

¹Katedra i Klinika Neurochirurgii, Akademia Medyczna Wrocławiu
²Zakład Neuroradiologii, Akademia Medyczna Wrocław
³Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna,
Wrocław

¹Department of Neurosurgery, Wrocław Medical University
²Department of Neuroradiology, Wrocław Medical University
³Department of Neuroscience, Wrocław Medical University

BOGDAN CZAPIGA¹, MARTA KOŻBA¹, WŁODZIMIERZ JARMUNDOWICZ¹,
ELŻBIETA CZAPIGA², JANUSZ MIERZWA³, JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS³,

Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu guzów kąta mostowo-mózdzkowego

Kąt mostowo-mózdzkowy to przestrzeń zawarta między piramidą kości skroniowej, boczną powierzchnią mostu i półkulą mózdzku. Guzy w tej lokalizacji to najczęstsze nowotwory tylnego dołu czaszki, stanowiące 5-10% guzów wewnątrzczaszkowych u dorosłych.[6] Występują tu nerwiak, oponiak, rzadziej guzy przerzutowe, haemangioblastoma oraz guzy typu PNET.[4] Kliniczne aspekty wzrostu tych nowotworów, triada objawów: jednostronny niedosłuch, tinnitus, objawy mózdkowe, odzwierciedlają bardziej ich umiejscowienie niż punkt wyjścia, stąd zbiorcza nazwa guzy kąta mostowo- mózdzkowego (Hanneberg, Koch, 1903).[2] Guzy kąta mostowo-mózdzkowego zajmują szczególne miejsce w neurochirurgii ze względu na występowanie w tej okolicy bardzo ważnych struktur nerwowych i naczyniowych. Wyniki leczenia operacyjnego wyraźnie zależą od wielkości nowotworu w momencie jego rozpoznania oraz stopnia uszkodzenia tych struktur.[7,8]

CEL PRACY

Wydaje się, że zespół objawów klinicznych wywoływany przez guzy kąta mostowo-mózdzkowego, zwłaszcza uszkodzenie słuchu i zespół mózdkowy, powinien być na tyle charakterystyczny, że wcześniej zwraca uwagę chorych i ich otoczenia. Celem pracy jest ocena ilu chorych trafia do leczenia z dużym (ponad 3cm średnicy) guzem oraz jakie są tego przyczyny.

MATERIAŁ I METODY

Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji, uzupełnionej ankietą telefoniczną, wszystkich 40 pacjentów w wieku od 11 do 76 lat (średnia wieku 54 lata), leczonych operacyjnie w Klinice Neurochirurgii AM we Wrocławiu, w latach 2002-2004, z rozpoznaniem guza kąta mostowo-mózdzkowego. W grupie badanej było 25 kobiet i 15 mężczyzn.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Najczęstszym guzem w badanej grupie był guz nerwu VIII, zwany powszechnie nerwikiem. Guzy te stanowiły 52% wszystkich badanych guzów. Właściwą nazwą dla tego guza jest vestibular schwannoma, która podkreśla miejsce powstania nowotworu (nerw przedsionkowy górny) oraz jego pochodzenie histologiczne. Drugie, co do częstości miejsce zajmował oponiak. Te z kolei guzy, stanowiły 42% badanych guzów. Wyniki te odbiegają znacznie od danych innych autorów, według których, nerwiak stanowi 80-90% wszystkich guzów w tej lokalizacji a oponiak 5-10%.[1] Ponadto

rozpoznano pojedyncze przypadki takich nowotworów jak: haemangioblastoma, PNET, przerzut raka oskrzela. W dwóch przypadkach nerwiak był elementem neurofibromatozy typu II.

Przy ocenie wielkości guza w momencie rozpoznania zastosowano 4-stopniową skalę wg. Koosa.[3] W prezentowanej grupie brak było guzów w stopniu pierwszym. Większość stanowiły guzy o średnicy powyżej 30mm (stopień 3 i 4). Wielkość guza w momencie rozpoznania dla całego materiału przedstawiono w tabeli 1. Wyniki te znacznie różnią się od danych prezentowanych w piśmiennictwie światowym.[1] (TABELA 1)

Podczas analizy objawów brano pod uwagę dwa aspekty: specyficzność objawów oraz czas ich trwania. W grupie badanej dominowały duże guzy co miało odzwierciedlenie w stwierdzanych objawach. U ok. 70% badanych wystąpiły co najmniej dwa objawy triady ale tylko u 15% stwierdzono wszystkie jej elementy. Najczęstszym ubytkiem neurologicznym była utrata słuchu oraz zaburzenia równowagi. Trzeci z charakterystycznych objawów tj. tinnitus czyli świsty gwizdy i szum, był nieco rzadszy. Objawy spowodowane efektem masy czyli zespół nadciśnienia wewnątrzczaszkowego i wodogłowie były obecne u ponad 40% badanych. Jest to ok. 10 razy częściej niż u innych autorów.[5] Zestawienie objawów klinicznych w momencie rozpoznania guza kąta mostowo-mózdkowego przedstawia tabela numer 2. (TABELA 2)

Czas trwania objawów do rozpoznania guza kąta mostowo-mózdkowego większość pacjentów (50%) określa jako „kilka lat” (między 3-8 lat). Trzydzieści procent umiejscawia początek choroby „w dzieciństwie”. Jedynie 20% pacjentów podaje objawy trwające krócej niż 6 miesięcy.

W pierwszym okresie choroby diagnostykę prowadzili lekarze różnych specjalności, przede wszystkim: lekarze pierwszego kontaktu, laryngolodzy oraz psychiatry. U 30% pacjentów rozpoznano nerwicę lub depresję, 18% leczono z powodu zaburzeń słuchu za pomocą aparatu słuchowego lub też rozpoznano zapalenie ucha środkowego w 12%. W pojedynczych przypadkach wykonano zabieg na przegrodzie nosa, leczono chorobę wibracyjną, nadciśnienie, chorobę reumatyczną. Podstawą rozpoznania guza mózgu były metody obrazowe (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny). Większość pacjentów (57%) została skierowana do tych badań przez lekarzy neurologów, najczęściej na wyraźne żądanie chorego. Część badanych (18%) znajdowało się pod stałą kontrolą neurologiczną z powodu innych schorzeń takich jak choroba Parkinsona czy stan po udarze mózgu. W tych przypadkach rozpoznanie stawiano szybko. Zaledwie 15% pacjentów zostało skierowanych na badania obrazowe przez lekarzy laryngologów. W dziesięciu procentach przypadków guz został wykryty przypadkowo, w ramach ostrego dyżuru chirurgicznego, podczas diagnostyki urazu głowy spowodowanego zaburzeniami równowagi.

WNIOSKI

- ✓ Najczęstszym guzem kąta mostowo-mózdkowego w prezentowanym materiale był nerwiak nerwu słuchowego.
- ✓ Większość chorych, do leczenia operacyjnego trafiła w późnym okresie choroby, w stopniu III i IV wielkości guza.
- ✓ Mimo iż u chorych występowały objawy charakterystyczne dla tego rodzaju lokalizacji guza, chorzy przez długi okres czasu byli leczeni przez lekarzy innych specjalności z powodu innych rozpoznań.
- ✓ W przypadku występowania objawów mogących sugerować guz w obrębie kąta mostowo-mózdkowego, badaniem diagnostycznym z wyboru powinno być badanie NMR i TK.

PIŚMIENNICTWO

1. Greenberg M. S.: Handbook of Neurosurgery, 5-th edition. Thieme Medical Publishers, New York, 2001.
2. House F.W., Luetje C.M.: Acoustic tumors (t.1). University Park Press, Baltimore, 1979.
3. Koos W.T. i wsp.: Color Atlas of Microneurosurgery (T-1). Thieme, Stuttgart. New York, 1997.
4. Samii M., Tatagiba M.: Acoustic neurinoma in the Elderly: Factors Predictive of Postoperative Outcome. Neurosurgery 31: 615-20, 1992.
5. Selesnick S. H., Jackler R. K.: Clinical manifestations and audiologic diagnosis of acoustic neuroma. Otolaryngol. Clin. North Am., 1992, 25, 521-550.
6. Shohet J.: Scull Base, Tumors, Other CPA Tumors. www.eMedicineSpecialities

7. Wilkins R.H., Rengachary S.S.: Neurosurgery. McGraw-Hill, New York, 1985.
8. Youmans J.R.: Neurological Surgery, 3-rd ed., W. B. Saunders, Philadelphia, 1990.

STRESZCZENIE

Autorzy przedstawiają 40 pacjentów w wieku od 11 do 76 lat którzy byli leczeni w Klinice Neurochirurgii w latach 2002-2004 z rozpoznaniem guza kąta mostowo-mózdkowego. Najczęstszym guzem w badanej grupie był nerwiak nerwu VIII, dający charakterystyczne dla tego typu lokalizacji objawy. Mimo to, właściwe rozpoznanie stawiano późno, w większości przypadków w 3 i 4 stopniu wielkości guza. Przyczyną tego był brak lub niewłaściwa diagnostyka. W przypadku występowania objawów, mogących sugerować guz w obrębie kąta mostowo-mózdkowego, badaniem diagnostycznym z wyboru powinno być badanie NMR lub TK.

SUMMARY

Authors are presenting 40 patients, aged from 11 to 76, treated in Department of Neurosurgery, between 2002 and 2004 with cerebello-pontine angle tumors (CPA tumors). Most frequently appearing tumor in test group, was vestibular schwannoma, showing symptoms typical for this localization. Nevertheless, correct diagnosis was established late, in most cases in the 3-rd or 4-th degree of the tumor size, due to wrong diagnosis or lack of it. In case of symptoms' appearance which may suggest CPA tumor, NMR or CT examination should be chosen.

Tabela 1. Wielkość guza w momencie rozpoznania

Stopień	Wielkość guza	Ilość pacjentów	Procent
1	do 10 mm	-	-
2	do 20 mm	1	2,5
3	do 30 mm, dochodzący do pnia mózgu	22	55
4	>30 mm, przemieszczający pień mózgu	17	42,5

Tabela 2. Objawy kliniczne w momencie rozpoznania guza kąta mostowo-mózdkowego

Objawy	%
Jednostronny niedosłuch/głuchota	76 %
Objawy mózdkowe	47 %
Wodogłowie	42 %
Objawy nadciśnienia wewnątrzczaszkowego	41 %
Tinnitus	29%
Dysfunkcja nerwu VII	29 %
Dysfunkcja nerwu V	15 %
Dysfunkcja nerwów IX, X, XI	9 %