

Sebepsiz kişilik değişiklikleri ile başlayan glioblastome multiforme: Bir olgu sunumu

Glioblastome multiforme begin with personality changes for no apparent reason: a case report

Yaşar Dağıstan¹, Emine Dağıstan², Mehmet Salih Güney³

¹Abant İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Bolu

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu

³Tokat Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Tokat

Özet

Kişilik bozukluğu ve baş ağrısı şikayetleri bulunan 74 yaşında bayan hastanın magnetik rezonans görüntülemesinde bifrontal kitle saptandı. Tümör rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu glioblastome multiforme geldi. Hastanın takiplerinde klinik bulguları normaldi. Sebepsiz kişilik değişikliği ile başvuran hastalarda kranial bir kitlenin varlığı düşünülerek araştırılma yapılması uygundur.

Anahtar Kelimeler: Kranial kitle, glioblastome multiforme, sebepsiz kişilik değişiklikleri

Abstract

In a 74-year-old female patient with complaints of personality disorder and headache, magnetic resonance imaging revealed bifrontal mass. Tumor resection was performed. The pathology report was defined glioblastome multiforme. Patient follow-up clinical findings were normal. The presence of a cranial mass in patients presenting with personality changes for no reason must be considered and investigated appropriate.

Keyword: Cranial mass, Glioblastome multiforme, personality changes for no reason

Giriş

Glioblastoma multiforme (GBM) çoğunlukla supratentoriyal yerleşimli, multifokal veya multisentrik olabilen differansiyasyonu az, damar proliferasyonu ve nekroz ve aynı zamanda belirgin mitoz bulunduran, çevre dokulara yoğun infiltrasyon yapan en malign astrositik tümördür. GBM aynı zamanda erişkinlerde (45-70 yaş) en sık görülen beyin tümörüdür (1). Sıklıkla frontal lob yerleşimli olup, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemleri ile %95 oranında tanı konulabilir. Radyolojik olarak düzensiz sınırlı, nekrotik kavite içeren, çevresel düzensiz kontrast tutulumu gösteren, etrafi ödemli kitlesel lezyon olarak görülür (2-4).

Frontal-bazal yerleşimli tümörlerin ilk bulgusu sebepsiz kişilik değişiklikleri, kelime bulmada zorluk, cümle kurmada bozukluk ve unutkanlık gibi mental değişiklikler olabilir. GBM olguları kendileri ve yakınlarını kimlik olarak tanırlar, algısal yetenekleri yerindedir, araç sürmek vs. gibi karmaşık, sonradan öğrenilen becerilerini yitirmezler. Hastalar aynı sözleri ya da soruları, belirgin bir ses tonu ve beden dilini kullanarak ısrarla tekrar ederler (5,6).

Bu olgu sunumunda sebepsiz kişilik değişikliği bulguları ile başvuran ve bifrontal yerleşimli GBM tanısı alan bir olgu literatür ışığında değerlendirilerek sunuldu.

Olgu

74 yaşında bayan hasta 4 ay önce başlayan kişilik bozukluğu ve baş ağrısı şikayetleri nedeniyle polikliniğimize getirildi. Hastanın yakınları ile konuşmalarında ve davranışlarında geçmiş dönemdeki yaşantı-

ları ile karşılaştırıldığında anormal söz ve davranışlarının ortaya çıktığı, takıntılarının olduğu, sürekli aynı konu hakkında defalarca konuştuğu, uygunsuz cümleler kurduğu ve daha önce kullanmadığı argo kelimeleri söylediği belirtildi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında herhangi bir sorunun yoktu. Hastanın sistemik arteriyel kan basıncı: 160/90 mm/Hg, nabız: 80/dakika ve ritmikti. Beden ısısı 36.5 °C idi. Nörolojik muayenesinde; şuur açık, koopere, kişi ve yer oryantasyonu normal olup, zaman dezoryantasyonu mevcuttu. Sorulan sorulara cevap süresi yavaşlamıştı. Kranial sinir muayenesi ve göz dibi muayenesi doğaldı. Parezi ve serebellar testleri normaldi. Derin tendon refleksleri normal ve simetrikti, patolojik refleksi yoktu.

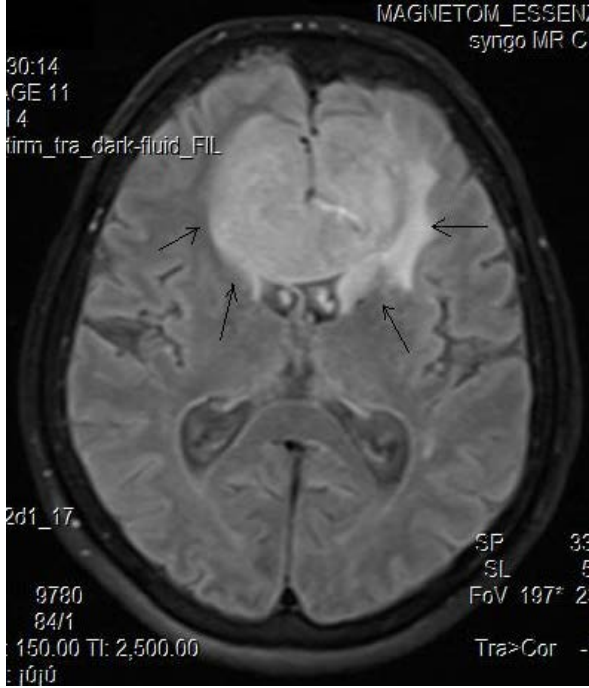
Laboratuar tetkiklerinde tam kan ve biyokimyasal testleri normaldi. Kranial MR görüntülemesinde: Frontal lob orta hatta bifrontal yerleşimli düzgün sınırlı, solda ödem etkisine neden olan T1A hipointens, T2A da hiperintens, periferik ağırlıklı heterojen kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon mevcuttu (Resim 1). Hasta glioblastoma ön tanısı ile ameliyat edildi. Ameliyatta bifrontal kraniotomi ile kitlenin total rezeksiyonu yapıldı. Tümör patolojisi Glioblastoma Multiforme olarak raporlandı. Postoperatif hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Bilinç açık, kas gücü tam olan hastanın postoperatif 4. saatten sonra tansiyonu yüksekliği ve uykuya meyili olması üzerine kranial BT çekildi. Çıkarılan tümör lojunda hemoarji saptandı. Hasta tekrar acil ameliyata alındı. Tümör lojundaki hematoma boşaltıldı. Hasta ameliyat sonrası arteriyel tansiyonu kontrol altına alınan kadar yaklaşık 72 saat uyutuldu. Hasta postoperatif 5. günde yoğun bakımdan çıkarıldı. Hastanın ameliyat sonrası

İletişim Bilgisi / Correspondence

Dr. Yaşar Dağıstan, İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Bolu Tel: 0 505 3465953 E-Posta: yasadagis@gmail.com

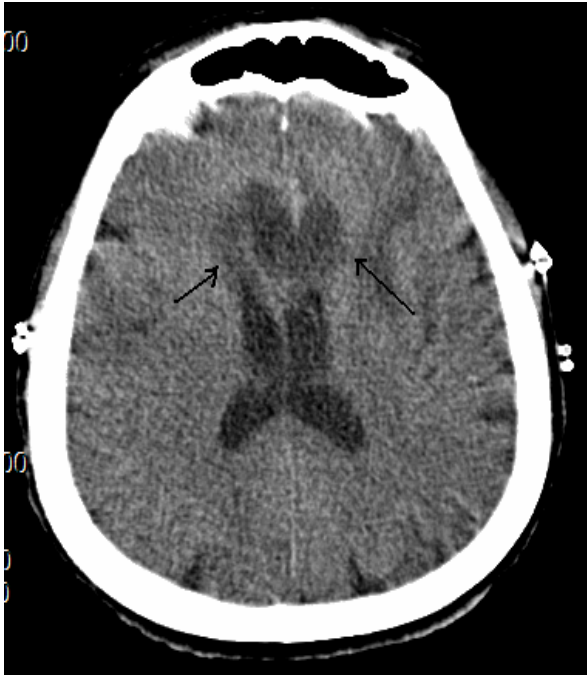
Geliş tarihi / Received: Ocak / January 27, 2012; Kabul tarihi / Accepted: Nisan / April 13, 2012 Çıkar Çatışması / Conflict Of Interest: Yok / None

12. günde çekilen kraniyal BT'de rezidü lezyon izlenmediği rapor edildi (Resim 2).



Resim 1. Frontal lob orta hatta bifrontal yerleşimli tümöral kitlenin Magnetik Rezonans görüntüsü.

Vital bulguları stabil, kas gücü tam, bilinç açık ve emir alan ancak afazi bulunan hasta postoperatif 14. günde taburcu edildi. Tedavinin radyoterapi ve kemoterapi gibi diğer unsurlarının tamamlanması için bir Onkoloji Merkezine yönlendirildi. Hastanın 3 hafta sonraki kontrollerinde konuşmaya başladığı ve klinik bulgularının normal olduğu görüldü.



Resim 2. Ameliyat sonrası 12. günde çekilen kraniyal Bilgisayarlı Tomografi'de rezidüel lezyonun izlenmediği görülmektedir.

Tartışma

Merkezi sinir sistemi tümörlerinin %85-90'nını beyin tümörleri oluşturur. Bunlardan %38'i anaplastik astrositom ve glioblastomadır. Glioblastoma sık görülen bir beyin tümörüdür ve tüm beyin tümörünün %12-15'ini, astrositik tümörlerin %50-60'ını oluşturur. Glioblastoma (WHO; Grade IV), aynı zamanda glioblastoma multiforme (GBM) olarak bilinir. GBM nöronları çevreleyen ve destekleyen astrositlerden kaynaklanan, nekroz ve hemoraji ile karakterize ileri derecede pleomorfizm gösteren en agresif primer malign tümördür. En sık 50 ve 60 yaşlarda görülür (7,8). Glioblastoma multiforme tanılı hastaların median sağ kalım süresi 6-12 ay arasında değişmektedir (9,10). Bu çalışmada sunduğumuz olgu 74 yaşında bayan ve patolojik tanı GBM olarak tanımlandı.

Beyin tümörü olgularında hemen tamamen 3 mekanizma ile ilk semptomlar ortaya çıkabilir. Bunlar; kitle etkisine bağlı olarak peritümöral ödem, hidrocefaliye bağlı intrakranial basınç artışı, normal doku yıkımı sonucu fokal nörolojik bozukluklar ve kortikal irritasyon sonucunda nöbetleri kapsar. Semptomlar ise baş ağrısı, bulantı, kusma, diplopi, papil ödem, mental değişiklikler ve letarjidir. Beyin parankimi ağrıya duyarlı değildir. Bundan dolayı baş ağrısı, meninklerde kan damarlarıyla ilişkili olan, ağrıya duyarlı sinir uçlarının irritasyonu ve lokal gerilimi sonucu gelişebileceği gibi, tümörün basıya neden olabilecek kritik hacme ulaşması sonucu, intrakraniyal basınç artışı ile ilişkili olarak da ortaya çıkabilir. Sıklıkla bölgesel olma özelliği taşır ve genellikle tümörün yerleşimi hakkında bilgi verir.

Mental değişiklikler primer veya metastatik frontal ve temporal lob tümörlü hastalarda çok sık görülen ortak bir bulgudur (11-13). Frontal lob tümörlerinde anosmi, kişilik değişiklikleri, olfaktor hallüsinasyonlar bulunur (14,15). Hastamızda tümörün yerleşim lokalizasyonu bifrontal idi ve sebepsiz kişilik değişiklikleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anormal söz ve davranışlar sergilediği, takıntılarının olduğu, sürekli aynı konu hakkında defalarca konuştuğu, uygunsuz cümleler kurduğu ve daha önce kullanmadığı argo kelimeleri söylediği ifade edildi.

Beyin tümörlerin yerleşimi ve yayılımının değerlendirilmesinde BT ve MR görüntüleme çok değerli bilgiler verir. Primer beyin tümörlerinin tanısı en iyi MR ile konulur. Yüksek grade veya malign gliomlar substansia alba'dan çıkan çevre ödemi olan kontrast tutan kitle lezyonu olarak görülürler. Malign gliomlar %5 multifokaldir. MR'da glioblastomalar heterojen kitlelerdir. Bu heterojen görünüm nekroz ve/veya kist oluşumuna bağlıdır. T1A görüntülerde genellikle santral yerleşimli hipointens alan mevcuttur. Bu hipointens alanı çevreleyen kalın, düzensiz duvar ve solid nodüller serebellar parankime göre izointens veya hafif hipointens sinyal paternine sahiptir. Tümörler kanama ve kalsifikasyon alanları içerebilir (16). GBM hemen her zaman tümör çevresinde kalın, dü-

zensiz bir duvar şeklinde kontrast tutulumu gösterir. Ancak kontrast tutulumunun olmaması GBM tanısını ekarte ettirmez (17). Olgumuzda literatür ile uyumlu kraniyal MR görüntülemesinde frontal lob orta hatta bifrontal yerleşimli T1A hipointens, T2A da hiperintens, periferik ağırlıklı heterojen kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyonu bulundu.

Hastaların standart tedavisi cerrahi ve postoperatif radyoterapi'dir (RT) (18,19). Cerrahi tedavi kraniyotomi ile tümörün total veya subtotal eksirpasyonundan ibarettir. Primer olarak cerrahi tedavi uygulanmasına rağmen, yüksek grade astrositomlarda tümör rezidü-lerin nüks potansiyeli taşıması nedeniyle adjuvan radyoterapi kaçınılmazdır (7,19). Sağ kalım süresini uzatmak için farklı multimodalite tedaviler geliştirilmiştir. Yüksek doz RT, adjuvant kemoterapi, alternatif fraksiyon rejimleri, ağır partikül tedavi, interstisyel brakiterapi, radyocerrahi, sterotaktik fraksiyone RT, yoğunluk ayarlı RT bunlara örnek olarak verilebilir (20-22). Olgumuzda histolojik tip, yerleşim yeri, yaş gibi özellikler ile yaşam süresi medyanı ve prognostik faktörler literatür ile uyumlu gözükmektedir. Hastamızda da standart tümör rezeksiyonu yapıldı ve sonrasında bir onkoloji merkezine yönlendirildi. Üç hafta sonraki kontrollerinde konuşmaya başladığı ve klinik bulgularının normal olduğu görüldü.

Sonuç olarak, sebepsiz kişilik değişikliği ile başvuran hastalarda yaş gibi diğer unsurlarında göz önüne alınmasıyla kranial bir kitlenin varlığı düşünülerek hastaların araştırılmasının uygun olacağı kanaati ortaya çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Tolgay E, Bahar A, Yurtoğulları Ş, Karlı N, Erer S, Turan F ve ark. Multisentrik Glioblastoma Multiforme Olgusu. Türk Nörol Derg 2008; 14: 272 – 276.
2. George M, Liangge H. Glioblastoma Multiforme. Brigham Radiology 1994.
3. Vougiouklakis T, Mitselou A, Agnantis NJ. Sudden death due to primary intracranial neoplasms. A forensic autopsy study. Anticancer Res. 2006;26:2463-6.
4. Matschke J, Tsokos M. Sudden Unexpected Death due to Undiagnosed Glioblastoma: Report of three cases and Review of the Literature. Acta Neurochir Suppl 2003;86:507-11.
5. Frederiks J. Transient global amnesia. Clin Neurol Neurosurg, 1993;95:265-83.
6. Parlayan ET. Geçici global amnezi ve demansiyel bulgular ile başlayan glioblastome multiforme olgusu. Klinik Psikiyatri 2010;13:209-214.

7. Levin VA, Sheline PH, Gutin PH: Neoplasms of central nervous system, in de Vita, Helman VT, Rosenberg SA (eds): Cancer Principles and Practice of Oncology, vol 2, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1989:1557-1612
8. Eroğlu C, Soyuer S, Yıldız OG, Özkan M, Menkü A, Orhan O ve ark. Glioblastoma multiforme'li olgularda postoperatif radyoterapi ile eş zamanlı temozolomide adjuvan temozolomid tedavisinin tedavi sonuçlarına katkısı UHOD 2008; 18: 65-73.
9. Reni M, Cozzarini C, Ferreri AJM, Ceresoli GL, Galli L, Bianchi A, et al. A retrospective analysis of postirradiation chemotherapy in 133 patients with glioblastoma multiforme. Cancer Invest 2000; 18: 510-515.
10. Brada M, Sharpe G, Rajan B, Britton J, Wilkins PR, Guerrero D, et al. Modifying radical radiotherapy in high grade gliomas; Shortening the treatment time through acceleration. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43: 287-292.
11. Dere F. Nöroanatomi. 1. Baskı, Adana: Ç.Ü. Basımevi, 1990; 10-113
12. Levin A, Leibel SA, Gutin PH. Neoplasms of the Central Nervous. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA Cancer Principles and Practice of Oncology. 5th ED., Philadelphia: J.B Lippincott-Raven Publishers, 1997:2022-2083.
13. Weingart J, Brem H. Brain Tumors and Cancers of the Central Nervous System. Neiderhuber JE. Current Therapy. Fhirst ED., Decker: Mosby- Year Book Inc, 1993: 538-546.
14. Karlsson UL, Leibel SA, Wallner K, Davis LW, Brady LW, Brain in: Principles and Practise of Radiation Oncology. (eds) : Perez CA, Brady LW ,J.B Lippincot Company Philadelphia:1992, ch23: 513-563
15. Karlsson UL, Leibel SA, Wallner K, Davis LW, Brady LW. Primary intracranial Neoplasms. Perez CA, Brady LW. Principles and Practise of Radiation Oncology. Third ED., Philadelphia: J.B Lippincot Company 1998 :777-822.
16. Demir MK, Hakan T, Okan Akıncı, Berkman Z. Primer serebellar glioblastoma multiforme. Diagn Interv Radiol 2005; 11:83-86
17. Mayadağlı A, Tezcan Y, Uyanoğlu A, Aksakal Ö, Kızılkaya O, Erkal H ve ark. Konvansiyonel eksternal radyoterapi uygulanan glioblastoma multiforme tanılı 40 hastanın irdelenmesi. Genel Tıp Dergisi 1997 ;7 :121-3.
18. Chang CH, Horton J, Schoenfeld D, Salazer O, Perez-Tamayo R, Kramer S, et al. Comparison of post-operative radiotherapy and chemotherapy in the multidisciplinary management of malignant gliomas. Cancer 1983; 52: 997-1007.
19. Kristiansen K, Hagen S, Kollevold T, Torvik A, Holme I, Nesbakken R, et al. Combined modality therapy of operated astrocytomas Grade III and IV. Confirmation of the value of postoperative irradiation and lack of potentiation of bleomycin on survival time: a prospective multicenter trial of the Scandinavian Glioblastoma Study group. Cancer 1981; 47: 649-652.
20. Buatti JM, Marcus RB, Mendenhall WM, Friedman WA, Bova FJ. Accelerated hyperfractionated radiotherapy for malignant gliomas. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996; 34: 785-792.
21. Fulton DS, Urtasun RC, Shin KH, Geggie PH, Thomas H, Muller PJ, et al. Misonidasole combined with hyperfractionation in the management of malignant glioma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1984; 10: 1709-1712.
22. Keim H, Potthoff PC, Schmidt K, Schiebusch M, Neiss A, Trott KR. Survival and quality of life after continuous accelerated radiotherapy of glioblastomas. Radiother Oncol 1987; 9: 21-26.