



## Psychiatryczne przejawy malformacji tętniczo-żylniej prawego płata czołowego mózgu: opis przypadku

*Psychiatric symptoms of an arteriovenous malformation in the right frontal lobe  
of the brain: case report*

JOANNA GAJEWSKA, IRMINA SADOWSKA, MARIA ZAŁUSKA

Z IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Objawy psychiatryczne guzów płata czołowego mogą długo wyprzedzać wystąpienie objawów neurologicznych. Rozpoznanie bywa trudne, gdy dolegliwości i skargi utrzymują się długotrwale, a w zachowaniu pacjenta można dopatrywać się cech zaburzeń osobowości lub nerwicowych. Przedstawiono analizę objawów psychopatologicznych w przypadku malformacji tętniczo-żylniej w prawego płata czołowego.

**Przypadek.** Powodem przyjęcia w trybie nagłym 47-letniej kobiety był znaczny niepokój, utrzymujący się od 2 dni. W trakcie obserwacji w oddziale psychiatrycznym, wstępnie rozważano rozpoznanie zaburzeń adaptacyjnych lub nerwicowych, lecz obecność dyskretnych cech zespołu czołowego, mimo braku objawów neurologicznych, przesądziła o wykonaniu badania TK mózgu. Stwierdzono obecność guza o charakterze malformacji naczyńowej w prawym płacie czołowym, który usunięto.

**Komentarz.** Objawy lękowo-depresyjne, depersonalizacyjno-derealizacyjne i towarzyszące im dyskretne cechy zespołu czołowego mogą być jedynym sygnałem, neurologicznie niemego procesu organicznego w płatach czołowych mózgu.

### SUMMARY

**Objective.** Psychiatric symptoms due to the frontal lobe tumours may be seen long before the onset of neurological symptoms. The correct diagnosis is difficult, especially in case of long-term ailments and complaints in patients whose behaviour can suggest neurotic or personality disorders. An analysis is presented of psychopathological symptoms in a case of arteriovenous malformation (AVM) in the right frontal lobe.

**Case.** An emergency admission of a 47-year-old woman was due to her marked anxiety in the past 2 days. During observation at a psychiatric ward a tentative diagnosis of adaptation or neurotic disorders was considered in this case, but in view of the presence of subtle features of the frontal lobe syndrome, a CT brain scan was performed. An arteriovenous malformation in the right frontal lobe was found and subsequently removed.

**Commentary.** Anxiety, depressive symptoms, depersonalization, and derealization with concomitant subtle features of the frontal lobe syndrome may be the only, neurologically silent cues suggesting an organic process in the frontal lobes of the brain.

**Słowa kluczowe:** guz płata czołowego / malformacja tętniczo-żylna / opis przypadku

**Key words:** frontal lobe tumor / arteriovenous malformation/ case report

Do guzów mózgu (procesów ścieśniających przestrzeń śródczaszkową) zalicza się wszystkie zmiany chorobowe, które powodują powiększenie zawartości jamy czaszki [1]. Guzy mózgu mogą dawać objawy: ogólne niespecyficzne – związane z narastaniem ciasnoty wewnątrzczaszkowej (często bóle głowy), objawy ogniskowe neurologiczne, zależne od lokalizacji i związane z uciskiem guza na okoliczne struktury mózgu, oraz różnorodne objawy psychopatologiczne.

Malformacje tętniczo-żylnie można traktować jako przykład guza mózgu. Objawy z nimi związane są wynikiem ucisku naczyńki na okoliczne struktury mózgu lub następstwem krwawienia. Mogą przejawiać się one objawami zaburzeń psychicznych. Opisywano zmiany osobowości, zaburzenia zachowania, zespół urojeniowy [2].

W przypadkach guzów płata czołowego objawy psychiatryczne często pojawiają się jako pierwsze, wyprzedzając na dłuższy czas objawy neurologiczne [1]. Właściwe ich rozpoznanie bywa trudne, gdy dolegliwości i skargi

utrzymują się długotrwale, a w zachowaniu pacjenta można dopatrywać się cech zaburzeń osobowości lub nerwicowych [3]. Według niektórych autorów, psychiatryczne objawy procesów organicznych o.u.n. są często związane z zaburzeniami różnych funkcji poznawczych, a także z typem osobowości oraz wyuczonymi sposobami reagowania na stres i radzenia sobie [4].

Wśród psychiatrycznych objawów guzów płata czołowego wymienia się w kolejności od najczęstszych: zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji, objawy depresyjne, spadek zainteresowań, niemożność planowania przyszłości, napady padaczkowe i bóle głowy. Obserwowano również: brak wglądu, urojenia, niedostosowane stany podwyższonego nastroju aż do euforii [4].

Niektórzy autorzy w zależności od lokalizacji guza w płatach czołowych wyróżniają dwa zespoły objawów.

*Zespół z podstawy płata czołowego* (nadoczodołowy) przejawia się odhamowaniem popędów i emocji. Występuje tu zanik poczucia taktu i przyzwoitości, skłonności do

bląznowania, skracania dystansu, zachowań niekonwencjonalnych, ekscesów seksualnych. Nastroj bywa chwiejny – od beztróskiego bląznowania do rozdrażnienia. Napęd jest wzmożony. Okresowe pojawianie się objawów nie wyklucza procesu rozrostowego [1].

*Zespół ze sklepiłości* przejawia się spowolnieniem psychoruchowym (zespół apatyczno-abuliczny). Chorzy pozbawieni są spontaniczności. Występują trudności z myśleniem abstrakcyjnym i przyczynowo-skutkowym. Chorzy spędzają czas beczynnym. Nie mają żadnych zainteresowań. Zaspokajają jedynie podstawowe potrzeby animalno-wegetatywne [1, 5].

Metody obrazowe – tomografia komputerowa (TK) i rezonans magnetyczny (NMR) – dają doskonałą możliwość identyfikowania zmian w obrębie o.u.n. Jednak nadal ważne jest ustalanie wskazań do wykonywania badań obrazowych na podstawie przesłanek uzasadnionych wywiadem i badaniem klinicznym.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 47, z zawodu technik dentystyczny, mężatka mająca dwóch synów w wieku 19 i 15 lat – cierpiała od wielu lat na bóle głowy o zmiennej lokalizacji. Czasami bóle obejmowały całą głowę, ustępowały po lekach przeciwbólowych, dostępnych bez recepty. Wywiad rodzinny nie wskazywał na obciążenia genetyczne. Wśród chorób przebytych pacjentka wymieniała żylaki kończyny dolnej lewej leczone operacyjnie. Negowała urazy głowy. Nie była leczona z powodu zaburzeń psychicznych.

W okresie ostatnich dwu tygodni była bardziej obciążona pracą. Wykonywała odpowiedzialne zadanie w swoim zawodzie. Pracowała dłużej, bardzo intensywnie. Spała tylko po 4 godziny na dobę. Od 2 dni mąż był zaniepokojony zmianą zachowania pacjentki. Sprawiała chwilami wrażenie „jakby nieobecnej”, zagubionej we własnych myślach. Była wówczas niespokojna. Próbowwała pracować, ale nie mogła się skoncentrować na przedmiocie pracy. Miała trudności w określeniu swoich przeżyć. Twierdziła, iż czuje: „jakby rozdwojenie jaźni”, określała to jako „rozdwojenie w środku”, odczuwając przy tym, że „wszystko w niej dygoce”. Uczucie to wyzwalało w niej niepokój. Twierdziła też, iż traci zdolność oceny upływu czasu i rozpoznawania pory dnia.

W dniu poprzedzającym hospitalizację wypijała kieliszek wina. Rano obudziła się z uczuciem ucisku i szumu w głowie. Skarżyła się na osłabienie, uczucie obojętności, zagubienia, bezradności. Powtarzały się poprzednie doznania. W związku z tymi skargami i niepokojem, została bez skierowania przywieziona przez męża do izby przyjęć oddziału psychiatrycznego.

W izbie przyjęć była zorientowana auto- i allopsychicznie, początkowo w nastroju dysforycznym, z elementami euforii. Nastroj i napęd szybko uległy wyrównaniu, potwierdzała opisywane powyżej dolegliwości, negowała doznania omamowe. Tętno i ciśnienie były prawidłowe. Wyraziła zgodę na przyjęcie do oddziału psychiatrycznego celem obserwacji stanu psychicznego. Lekarz izby przyjęć wstępnie rozpoznawał zaburzenia nerwicowe z elementami dysocjacyjnymi. Różnicował z zaburzeniami adaptacyjnymi

o obrazie lękowo-depresyjnym i z zespołem depersonalizacji – derealizacji. Brał pod uwagę możliwość tła organicznego.

W oddziale, w ciągu kilku godzin po przyjęciu, u pacjentki wystąpił stan pobudzenia. Ujawniała nastroj dysforyczny, podwyższony napęd, płakała, krzyczała. Wołała, że jest nieprzytomna, żeby ratować jej głowę, gdyż „coś ją rozpiera, że ma guza mózgu”. Twierdziła, że utraciła zdolność oceny czasu, rozpoznawania pory dnia, czuła się bezradna. Jednak na pytania sprawdzające orientację auto- i allopsychiczną odpowiadała prawidłowo. Twierdziła, iż czas rozpoznaje „na podstawie kalendarza i zegara”, a utraciła jego „wewnętrzne poczucie”. W badaniu neurologicznym nie stwierdzano objawów ogniskowego uszkodzenia o.u.n. Leków nie podawano. Uspokoila się sama. W nocy spała.

Następnego dnia pacjentka była spokojna, chętnie przyszła na badanie. Ujawniła, że w przeszłości na przestrzeni kilku lat kilkakrotnie występowały (podobnie jak aktualnie) epizody niepokoju z poczuciem utraty zdolności percepcji upływu czasu i odróżniania pory dnia. Epizody te ustępowały samoistnie i były bagatelizowane przez pacjentkę.

Uwagę zwracała nadmierna swoboda zachowania pacjentki; jej niedbały sposób siedzenia w fotelu, wesołkowatość, skracanie dystansu. Była w nieco podwyższonym nastroju. Prosiła o przepustkę, o wypis do domu. Uzasadniała to błahymi powodami, wykazując niepełny krytycyzm w stosunku do swojej sytuacji, zachowania i zmian w przeżywaniu. Zwracała uwagę pewną powierzchowność kontaktu, wielokrotnie powtarzała, że wszystko pamięta, że samopoczucie jest lepsze. Potwierdzała okazyjne picie alkoholu – w małych ilościach.

*Różnicowanie.* Skargi na uczucie lęku i niepokoju, odczuwanie ucisku, szumu, bólu i rozpierania w głowie oraz poczucie choroby i osłabienia, a także trudności w koncentracji uwagi z martwieniem się o swoje zdrowie mogły stanowić przejaw lękowo-depresyjnych zaburzeń adaptacyjnych.

Pacjentka w chwilach pobudzenia zachowywała się demonstracyjnie, teatralnie, domagała się natychmiastowej pomocy, wymieniając mało precyzyjne skargi. Te cechy przy dużej zmienności zachowania pacjentki i dramatyzacji wypowiedzi, w których określała swój stan jako: „rozdwojenie jaźni”, „całkowite zagubienie”, „rozsadzanie głowy z niemożnością oceny czasu i określania pory dnia” kierowały uwagę ku zaburzeniu o charakterze histrionicznym i dysocjacyjnym.

W przeżyciach pacjentki można też było odnaleźć elementy depersonalizacyjno-derealizacyjne.

Za czynnościowym, adaptacyjnym lub nerwicowym charakterem objawów przemawiało nagłe ich wystąpienie w sytuacji stresu i przepracowania, kiedy to pacjentka była sytuacyjnie zmuszona do maksymalnej mobilizacji. Także występowanie i samoistne ustępowanie w przeszłości podobnych epizodów mogło wskazywać na ich charakter czynnościowy, przemijający – adaptacyjny lub nerwicowy.

W różnicowaniu wzięto pod uwagę podłoże organiczne opisanych objawów. Za takim podejrzeniem przemawiał wywiad długotrwałe utrzymujących się bólów głowy, a także znaczna zmienność i wielopostaciowość zaburzeń psychicznych. Okresowo powierzchowny, utrudniony kontakt z pacjentką, a także zaburzenia koncentracji uwagi i powtarzanie się objawów depersonalizacyjno-derealizacyjnych

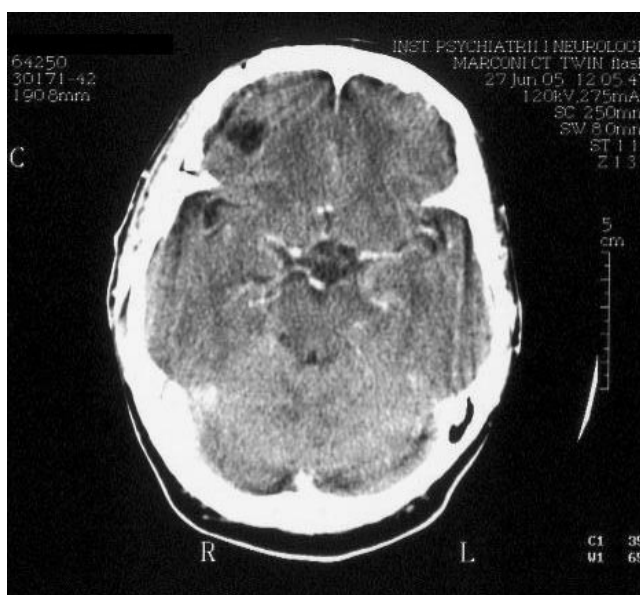
mogło sugerować organiczne tło objawów. Według Bilikiewicza organiczne zaburzenia dysocjacyjne charakteryzuje częściowa lub całkowita utrata własnej integracji między wspomnieniami z przeszłości i poczuciem własnej tożsamości [5]. Należało też brać pod uwagę pojawianie się u pacjentki falujących zaburzeń świadomości.

Przeciwko rozpoznaniu zaburzeń świadomości u pacjentki przemawiał fakt, iż cały czas była ona prawidłowo zorientowana w miejscu, czasie, bieżącej sytuacji oraz co do własnej osoby. Ponadto, objawy nie miały tendencji do nasilania się w godzinach nocnych – pojawiały się i ustępowały samoistnie w dzień, w nocy pacjentka spała.

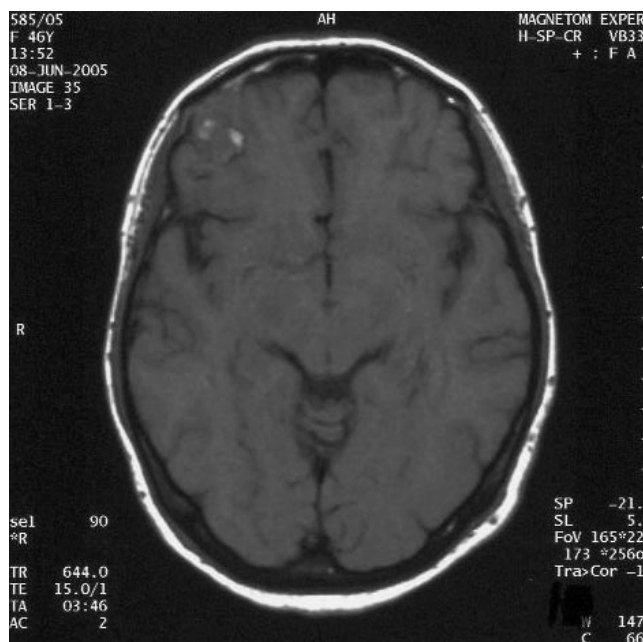
W badaniu psychiatrycznym pacjentki zwracały uwagę wyraźnie zaznaczone objawy zespołu czołowego. Do objawów tych można było zaliczyć: zmienność nastroju, okresowo występującą euforię, skracanie dystansu, wzmożony napęd, spadek krytycyzmu, spływanie kontaktu, zaburzenia koncentracji, „odpływanie uwagi”.

Zachowania demonstracyjne, a nawet histrioniczne zdarzają się też u osób z organicznymi zmianami o.u.n. Zachowania takie najczęściej mają na celu zwrócenie przez pacjenta uwagi otoczenia na własną osobę. Zmiany organiczne w o.u.n. i towarzyszące im bóle głowy mogą nasilać tego typu zachowania u pacjenta predysponowanego osobowościowo. Również zaburzenie percepcji czasu może być wynikiem zmian organicznych o.u.n., tak jak to bywa u padacze skroniowej z epizodycznymi napadami dyschronognostycznymi. Informacje wskazujące na prawdopodobieństwo organicznego uwarunkowania zaburzeń występujących u pacjentki wskazywały na konieczność przeprowadzenia u niej diagnostyki obrazowej mózgu.

**Badania dodatkowe.** Komputerowe badanie tomograficzne (TK) mózgu uwidocznilo w prawym płacie czołowym tuż nad sklepieniem oczodołu, nieduże (ok. 15 mm) ognisko hiperdensyjne o nieregularnym kształcie, otoczone dyskretną strefą obrzęku, wskazujące na obecność świeżej krwi wynaczynionej. Po dożylnym podaniu środka cieniującego uzyskano dyskretnie wzmocnienie zmiany, co nie



Fotografia 1. Obraz tomografii komputerowej – zmiany w płacie czołowym prawym



Fotografia 2. Jądrowy rezonans magnetyczny – obraz zmian w prawym płacie czołowym

wykluczało krwiaka śródmózgowego lub ewentualnego ogniska stłuczenia mózgu w tej okolicy. Wskazane było różnicowanie z malformacją naczyniową (z krwawieniem), a nawet z guzem mózgu z obrazem krwawienia do jego światła (fot 1).

Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) uwidocznilo zmianę ogniskową (wielkości ok. 20×20 mm) zlokalizowaną obwodowo w prawym płacie czołowym, która charakteryzowała się zróżnicowanym sygnałem. Była izointensywna z ogniskami hiperintensywnymi w obrazach T1-zależnych, z wysokim sygnałem w obrazach T2-zależnych i z obecnością stref bezsygnałowych. Nie stwierdzano cech obrzęku wokół zmiany. Po podaniu paramagnetyku obserwowano cechy umiarkowanego wzmocnienia. Obraz mógł odpowiadać naczyniakowi jamistemu z cechami przebytego krwawienia. Był mniej charakterystyczny dla krwaka śródmózgowego. Nie można było wykluczyć oligodendroglioma. Nie stwierdzono poza tym, innych zmian ogniskowych ani cech nieprawidłowego wzmocnienia kontrastowego w obrębie mózgowia. Układ komorowy był prawidłowy (fot. 2).

Badanie EEG – stwierdzono zapis prawidłowy.

Wyniki badań obrazowych wskazywały jednoznacznie na organiczną przyczynę występujących zaburzeń psychicznych. Chora została zakwalifikowana przez neurochirurga do leczenia operacyjnego. Pacjentce nie podawano leków psychotropowych, poza doraźnym stosowaniem anksjolityków. Została wypisana z oddziału psychiatrii w stanie ogólnym dobrym, w nastroju nieco euforycznym, dostosowana, krytyczna, zdecydowana na leczenie operacyjne.

W Klinice Neurochirurgii IMDiK PAN wykonano u chorej kraniotomię czołową prawostronną, w trakcie której po nacięciu kory mózgu uwidoczniono nieco powiększony zawój, do którego prowadziło dość duże naczynie żyłne. Na głębokości ok. 0,5 cm natrafiono na graniasty twór z niszami wypełnionymi hemolizowaną krwią. Od tworu odchodziły dwa dość duże naczynia żyłne a dochodziły

liczne drobne naczynia tętnicze. Guz odpreparowano od otoczenia i usunięto. W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego rozpoznano malformację tętniczożylną.

## KOMENTARZ

Zdaniem Kaplana i Sadocka depersonalizacja, która u opisywanej pacjentki była jednym z wyraźniej uwidaczniających się objawów psychopatologicznych – „powinna zawsze kierować myślenie w kierunku wykluczenia zaburzeń nastroju, schizofrenii, guzów mózgu i zespołów z kręgu padaczki, a także używania środków psychoaktywnych” [6].

O prawidłowym ukierunkowaniu postępowania diagnostycznego decyduje zwrócenie uwagi na wywiad (w opisywanym przypadku pacjentka od lat cierpiała na bóle głowy) oraz obecność cech zespołu czołowego w klinicznym badaniu psychiatrycznym [1]. Wykonanie badań obrazo-

wych TK i RM jest niezbędne dla postawienia prawidłowego rozpoznania i pozwala na ustalenie wskazań do leczenia neurochirurgicznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, Smoczyński S. Psychopatologia guzów śródczaszkowych. Warszawa: PZWL; 1989.
2. Nagaratnam N, i in. Psychiatric presentation of venous angioma of the frontal lobe. BJCP 1990; 44 (1): 34–5.
3. Soniat A. Psychiatric symptoms associated with intracranial neoplasms. Am J Psychiatry 1951; 108 (1): 19–22.
4. Avery TL. Seven cases of frontal tumor with psychiatric presentation. Br J Psychiatry 1971; 119 (548): 19–23.
5. Bilikiewicz A, Parnowski T, Liberski PP, Bratosiewicz J. Organiczne zaburzenia psychiczne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Psychiatria kliniczna. Wrocław: Urban & Partner; 1995.

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