

Dijagnostički problemi solitarnih lezija mozga kod pregleda kompjutoriziranom tomografijom

**Milenka Đinđić-Pavičić,
Adelaide Halaji, Miroslava Radić, Lidi-
ja Dimitrovski i Igor Antončić**

Stručni rad
UDK 616.831.71-002.3-07
Prispjelo: svibanj 1998.

Klinički bolnički centar Rijeka

Prikazan je slučaj 43-godišnjeg muškarca kojemu je metodom kompjutorizirane tomografije (CT) otkrivena solitarna lezija cerebeluma. Nalaz je potvrđen kasnije učinjenom magnetnom rezonancijom (MR) i postavljena je dijagnoza apscesa. Kontrolnim CT pregledima praćena je dinamika razvoja i morfologija lezije.

Nakon dva i pol mjeseca od postavljene dijagnoze učinio se mikrokirurški zahvat u svrhu biopsije, te su nađene maligne stanice tipa sekundarnih metastaza.

Ključne riječi: dijagnostika, kompjutorizirana tomografija, mozak, solitarne lezije.

UVOD

Fokalne, solitarne lezije mozga kod pregleda kompjutoriziranom tomografijom, kao i kod pregleda magnetnom rezonancijom predstavljaju dijagnostičku dilemu. U širokom spektru diferencijalno-dijagnostičkih mogućnosti su: primarni tumori, sekundarne metastaze, apsces, intracerebralni hematomi u resorpciji, manifestacija AIDS-a ili granulom bilo koje etiologije (1,2,3). U postavljanju dijagnoze važna je klinička slika, podatak o primarnom tumoru, traumi ili infekciji.

Sekundarne metastaze predstavljaju 35% svih intrakranijskih tumora (3). Najpouzdaniji znak je multiplost, uz znani podatak o malignoj bolesti. Tendencija metastaza je periferno širenje na granici bijele i sive mozgovine. To je važan znak ukoliko postoji (2,3,4). Metastaze se mogu naći u drugim dijelovima mozga, moždanom deblu ili cerebelumu. Praćene su edemom u bijeloj mozgovini. Obično su sferični s oštrom granicom. Mogu pokazivati i središnju nekrozu, pa su prstenastog oblika. Gotovo sve pokazuju porast koeficijentata gustoće nakon aplikacije kontrasta (1,2,3).

Planocelularni karcinomi bronha metastaziraju u mozak u 40-45% slučajeva (1). Metastaze su rijetko solitarne. Mogu biti izodenzne, hiperdenzne ili prstenaste s avaskularnim središnjim dijelom.

Apsces mozga nastaje fokalnom infekcijom kod hematogene diseminacije ili direktno. U nekim slučajevima ne zna se uzrok (1,4). Može biti solitarni ili multipli u bijeloj mozgovini. Rijetko dolazi cerebelarno. Infekcija počinje s cerebritisom, uzrokujući različiti kompresivni učinak na okolne strukture. Oblikovani apsces je prstenasta tvorba s tankim, pravilnim hiperdenznim rubom nakon primjene kontrastnog sredstva te središnjom hipodenznom zonom (nekroza) (1,2,3). Perifokalni edem je nepravilnog oblika, a najizraženiji je na početku infekcije, dok se nakon oblikovanja kapsule smanjuje. U imunokompromitiranih bolesnika stvaranja kapsule je usporeno (1,4). Apsces se može zadržati i dvije godine (3).

PRIKAZ SLUČAJA

Muškarac star 42 godine, liječen je na Internoj klinici, gdje je postavljena dijagnoza "lupus erythematodes" (LE). U trajnoj terapiji uzimao je kortikosteroide u visokim dozama. Tijekom bolesti razvio se dijabetes melitus, te je uvedena terapija inzulinom.

Zbog perzistentnih glavobolja, te nesigurnosti i zanošenja u hod, učini se CT mozga. Nativni skenovi pokazuju lijevo cerebelarno okruglu, lagano hiperdenznu zonu, veličine 1,6 x 1,4 cm s perifokalnim edemom te kompresijom IV. komore. Opisana lezija ukazuje na ekspanzivni proces primarne ili sekundarne etiologije.

Bolesnik se smjesti na Kliniku za neurologiju gdje se dodatno obrađuje.

Iz neurološkog statusa:

Pri svijesti, priseban, orijentiran. Meningealni znaci negativni. Hod ataksičan po cerebelarnom tipu. Dismetrija i disdijadahokineza obostrano.

Laboratorijski nalazi:

SE 45; E 4,67; HGB 140; HCT 0,465; TR 416; L 15,0. DKS: neut 89;lymp 8; mono 2. ŠUK 15,2.

Alkalna fosfataza 86. Gama GT 25. AST 17.

Proteinogram:

ukupni proteini 73,00 g/l. Albumini 55,42%, alfa 1 globulini 4,71%, alfa 2 globulini 11,12%, beta globulini 12,98%, gama globulini 15,78%.

Cerebrospinalni likvor: bistar, bezbojan. Ukupan broj stanica 2 (limfociti 4, monociti 15, aktivirani monociti 6 - diferencijacija na 25 stanica). Pandy reakcija opalescira. Ukupni proteini 0,63 g/l. Cerebrospinalni likvor bakteriološki sterilan.

Waller-Rose: negativan. Latex RF test: negativan. Latex CRP test++

RTG pluća i srca: b. o.

Scinitigram kostiju: bez znakova patološke pregradnje skeleta.

Kako je u bolesnika imunološki sustav oslabljen tek otkrivenom osnovnom bolešću, te zbog naglo nastalih simptoma od strane središnjeg nervnog sustava, a poglavito zbog preciznije analize cerebeluma, učini se MR mozga. Na seriji sagitalnih, transversalnih i koronarnih presjeka mozga vidi se u lijevoj cerebelarnoj hemisferi oštro ograničena prstenasta lezija veličine 14 x 15 mm koja po karakteristikama odgovara apscesu. Ostali parenhim mozga je bez patomorfoloških promjena.

Na osnovi postavljene dijagnoze apscesa započne se parenteralna dvojnja antimikrobna terapija.

Usprkos terapiji u bolesnika dolazi do pogoršanja općeg stanja praćenog mučninom, glavoboljom i subfebrilitetom. U terapiju se uvode još veće doze kortikosteroida zbog sumnje da se radi o pogoršanju osnovne bolesti (LE).

Ordinira se kontrolni CT mozga koji se učini 18 dana od prvog pregleda. Perzistira ranije opisana prstenasta lezija cerebeluma, ali bez propagacije veličine, većeg nekrotičkog središta.

Bolesniku se prepisana terapija nastavlja, a u svrhu liječenja apscesa. Kontrolni CT mozga učini se za 13 dana od posljednjeg. Tada se uoči lagana progresija veličine lokalne lezije, središnje s nešto gušćim sadržajem, te manjim perifokalnim edemom.

Kako bolesnik pokazuje daljnje pogoršanje kliničke slike usprkos terapiji, ponovi se CT mozga u vremenskom razdoblju od 20 dana. Novi pregled pokazuje značajnu progresiju veličine prstenaste lezije lijeve cerebelarne hemisfere, uz znatno zadebljanje perifernog hiperdenznog prstena te prisustvo perifokalnog edema. Preostala mozgovina i

dalje je bez znakova patološke pregradnje. Diferencira se dilatacija III. i lateralnih komora u smislu početnog hidrocephalusa.

S obzirom da dana terapija nije djelotvorna, a vidljiva je i progresija veličine lezije, bolesnik se upućuje na Neurokiruršku kliniku KBC Zagreb, gdje se učini operativni zahvat, a u svrhu postavljanja konačne dijagnoze.

Histološki se nađu maligne stanice planocelularnog karcinoma, po tipu sekundarnih metastaza. Pristupi se ablaciji metastaze, a zatim i otkrivanju lokalizacije primarnog tumora. Učinjenom bronhoskopijom nađe se karcinom donjeg lobusa lijevog plućnog krila.

Kontrolni CT mozga, 4,5 mjeseca nakon otkrivenog prstenaste ekspanzivne tvorbe cerebeluma, pokazuje diseminaciju matastatskih žarišta u supra i infratentorijalnom području.

ZAKLJUČAK

Solitarna, ekspanzivna lezija mozga, bilo koje lokalizacije, a posebno cerebeluma, može predstavljati dijagnostički problem. U našeg bolesnika, čiji je imunostav kompromitiran osnovnom bolešću (LE) i koji je na trajnoj terapiji visokih doza kortikosteroida, praćena lezija pokazala je atipičan izgled, a naročito tijek progresije.

Premda u diferencijalnoj dijagnozi solitarnih lezija mozga prvenstveno mislimo na malignu etiologiju, u atipičnih slučajeva potreban je poseban oprez, te dodatni dijagnostički postupci u postavljanju dijagnoze.

LITERATURA

1. Calabresi P, Schein PS. Medical Oncology, Second Edition. Mc Grow-Hill Inc. USA, 1993; 927-95.
2. Kirkwood JR. Essential of Neuroimaging, Second Edition. Churchill Livingstone Inc. New York, 1995; 219-45.
3. Radü EW, Kendall BE, Moseley IF. Computertomographie des Kopfes. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York, 1994; 92-9
4. Sutton D. Textbook of radiology and imaging, Sixth Edition. Churchill Livingstone Inc. New York, 1993; 1633-35.

Abstract

**PROBLEMS IN THE DIAGNOSTICS OF SOLITARY BRAIN LESIONS BY
COMPUTERIZED TOMOGRAPHY**

Milenka Đinđić-Pavičić, Adelaide Halaji, Miroslava Radić, Lidija Dimitrovski and Igor Antončić

Clinical Hospital Centre, Rijeka

A case of a 43-year-old man is described, in whom a solitary lesion of the cerebellum was discovered by the method of computerized tomography. The medical findings were later

confirmed by the MR and the diagnosis of the abscess was made.

Control CT-checkups were performed to follow-up the dynamics of the development as well as the morphology of the lesion.

Two and half months later a micro-surgical operation for the purpose of biopsy was done, revealing malignant cells relative to secondary metastases.

Key words: diagnostics, computerized tomography, brain, solitary lesions