



Epizod depresyjny jako maska przerzutów nowotworowych do ośrodkowego układu nerwowego: opis przypadku

Depressive episode as a tumour mask in neoplastic metastases to the central nervous system: case report

EWA BECELEWSKA, JANUSZ BECELEWSKI, JANINA LAMCH-BIŚ, DOROTA WRZESIEŃ

Z Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu

STRESZCZENIE

Cel. Zwrócenie uwagi, że zaburzenia psychiczne, w tym objawy depresyjne, mogą występować jako wczesne lub nawet jedyne objawy kliniczne uogólnionej choroby nowotworowej z przerzutami do ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.)

Przypadek. 48-letnią kobietę skierowano do szpitala psychiatrycznego z rozpoznaniem zespołu depresyjnego, w trakcie którego obserwowano m.in. zaburzenia chodu. W dalszym przebiegu u chorej wystąpiły objawy porażenia połowicznego lewostronnego i stwierdzono rozsiany proces nowotworowy z przerzutami do o.u.n.

Komentarz. Objawy u pacjentki nie różniły się od objawów depresji endogennej, która stanowiła w tym przypadku maskę przerzutów nowotworowych do o.u.n. Nasuwa się pytanie, czy nie należy częściej korzystać z diagnostyki neuroobrazowej, gdy objawy psychopatologiczne nasuwają podejrzenie podłoża organicznego.

SUMMARY

Objective. The fact is highlighted that mental disorders including depressive mood may develop as the early or even the only clinical symptoms of proliferated neoplastic disease with metastases to the central nervous system (CNS).

Case report. A 48-year-old woman was referred to a psychiatric hospital with the diagnosis of depressive syndrome including gait disorders, among other symptoms. In the course of the disease she developed left-sided hemiplegia, and a proliferated neoplastic process with metastases to the CNS was found.

Commentary. The patient's symptoms did not differ from these of endogenous depression, which acted as a mask of neoplastic metastases to the CNS. The case suggests that if any organic background is suspected, perhaps neuroimaging diagnostic techniques should be used more often.

Słowa kluczowe: depresja / maska guzowa / przerzuty nowotworowe do o.u.n. / opis przypadku

Key words: depression / tumour mask / metastases to the CNS/ case report

Przerzuty nowotworowe są najczęstszymi złośliwymi guzami wewnątrzczaszkowymi. Według dawniejszych statystyk we wszystkich grupach wiekowych stanowiły one 4,1–29,6% nowotworów o.u.n., obecnie zaś uważa się, że ich odsetek sięga nawet 40%. Z piśmiennictwa wynika, że ok. 35% pacjentów z nowotworami narządowymi ma przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.) U dorosłych głównym źródłem przerzutów do mózgowia są nowotwory: płuc (wg różnych statystyk – 39–44%), sutka (4–10%), przewodu pokarmowego (3–6%), nerki (4–7%), czerniak złośliwy (3–11%) [1, 2, 3].

W większości przypadków dochodzi do jednoczesnej manifestacji klinicznej ogniska pierwotnego i przerzutowego, rzadziej przerzut do mózgu pojawia się u chorych z wcześniej rozpoznany nowotworem. W najmniejszym odsetku przerzut do mózgowia jest nie tylko pierwszym, ale właśnie jedynym objawem choroby nowotworowej [4].

Objawy kliniczne przerzutów nowotworowych do o.u.n. są różnorodne i obejmują m.in. zaburzenia psychiczne (wg statystyk ok. 30%), a wśród nich – objawy depresyjne [2, 5, 6].

OPIS PRZYPADKU

Kobieta 48-letnia zgłosiła się do Poradni Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycz-

nego w Lublińcu po raz pierwszy z objawami zespołu depresyjnego.

Z wywiadu: od 2–3 miesięcy narastające przygnębienie, apatia, zniechęcenie, spadek aktywności.

Pacjentka mieszkała samotnie po śmierci męża, jedyny syn przebywa za granicą, pracująca zawodowo, wykształcenie zawodowe. Zalecono leczenie farmakologiczne fluoksetyną w dawce 20 mg/die. Chora została dowieziona do Szpitala trzy tygodnie później z powodu zaburzeń chodu oraz pogłębiających się objawów depresji.

Stan psychiczny przy przyjęciu: świadomość jasna, orientacja w czasie zaburzona, prawidłowa w pozostałych kierunkach, kontakt formalny, nastrój obniżony, afekt dostosowany do wypowiedzanych treści. Bez objawów wytwórczych. Depresyjna ocena rzeczywistości. Skargi na osłabienie, apatię, nadmierne zmęczenie, poczucie bezradności, problemy z pamięcią i koncentracją uwagi.

Po ocenie psychiatrycznej ustaliliśmy wstępne rozpoznanie: zespół depresyjny z objawami konwersyjnymi, do wykluczenia podłoża organicznego.

W badaniu neurologicznym przy przyjęciu nie stwierdziliśmy objawów ogniskowego uszkodzenia o.u.n. Badania laboratoryjne nie wykazały odchyłeń od normy. Kontynuowano leczenie fluoksetyną w dawce 20 mg/die.

W szóstej dobie pobytu w oddziale nastąpiło nagłe pogorszenie stanu ogólnego pacjentki. W badaniu neurologicznym

stwierdziliśmy ilościowe zaburzenia świadomości oraz porażenie połowicze lewostronne z obustronnym objawem Babińskiego. Wykonane w trybie pilnym badanie CT mózgowia z kontrastem ujawniło: obecność trzech ognisk przerzutowych z towarzyszącą strefą obrzękową (I – w okolicy skroniowo-ciemieniowej prawej półkuli mózgu o średnicy 6,9 cm z uwidoczną wyznaczoną krwią, II – w okolicy ciemieniowo-potylicznej prawej o średnicy 4,5 cm, III – w okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej o średnicy 3,6 cm), objawy uogólnionej ciasnoty śródczaszkowej nadnamiotowo, układ komorowy i struktury pośrednie wgłobione podsierpowo na stronę lewą, cechy wgłobienia pod wcięcie namiotu mózdzku.

Pacjentkę konsultowano neurochirurgicznie – nie została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Zastosowano leczenie objawowe przeciwobrzękowe – Mannitol, Dexaven.

Przeprowadzono następujące badania diagnostyczne:

- rtg klatki piersiowej: w rzucie górnego prawego pola płucnego owalne zacienienie średnicy 4,5 cm, podobna zmiana w rzucie lewej wnęki. Płyn w jamie opłucnej. Sylwetka serca w granicach normy.
- USG jamy brzusznej: pęcherzyk żółciowy echo-ujemny, przyściennie położona nieregularna struktura o wym. 40 × 12,2 mm nie dająca cienia akustycznego. Poza tym b.z.
- TK jamy brzusznej z kontrastem: w okolicy pęcherza moczowego po stronie prawej struktura tkankowa w obrębie pętli jelitowych wielkości 6 cm przemieszczająca za guzem nowotworowym jelita grubego. Niewielka ilość płynu w jamie opłucnej.

Dalszy przebieg choroby powikłany był nawracającymi krwawieniami z dolnego odcinka przewodu pokarmowego z towarzyszącą niedokrwiistością pokrwotoczną. Pacjentka była konsultowana chirurgicznie i ginekologicznie. Zastosowano leczenie objawowe przeciwkrwotoczne oraz przetoczono masę erytrocytarną i osocze świeże mrożone uzyskując normalizację morfologii krwi. Pomimo intensywnej farmako- i fizjoterapii stan neurologiczny pacjentki uległ pogorszeniu. Stwierdziliśmy cechy niedowładu czterokończynowego, asymetryczne napięcie mięśniowe z największym nasileniem spastyki lewej kończyny górnej. Pacjentka leżąca, wymagała opieki.

Badaniem psychiatrycznym stwierdzono cechy organicznej dysfunkcji o.u.n., okresowo drażliwa, niespokojna, w nielogicznym kontakcie. Pacjentkę w stabilnym stanie ogólnym skierowano do oddziału dla przewlekle chorych w celu leczenia paliatywnego.

KOMENTARZ

Objawy kliniczne przerzutów nowotworowych są podobne do obserwowanych w innych guzach o.u.n. Symptomatologia przerzutów obejmuje w kolejności: zaburzenia ruchowe (66%), bóle głowy (53%), zaburzenia psychiczne (31%), obrzęk tarczy nerwu wzrokowego (26%), ataksję (20%), napady padaczkowe (15%). Objawy mnogich przerzutów do mózgu mogą przypominać encefalopatię lub otępienie. Inny wariant objawów to postać rzekomoudarowa (10%) [1, 2, 3].

Powikłania psychotyczne w guzach wewnątrzczaszkowych są związane przyczynowo z procesem organicznym i narastaniem ciasnoty wewnątrzczaszkowej. Pojawiają się

ilościowe (od patologicznej senności do śpiączki) i jakościowe zaburzenia świadomości. Obserwuje się psychozy z jakościową zmianą świadomości (przymglenie proste, majaczenie, zamroczenie, splątanie i obrazy mieszane tych psychoz). Ponadto, mogą występować inne powikłania psychotyczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu: halucynozą, zaburzenia katatoniczne, urojeniowe, nastroju (afektywne), lękowe, dysocjacyjne [5, 7].

Według danych z piśmiennictwa częstość występowania zaburzeń z kręgu chorób afektywnych mieści się w granicach 0,5–2,7%. Uważa się, że guzom mózgu najczęściej towarzyszą stany depresyjne, a mania jest powikłaniem rzadkim. Obraz zespołu depresyjnego w przebiegu przerzutów nowotworowych do o.u.n. nie różni się od depresji endogennej. W niektórych przypadkach objawom depresyjnym w guzie mózgu przypisuje się znaczenie lokalizacyjne, wiążąc je z uszkodzeniem struktur między- i śródmózgowia [5, 7, 8].

Guzy przerzutowe w mózgowiu w większości zlokalizowane są nadnamiotowo, uważa się, że ok. 80% sytuuje się w półkulach mózgu, 15% w mózdzku, a 5% w pniu mózgu [2, 4].

Obecnie główną metodą diagnostyczną guzów śródczaszkowych są badania neuroobrazowe (CT i MRI). Przerzuty nowotworowe do o.u.n. mają w tych badaniach następujące, charakterystyczne cechy: nieregularny zarys, niewspółmierne duży obrzęk (90% przypadków) wokół niewielkiego ogniska nowotworu oraz obecność wielu ognisk. Naturalny przebieg kliniczny przerzutów do o.u.n. jest krótki – niewielki odsetek pacjentów przeżywa średnio 4 tygodnie od momentu rozpoznania [1, 4, 6, 9].

Na podstawie przytoczonych powyżej danych można wyciągnąć wniosek, że zaburzenia psychiczne mogą być pierwszym i zarazem jedynym objawem uogólnionej choroby nowotworowej.

Objawy, z jakimi zgłosiła się pacjentka nie różniły się od objawów depresji endogennej, która stanowiła w tym przypadku maskę przerzutów nowotworowych do o.u.n. W tym kontekście nasuwa się pytanie, czy nie powinniśmy częściej korzystać z diagnostyki neuroobrazowej już przy pierwszych objawach zaburzeń psychicznych nasuwających podejrzenie podłoża organicznego, co pozwoliłoby na wcześniejsze włączenie stosownego leczenia i poprawiło stan kliniczny chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Koszewski W. Przerzuty nowotworowe do mózgowia – epidemiologia, leczenie, rokowanie. Praca habilitacyjna. Warszawa; 1998.
2. Rowland Lewis P. Neurologia Merritta. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2004: 378–83.
3. Wroński M. Statystyka przerzutów mózgowych. Neurol Neurochir Pol 1995; 6: 961–7.
4. Kozubski W, Liberski P. Choroby układu nerwowego. Warszawa: PZWL; 2004: 168–9.
5. Bilikiewicz A, Smoczyński S. Psychopatologia guzów śródczaszkowych. Wyd 2. Warszawa: PZWL; 1989.
6. Bolewski J. Objawy kliniczne, obraz CT przerzutów nowotworowych do mózgu. Neurol Neurochir Pol 1992; 3: 359–65.
7. Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów. Wyd 2. Warszawa: PZWL; 2004: 179–81.
8. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 1 i 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002.
9. Ząbek M. Zarys neurochirurgii. Warszawa: PZWL; 1999: 194–207.