

INTRAKRANIÁLNÍ TUMORY V GERONTOPSYCHIATRII

kazuistika

Vanda Franková¹
Ivana Horská¹
Jan Kastner²

¹Psychiatrická nemocnice
v Dobřanech

²Klinika zobrazovacích metod,
FN Plzeň

Kontaktní adresa:

prim. MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická nemocnice
v Dobřanech
Ústavní ulice 2
334 41 Dobřany
e-mail: vanda.frankova@geronto.cz

SOUHRN

Franková V, Horská I, Kastner J. Intra-
kraniální tumory v gerontopsychiatrii

Cíl: Psychiatrické příznaky mohou být prvními a dominujícími projevy intrakraniálního tumoru ve vyšším věku. Cílem naší práce bylo odhalit typické psychiatrické příznaky intrakraniálních tumorů u gerontopsychiatrických pacientů, které by měly již při klinickém hodnocení směřovat k diferenciální diagnostické rozvaze nádorového onemocnění a vést k jednoznačné indikaci zobrazovacího vyšetření mozku.

Materiál a metoda: Retrospektivně jsme zpracovávali údaje z chorobopisů pacientů, kteří byli přijati k hospitalizaci na příjmové gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech v letech 2012–2014 v souvislosti s intrakraniálními tumory. Případy jsme shrnuli do stručných kazuistik.

Výsledky: Ve sledovaném období bylo přijato celkem 1520 pacientů, u šesti pacientů (0,4%; 4 ženy a 2 muži) přijetí souviselo s intrakraniálními tumory. U jedné pacientky se jednalo o delirium v rámci pooperačního stavu po neurochirurgické operaci meningeomu, u jednoho pacienta o již inoperabilní stav při recidivě multifonního glioblastomu po opakované resekci, jedna pacientka měla inoperabilní gliom vyššího stupně. Tři pacienti přišli s diagnózou demence s poruchami chování a intrakraniální tumor byl diagnostikován teprve za hospitalizace. Šlo o mnohočetné metastázy mozku při karcinomu plic, anaplastický astrocytom a meningeom s obstrukčním hydrocefalem. Nenašli jsme žádný příznak, který by jednoznačně ukazoval

SUMMARY

Franková V, Horská I, Kastner J. Intra-
cranial tumors in geriatric psychiatry

Objective: Psychiatric symptoms may be the first and dominating clinical manifestation of intracranial tumors in older age. The aim of our study was to investigate the typical psychiatric symptoms of intracranial tumors in psychogeriatric patients which should definitely indicate neuroimaging.

Material and method: We performed retrospective analysis of medical records of patients admitted to the psychogeriatric department of Psychiatric hospital in Dobřany due to symptoms of intracranial tumors in 2012–2014. Case reports are presented.

Results: In a three-years period 1520 patients were admitted, 6 of them (0,4%) (4 women, 2 men) due to symptoms of intracranial tumors. There were: psychiatric and behavioral disturbances and delirium after neurosurgery, in inoperable tumors and in newly diagnosed tumors. These common symptoms are found as first manifestation of intracranial tumors in our patients: fluctuation of symptoms, rapidly progressive cognitive decline, delirium, depression, anxiety, atypical psychotic symptoms, weight changes, sleep disturbances, vertigo and gait disturbances.

Conclusion: Neuroimaging (CT and/or MRI scan) is an important part of differential diagnosis of dementia, especially atypical type with rapid progression. Neuroimaging should be also considered in psychogeriatric patients with new-onset or atypical psychosis and affective disorders, personality and behavior changes and anorexia.

na intrakraniální tumor. V klinickém obrazu dominovaly: kolísání stavu, rychlá progresse kognitivní deteriorace, intermitentní deliria, deprese, úzkost, atypické psychotické příznaky, poruchy spánku, změny hmotnosti, z neurologických příznaků poruchy chůze a závratě.

Závěr: Naše zjištění jednoznačně apelují na dodržování doporučení indikovat v rámci diferenciální diagnostiky demence zobrazovací vyšetření mozku, a to zejména u atypických obrazů demencí s krátkou anamnézou poruchy. Zobrazovací vyšetření mozku (CT a/nebo MRI) je u gerontopsychiatrických pacientů indikováno i v případech nově vzniklých či atypických psychotických a afektivních příznaků, změnách osobnosti, chování a poruchách příjmu potravy bez jiné zřejmé příčiny.

Klíčová slova: gerontopsychiatrie, intrakraniální tumory, kazuistiky, zobrazovací vyšetření mozku.

Key words: geriatric psychiatry, intracranial tumors, case reports, neuroimaging.

ÚVOD

V posledních desetiletích je zaznamenán nárůst výskytu intrakraniálních tumorů zejména ve věkové skupině nad 60 let.^{1,2} Klinická manifestace záleží na lokalitě, velikosti, typu a agresivitě růstu tumoru, na adaptačních schopnostech mozkové tkáně.³ Typické jsou: bolesti hlavy, epileptické paroxysmy, nauzea, zvracení, ložiskový neurologický nálezn, závratě či poruchy chůze.² Přibližně u tří čtvrtin pacientů jsou zároveň přítomné polymorfní psychiatrické příznaky. U 18 % pacientů jsou psychiatrické příznaky první a dominující klinickou manifestací intrakraniálního tumoru.^{4,5} Zpravidla nejsou specifické pro určitý histologický typ ani lokalitu tumoru. Výjimkou je nalezená souvislost mezi anorexií a hypotalamickými tumory.^{6,7} Neurologické příznaky mohou chybět nebo jsou chybně vysvětleny jiným somatickým onemocněním.⁸ Psychiatr se pak stává lékařem, na kterém leží zásadní diferenciálně diagnostická rozvaha. Bez zobrazovacího vyšetření může klinický obraz chybně interpretovat jako demenci, depresi nebo jinou primární duševní poruchu.^{8,9,10,11}

Nejčastějšími typy tumorů ve vyšším věku jsou metastázy, zejména metastázy nádoru plic, prsu, ledvin, gastrointestinálního traktu, melanomu, asi v 10 % se lokalitu primárního tumoru nepodaří určit.¹² Až v 75 % jde o mnohočetné metastázy. Z primárních tumorů jsou nejčastější gliomy (více u mužů) a meningeomy (více u žen).³

Cílem naší práce bylo odhalit typické psychiatrické příznaky intrakraniálních tumorů u gerontopsychiatrických pacientů, které by měly již při klinickém hodnocení směřovat k diferenciálně diagnostické rozvaze nádorového onemocnění a vést k jednoznačné indikaci zobrazovacího vyšetření mozku.

MATERIÁL A METODA

Retrospektivně jsme zpracovávali údaje z chorobopisů s vlastním klinickým hodnocením pacientů, kteří byli přijati k hospitalizaci na gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech v letech 2012–2014 v souvislosti s intrakraniálními tumory. Pacienty, u kterých byl intrakraniální tumor náhodným nálezem na zobrazovacím vyšetření bez předpokládané souvislosti s klinickým obrazem, jsme do sledování nezahrnuli (např. adenom hypofýzy). U některých pacientů jsme následně doplňovali informace od rodin či ambulantních lékařů. Případy jsme zpracovali do stručných kazuistik a doplnili snímky ze zobrazovacího vyšetření mozku. Mezi zjištěnými klinickými projevy intrakraniálních tumorů jsme hledali příznaky dominující, zejména ty společné. Zaznamenali jsme i léčbu a průběh onemocnění.

Kazuistika 1

78letá pacientka se léčila s arteriální hypertenzí a hyperlipoproteinémií, byla po operaci kyčelního kloubu. Měla základní vzdělání, žila s manželem. Podle údajů rodiny



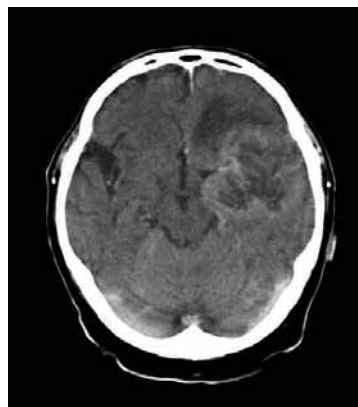
Obr. 1. CT mozku postkontrastně axiálně. Mnohočetné metastázy obou temporálních laloků

ještě tři měsíce před přijetím na gerontopsychiatrii nejevila žádné známky duševní poruchy, luštila křížovky, plně zvládala péči o domácnost. Pak se začaly objevovat stavy dezorientace, zhoršování paměti, říkala, že „hodiny blázní“, tvrdila, že je objednaná k lékařce, i když to nebyla pravda, měla „záchvaty deprese“, přestávala komunikovat. Postupně se omezovala soběstačnost až k úplné odkázanosti na pomoc druhých. Objevila se nespavost, nechutenství, hubnutí. V tomto stadiu byla vyšetřena neurologem, který nezjistil ložiskový nález ani meningeální příznaky a nasadil inhibitor cholinesterázy (IChE) a extrakt Ginkgo biloby 761. Stav nemocné se vystupňoval až k naprostému odmítání jídla, pití i péče s neklidem a agresivitou.

Při přijetí na gerontopsychiatrii byla pacientka rezonantní, aktivně negativistická, vulgární, křičela. Nebyla schopna samostatné chůze, ale vzápětí např. vylezla na stůl a odmítala slézt. V laboratorním vyšetření zjištěna lehká hyponatrémie, lehká hyperhemoglobinémie, mírné zvýšení C-reaktivního proteinu. Na rentgenu plic bylo popsáno nehomogenní středně syté zastření v pravé podklíčkové krajině velikosti 4 × 4 cm, plicní lékař nález popsal jako nádorovou infiltraci. V kontrolním laboratorním odběru byla již významná hyponatrémie (115 mmol/l) a hypochlorémie (83 mmol/l) při normálních renálních testech. Internista vyslovil podezření na syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH) při karcinomu plic s metastázami do mozku. Vyšetření mozku počítačovou tomografií (CT) potvrdilo nález mnohočetných metastáz obou temporálních laloků (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 1). Onkolog s ohledem na věk, celkový stav nemocné a rozsah nálezů indikoval pouze symptomatickou terapii. Týden po stanovení diagnózy pacientka zemřela na bronchopneumonii.

Kazuistika 2

75letý důchodce byl léčen pro hypertenzní nemoc, diabetes mellitus II. typu (dieta), hypercholesterolémii, ischemickou chorobu dolních končetin, byl trvale warfarinizován po recidivující trombóze žil levé dolní končetiny, po totální endoprotéze obou kolen, po operaci hlasivek pro dysplazii (před sedmi lety). Měl základní vzdělání, celoživotně pracoval v zemědělství. Žil s manželkou a synem v rodinném domku. Asi dva měsíce před hospitalizací se u něj objevily



Obr. 2. CT mozku postkontrastně axiálně. Anaplastický astrocytom insuly vlevo

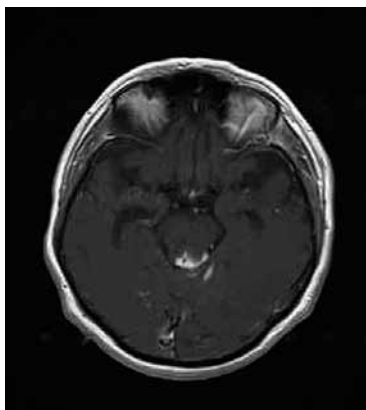
poruchy chování, které se zhoršovaly. Přes den míval stavy, kdy podle rodiny „mluvil z cesty“, vracel se o několik desetiletí zpátky, chtěl jít zapřahat koně, krmit krávy, „komunikoval“ s lidmi, se kterými se stýkal před lety. Od pozdního odpoledne spal až do rána, cca 14 hodin v kuse. Opakovaně se ptal na to samé, byl naléhavý ve svých požadavcích. Při ambulantním psychiatrickém vyšetření dobře spolupracoval, sděloval, že mu manželka někdy říká, že „mluví nesmysly“. Byla diagnostikována kognitivní deteriorace lehkého stupně (Mini Mental State Examination (MMSE) skóre 26 bodů (nevěděl přesné datum, neobkreslil obrazce, zopakoval dvě ze tří slov, po latenci též) a depresivní symptomatika, nasazen IChE a antidepresivum. Stav se dál zhoršoval, pacient byl spavý, byly okamžiky, kdy se neudržel na nohou, padal. Praktický lékař indikoval hospitalizaci na gerontopsychiatrii.

Při příjmovém vyšetření (10 dnů po ambulantním psychiatrickém vyšetření) byl pacient orientován osobou, místem a časem ne, podané informace nechoval, konfabuloval (informace z minulosti), místy odpovídal bizarně (jméno prezidenta: „Alois Dívkomil“, rozdíl mezi dítě – trpaslík: „dítěti jde krev v žilách“), měl akalkulii, selhával v kresbách. V MMSE dosáhl 15 bodů. V somatickém vyšetření zjištěna nepřesná taxie bilaterálně, vrávoravá chůze o širší bázi.

V průběhu hospitalizace stav kolísal, někdy byl pacient správně orientován všemi kvalitami, při rozhovoru reagoval adekvátně, ale zároveň dával do prázdna různé pokyny stran péče o dobytek: „Jdi už krmit, neslyšíš ten rachot?“, popř. sděloval paradoxní informace: „Vyletěl mu z ucha ptáček, pak mu sedl na nohu a klovl ho.“ Nebyla přítomna významnější porucha pozornosti (dny i měsíce vyjmenoval správně tam i zpět). Provedené CT mozku identifikovalo anaplastický astrocytom v levém temporálním laloku infiltrující insulu velikosti 6 × 7 cm (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 2). Neurochirurg zhodnotil nález jako inoperabilní, nebyla indikována ani paliativní radioterapie. Stav dál progredoval, zkracovaly se lucidní okamžiky, horšila se chůze až do imobility. Po měsíční hospitalizaci byl pacient přeložen do hospicu, kde zemřel.

Kazuistika 3

74letá pacientka byla šest let v péči psychiatrické ambulace pro úzkostně-depresivní symptomatiku, užívala antide-



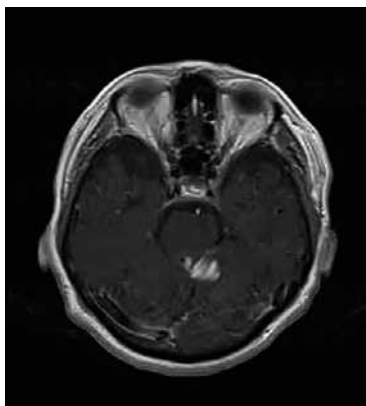
Obr. 3. MRI mozku, T1 vážený obraz, postkontrastně axiálně. Barvící se gliom vyššího stupně v tekto

presivum. V posledních dvou letech byl zjištěn stacionární kognitivní deficit lehkého stupně (MMSE skóre 22 bodů), na CT nález atrofie frontotemporálně bilaterálně. Psychiatr nasadil IChE, který pacientka netolerovala (nespecifikováno) a vysadila ho. Nadále docházela na psychiatrické kontroly, brala je spíše jako společenskou záležitost.

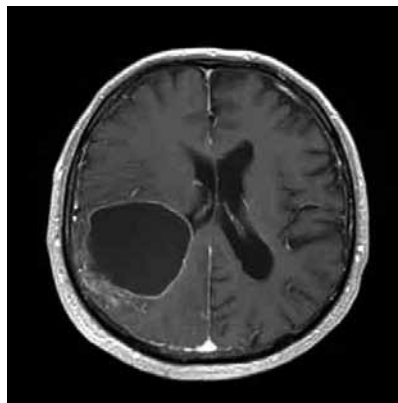
Léčila se pro diabetes mellitus II. typu (dieta), dyslipidemií, arteriální hypertenzi, drobný žaludeční vřed, osteoporózu, byla po operaci pupeční kýly, po laparoskopické cholecystektomii pro lithiázu, po opakovaných excizích basaliomu na obličeji. Byla vysokoškolačka, rozvedená.

Tři měsíce před hospitalizací se objevily závratě, které neurolog uzavřel jako centrální vestibulární syndrom. Na kontrolním CT zjištěna atrofie mozku a mozečku bez expanze. V té době byla pacientka orientovaná, společenská, spolupracující. Poté došlo k rychlé progresi kognitivního deficitu a rozvoji apaticko-abulického syndromu, poruch chůze s paraparérou dolních končetin. Provedena magnetická rezonance mozku (MRI) (2,5 měsíce po CT), kde diagnostikován gliom vyššího stupně v oblasti kmene a mozečku s následným útlakem akveduktu a hydrocefalem (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 3, obr. 4). Indikovaná byla pouze paliativní léčba a pacientka byla pro intermitentní deliria odeslána k hospitalizaci na gerontopsychiatrii.

Při hospitalizaci pacientka neměla subjektivní potíže, mluvila o svém již zemřelém bratrovi, na kterého přenesla svoje problémy: „Má něco v hlavě, budou se rozhodovat,



Obr. 4. MRI mozku, T1 vážený obraz, postkontrastně axiálně. Prorůstání tumoru do mozečkového pedunklu vlevo



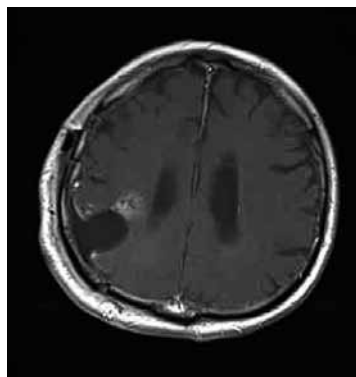
Obr. 5. MRI mozku, T1 vážený obraz, postkontrastně axiálně. Multifonní glioblastom temporálně a parietálně vpravo, objemná nekrotická složka centrálně, na okrajích nabarvené vitální tkáň tumoru

jestli ho budou vůbec operovat... je o 9 let mladší... máte tady moc dobrý čaj... jestli to bude ono, tak bratr zemře...“ Byla zcela imobilní, odkázaná na kompletní ošetrovatelskou péči. Zemřela v hospicu.

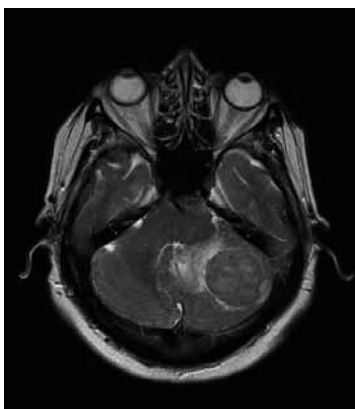
Kazuistika 4

68letý středoškolák, ženatý, dvě zdravé děti. Několik let nadužíval alkohol a hypnotika. Na gerontopsychiatrii byl přijat pro deliria a poruchy chování s verbální agresivitou, spánkovou inverzí a negativismem při recidivě multifonního glioblastomu temporálně a parietálně vpravo s indikovaným paliativním postupem (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 5, obr. 6). Byl již po dvou neurochirurgických resekcích (šest a dva měsíce před hospitalizací). Po první resekci byl relativně kompenzovaný, po druhé již přetrvával celkově nepříznivý stav.

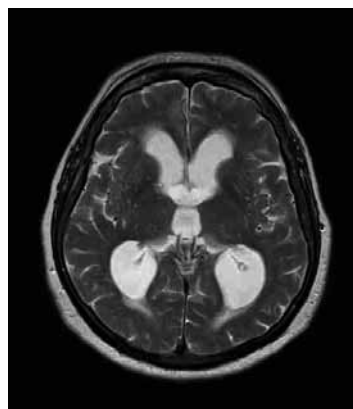
Při přijetí k hospitalizaci se subjektivně cítil dobře, místy s ním byl dobrý kontakt, jindy byl jeho projev neurovaný: „Já vás potřebuji, já dostal léky do oka, já jsem strašný šlengr, já to sundám tedy, pojďme na to...“ Při vyšetření spolupracoval, do hovoru ale opakoval: „Pic, pic, pic!“ MMSE skóre bylo 16 bodů, selhával v orientaci, obkreslování obrazců, odčítání. Někdy odpovídal bizarně, např. vysvětlování rozdílů mezi slovy (kominík – černoč): „Kominík nežere žáby.“ Chytil věci kolem sebe, tahal personál za oblečení. Často byl agitovaný, hlasitě křičel, byl



Obr. 6. MRI mozku, T1 vážený obraz, postkontrastně axiálně. Recidiva multifonního glioblastomu pět měsíců po operaci na mediálním okraji poresekční dutiny



Obr. 7. MRI mozku, T2 vážený obraz, nativně axiálně. Meningeom zadní jámy vlevo s kolaterálním edémem a kompresí a dislokací IV. komory



Obr. 8. MRI mozku, T2 vážený obraz, nativně axiálně. Triventrikulární hydrocefalus supratentoriálních mozkových komor

vulgární. Postupně se stával zcela imobilní, objevila se levostranná spastická hemiparéza, inkontinence, poruchy polykání, somnolence. Po dvoutýdenní hospitalizaci byl přeložen do léčebny dlouhodobě nemocných v místě bydliště, kde zemřel.

Kazuistika 5

79letá vdova, vyučená prodavačka, bydlela v samostatném bytě rodinného domku vnučky. Léčila se pro arteriální hypertenzi, hypercholesterolemii.

V posledním roce se u ní začaly objevovat stavy nejistoty, opakované závratě, úporná nespavost, zhoršovala se chůze, paměť. Intermittentně pociťovala parestezie 3. a 4. prstu levé ruky, měla časté nucení na močení, přibrala na váze. Kvůli uvedeným potížím bylo provedeno ortopedické vyšetření – diagnostikována artróza III. stupně, neurologické vyšetření – diagnostikován cervikokraniální a cervikobrachiální syndrom, lehká radikulopatie C7 a senzitivní léze nervi ulnaris vlevo, pravděpodobně z komprese při užívání francouzské hole, gynekologické vyšetření – diagnostikován sestup gynekologických orgánů, doporučeno chirurgické řešení. Paní přestávala být soběstačná, ale péči vnučky odmítala, byla vůči ní verbálně agresivní. Z uvedených důvodů a pro přechodné suicidální proklamace odeslala praktická lékařka pacientku k psychiatrickému vyšetření. Psychiatr diagnostikoval depresivní symptomatiku a kognitivní deterioraci v rámci demence smíšené etiologie (MMSE skóre 25 bodů), nasadil antidepresivum a IChE, který pacientka špatně tolerovala (gastrointestinální potíže). Po šesti měsících psychiatr zjistil rychlou progresi kognitivní deteriorace (MMSE skóre 19 bodů) a indikoval hospitalizaci na gerontopsychiatrii.

Při přijetí si pacientka stěžovala na nespavost a časté nucení na močení s částečnou močovou inkontinencí. Byla obézní, obtížně mobilní o jedné francouzské holi. Celkově byla zpomalená, mírně depresivní a úzkostná. MMSE skóre bylo 17 bodů: byla správně orientovaná osobou, místem a časem ne, byly přítomny poruchy epizodické paměti, konfabulace, akalkulie, obrazce testu překreslila správně, větu nenapsala („boty noha taška“). V testu hodin nakreslila dobře ciferník i číslice, nechápala,

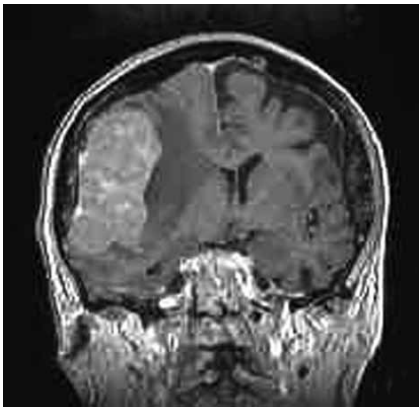
jak zadat čas (domnívala se, že je zakreslen). Orientační neurologické vyšetření neprokázalo lateralizaci, kardiopulmonálně byla pacientka kompenzovaná. V laboratoři zjištěna pouze hypercholesterolemie, bez další patologie. Nápadné bylo časté, zejména noční, chování na toaletu při nucení na močení.

V rámci screeningového vyšetření u ne zcela typického obrazu demence (rychlá progresie, celkové kolísání klinického obrazu, proklamované intermitentní závratě a neuspokojivé vysvětlení častého nucení na močení) bylo provedeno CT vyšetření mozku s nálezem: Meningeom zadní jámy vlevo s obstrukčním hydrocefalem (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 7, obr. 8). Stav byl indikován k neurochirurgickému odstranění nádoru.

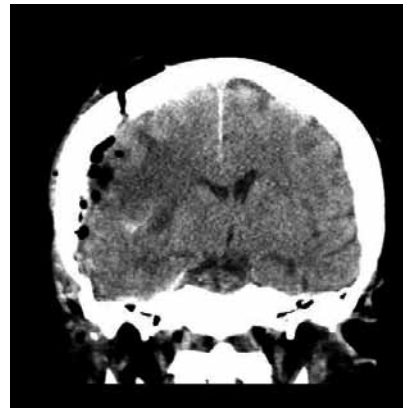
Po operaci došlo k výraznému zlepšení celkového stavu. Dle informací od vnučky je pacientka plně orientovaná, chodí sama na procházky, je společenská, soběstačná. Věnuje se ručním pracím jako dřívě, např. šije na šicím stroji. Začala se o sebe více starat, zhubla. Přetrvávají problémy s částečnou močovou inkontinencí, ale bez stálého nucení. Na období zhruba jednoho roku před operací má amnézii.

Kazuistika 6

78letá nemocná začala být zpomalená, intermitentně se objevovala zmatenost a zhoršení paměti. Toto trvalo asi osm měsíců, kdy zároveň hubla (12 kg). Bylo provedeno celkové vyšetření tělesného stavu včetně CT vyšetření hrudníku a břicha (anamnéza chronické lymfatické leukémie). Pro uvedené obtíže se ale nenašla příčina. Ambulantní psychiatrické vyšetření prokázalo lehké kognitivní zhoršení, MMSE skóre bylo 26 bodů, skóre Addenbrookského kognitivního testu (ACE-R) 80 bodů. Pacientka byla plně orientovaná, psychomotorické tempo lehce zpomalené, mírně zhoršená koncentrace pozornosti. Byla přítomna úzkostná a depresivní symptomatika, kterou pacientka dávala do souvislosti s vůdčí povahou manžela. Psychiatrička nasadila antidepresivum a naplánovala kontrolu. Pacientka odjela s dcerou na dovolenou. Tam se opakovaly stavy zmatenosti, nemohla se zorientovat na novém místě, mluvila o druhé dceři, jako by i ona byla přítomna. Asi po týdnu se přidaly závratě a místy insta-



Obr. 9. MRI mozku, T1 vážený obraz, postkontrastně koronárně. Objemný hemisferální meningeom frontotemporálně vpravo s kompresí pravé postranní komory a lateralizací středních struktur doleva



Obr. 10. CT mozku, nativně, koronárně. Stav po frontotemporální kraniotomii s pooperačním pneumocefalem a zbytky krvácení na spodině posekací dutiny

bilita při chůzi. Z těchto důvodů byla pacientka vyšetřena neurologem s nálezem lehké centrální levostranné hemiparézy včetně parézy faciální a byla provedena MRI mozku. Ta prokázala objemný hemisferální meningeom frontotemporálně vpravo (Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň) (obr. 9, obr. 10). Po neurochirurgickém odstranění tumoru měla následovat péče na rehabilitačním oddělení. Tam se rozvinulo delirium s agresivitou a pacientka byla přeložena na gerontopsychiatrii. Opakovaly se stavy verbální a brachiální agresivity, psychomotorického neklidu. Projev byl neurovaný, velmi kultivovaně, v souladu s premorbidní osobností a vzděláním (doktorka filosofie), pacientka mluvila o zemětřeseních, zdeformovaném těle, blížícím se konci, přítomných zločincích apod. Nebyla schopna samostatné chůze, při neklidu se o to pokoušela, bylo velké riziko pádu. Byla plně inkontinentní, odkázaná na kompletní ošetrovatelskou péči. Na podávání tiaprid reagovala nadměrným útlumem. Až po šesti týdnech se podařilo stav zvládnout, pacientka se celkově zlepšila, začala samostatně chodit, vymizela deliria. Přetrvával blud misidentifikace, kdy přes opakovanou edukaci psycholožku považovala za dceru a dceři při návštěvě tvrdila, že spolu již ten den mluvily, ale „byla v pracovním“. Pacientka byla propuštěna domů s manželem. Na ambulantní kontrole zjištěn uspokojivý stav, pacientka je samostatně mobilní, kontinentní, přibrala na váze, přetrvává mírná kognitivní porucha prakticky ve stejném rozsahu jako před operací. O své dceři dál vypráví, že mimo svoji práci dělá ještě psycholožku v Dobřanech.

VÝSLEDKY

V období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2014 bylo na příjmové gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech přijato celkem 1520 pacientů, z toho šest pacientů (0,4 %) (4 ženy a 2 muži) v souvislosti s intrakraniálními tumory. Průměrný věk těchto pacientů byl 75 let (68–79). U jedné pacientky se jednalo o delirium v rámci pooperačního stavu po neurochirurgické operaci meningeomu, u jednoho pacienta o již inoperabilní stav při recidivě multifonního glioblastomu po opakované resekci, jedna pacientka měla inoperabilní gliom vyššího stupně. Tři pacienti přišli s diagnózou demence s poruchami chování a intrakraniální tumor byl diagnostikován teprve za hospitalizace. Šlo o mnohočetné metastázy mozku při karcinomu plic, anaplastický astrocytom a meningeom s obstrukčním hydrocefalem (tab. 1).

Anamnéza psychiatrických příznaků byla u benigních tumorů 8–12 měsíců, u malignit kolem dvou měsíců. Dobrá prognóza stavu byla pouze u dvou pacientek s meningeomem. Pacientka s metastatickým postižením mozku zemřela za hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, další tři pacienti zemřeli v hospici a v léčebnách dlouhodobě nemocných, kam byli přeloženi k paliativní péči. V klinickém obraze dominovaly: kolísání stavu, příznaky demence s rychlou progresí, intermitentní deliria, atypické psychotické příznaky, deprese, úzkost, poruchy spánku (nadměrná spavost i nespavost), změny hmotnosti (hubnutí i přibírání na váze), z neurologických příznaků poruchy chůze a závratě (tab. 2).

Tab. 1. Důvody přijetí k hospitalizaci a zjištěné typy tumorů v jednotlivých letech sledovaného období

Rok	Počet sledovaných pacientů	Důvod odeslání k hospitalizaci	Typ tumoru
2012	1	Těžká demence s poruchami chování, odmítání jídla a pití	Mnohočetné metastázy do mozku při karcinomu plic
2013	4	Demence s depresivními příznaky a poruchami chování	Anaplastický astrocytom
		Poruchy chování a deliria u inoperabilního gliomu vyššího stupně	Gliom vyššího stupně
		Poruchy chování a deliria u recidivujícího inoperabilního glioblastomu	Multifonní glioblastom
		Demence s depresivními a úzkostnými příznaky	Meningeom
2014	1	Delirium po operaci meningeomu	Meningeom

Tab. 2. Chronologický seznam pacientů a sledované parametry

Pohlaví a věk (roky)	Trvání příznaků (měsíce)	Dominující příznaky	Tumor (typ a lokalita)	Terapie, prognóza
Ž 78	2	Rychlá progresse demence, depresivní a psychotické příznaky, „paralelní příběhy“, deliria, odmítání jídla a pití, hubnutí, kolísání stavu, negativismus, nespavost, poruchy chůze	Mnohočetné metastázy do mozku při karcinomu plic	Paliativní, úmrtí
M 75	2	Rychlá progresse demence, halucinace, „paralelní příběhy“, bizarní odpovědi, depresivní příznaky, kolísání stavu, spavost, poruchy chůze	Anaplastický astrocytom v levém temporálním laloku	Paliativní, úmrtí
Ž 74	2	Rychlá progresse demence, apatie, abulie, poruchy chůze, „paralelní příběhy“	Gliom vyššího stupně v kmeni a mozečku s hydrocefalem	Paliativní, úmrtí
M 68	2	Rychlá progresse demence, deliria, agresivita, prefrontální syndrom, „paralelní příběhy“, psychotické příznaky, bizarní odpovědi, spánková inverze, poruchy chůze, spastická hemiparéza, poruchy polykání	Multiformní glioblastom temporálně a parietálně vpravo – recidiva	Paliativní, úmrtí
Ž 79	12	Depresivní a úzkostné příznaky, nespavost, poruchy chůze, nucení na močení, negativismus, rychlá progresse demence, konfabulace, vzestup hmotnosti	Meningeom v zadní jámě lební s hydrocefalem	NCH, dobrá
Ž 78	8	Hubnutí, zpomalenost, depresivní a úzkostné příznaky, lehká kognitivní deteriorace, „paralelní příběhy“, deliria, závratě	Meningeom frontotemporálně vpravo	NCH, dobrá

Pozn.: M – muž, Ž – žena, NCH – neurochirurgická

DISKUSE

Naše sledování ukázalo, že diagnostika intrakraniálních tumorů ve vyšším věku je obtížná z důvodu překrývání nespecifických příznaků tumoru s dalšími častými somatickými a duševními chorobami. Psychiatrické příznaky bývají mylně interpretovány zejména jako demence. Ambulantní odborníci mnohdy diagnostikují demenci na základě aktuálního obrazu poruchy, bez zohlednění doby trvání, průběhu a atypičnosti příznaků referovaných rodinou. I přes aktuální doporučení se v rámci diferenciativní diagnostiky demence na běžných ambulancích zobrazovací vyšetření mozku standardně neprovádí.

V případě mnohočetného metastatického poškození mozku byly psychiatrické příznaky velmi pestré, zahrnovaly známky demence, deliria, deprese, psychózy, byl přítomen aktivní negativismus – odmítání péče, jídla i pití, agresivní projevy. Anamnéza byla krátká s rychlými proměnami klinického obrazu.

U pacienta s anaplastickým astrocytome v levém temporálním laloku se objevovala zvýšená spavost, atypické psychotické a depresivní příznaky, progredující kognitivní deteriorace, konfabulace, bizarní odpovědi. Stav kolísal.

Pacientka s gliomem vyššího stupně v oblasti kmene a mozečku měla rychle progredující demenci, apaticko-abulický syndrom, atypické psychotické příznaky. Zajímavý byl nález tumoru na MRI mozku 2,5 měsíce po negativním CT.

U pacienta s recidivujícím multiformním glioblastomem temporálně a parietálně vpravo byla dominující demence s prefrontální symptomatikou a poruchami chování, spánková inverze, negativismus, bizarní odpovědi, kolísání stavu.

Meningeom v zadní jámě lební zpočátku způsoboval úzkostnou a depresivní symptomatiku s nespavostí, poté dominovaly příznaky obstrukčního hydrocefalu – demence, poruchy chůze a nucení na močení s močovou inkontinencí.

Frontotemporální meningeom vedl k hubnutí, úzkostné a depresivní symptomatice, intermitentním stavům zmatenosti a kognitivnímu horšení.

Nenašli jsme žádný příznak, který by jednoznačně ukazoval na intrakraniální tumor. Jako nejvíce specifické se jeví atypické psychotické příznaky, kdy pacienti v rámci pohovoru a bez aktuálních známek deliria zároveň prožívali neexistující situace („paralelní příběhy“). S tímto se běžně u nedelirujících gerontopsychiatrických pacientů s demencí nesetkáváme. Pravděpodobně jde o důsledek poškození mozkové tkáně a jejích okruhů, může jít i o projevy atypické disociace myšlení při vědomém či nevědomém prožívání závažné choroby mozku. Podobně nápadné byly bizarní odpovědi některých pacientů.

Častěji byla referovaná intolerance nebo „zhoršení příznaků“ po IChE. Velmi pravděpodobně nešlo o nežádoucí efekt léku, ale o projevy intrakraniálního tumoru. S ohledem na malý počet sledovaných pacientů jistě nelze výsledky zobecňovat.

ZÁVĚR

Psychiatrické příznaky mohou být prvními a dominujícími projevy intrakraniálního tumoru ve vyšším věku. Naše zjištění jednoznačně apelují na dodržování doporučení in-

dikovat v rámci diferenciální diagnostiky demence zobrazovací vyšetření mozku, a to zejména u demencí s krátkou anamnézou. Zobrazovací vyšetření mozku je indikováno i v případech nově vzniklých či atypických psychotických, afektivních a úzkostných příznaků bez předchozí anamnézy poruchy, při změnách osobnosti, chování, poruchách

příjmu potravy nebo spánku bez uspokojivého vysvětlení, významném kolísání psychického stavu. Alarmující jsou zároveň se vyskytující neurologické příznaky – bolesti hlavy, závratě, poruchy chůze, ložiskový nález aj. Včasná diagnóza a léčba případného intrakraniálního tumoru mohou vést k plné úpravě stavu.

LITERATURA

1. ÚZIS ČR. Dostupné z www.svod.cz
2. Flowers A. Brain tumors in the older person. *Cancer control* 2000; 7 (6): 523–538.
3. Bauer J. Nitrolebeční nádory. In: Jedlička P, Keller O et al. Speciální neurologie. Praha: Galén 2005: 3–22.
4. Viveiros V, Monteiro L. EPA-1529 – Psychiatric symptoms and brain tumors: report of a case and literature review. *European Psychiatry* 2014; 29 (suppl. 1): 1.
5. Madhusoodanan S, Ting MB, Farah T, Ugur U. Psychiatric aspects of brain tumors: A review. *World J Psychiatry* 2015; 5 (3): 273–285.
6. Madhusoodanan S, Danan D, Moise D. Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications. *Expert Rev Neurother* 2007; 7 (4): 343–349.
7. Madhusoodanan S, Opler MG, Moise D et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies. *Expert Rev Neurother* 2010; 10 (10): 1529–1536.
8. Bunevicius A, Deltuva VP, Deltuvienė D, Tamasauskas A, Bunevicius R. Brain lesions manifesting as psychiatric disorders: Eight cases. *CNS Spectr* 2008; 13 (11): 950–958.
9. Mellado-Calvo N, Fleminger S. Cerebral tumours. In: David AS, Fleminger S, Kopelman MD, Lovestone S, Mellers JDC, eds. *Lishmans's Organic psychiatry*, 4th edition. UK: Blackwell Publishing 2009: 281–308.
10. Moise D, Madhusoodanan S. Psychiatric symptoms associated with brain tumors: a clinical enigma. *CNS Spectr* 2006; 11: 28–31.
11. Jiráček R et al. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén 2013.
12. Fadrus P, Lakomý R, Hübnerová P et al. Intrakraniální nádory – diagnostika a terapie. *Interní Med* 2010; 12 (7–8): 376–381.

inzerce

Psychiatrická ambulance Jindřichův Hradec

Hledáme LÉKAŘE/LÉKAŘKU

pro naši zavedenou psychiatrickou ambulanci

v Jindřichově Hradci

MediClinic⁺
nová tvář medicíny

Nabízíme:

- Zajímavé mzdové ohodnocení + motivační odměňování
- Týden dovolené navíc, další placený týden na odborná školení a další 3 dny na zotavenou
- Flexibilní pracovní úvazek – plný nebo dle dohody i částečný
- Možnost úpravy pracovní doby dle požadavku nového lékaře/lékařky
- Příjemné pracovní prostředí

Náplň:

- Ambulantní péče o pacienty
- Denní osobní i telefonická komunikace s pacienty
- Vedení ambulance, rozhodování o organizaci práce
- Minimum administrativy – spolupráce s odděleními z back-office

V případě zájmu nás prosím kontaktujte:

www.mediclinic.cz | [Hana Janečková](mailto:Hana.Janeckova@mediclinic.cz) | tel.: 733 679 623 | email: hana.janeckova@mediclinic.cz