

Zespół paranoidalny w przebiegu guza mózgu – opis przypadku

The paranoid syndrome in the course of a brain tumor – case study

Bogusław Helon¹, Anna Adamczyk-Helon², Roman Mikuła¹

¹Z Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy
Dyrektor: lek. med. J. Barket

²Z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „LUXMED” w Przemyśle
Kierownik: lek. med. T. Gereja-Król

Summary

An inpatient case of The Mental Hospital in Żurawica, in which an appearance of a brain tumor was preceded by a paranoid syndrome, was described in this article. One of the numerous clinical situations, when an appearance of a somatic disease was preceded by manifestation of psychic disturbances, is described in this article.

Słowa klucze: psychoza paranoidalna, guz mózgu, opis przypadku
Key words: paranoid psychosis, brain tumor, case study

Diagnostyka i leczenie guzów mózgu jest domeną neurologii i neurochirurgii, ale wiele jest jednak przypadków, w których zaburzenia psychiczne poprzedzają objawy neurologiczne, co niekiedy umożliwia wcześniejsze ich rozpoznanie.

Guz wewnątrzczaszkowy jest nieprawidłową masą zajmującą przestrzeń wewnątrzczaszkową umiejscowioną tak wewnątrzczaszkowo, jak i pozamózgowo. Jest to nie tylko rozrost nowotworowy, choć guzy o tej etiologii spotykane są najczęściej [1, 2, 3, 4].

Cechą charakterystyczną klinicznego rozwoju większości guzów mózgu jest stopniowe narastanie objawów. Objawy te zależą z jednej strony od wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a z drugiej od ogniskowego uszkodzenia mózgowia, nerwów czaszkowych czy naczyń. Niekiedy objawy związane są z podrażnieniem struktur sąsiednich.

Wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego charakteryzuje się bólami głowy, wymiotami, nudnościami. Charakterystyczna jest tarcza zastoinowa na dnie oka oraz objawy radiologiczne takie, jak pogłębienie wycisków palczastych i rowków naczyniowych. Narastanie ciasnoty śródczaszkowej wyraźnie wpływa na stan psychiczny. Pojawiają się zaburzenia przytomności, narastające od patologicznej senności do śpiączki. Mogą

dołączać się też psychozy z jakościową zmianą świadomości – przymglenie proste, majaczenie, zamroczenie, splątanie, obrazy mieszane tych psychoz. Spowolnione zostają wszystkie funkcje psychiczne. Nasilenie zaburzeń psychicznych zależy od szybkości narastania ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Jego powolny wzrost powoduje zaniki tkanki nerwowej, wyrażające się objawami neurologicznymi, ogniskowymi objawami korowymi z zespołem otępiennym. Obraz kliniczny zależy zarówno od charakteru guza, jak i od jego umiejscowienia [1, 2, 6].

W przypadku guzów umiejscowionych w płacie czołowym występują zaburzenia napędu i aktywności. Pacjentowi brakuje inicjatywy. Obserwuje się zaburzenia mowy i niepewność chodu. Odpowiedzi na pytania są krótkie, lakoniczne, w stylu telegraficznym. Nierzadko stwierdza się zniesienie powonienia (anosmia), utratę wzroku (n.II), echolalię, echopraksję, perseweracje, pobudzenie psychoruchowe z wesołkowatością. Napady padaczkowe mające punkt wyjścia z płata czołowego mają tendencję do przechodzenia w stan padaczkowy. Napady czołowe mogą objawiać się jako napady ruchowe częściowe proste (okolica ruchowa) lub zwrotne, czyli adwersyjne (okolica przedruchowa), ze zwrotem głowy i gałek ocznych, a niekiedy całego ciała w stronę przeciwną do ogniska padaczkowego. W badaniu neurologicznym stwierdzić można: przeciwstronny niedowład połowiczny, czołowe zaburzenia chodu o charakterze powłóczenia z niezbornością, odruch chwytny i perseweracje ruchowe, afazję ruchową, gdy uszkodzona jest półkula dominująca [6, 7].

U opisanego pacjenta stwierdzono histopatologicznie skąpodrzewiaka. Jest to stosunkowo rzadka postać glejaka (4%) o łagodnym przebiegu. Występuje najczęściej w przedziale wiekowym 30–39 lat, bardzo rzadko spotykany jest przed 10 i po 50 roku życia. Umiejscawia się on w istocie białej półkul mózgowych, zwłaszcza w płatach czołowych. Powolny rozwój, długa, wieloletnia historia choroby, średni wiek, brak przez długi czas objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, a nade wszystko złogi wapnia na rentgenogramach – wskazywać mogą na obecność skąpodrzewiaka. Uważa się nawet, iż na rozpoznanie to wskazuje skojarzenie napadów padaczkowych ze zwapnieniami śródczaszkowymi. Rokowanie jest gorsze w skąpodrzewiaku płodowym, utkanym z mało zróżnicowanych komórek – przebieg wówczas jest szybki i złośliwy [8, 9].

W międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 powikłania psychotyczne w przypadku guzów wewnątrzczaszkowych zostały ujęte w grupie „majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi”. Inne powikłania psychotyczne i nerwicowe uwzględniono wśród „innych zaburzeń psychicznych spowodowanych uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną”. Zaliczono tutaj m.in. halucynozę organiczną, zaburzenia katatoniczne, urojeniowe (schizofrenoidalne), organiczne zaburzenia nastroju (afektywne), maniakalne, dwubiegunowe, depresyjne i mieszane, organiczne zaburzenia lękowe, dysocjacyjne, organiczną chwiejność afektywną (astenię) [2, 10].

Leczenie guzów mózgu obejmuje leczenie chirurgiczne, przeciwobrzękowe, radioterapię, chemioterapię, immunoterapię i sporadycznie – podawanie leków zmniejszających masę guza. Leczenie psychiatryczne polega na stosowaniu leków prokognitywnych, przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych oraz na postępowaniu objawowym [2].

Opis przypadku

Pacjent w wieku 19 lat, kawaler, bezdzietny, z wykształceniem zawodowym, mieszkający z rodziną, hospitalizowany psychiatrycznie pierwszy raz. Do szpitala został przywieziony przez rodziców. Dotychczas poważnie nie chorował, urazów głowy jak podał nie przeżył, napady drgawkowe nie występowały, nie był operowany. Nie nadużywał alkoholu, ani nie miał kontaktu ze środkami odurzającymi. Nie przyjmował też na stałe żadnych leków. Ze skierowania wynika, że 4 dni przed hospitalizacją wyjechał bez celu do odległego dużego miasta, gdzie błąkał się po ulicach prawie nagi, nie reagował na polecenia, chodził po ulicy między samochodami, zakłócał ruch uliczny. Zatrzymany przez policję został dowieziony na badanie do psychiatry – był wówczas pobudzony psychoruchowo, okazywał niepokój i lęk, wypowiadał urojenia religijne, wielkościowe, posłannicze, oddziaływania, halucynował słuchowo. Wyraził wówczas pisemną zgodę na przewiezienie do szpitala psychiatrycznego.

W izbie przyjęć był przytomny, przejawiał niepokój psychoruchowy, był arogancki w zachowaniu, nie w pełni prawidłowo zorientowany allopsychicznie, sprawiał wrażenie halucynującego słuchowo, był dereistyczny i autystyczny. Wyraził zgodę na hospitalizację i został przyjęty ze wstępnym rozpoznaniem: „zespół paranoidalny”. Zaprzeczył też wtedy przyjmowaniu jakichkolwiek środków odurzających. Wymagał wówczas z uwagi na stan psychiczny unieruchomienia.

Wykonane badania laboratoryjne były bez odchyień od stanu prawidłowego. Także badanie moczu na poziom narkotyków i leków dało wynik negatywny. W badaniu neurologicznym bez objawów oponowych i cech ogniskowego uszkodzenia OUN, dno oka prawidłowe. Pacjent podał, że przed kilkoma dniami doznał urazu głowy – nie stracił świadomości, nie występowały bóle głowy, nudności, wymioty.

Z wywiadu przeprowadzonego z rodziną pacjenta: Przebieg ciąży i porodu bez powikłań, rozwój we wczesnym dzieciństwie prawidłowy. Naukę w zakresie szkoły podstawowej podjął w terminie, uczył się średnio, klas nie powtarzał, nie sprawiał trudności wychowawczych. Ukończył zasadniczą szkołę zawodową, zdobył zawód mechanika pojazdów samochodowych, ale pracy zawodowej nie podjął. Mieszkał cały czas z rodzicami. Somatycznie poważnie nie chorował. W najbliższej rodzinie chorób psychicznych ani uzależnień nie było. Problemy zaczęły się w II klasie szkoły zawodowej, zaczął wagarować, rodzice nie wiedzą, czy miał kontakt z narkotykami. Przed kilkoma miesiącami popełnił samobójstwo jego najlepszy kolega – od tej pory pacjent posmutniał, stał się zamknięty w sobie. Alkoholu nie nadużywał. Matka namawiała go, aby zgłosił się do psychologa lub psychiatry.

Na oddziale: pacjent początkowo wymagał unieruchomienia, był pobudzony psychoruchowo, dezorientowany allopsychicznie, chwilami jednak nawiązywał rzeczowy kontakt, w zachowaniu dziwny; początkowo był karmiony, potem posiłki przyjmował samodzielnie. Okresowo zanieczyszczał się w łóżku. Kontakt werbalny powierzchowny, pacjent chwilami wesołkowaty, spełniał proste polecenia. Wypowiadał liczne wielowątkowe urojenia – „chce zbawić świat, zabierać wszystko bogatym, aby rozdać biednym, a podpowiada mu to Bóg, którego głos słyszał od dawna. Wyjechał z domu, bo doznał takiego olśnienia, że świat rozdzielił się na dobro i na zło, a on boi

się śmierci i szatana. Otrzymywał różne znaki, które kazały mu się rozebrać. Cały świat był wówczas zmieniony”. W czasie podróży pił alkohol.

Podczas badania niechętnie odpowiadał na pytania, po dłuższej rozmowie rozkojarzał się, wyraźnie nasłuchiwał; nastrój wzmożony, afekt chwilowo z cechami dysforii. Potwierdził przebycie urazu głowy bez utraty przytomności. Podał także, że był karany przez sąd dla nieletnich za posiadanie narkotyków (marihuana), miał też sprawę o włamanie do samochodu i kradzież radia.

Badanie EEG: „W zapisie spoczynkowym rejestruje się średnionapięciowe fale alfa w zakresie częstotliwości 9–11c/s, najlepiej widoczne w odprowadzeniach tylnych, przybierające niekiedy postać rytmu fal nieregularnych, z obecnością fal beta, niekiedy nałożonych na fale alfa. Występują ponadto liczne fale beta 14–30/s z wyraźną przewagą w odprowadzeniach czołowych i centralnych. RZ obecna. FS – słabo zaznaczone wodzenie rytmu w zakresie średnich częstotliwości bodźców. HW (3 min.) – ujemna.

Orzeczenie – zapis mieści się w normie”.

Badanie psychologiczne z zastosowaniem testu WAIS-R (PL), testów organicznych, testu projekcyjnego Rorschacha: „Badany podejmuje współpracę, nawiązuje kontakt werbalny – wypowiedzi adekwatne do treści pytań, ale ubogie, mało precyzyjne; pacjent w nastroju dostosowanym, bez zaburzeń napędu psychoruchowego. Podawane instrukcje rozumiał i stosował się do nich.

Wyniki pomiaru inteligencji wykazują deficyt na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim i wynoszą: I.I. ogólnej 55 pkt., I.I. cząstkowej 60 i 63 pkt. Poszczególne procesy orientacyjno-poznawcze mają nieharmonijny przebieg i wykazują dyskretnie wyrażone dysfunkcje typu organicznego. Psychogram z cechami oligofrenicznymi. Ubogi zasób wiadomości ogólnych, słownictwa, pojęć i zwrotów. Badany ma trudności w rozumieniu sytuacji złożonych i osądzaniu zachowań o charakterze moralno-społecznym oraz interpretowaniu sytuacji życia codziennego z udziałem procesów planowania i przewidywania. Słabo wykształcone są podstawowe uzdolnienia spostrzeżeniowe, zdolność do tworzenia pojęć i abstrakcyjnego myślenia oraz wzrokowo-ruchowa zdolność uczenia się. Zachowana, w stopniu przeciętnym, jest analiza i synteza myślowa. Tempo procesów myślowych przeciętne, funkcje uwagi i pamięci na poziomie jego intelektu.

Wyniki prób organicznych mieszczą się w obszarze patologii. Badany popełniał błędy typu organicznego o średniej mocy dyskryminacyjnej (rotacje, pominięcia, zniekształcenia).

W badaniu psychologicznym nie ujawniono wskaźników psychopatologicznych typu psychotycznego. Zdolność do ekworowania obrazów uboga. W obrazie klinicznym dominuje ubóstwo intelektualne, stereotypia myślowa. Uczuciowość egocentryczna, nie kontrolowana intelektem, ze skłonnością do stałych, względnie słabych wyładowań. Działanie jego nadmiernie ulega wpływom emocjonalnym otoczenia. Pacjent wykazuje brak zainteresowania sprawami swego otoczenia”.

Po zastosowanym leczeniu farmakologicznym neuroleptykami (perazylna, halo-

peridol, perfenazyna, lewomepromazyna) w ciągu 11 tygodni uzyskano względną poprawę stanu psychicznego w sensie uspokojenia i częściowego ustąpienia objawów wytwórczych. Pacjent nadal okresowo był wylęczony, cierpiał na bezsenność, jego wypowiedzi były niedorzeczne, był we wzmożonym nastroju i napędzie, niechętnie reagował na polecenia, posiłki i leki przyjmował bez oporu. Nie stosowano żadnego zabezpieczenia.

W celu pogłębienia diagnostyki oraz z uwagi na brak zadowalającej poprawy po leczeniu farmakologicznym, po upływie 3 miesięcy od rozpoczęcia hospitalizacji wykonano **tomografię komputerową** głowy.

Opis badania TK: „Parasagittalnie w obrębie lewego płata czołowego korowo-podkorowe ognisko przeważnie obrzękowe z śladowo zaznaczającym się obrączkowatym wzmocnieniem po podaniu kontrastu i.v. obszaru o wymiarach poprzecznych do 2,4 x 3,1 cm. Drobny, nieregularny komponent hyperdensyjny w obrębie tej zmiany od przysrodka. Niewielkie objawy wypierania w postaci śladowego, łukowatego przemieszczenia w prawo przedniego odcinka sierpu mózgu, odcinkowego uciśnięcia i przemieszczenia do tyłu i dołu rogu czołowego komory bocznej lewej. W celu różnicowania między gojącym się krwiakiem korowo-podkorowym a procesem rozrostowym o niskim stopniu złośliwości wskazane badanie TRM i/lub kontrolne badanie TK głowy za około 4–5 tygodni”.

W związku z zaleceniami po badaniu TK wykonano, po upływie 2 tygodni, badanie **MRI** głowy.

Opis badania MRI: „Badanie MRI mózgowia wykonano dwufazowo w obrazach T1, T2 i PD, zależnych w płaszczyźnie aksjalnej, sagittalnej i koronalnej:

- W lewym płacie czołowym przysierpowo rozległy (6x3, 3x5cm), nieregularny, niejednorodny obszar patologiczny – w jego obrębie ognisko 13–15 mm ulegające niewielkiemu wzmocnieniu kontrastowemu.
- W obrębie zmiany widoczne w obrazach T1 drobne ognisko hiperintensywne mogące odpowiadać drobnemu ognisku wtórnego ukrwotoczenia lub drobnemu zwapnieniu.
- Zmiana wywiera efekt masy pod postacią uciśnięcia lewej komory bocznej.
- Obraz zmiany nie różni się istotnie od załączonego CT. Długotrwały (3,5 miesiąca) wywiad chorobowy oraz morfologia tej zmiany zdecydowanie przemawiają za zmianą o typie tu. z towarzyszącą strefą obrzęku i wtórnymi zmianami degeneracyjnymi. Inny charakter zmiany bardzo mało prawdopodobny – ze względu jednak na zaledwie kilkunastodniowy okres obserwacji zmiany metodami obrazowymi całkowicie jednoznaczne potwierdzenie charakteru rozrostowego tej zmiany będzie możliwe po wykonaniu kontrolnego MRI za 6–9 tygodni.
- Pień mózgu i kąty mostowo-mózdkowe bez widocznej patologii.
- Układ komorowy nieposzerzony”.

Pacjent został wypisany z oddziału psychiatrycznego z rozpoznaniem końcowym: „*organiczne zaburzenia urojeniowe*” i po uprzedniej konsultacji przyjęty na oddział neurochirurgii.

Przy przyjęciu na tenże oddział nie stwierdzono również w badaniu neurologicznym

Zusammenfassung

Im Artikel wurde der Fall eines Patienten aus dem psychiatrischen Krankenhaus Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny in Żurawica beschrieben, bei dem das paranoide Syndrom der Diagnose Gehirntumor vorausging. Es wurde darin eine der vielen klinischen Situationen beschrieben, wo das Auftreten der psychischen Störungen einer somatischen Krankheit vorausgeht.

Le syndrome paranoïde dans le cours du tumeur du cerveau – description d'un cas

Résumé

L'article décrit le cas d'un patient de l'hôpital psychiatrique de Zurawica qui d'abord a souffert du syndrome paranoïde et après – du tumeur du cerveau. Les auteurs présentent une de plusieurs situations cliniques où les troubles psychiques précèdent la maladie somatique.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria kliniczna* t. II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 94–95.
2. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998, s. 179–181.
3. Pużyński S, red. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1993, s. 167.
4. Kulczycki J, Kuran W, Sobczyk W, red. *Podstawy neurologii dla lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN; 1992, s. 172–173.
5. Bilikiewicz A, Smoczyński S. *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*, wyd. 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1989.
6. Mazur R, Kozubski W, Prusiński A, red. *Podstawy kliniczne neurologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998, s. 182–187.
7. Warlow C. *Neurologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996, s. 289–295.
8. Herman E. *Diagnostyka chorób układu nerwowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1982, s. 469–476, 496–500.
9. Wald I, Członkowska A, red. *Neurologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1987, s. 117–149.
10. Loren A, Rolak. *Sekrety neurologii*. D.W. Publishing – Poland; 1996, s. 240–247.

Otrzymano: 4.02.2004

Zrecenzowano: 25.02.2004

Przyjęto do druku: 24.05.2004

Adres: Bogusław Helon
Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny

