

Katedra i Klinika Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie
Neurology Clinic, Medical Academy, Lublin
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Stelmasiak

IWONA HALCZUK, MARTA TYNECKA-TUROWSKA, ZBIGNIEW STELMASIAK

*The case of patient with giant aneurysm and clinical symptomatology
of the temporal lobe tumor*

**Przypadek pacjenta z megatętniakiem
o symptomatologii klinicznej guza płata skroniowego**

Tętniaki o średnicy 25 mm i powyżej są określane jako megatętniaki. Najbardziej typowym objawem obecności megatętniaka jest wystąpienie krwawienia podpajęczynówkowego (Subarachnoideal Hemorrhage - SAH). Oprócz krwawienia podpajęczynówkowego megatętniaki mogą być przyczyną pojawiania się bólów głowy i ogniskowych objawów neurologicznych, które mogą sugerować obecność guza mózgu (1). Tętniaki tętnicy środkowej mózgu stanowią około 15-20% wszystkich tętniaków umiejscowionych w naczyniach mózgowych.

Napady hakowe polegające na nagłym odczuwaniu nieprzyjemnych zapachów lub nieprzyjemnego wrażeń smakowych przy całkowicie zachowanej świadomości, niekiedy z towarzyszącymi parestezjami, ruchami żuchwy lub warg i są szczególnie znamienne dla guzów podstawy lub bieguna płata skroniowego na skutek uszkodzenia haka zakrętu hipokampa. Rzadko zdarza się by napady hakowe były pierwszym i jedynym objawem megatętniaka (4, 5, 8). Badania neuroobrazujące (CT, MRI) mogą sugerować obraz guza mózgu, natomiast badanie angiograficzne naczyń mózgowych pozwala na jednoznaczne uściślenie rozpoznania. Megatętniaki są trudne do leczenia chirurgicznego ze względu na ich rozmiary, uciśnięcie struktur mózgowych oraz przemieszczenia otaczających naczyń.

OMÓWIENIE PRZYPADKU

Pacjent l. 54 przyjęty do Kliniki Neurologii AM w Lublinie w lutym 2004 roku z powodu pojawiających się od około tygodnia dolegliwości pod postacią napadowych halucynacji węchowych o charakterze napadowego odczuwania nieprzyjemnych zapachów. Do chwili wystąpienia opisanych powyżej zaburzeń pacjent był zdrowy, nie leczył się z żadnego powodu, nie przyjmował przewlekłe leków. W chwili przyjęcia do Kliniki Neurologii pacjent w stanie ogólnym dobrym, bez bólów głowy, w stanie neurologicznym bez cech ogniskowego uszkodzenia CUN, bez objawów piramidowych. Wykonane badania laboratoryjne, badanie elektrokardiograficzne oraz konsultacja kardiologiczna bez odchyień od stanu prawidłowego. W badaniu MRI stwierdzono w strukturach głębokich przedniej części lewego płata skroniowego nieprawidłowy, dobrze odgraniczony obszar o wymiarach 24 mm x 25 mm x 21 mm, ulegający częściowemu centralnemu intensywnemu wzmocnieniu kontrastowemu po dożylniej iniekcji paramagnetycznego środka kontrastowego (Ryc. 1). Morfologia i lokalizacja zmiany przemawiała za obecnością malformacji naczyniowej o charakterze tętniaka olbrzymiego okolicy podziału lewej tętnicy środkowej mózgu. Celem uściślenia rozpoznania wykonano badanie angiograficzne naczyń mózgowych, które potwierdziło obecność tętniaka olbrzymiego oraz cechy hipoplazji prawej tętnicy przedniej mózgu (Ryc. 2). Dokumentacja neuroradiologiczna została wykonana w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii AM w Lublinie, Kierownik Zakładu – Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Szczerbo – Trojanowska.

Po konsultacji neurochirurgicznej pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, ale nie zdecydował się na proponowane leczenie operacyjne. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości bólowych, w stanie neurologicznym bez istotnych odchyień od normy. W leczeniu zaburzeń napadowych zalecono Amizepin Prolongatum 2x 200 mg.

W październiku 2004 roku pacjent ponownie trafił do Kliniki Neurologii AM w Lublinie z powodu wystąpienia nagłej utraty przytomności. W chwili przyjęcia do Kliniki pacjent był w bardzo ciężkim stanie - głęboko nieprzytomny, z czterokończynowym wiotkim niedowładem, zaintubowany, z obustronnym objawem Babińskiego, z okresowo występującymi prężeniami. Wykonane badanie tomograficzne głowy wykazało obecność masywnego krwawienia śródmózgowego i podpajęczynówkowego z przebiciem do układu komorowego oraz struktur głębokich półkuli lewej, lewego płata skroniowego i ciemieniowego. Stwierdzono także zmiany malacyjne i obrzękowe półkul mózgu, pnia mózgu oraz wgłobienie lewej półkuli pod sierp mózgu. Pomimo zastosowanego intensywnego leczenia zachowawczego stan pacjenta ulegał systematycznemu pogorszeniu i po czterech dniach pacjent zmarł.

DYSKUSJA

Tętniaki naczyń śródczaszkowych, najczęściej wrodzone, powstające wskutek miejscowego osłabienia ściany naczyń mogą mieć różną średnicę, w przypadku megatętniaków nawet powyżej 25 mm. Tętniaki pozostają często nieme klinicznie dopóki nie pękają powodując w efekcie krwawienie podpajęczynówkowe albo śródmózgowe, zależnie od lokalizacji. W niektórych przypadkach poprzez swój rozmiar i usytuowanie powodują ucisk struktur sąsiednich stając się przyczyną objawów ogniskowego uszkodzenia CUN. Ponadto bardzo częstą towarzyszącą powyższym objawom dolegliwością są uporczywe bóle głowy. W szczególnych przypadkach, gdy anomalia naczyniowa cechuje się szczególnie dużymi rozmiarami, może zaburzać czynność bioelektryczną mózgu stając się źródłem napadów padaczkowych (2, 6, 7).

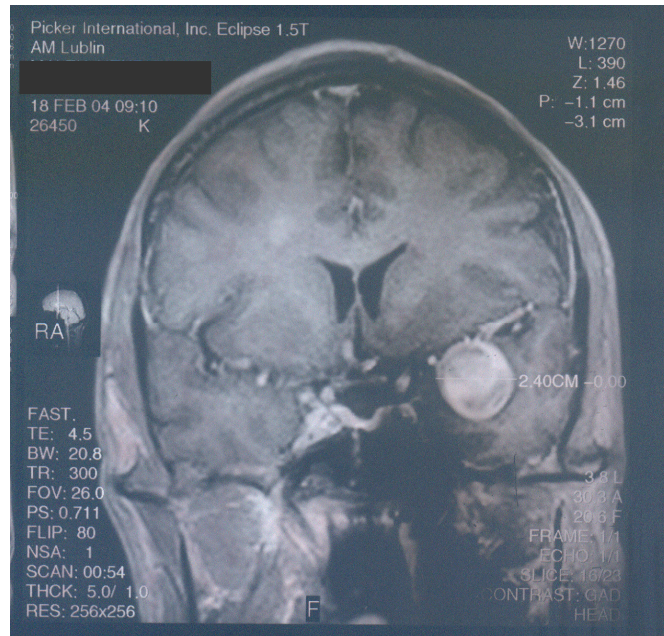
Omamy węchowe stanowią jeden z objawów częściowych napadów padaczkowych pochodzenia skroniowego. Pojawiają się, zwłaszcza gdy ognisko padaczkorodne znajduje się w obrębie haka hipokampa lub jego okolicy, dlatego określane są mianem napadów hakowych. Napady hakowe oprócz halucynacji węchowych mogą obejmować odczuwanie nieprzyjemnego smaku, napadowe parestezje (swędzenie w nosie), niekiedy ruchy żuchwy i warg (żucie, mlaskanie).

Wystąpienie napadów hakowych budzi zwykle podejrzenie obecności zmiany rozrostowej w obrębie płata skroniowego (1). Przedstawiony przypadek wydaje się być interesujący ze względu na to, iż rzadko przyczyną wyłacznie napadów hakowych są anomalie naczyniowe pod postacią tętniaka. Zmiana naczyniowa opisywana u przedstawionego pacjenta ze względu na swoją wielkość zmanifestowała się objawami typowymi dla guza mózgu, ale bez charakterystycznych dla anomalii naczyniowej bólów głowy. Nieobecność bólów głowy, deficytów neurologicznych oraz niezbyt uciążliwe zaburzenia napadowe, zwłaszcza wobec zastosowania skutecznej terapii przeciwpadaczkowej zadecydowała o rezygnacji pacjenta z leczenia operacyjnego pomimo wyraźnej informacji o zagrożeniach wiążących się z taką decyzją (3).

PIŚMIENNICTWO

1. Burger P.C., Scheithauer B.W.: Tumors of the central nervous system. Atlas of Tumor Pathology. Third series, fascicles 10. Armed Forces Institute of Pathology, Washington D.C., 1994.
2. Da Costa LB et al: Unruptured intracranial aneurysms: natural history and management decisions. Neurosurg Focus. 2004 Nov 15;17(5).
3. Jomin M. et al.: Surgical prognosis of unruptured intracranial arterial aneurysms. Report of 50 cases. Acta Neurochir (Wien). 1987;84(3-4):85-8.
4. Miele VJ. Et al.: Unruptured aneurysm of the middle cerebral artery presenting with psychomotor seizures: case study and review of the literature. Epilepsy Behav. 2004 Jun; 5 (3):420-8.
5. Mizobuchi M. et al.: Unidirectional olfactory hallucination associated with ipsilateral unruptured intracranial aneurysm. Epilepsia. 1999 Apr; 40 (4):516-9.
6. Selman W.R. et al: Intracranial aneurysms and subarachnoid hemorrhage. W: Neurology in clinical practice (red. W.G. Bradley, R.B. Daroff, G.M. Fenichel, C.D. Marsden). Butterworth-Heinemann, Boston Oxford 2000.

7. Wiebers DO.: Neuroepidemiology of unruptured intracranial aneurysms: implications for decision making regarding patient management. *Neurosurg Clin N Am.* 2005 Apr;16(2):309-12.
8. Zambrelli E. et al.: A possible case of unruptured middle cerebral artery aneurysm presenting as epileptic seizures. *Neurol Sci.* 2003 Oct;24(3):141-4.



Rycina 1. Obraz rezonansu magnetycznego



Rycina 2. Obraz angiografii mózgowej

STRESZCZENIE

Pacjent M.H lat 54 obserwowany w Klinice Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie z powodu wystąpienia kilka dni przed przyjęciem do Kliniki zawrotów głowy oraz halucynacji węchowych. Do chwili manifestacji objawów pacjent zdrowy, bez istotnych obciążeń chorobowych, bez dolegliwości bólowych głowy. Badaniem neurologicznym nie stwierdzało się odchyień od stanu prawidłowego. Powyższa symptomatologia sugerowała możliwość patologii w obrębie płata skroniowego - guza mózgu. Wykonane badanie angio-MRI wykazało obecność megatętniaka na przebiegu lewej tętnicy środkowej mózgu. Pacjent nie wyraził zgody na proponowany zabieg operacyjny. Po kilku miesiącach pacjent zmarł w wyniku pęknięcia anomalii naczyniowej co spowodowało krwotok śródmózgowy i podpajęczynówkowy.

SUMMARY

60-years old patient was treated in Neurological Clinic because of vertigo and temporal epileptic seizures which occurred few days before the admission. Until the onset of those symptoms, the patient was healthy, without any prior health problems, without headaches. There were no abnormal findings in neurological examination. The symptomatology suggested brain tumor of temporal lobe. Angio-MR showed giant aneurysm of left medial cerebral artery. Patient refused surgical treatment. After few months patient died because of the intracerebral and subarachnoidal hemorrhage from ruptured aneurysm.