

A Rare Cause of Personality Change in Emergency Department: Glioblastoma Multiforme.

Acil Serviste Nadir Görülen Bir Kişilik Değişikliği Nedeni: Glioblastoma Multiforme

Emin Uysal^{1*}, Yahya Ayhan Acar², Süleyman Solak¹

1.Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

2.Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

ABSTRACT

A 24-year-old male was admitted to emergency department with personality changes and long-lasting headache. Neurologic examination did not show any abnormalities. In cranial computed tomography scan brain mass was detected in frontal cortex bilaterally. Patient was hospitalized in Neurosurgery clinic with a diagnosis of intracranial tumor. Elective tumor resection was performed and his topathologic examination was reported as glioblastoma multiforme. In follow-up, no personality changes were observed. Patients with personality changes should be examined carefully, besides possible frequent underlying pathologies, intracranial tumors must be considered in differential diagnosis. Long lasting headaches may be a clue for emergency physicians.

Keywords: Glioblastoma multiforme, personality change, emergency department.

ÖZET

Kişilik değişikliği ve uzun süredir geçmeyen baş ağrısı şikâyeti nedeniyle 24 yaşındaki erkek hasta acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın çekilen kranial bilgisayarlı tomografisinde bifrontal kitle ile uyumlu görüntü saptandı. Hasta beyin cerrahisi servisine intrakraniyal kitle ön tanısıyla yatırıldı. Elektif koşullarda tümör rezeksiyonu yapılan hastanın patoloji sonucu glioblastoma multiforme olarak raporlandı. Hastanın takiplerinde kişilik değişikliği saptanmadı. Kişilik değişikliği ile acil servise başvuran hastalarda alta yatan ve risk oluşturan hastalıklar da göz önüne alınarak ayırıcı tanıda kranial bir kitlenin varlığı akla getirilmeli. Uzun süreli şiddetli baş ağrıları acil hekimine yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, kişilik değişikliği, glioblastoma multiforme

Geliş Tarihi: 16.12.2016/ Kabul Tarihi: 16.01.2017 / Yayınlanma Tarihi: 23.04.2017

*SorumluYazar: Emin Uysal, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul Tel:+905305431937 Fax: +902124404242 mail:dreminuysal@hotmail.com

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 manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri ile %95 oranında tanı konulabilir. Radyolojik olarak düzensiz sınırlı, nekrotik kavite içeren, çevresel düzensiz kontrast tutulumu gösteren, etrafı ödemli kitlesel lezyon olarak görülür [2,3].

Frontal-bazal yerleşimli tümörlerin ilk bulgusu kişilik değişikliği, 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 [4,5].

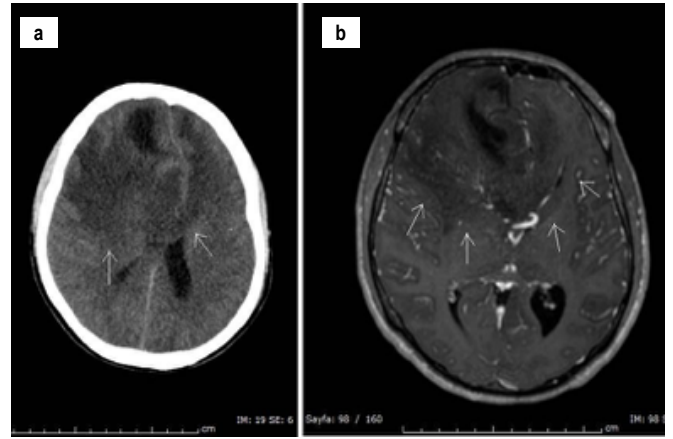
Bu olgu sunumunda kişilik değişikliği bulguları ile acile başvuran ve bifrontal yerleşimli GBM tanısı alan bir olgu literatür eşliğinde değerlendirilerek sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan kişilik değişikliği ve baş ağrısı şikâyeti nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın yakınları ile konuşmalarında ve davranışlarında geçmiş dönemdeki yaşantıları ile karşılaştırıldığında anormal söz ve davranışlarının ortaya çıktığı, sürekli aynı konu hakkında defalarca konuştuğu, uygunsuz cümleler kurduğu ve daha önce kullanmadığı argo kelimeleri söylediği belirtildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın sistemik arteriyel kan basıncı:120/80 mm/Hg, nabız:68/dakika ve ritmik ve ateş 37°C idi. Nörolojik muayenesinde; şuur açık, koopere ve oryante, Glaskow Koma Skoru 15/15, pupiller izokorik ve bilateral pupil ışık refleksi pozitif. Sorulan sorulara cevap süresi yavaşlamıştı. Kranial sinir muayenesi ve göz dibi muayenesi doğaldı. Parezi ve serebellar testleri normaldi. Derin tendon refleksleri normal ve simetrik, patolojik refleksi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan ve biyokimyasal testleri normaldi.

Hastanın kranial BT görüntülemesinde sağda daha belirgin her iki frontal lobda yaygın hipodens değişik-

likler, sağ frontal lobda 3.5cm'lik fokal kistik nekrotik alan, orta hatta sola doğru shift ve sağ lateral ventrikül ileri derece basılı izlendi (Resim 1a). Kranial MRG'sinde ise sağ frontal lobun tamamını, sol frontal lobun büyük kısmını dolduran, T1A hipointens, T2A da hiperintens, sola doğru shiftte neden olan, periferik ağırlıklı heterojen kontrast tutulumu gösteren, içinde 3.5 cm'lik kistik nekrotik alan içeren ve sağ lateral ventriküle baskı yapan kitlesel lezyon mevcuttu (Resim 1b).



Resim 1. Bifrontal yerleşimli tümöral kitlenin kranial bilgisayarlı tomografi (a) ve kontrastlı kranial magnetik rezonans görüntüsü (b).

Hasta beyin cerrahisi kliniğine yatırıldı ve glioblastoma ön tanısı ile ameliyat edildi. Ameliyatta sağ frontal kraniotomi ile kitlenin subtotal rezeksiyonu yapıldı. Tümör patolojisi glioblastoma multiforme olarak raporlandı. Postoperatif hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Bir gün yoğun bakımda kalan hastanın vital bulgularının stabil olması üzerine tekrar servise alındı. Servis takiplerinde problemi olmayan hasta yatışının 10. günü onkoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Merkezi sinir sistemi tümörlerinin %85-90'nını beyin tümörleri oluşturur. Bunlardan %38'i anaplastik astrositoma ve glioblastomadır. Glioblastoma sık görülen bir beyin tümörüdür ve tüm beyin tümörünün %12-15'ini, astrositik tümörlerin %50-60'ını oluşturur. En sık 50 ve 60 yaşlarda görülür [6,7]. Bizim hastamız ise oldukça gençti. Glioblastoma multiforme tanılı hastaların medyan sağ kalım süresi 6-12 ay arasında değişmektedir [8,9]. Bu çalışmada sunduğumuz olgu 24 yaşında erkek ve patolojik tanı GBM olarak tanımlandı.

Mental değişiklikler primer veya metastatik frontal ve temporal lob tümörlü hastalarda çok sık görülen ortak bir bulgudur [10,11]. Frontal lob tümörlerinde anosmi, kişilik değişiklikleri, olfaktor hallusasyonlar bulunur [12,13]. Hastamızda tümörün yerleşim lokalizasyonu bifrontaldi ve kişilik değişikliği ile acil servisimize 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 MRG çok değerli bilgiler verir. Primer beyin tümörlerinin tanısı en iyi MRG ile konulur. Yüksek grade veya malign gliomlar substansia albadan çıkan çevre ödemi olan kontrast tutan kitle lezyonu olarak görülürler. Malign gliomlar %5 multifokaldir. MRG'de glioblastomlar 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 [14]. GBM hemen her zaman tümör çevresinde kalın, düzensiz bir duvar şeklinde kontrast tutulumu gösterir. Ancak kontrast tutulumunun olmaması GBM tanısını ekarte ettirmez [15]. Olgumuzda literatür ile uyumlu olarak kranial MRG'de 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) [16,17]. Cerrahi tedavi kraniotomi ile tümörün total veya subtotal eksirpasyonundan ibarettir. Primer olarak cerrahi tedavi uygulanmasına rağmen, yüksek grade astrositomlarda tümör rezidülerin nüks potansiyeli taşınması nedeniyle adjuvan radyoterapi kaçınılmazdır [6,17]. Sağ kalım süresini uzatmak için farklı multimodalite tedaviler geliştirilmiştir. Yüksek doz RT, adjuvant kemoterapi, alternatif fraksiyon rejimleri, ağır partikül tedavi, interstisyel brakiyoterapi, radyocerrahi, sterotaktik fraksiyone RT, yoğunluk ayarlı RT bunlara örnek olarak verilebilir [18,19]. Olgumuzda yaş hariç histolojik tip, yerleşim yeri 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.

Sonuç: Acil servise kişilik değişikliği ile başvuran hastalarda, acil serviste çalışan doktorlar ayırıcı tanıda, yaşa bakmaksızın kranial kitle olasılığını akla getirmeli ve uygun endikasyonlar da bu yönde araştırma yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman: Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

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(4):272-76.
2. Dağistan Y, Dağistan E, Güney MS. Sebepsiz kişilik değişiklikleri ile başlayan glioblastoma multiforme: Bir olgu sunumu. Abant Med J 2012;1(1):23-25.
3. 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.
4. Frederiks J. Transient global amnesia. Clin Neurol Neurosurg 1993;95(4):265-83.
5. Parlayan ET. Geçici global amnezi ve demansiyel bulgular ile başlayan glioblastoma multiforme olgusu. Klinik Psikiyatri 2010;13:209-14.
6. Levin VASheline PH, Gutin PH: Neoplasms of central nervous system, in de Vita, Hellman VTS, Rosenberg SA (eds): Cancer. Principles and Practice of Oncology, vol 2, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1989:1557-612.
7. 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 ilavesinin tedavi sonuçlarına katkısı. UHOD 2008;18:65-73.
8. 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;18:510-5.
9. Brada M, Sharpe G, Rajan B, Britton J, Wilkins PR, Guerrero D, et al. Modify in radical radiotherapy in high grade gliomas; Shortening the treatment time through acceleration. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43:287-92.
10. Dere F. Nöroanatomi. 1. Baskı, Adana: Ç.Ü. Basımevi, 1990;10-113.
11. Levin A, Leibel SA, Gutin PH. Neoplasms of the Central Nervous. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA Cancer Principles and Practice of Oncology. 5th ED, Philadelphia: J.B Lippincott-Raven Publishers, 1997:2022-83.
12. Karlsson UL, Leibel SA, Wallner K, Davis LW, Brady LW. Brain in: Principles and Practice of Radiation Oncology. (eds) : Perez CA, Brady LW, J.B Lippincott Company Philadelphia:1992, ch23:513-63.
13. Karlsson UL, Leibel SA, Wallner K, Davis LW, Brady LW. Primary intracranial Neoplasms. Perez CA, Brady LW. Principles and Practice of Radiation Oncology. Third ED, Philadelphia: J.B Lippincott Company 1998 :777-822.
14. Demir MK, Hakan T, Okan Akıncı, Berkman Z. Primer serebellar glioblastoma multiforme. Diagn Interv Radiol 2005;11:83-6.
15. 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.
16. Chang CH, Horton J, Schoenfeld D, Salazar O, Perez-Tamayo R, Kramer S, et al. Comparison of postoperative radiotherapy and chemotherapy in the multidisciplinary management of malignant gliomas. Cancer 1983;52:997-1007.
17. 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;47:649-52.
18. Buatti JM, Marcus RB, Mendenhall WM, Friedman WA, Bova FJ. Accelerate hyperfractionated radiotherapy for malignant gliomas. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996;34:785-92.
19. Keim H, Pothoff PC, Schmidt K, Schiebusch M, Neiss A, Trott KR. Survival and qual-

ity of life after continuous accelerate dradiotherapy of glioblastomas. Radiother Oncol1987;9:21-6.

How to cite this article/Bu makaleye atıf için:

Uysal E, Acar YA, Solak S. [A Rare Cause of Personality Change in Emerergency Department: Glioblastoma Multiforme.]Turkish. Acta Med. Alanya 2017;1(1):24-27.