

616.831.313-006:616.89-008.428.48.5

ZRAKOVÉ A SLUCHOVÉ HALUCINACE JAKO PRVNÍ PŘÍZNAK NÁDORU SPÁNKOVÉHO LALOKU

MUDr. O. JAROŠ, MUDr. M. HERMAN
Neurologické oddělení vojenské nemocnice v Jaroměři
Věnováno k šedesátinám prof. MUDr. Karla Popka

Klinický obraz mozkových nádorů bývá v různých stupních jejich růstu rozmanitý a měnlivý. Mohou převládat příznaky neurologické nad psychickými a naopak. Prchavost těchto příznaků nemá odrazovat od podrobnějšího vyšetření, zvláště vyšetření kontrastního, k němuž mívá blíže neurolog než psychiatr. Nutno si dále uvědomit, že ložiskové příznaky mají lokalizační cenu hlavně v počátečních stádiích, dokud nejsou překryty příznaky celkovými a vzdálenými. Situace je tím svízelnější, jde-li o takzvané „němé“ partie mozku, k nimž jsou především počítány spánkové laloky, a současně nejde o dominantní hemisféru. Je tedy nutno při postižení mozkových funkcí pečlivě vyšetřovat anamnesticky a bedlivě hodnotit i symptomy přechodné, které popřípadě již odezněly a uvádět je v sou-

lad s potížemi současnými, podloženými objektivním nálezem. Ten někdy může být chudý a unikající neneurologickému pohledu.

Úvahy právě vyslovené chceme demonstrovat na našem nemocném O. K., 44 r., dělníkovi, č. chor. 4/59.

V dětském věku prodělal spálu a pak několikrát úraz na kole, při němž utrpěl zlomeniny obou kostí stehenních. V r. 1938 při havárii otřes mozku s delším bezvědomím a údajně i s frakturou baze lební. Nepodařilo se nám to však ověřit. V r. 1953 uhozen balvanem do zad. Došlo k fraktuře obratle S 1 a od té doby trpí recidivujícími lumboischiadickými bolestmi.

V r. 1957 se začal pacient, do té doby společenský, v povolání úspěšný člověk, měnit. Dostavily se stísněné nálady, afektivní nevyváže-

nost a zrakové pseudohalucinace. Vidával rozšklebené a pokrivené obličej, jak při zavřených očích, tak při pohledu do tmy, v nichž poznával obličej své zemřelé matky. Tyto vize byly časté, měly afektivní odezvu hrůzy a intenzitu smyslového počítu. Nemocný si však vždy byl vědom jejich nerealnosti. Někdy vidal i pitvorná zvířátka, jež nyní těžko dovedl popsat. Jindy mívá dojem, že za ním někdo stojí a na něho mluví, že lidé o něm hovoří, že je středem pozornosti. V dokumentaci nalézáme i záznamy o stavech porušeného vědomí, na něž se nyní nemocný již nepamatuje a které by bylo možno charakterizovat jako derealisace, ale mohly být i příznaky epileptickými.

Pro pestrost příznaků a mysteriosnost pseudohalucinací posoudil psychiatr afekci jako hysterický syndrom a po několikeré kontrole se diagnosa ustálila na závěru: Nevývážená osobnost se sklonem k pithiatickým projevům.

Nemocný byl léčen sedativy. Psychické potíže v různé intenzitě trvaly stále, bolest hlavy vcelku byla nevýrazná. Již v té době si uvědomoval, že má porušený čich. Vnímá toliko ostré pachy, avšak nevěnoval tomu pozornost. Koncem listopadu 1958 se objevily prudké bodavé bolesti v levém spánku, které se zakrátko rozšířily nad levé obočí, k levému koutku ústnímu a vyšlehovaly do poloviny temene. Bolesti byly stálé, intenzivní a trvaly i v noci. V polovině prosince změnil svůj charakter a nabyly rázu spíše parasthesií.

V té době vyšetřen neurologem, který zjistil hypesthesii v oblasti 1. a 2. větve trigeminu vlevo. Začátkem ledna 1959 byl nemocný přijat na neurologické oddělení vojenské nemocnice v Jaroměři.

Po přijetí doplnil svoji anamnesu. Povšiml si poslední dobou, že levá polovina tváře je necitlivá. Když si ji pořezal, necítil bolest. Levou polovinu jazyka cítil ztrnulou.

Objektivní nález: Anosmie vlevo, vpravo čich snížen, výstupy trigeminu na tlak nebolestivé, korneální reflex vlevo vyhaslý; levý m. temporalis a masseter atrofický, ústa otvírá v diagonále šikmo doleva dolů, pohyby bradou ke stranám váznu, vpřed a vzad dobré. Reflex maseterový značně snížen. Porušené čítí v oblasti všech tří větví trigeminu vlevo, periferního typu, v levé polovině jazyka v jeho předních dvou třetinách a ageusie levé poloviny jazyka. Nebylo pyramidových jevů. Ostatní nález normální.

Pomocná vyšetření: TK 130/90, krevní obraz norm., moč norm., FW 11/20, oční pozadí norm., perimetr norm., ORL norm., rtg. lbi, baze, podle Stenverse a Towna norm. Karotická Ag vlevo: Syfon je v bočné projekci po výstupu ze spodiny lební poněkud napřímen. Průběh a. cer. ant. je v bočné projekci normální, v předozadní projekci je lehce deviován přes střední čáru. A. cer. med. je v bočné projekci obloukovitě nadzdvížen, v předozadní projekci je úsek M 1-2 šikmo zdvižen a v dalším průběhu jde obloukem zevně konvexním. Naproti tomu a. cer. poster. a a. chor. ant. je v téže projekci

prohnuta dovnitř. V bočné projekci probíhá a. cer. poster. táhlým obloukem nahoru konvexním a a. chor. ant. je napřímená. V bočné projekci je nad hrotem levé pyramidy klubko drobných novotvořených cév asi o průměru 2 cm. V předozadní projekci vidíme tuto patol. vaskularisaci v úhlu, který tvoří syfon a a. cer. media. Hluboký venosní systém je v bočné projekci lehce nadzdvížen, angulus venosus rozvřen. V předozadní projekci je hluboký venosní systém lehce deviován vpravo. PEG: V předozadní projekci je komorový systém posunut en bloc vpravo. Strop přední poloviny levé postranní komory je zatlačen pod falx. Třetí komora obloukovitě vyklenutá vpravo. Trigonum, okcipitální a temporální část levé postranní komory jsou zvednuty. V bočné projekci jsou rovněž trigonum a okcipitální část levé postranní komory zdviženy a okcipitálně zatlačeny. Levý temporální roh je amputován (dr. Dítě). Likvor norm.

Uzavíráme jako tumor střední jámy lební s propagací okcipitálně, částečně i do přední jámy. Soudíme, že jde nejspíše o meningeom, avšak vzhledem k izolovanému poškození n. V. nemůžeme vyloučit neurinom. Bereme-li v úvahu spolu s psychickou symptomatologií poruchy čichu, které byly jedním z prvních příznaků, musíme pomyslet i na gliom spodiny temporálního laloku vlevo.

Předali jsme nemocného k chirurgickému výkonu (prof. Petr), kde zjištěn gliom lobi temporalis sin. Nález histologický: Astrocytom dosti buněčný.

Syndrom nádorů temporálních laloků u nás podrobně prostudoval prof. Poppek v habilitační práci v r. 1936 a dělí jej na tři příznakové kategorie:

1. Kategorie příznaků vlastních temporálním lalokům.
2. Kategorie symptomů vznikajících tlakem těchto tumorů na okolí, jmenovitě na spodinu střední jámy a na útvary uložené mediálně.
3. Kategorie všeobecných příznaků nádorů, vyskytujících se také u tumorů spánkových.

V této práci upozorňuje na výskyt epileptických záchvatů, poruch zorného pole, halucinací optických a akustických, poruch symbolických funkcí, útlakových syndromů mozkových nervů, zejména okohybných a trigeminu.

Na našem nemocném chtěli bychom ukázat na variantu všech těchto tří příznakových kategorií. Do první kategorie zapadají jeho poruchy ze sféry zrakové — pseudohalucinace — vzhledem k makropsiím, mikropsiím a metamorfopsiím, které nemocný prožíval. Podle autorů citovaných Popkem, podle van Bogaerta, Gelbarda a Hauptmanna jsou způsobeny současnou iritací drah optických a center vestibulárních.

Nemocný měl také poruchy ze sféry sluchové, slyšel hlasy, které lze rovněž lokalizovat do temporálního laloku. Podobný případ pozorovali Moniz a Löff u temporálního astrocytomu. Tato porucha podle jiných autorů citovaných Vondráčkem v jeho Vnímání (Courville, Cushing, Baruk) není tak častá.

Z příznaků druhé Popkovy kategorie byly poruchy v oblasti všech tří větví nervu trigeminu, způsobené tlakem nádoru (korneální areflexie, atrofie svalstva žvýkacího, snížení reflexu maseterového, porucha chuti na levé polovině jazyka ve smyslu hemiageusie).

Současné psychické poruchy zapadaly podle rozdělení Popkova do kategorie třetí a spočívaly v přechodné změně nálad a afektů, jež byly také závislé na vztahu lékaře ke steskům nemocného.

Giroire, Charbonnel a sp. pozorovali dva nemocné s mozkovými nádory s čistě psychickou symptomatologií, jež mohla svědět k mylné diagnóze. Proto doporučují podrobné neurologické vyšetření.

Náš nemocný udával, že již dva roky měl poruchu čichu, dlouhou dobu si stěžoval na bolesti hlavy a paresthesie ve tváři, což vzhledem k výrazné psychické symptomatologii bylo hodnoceno jako hysterický syndrom.

Boudin, Barbizet a Luras měli nemocnou s delirií, která trvala jeden rok po prodělané meningoencefalitidě ušního původu. Při sekci po šesti letech u ní zjištěn polymorfní glioblastom celé dolní a vnitřní plochy levé hemisféry mozku. Klinicky šlo o atypické depresivní stavy s lehkým oslabením intelektu. Teprve tři týdny před smrtí syndrom Weberův. Proto upozorňují na mimořádnou toleranci mozku při tak rozsáhlém tumoru a na jediný příznak vázaný na tumor — příznaky psychické.

I u našeho nemocného byla nápadná tolerance mozku na tak rozsáhlý tumor, jehož vývoj pro jeho charakter — astrocytom — bývá popisován jako pomalý. Tudíž při jeho dlouhém trvání byly potíže nemocného hodnoceny jako příznaky toliko psychické a vedly rovněž k mylné diagnóze. Rovněž i u něho, když nádor nabyl obrovských rozměrů a psychická symptomatologie téměř vymizela, objevily se příznaky z útlaku toliko jediného mozkového nervu, a to trigeminu. Že nedošlo u něho k poruše okohybných nervů, zejména nervu III., svědčí pro to, že halucinace byly spíše temporálního typu než pedunkulárního.

Jens Edmund studoval na materiálu 196 gliomů temporálních laloků vztah mezi charakterem tumorů a klinickými projevy. Na této sestavě nepozoroval žádnou závislost vzhledem k defektu zorného pole. Edém papil zjistil častěji u maligních forem. Konvulze viděl častěji u benigních gliomů, stejně tak unciformní krize a dreamy states. Gliomy zvláště maligní byly častěji u mužů, u nichž se vyskytovaly v mladším věku asi o 20 let dříve než u žen, a ve věku 50—60 let byly opět častější u mužů.

Maligní skupina obsahovala glioblastomy a meduloblastomy. V benigní skupině byly astrocytomy, ependymomy, oligodendrogliomy a spongioblastomy.

Náš náález se shoduje s tímto pozorováním. Nemocný měl astrocytom. Neměstnal, neměl poruchy zorného pole, ač šlo o rozsáhlý tumor. Měl přechodně jak halucinace, tak epileptiformní stavy.

Lokalizační hodnotou zrakových halucinací se

obírá poslední dobou rozsáhlá práce Ajuriage-rova a Hecaenova. V jejich sestavě 439 mozkových tumorů se objevují v 67 případech halucinační fenomény, z nichž u 35 nemocných jde o halucinace zrakové. Autoři rozeznávají tři typy zrakových halucinací, jež odpovídají trojí lokalizační lési:

1. Halucinace elementární, odpovídají lésím vnitřních ploch okcipitálních laloků, řídčeji lésím temporálním.
2. Komplexní figurální halucinace charakteru vjemu, které mají za následek víru nemocného v realitu vnímaného, jsou při lésích konvexity okcipitálních laloků.
3. Halucinace při snových stavech a halucinační upamátování obrazů se objevovaly při lésích temporálních laloků.

Halucinace našeho nemocného lze nejlépe zařadit do této třetí skupiny, jejímž typu se nejvíce blížily při stejné anatomické lokalizaci.

Zmiňujeme se o nemocném pro méně obvyklý klinický obraz izolovaného postižení nervu trigeminu při dvouleté anamnéze onemocnění, kdy psychická symptomatologie byla přehodnocena a objektivní neurologické příznaky nedoceněny. Je nutno zdůraznit to, jak by bylo povážlivé v tomto případě hodnotit korneální areflexii a anosmii jakožto funkcionální příznaky rázu hysterických stigmat, ke kterémužto výkladu sváděly ostatní psychické příznaky.

Souhrn

Popsán případ 44letého muže s temporálním astrocytome, u něhož první klinické příznaky se projevily halucinacemi zrakovými a sluchovými. Později se přidaly poruchy čichu a asi za 2 roky po odeznění psychických příznaků se objevilo izolované postižení nervu trigeminu.

U nemocného přehodnocena psychická symptomatologie, a tak byl 2 roky léčen pod mylnou diagnosou hystérie.

Současně pojednáno o symptomatologii nádorů spánkových laloků, zejména se zaměřením na lokalizační hodnotu halucinací.

Резюме

Описан случай темпоральной астроцитомы у 44-летнего мужчины, у которого первые признаки заболевания выражались в зрительных и акустических галлюцинациях. Позже появилось расстройство обоняния, а в течение двух лет после прекращения психических признаков — изолированное поражение тройничного нерва.

У больного была переоценена психическая симптоматология, в связи с чем его в течение 2 лет лечили под ошибочным диагнозом истерии.

Автор касается вопроса симптоматологии опухолей височных долей. Особенное внимание он уделяет галлюцинациям, стараясь найти связь между ними и локализацией опухоли.

Summary

Report of a 44-year-old man with temporal astrocytoma, in whom the first clinical symp-

toms were visual and auditory hallucinations. Later in addition disturbances of smell developed, and approximately two years after the cessation of the mental alterations an isolated involvement of the trigeminal nerve set in.

The mental symptomatology was overvalued and the patient was for two years treated erroneously as hysteria.

The symptomatology of temporal lobe tumours, especially the localizing value of hallucinations is discussed.

Písemnictví

1. *Ajuriaguera, J., Hecaen, H.*: Sbor. prací lék. fak. KU v Hradci Králové 1 : 2 s. 14—25, 1958.
2. *Boudin, G., Barbizet, J., Luras, A.*: La Sem. des Hopit., 1, s. 34—37, 1955.
3. *Giroir, Charbonnel, Fortineau, Colas, Vercelletto, Collet, Rolland*: La Sem. des Hospit., 40, s. 2344—2346, 1955.
4. *Guillaume, J., Sigwald, J.*: Diagnostic neuro-chirurgical 1947. Presses univ. de France.
5. *Jens, Edmund*: Acta Psych. et Neurol. Scand., sv. 29, No 3. s. 311—317, 1957.
6. *Popek, K.*: Neurol. a psych. čs., 2, s. 53—62, 1938.
7. *Vondráček, V.*: Vnímání, 1949.