



Torbiel koloidowa III komory mózgu wykryta u pacjenta z depresją: opis przypadku

A colloidal cyst of the third cerebral ventricle in a patient with depression: case report

MARIA ZAŁUSKA¹, IRENA KOWALSKA², JOLANTA PASZKO¹

Z: 1. IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Oddziału Psychiatrii Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Poznanie objawów psychiatrycznych towarzyszących torbieli koloidowej III komory mózgu. Torbiel taka jest guzem łagodnym, lecz miejscowo niebezpiecznym. Może przebiegać bezobjawowo, jednak najczęściej objawia się bólami głowy, a niekiedy zaburzeniami psychicznymi. Z uwagi na zagrożenie życia, zaleca się usuwanie torbieli dających objawy kliniczne.

Przypadek. U pacjenta przyjętego do szpitala po próbie samobójczej i prawdopodobnie po napadzie padaczkowym, stwierdzono objawy zespołu depresyjnego i objawy wegetatywne odstawienia alkoholu. Zwracały też uwagę: spłylenie afektu, labilność emocji, impulsywny charakter myśli samobójczych. W badaniu TK i MR ujawniono torbiel koloidową III komory i poszerzenie komór bocznych mózgu. Objawy zespołu depresyjnego ustąpiły po leczeniu paroksetyną. Po operacyjnym usunięciu torbieli obserwowano utrzymującą się nadal labilność emocji i (okresowo) nieznaczne obniżenie nastroju. W badaniu kontrolnym MR stwierdzono ustąpienie poszerzenia komór, natomiast obecne było wyraźne poszerzenie przestrzeni podpajęczyczych okolic czołowych i skroniowych mózgu. Te utrzymujące się po leczeniu operacyjnym zmiany strukturalne o.u.n. uznano za podłoże organiczne przewlekłych zaburzeń nastroju i emocji u pacjenta.

Wnioski. Objawy depresyjne z dyskretnie zaznaczonymi cechami "organicznymi" afektu i zmienioną reakcją na alkohol mogą być jedynymi objawami narastającego wodogłowia w przebiegu torbieli koloidowej III komory mózgu.

SUMMARY

Objective. To investigate psychiatric symptoms associated with a colloidal cyst of the third ventricle of the brain. Such a cyst is a benign tumour, but it may be dangerous depending on its localization. It may be symptom-free, but its most common symptoms are headaches, and sometimes mental disorders. Since cysts producing clinical symptoms may be threatening to life, it is recommended that they should be removed.

Case. A patient admitted to a mental hospital after a suicide attempt and probable epileptic fit was diagnosed with depressive syndrome and vegetative symptoms of alcohol withdrawal. Moreover, he manifested paleness of affect, emotional lability, and impulsive character of suicidal thoughts. CT and MRI scans revealed a colloidal cyst of the third ventricle and dilatation of the lateral ventricles of the brain. His depressive symptoms abated after treatment with paroxetine. The cyst was removed, but after the surgery his emotional lability remained and his mood was (periodically) mildly depressed. At a check-up MRI examination the ventricular dilatation was found to be back to normal, but a distinct dilatation of subarachnoid spaces in the frontal and temporal areas of the brain was found. These structural changes remaining in the CNS after the surgery were considered to be the organic background of the patients' chronic mood and affective disorders.

Commentary. The patient's depressive symptoms with subtle "organic" affective features and his abnormal response to alcohol may be the only symptoms of developing hydrocephalus in the course of colloidal cyst of the third ventricle.

Słowa kluczowe: torbiel koloidowa III komory mózgu / depresja / reakcja na alkohol

Key words: colloidal cyst of the third cerebral ventricle / depression / response to alcohol

Torbiel koloidowa III komory mózgu powstaje w okresie embrionalnym z pierwotnej tkanki endodermalnej. Jest cienkościenną cystą, wyścieloną jedną lub kilkoma warstwami komórek nabłonka i wypełnioną bezpostaciową, galaretowatą masą. Umiejscawia się w przednio-górnej części komory III, w pobliżu otworów Monroe [1]. Osiąga średnicę od 4 do 18 mm [2, 3]. Występuje rodzinnie [2, 4, 5, 6], częściej u mężczyzn [7]. Nie rozstrzygnięto czy dziedziczy się autosomalnie dominująco, czy autosomalnie recesywnie z różną penetracją genu [4, 6].

Torbiel koloidowa jest najczęstszym z guzów III komory mózgu (55%). Wśród wszystkich nowotworów wewnątrzczaszkowych stanowi 0,25–1% [8]. Jest guzem łagodnym,

lecz miejscowo niebezpiecznym. Może spowodować nagły zgon [9, 10, 11, 12].

Objawy torbieli mogą wystąpić w wieku dziecięcym. Zdarza się przebieg bezobjawowy, aż do przypadkowego wykrycia torbieli lub nagłego zgonu. Torbiel najczęściej jest rozpoznawana między 20 a 50 rokiem życia [13]. Bezobjawowe torbiele wykrywano u członków najbliższej rodziny osób z rozpoznaną klinicznie torbielą [2, 6].

Objawy kliniczne torbieli są spowodowane narastaniem wodogłowia w następstwie zatykania otworów Monroe przez balotującą cystę. Najczęstszymi objawami są: bóle, zawroty głowy, napady padaczkowe (20% chorych), ataki nagłego przemijającego niedowładu kończyn dolnych, obrzęk

tarczy nerwu wzrokowego. Bóle głowy są silne, krótkotrwałe, nawracające. Nasilają się w zależności od pozycji ciała – co ma związek z przemieszczaniem się cysty [9, 11]. Przy ostrym wodogłowie występują nudności, wymioty, zaburzenia widzenia [5].

Wśród objawów psychiatrycznych opisywano: labilność emocjonalną, deficyty pamięci świeżej, falujące zaburzenia świadomości, objawy depresyjne, urojeniowe, lękowe, omamy węchowe i smakowe, zaburzenia osobowości i zachowania [13, 14, 15, 16, 17].

W tomografii komputerowej mózgu (TK) torbiel koloidowa III komory jest zwykle hiperdensyjna, jednak może być hipo-, a nawet izodensyjna. Dlatego w każdym przypadku – gdy badanie TK ujawnia wodogłowie dwukomorowe, a nie uwidoczniła komory III – należy podejrzewać obecność w niej torbieli koloidowej. W badaniu rezonansu magnetycznego (RM), inaczej niż większość guzów, torbiel jest hiperintensywna na obrazach T1-zależnych, a hipointensywna na obrazach T2-zależnych.

W literaturze można znaleźć doniesienia o nagłych zgonach, po których autopsyjnie rozpoznawano torbiel koloidową III komory mózgu [9, 10, 12]. W innych przypadkach zgon miał miejsce u pacjentów z objawami niespecyficznymi lub z charakterystycznymi bólami głowy [18]. Z powodu ryzyka zgonu, należy usuwać wszystkie torbiele koloidowe III komory przebiegające z objawami klinicznymi [3, 18]. Przypadkowo wykryte torbiele bezobjawowe powinny być obserwowane [3]. Śmiertelność operacyjna jest bliska zeru. Po całkowitym usunięciu torbieli, nawroty nie występują. Pozostawione części torbieli dają niekiedy wznowę [10, 19]. Ze względu na rodzinne (często bezobjawowe) występowanie torbieli, jak również zagrożenie z nią związane; niektórzy autorzy postulują, aby u krewnych pacjentów z rozpoznaną torbielą przeprowadzać diagnostykę obrazową o.u.n. [6].

OPIS PRZYPADKU

40-letni mężczyzna został przywieziony do szpitala przez pogotowie ratunkowe, po próbie samobójczej (nadużycie alkoholu, nacięcie nadgarstków). Po zaopatrzeniu chirurgicznym, przyjęty za zgodą do oddziału psychiatrii. Nie stwierdzono alkoholu w powietrzu wydychanym. W wywiadzie ustalono, iż w rodzinie nie było chorób psychicznych. Pacjent dotychczas nie chorował. Wcześniej stracił ojca. Uczył się dobrze, jednak nie ukończył szkoły średniej. Wcześniej się ożenił. Ma 20-letnią córkę. Od kilku lat jest rozwiedziony. Pracuje w sklepie. Pół roku przed hospitalizacją rozstał się z partnerką (po kilku latach konkubinatu), gdyż czuł się „za stary”. Z rozpadem związku wiązały (występujące od kilku miesięcy) obniżenie nastroju z myślami samobójczymi, utratą zainteresowań, drażliwością, pogorszeniem snu, koncentracji uwagi i pamięci, spadkiem apetytu i popędu seksualnego. Dla złagodzenia dolegliwości i ułatwienia zasypiania zaczął spożywać wieczorem alkohol. Przyznawał się do sporadycznych nadużyć alkoholu i palimpsestów. Objawy uzależnienia – picie poranne, objawy abstynencyjne, drgawki, majaczenia – negował.

Dzień przed hospitalizacją (w parku) wypił większą ilość alkoholu i podciął sobie nadgarstki. Prawdopodob-

nie upadł, stracił przytomność i oddał moc (napad padaczkowy?).

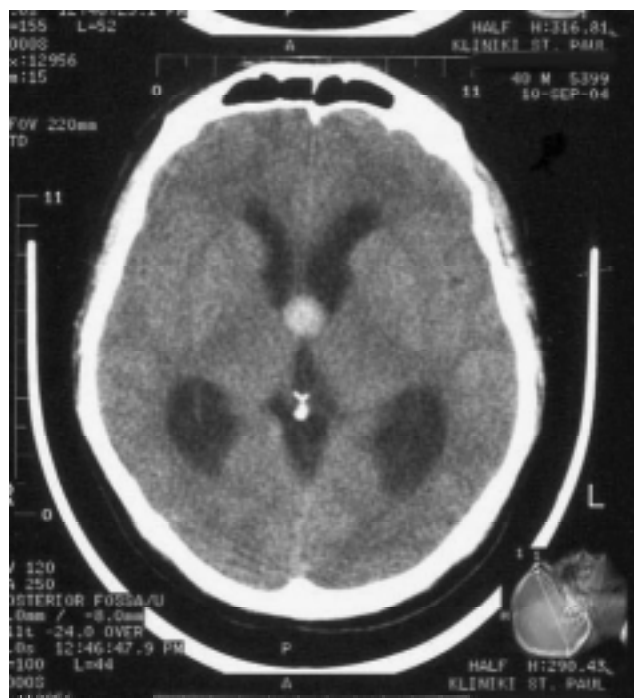
W oddziale był przytomny, wszechstronnie zorientowany, w logicznym kontakcie, spowolniały psychoruchowo. Zwracało uwagę: obniżenie nastroju i napędu, spłycenie afektu i przeżywania, labilność emocji, rozwlekłość wypowiedzi, zubożenie mimiki twarzy. Skarżył się na: obniżenie koncentracji uwagi i pamięci, zubożenie, utratę zainteresowań, „uczucie pustki w głowie”, spłycenie snu i wczesne budzenie się, brak apetytu. Wypowiedzi depresyjne koncentrowały się wokół utraty partnerki. Nie podtrzymywał myśli rezygnacyjnych. Próbę samobójczą określił jako „impuls”. Początkowo obserwowano objawy wegetatywne abstynencji alkoholowej. Z tego powodu podawano płyny, witaminy i diazepam. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono nieprawidłowych objawów.

Różnicowanie. Zbieżność w czasie pojawienia się obniżenia nastroju z rozstaniem z konkubiną, może sugerować zaburzenia adaptacyjne.

Na endogenny charakter zespołu wskazywała obecność objawów somatycznych depresji. Wypowiedź pacjenta: czułem się „za stary aby mieć dziecko” może wskazywać, iż depresja była przyczyną, a nie następstwem rozstania z partnerką.

W badaniu psychiatrycznym oprócz elementów zespołu depresyjnego zwracały uwagę dyskretne cechy zespołu psychoorganicznego. Także podejrzenie napadu padaczkowego i objawy abstynencyjne po nadużyciu alkoholu, mimo braku cech uzależnienia wskazywały na prawdopodobieństwo organicznych zmian mózgowych.

Badania dodatkowe. Badanie TK mózgu z dnia 10.09.2004 r. (fot. 1): na przebiegu tętnicy podstawnej mózgu ognisko hiperdensyjne o średnicy ok. 15 mm ulegające wzmocnieniu kontrastowemu, co może odpowiadać tętniakowi. Układ komorowy nadnamiotowy znacznie poszerzony, nie przemieszczony. Bruzdy i zakręty mózgu wygładzone.



Fotografia 1.



Fotografia 2.

W badaniu RM w Klinice Neurochirurgii 17.09.2004 r. (fot. 2): owalna zmiana ogniskowa wielkości 18 mm, położona w przednio-górnej części komory III i niemal całkowicie ją wypełniająca. Wokół zmiany w linii środkowej, w bezpośrednim sąsiedztwie otworów Monroe zachowany szczelinowaty (1–2 mm) przepływ płynu mózgowo-rdzeniowego. Po podaniu kontrastu, zmiana nie ulega istotnemu wzmocnieniu. Obraz odpowiada torbieli koloidowej. Komory boczne poszerzone (na wysokości trzonów – ok. 57 mm), nie przemieszczone, symetryczne.

Rozpoznanie i leczenie. Rozpoznano zespół depresyjny oraz wodogłowie normotensyjne w przebiegu torbieli koloidowej III komory mózgu u pacjenta nadużywającego alkohol.

W okresie 4 tygodni leczenia – paroksetyną 20 mg/die – uzyskano wyraźną poprawę nastroju, snu, apetytu, koncentracji uwagi, zmniejszenie spowolnienia.

Po poprawie stanu psychicznego, w Klinice Neurochirurgii IMDiK PAN w Szpitalu Bielańskim usunięto torbiel koloidową. Kontrolne badanie RM z kontrastem wykazało stan po usunięciu guza III komory. Komory mózgowo-rdzeniowe obecnie mniej poszerzone, w okolicach płatów czołowych i skroniowych wyraźnie poszerzona przestrzeń podpajęczna.

Po operacji pacjenta przeniesiono do IV Kliniki Psychiatrii IPiN, gdzie obserwowano aseptyczny odczyn oponowy (wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego i posiewy – ujemne).

Z informacji lekarza poradni zdrowia psychicznego (po roku) wiadomo, iż pacjent przychodzi regularnie na wizyty, nie nadużywa alkoholu. Okresowo obserwuje się nieznaczne obniżenie nastroju, bez innych cech zespołu depresyjnego. Zauważalna jest rozwlekłość wypowiedzi i labilność emocji. Otrzymuje tianeptynę.

KOMENTARZ

Torbiel koloidowa III komory mózgu przebiegała u pacjenta bezobjawowo przez wiele lat. W piśmiennictwie spotyka się takie przypadki [2, 3, 6, 18]. Wiek i płeć pacjenta

pozostają w zgodzie z danymi o częstszym rozpoznawaniu tego guza u mężczyzn i pomiędzy 20 a 50 rokiem życia [4].

Objawami sugerującymi u pacjenta organiczny proces o.u.n. były: dyskretne cechy zespołu psychoorganicznego oraz wystąpienie napadu padaczkowego i objawów abstynencyjnych po nadużyciu alkoholu, mimo braku cech uzależnienia w wywiadzie. Pacjent nie miał objawów charakterystycznych dla torbieli koloidowej III komory mózgu (bólów głowy, objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego). Jednak na podstawie objawów klinicznych podejrzewano u niego zmiany organiczne w o.u.n. i w tym sensie wykrycie torbieli nie było całkiem przypadkowe.

Trudno rozstrzygnąć czy depresja pacjenta miała charakter endogeny. Wskazywałyby na to zespół objawów somatycznych. Wątpliwości budzi fakt, iż pacjent wiązał wystąpienie tej pierwszej w życiu depresji z traumatyczną dla niego utratą partnerki. Wyraźna poprawa stanu psychicznego po leczeniu farmakologicznym, mimo niezmięnionej sytuacji życiowej, przeczyłoby adaptacyjnemu charakterowi zaburzeń. Utrzymywanie się zaburzeń nastroju po usunięciu torbieli i ustąpieniu poszerzenia komór, mogłoby przeczyć organicznemu uwarunkowaniu depresji. Jednak po operacji kontrolne badanie RM ujawniło ubytki masy neuronalnej płatów czołowych i skroniowych. Zmiany te powstały prawdopodobnie w wyniku długo utrzymującego się wodogłowia [20]. Mogą one u pacjenta stanowić podłoże zaburzeń nastroju i emocji przewlekłe utrzymujących się – po operacyjnym usunięciu torbieli.

Przypadek wykazuje, iż objawem cysty koloidowej III komory z wodogłowiem normotensyjnym może być zespół depresyjny z dyskretnie zaznaczonymi cechami „organicznymi” afektu i zmienioną reakcją na alkohol.

PIŚMIENNICTWO

1. Mackenzie IR, Gilbert JJ. Cysts of the neuraxis of endodermal origin. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54 (7): 572–5.
2. Socin HV, Bom J, Wallemacq C, Betae D, Legros JJ, Beckers A. Familial colloid cyst of the third ventricle: neuroendocrinological follow-up and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104 (4): 367–70.
3. Pollock BE, Huston J. Natural history of asymptomatic colloid cysts of the third ventricle. *J Neurosurg* 1999; 91 (3): 364–9.
4. Ahmed SK, Stanworth PA. Colloid cysts of the third ventricle in identical twins. *Br J Neurosurg* 2002; 16 (3): 303–7.
5. Partington MW, Bookalil AJ. Familial colloid cysts of the third ventricle. *Clin Genet* 2004; 66 (5): 473–5.
6. Nader-Sepahi A, Hamlyn PJ. Familial colloid cysts of the third ventricle: case report. *Neurosurgery* 2000; 46 (3): 751–3.
7. Desai KI, Nadkarni TD, Muzumdar DP, Goel AH. Surgical management of colloid cyst of the third ventricle – a study of 105 cases. *Surg Neurol* 2002; 57 (5): 295–302.
8. Solaroglu I, Beskonakli E, Kaptanoglu E, Okutan O, Ak F, Taskin Y. Transcortical-transventricular approach in colloid cysts of the third ventricle: surgical experience with 26 cases. *Neurosurg Rev* 2004; 27 (2): 89–92.
9. Aronica PA, Ahdab-Barmada M, Rozin L, Wecht CH. Sudden death in an adolescent boy due to a colloid cyst of the third ventricle. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19 (2): 119–22.
10. Filkins JA, Cohle S, Levy BK, Graham M. Unexpected deaths due to colloid cysts of the third ventricle. *J Forensic Sci* 1996; 41 (3): 521–3.

11. Young WB, Silberstein SD. Paroxysmal headache caused by colloid cyst of the third ventricle: case report and review of the literature. *Headache* 1997; 37 (1): 15–20.
12. Buttner A, Winkler PA, Eisenmenger W, Weis S. Colloid cysts of the third ventricle with fatal outcome: a report of two cases and review of the literature. *Int J Legal Med* 1997; 110 (5): 260–6.
13. Read EJ, Jr. Colloid cyst of the third ventricle. *Ann Emerg Med* 1990; 19 (9): 1060–2.
14. Faris AA, Terrence CF. Limbic system symptomatology associated with colloid cyst of the third ventricle. *J Neurol* 1989; 236 (1): 60–1.
15. Upadhyaya AK, Sud PD. Psychiatric presentation of third ventricular colloid cyst. A case report. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 567–9.
16. Lajara-Nanson WA. Neuropsychiatric manifestations of a third ventricular colloid cyst. *W V Med J* 2000; 96 (4): 512–3.
17. Burkle RM, Lipowski ZJ. Colloid cyst of third ventricle presenting as psychiatric disorder. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 373–4.
18. de Witt Hamer PC, Verstegen MJ, De Haan RJ, Vandertop WP, Thomeer RT, Mooij JJ, van Furth WR. High risk of acute deterioration in patients harboring symptomatic colloid cysts of the third ventricle. *J Neurosurg* 2002; 96 (6): 1041–5.
19. Skirving DJ, Pell MF. Early recurrence from stereotactic aspiration of a colloid cyst of the third ventricle. *J Clin Neurosci* 2001; 8 (6): 570–1.
20. Bidziński J, Bojanowski K. Cysta koloidowa III komory. *Neurol Neurochir Pol* 1998; 32 (3): 595–602.

*Adres: Doc. Maria Załuska, IV Klinika Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul Ceglowska 80, 01-809 Warszawa, e-mail: od-psy3@bielanski.med.pl*