשקול היוועצות עם מרכז אונקולוגי. יש לבדוק מדיניות מקומית.

<p>בחשד ל MSCC ובמקרים בהם הרחבת הבירור רלבנטית מבחינה קלינית, מומלץ להשלים בדיקת MRI תוך 24 שעות. יש לדון עם שירות רדיולוגי, ייתכן כי בדיקת CT תהיה זמינה יותר, מחוץ לשעות עבודה רגילות.</p>

<p>לאחר הערכה ראשונית יש לשקול טיפול מיידי (במידה ואין התווית נגד):</p> <ul style="list-style-type: none"> • מתן ^{OL}Dexamethasone במינון גבוה 16 mg רצוי לא יאוחר מהשעה 14 בכדי להפחית הפרעות שינה • הגנה על הקיבה עם PPI • נוגדי קרישה מניעתיים עם LMWH (Clexane) • הטיפול הסיעודי צריך להיעשות בשכיבה פרקדן ככל הניתן

אם החשד ל MSCC מאומת – יש להיוועץ מיידי עם מרכז אונקולוגי

מתאים לטיפול קרינתי	קרינה לא נדרשת או שאינה אפשרית:
<ul style="list-style-type: none"> • העבר למוסד בו קיים שירות מתאים • שקול הפניה למומחה פליאטיבי לטיפול בתסמינים 	<ul style="list-style-type: none"> • איתור מסגרת טיפול מתאימה • עירוב מומחה טיפול פליאטיבי אם נדרש

כל המטופלים עם לחץ על חוט השדרה יזדקקו להערכה דחופה, ותמיכה מריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, וייתכן כי יזדקקו לסיוע עו"ס. טיפול סיעודי באזורי לחץ, וסוגרים חיוני גם-כן

מקרא:

^{OL} Off Label , ^{QT} Prolongs QT *הערות גרסה ישראלית

קישור לאתר המקורי

<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/palliative-emergencies/malignant-spinal-cord-compression>

George, R., Jeba, J., Ramkumar, G., Chacko Ari, G., Leng, M. and Tharyan, P. 2008. Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006716.pub2/abstract>.

Levack, P., Graham, J., Collie, D., Grant, R., Kidd, J., Kunkler, I., Gibson, A., Hurman, D., Mcmillan, N., Rampling, R., Slider, L., Statham, P. and Summers, D. 2002. Don't Wait for a Sensory Level - Listen to the Symptoms: a Prospective Audit of the Delays in Diagnosis of Malignant Cord Compression. Clinical Oncology, 14(6), pp. 472-480.

Loblaw, D. A., Mitera, G., Ford, M. and Laperriere, N. J. 2012. A 2011 updated systematic review and clinical practice guideline for the management of malignant extradural spinal cord compression. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 84(2), pp. 312-7.

© כל הזכויות שמורות

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך אחרת כל חלק שהוא מהחומר באתר זה. שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול באתר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב.