

Budapesti Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet (Igazgató: Ökrös Sándor dr.) és Országos Mentőszolgálat (főigazgató: Oravetz Béla dr.)

A III. agykamra hirtelen halált okozó colloid cystája

Potondi András dr. és Barsi Béla dr.

Synonimák: colloid cysta, Monro-cysta, paraphysealis, ependymalis, chorioidealis, neuroepithealis cysta

A ritka megbetegedés többnyire akut rosszulletekkel jár, ezért sürgősségi, belgyógyászati, ideggyógyászati, hirtelen halál okozása miatt igazságügyi orvostani problémát jelent. Wallmann (18) első közlése óta (1858) a tumor tüneteinek vizsgálatával Fulton és Bailey (4), Byron és Russel (2), Zimmermann és German (17), Masson (12) és Gullota (3) foglalkoztak. Jefferson és McKissock (10,11) sikeres műtéteket végzett. Stookey (16), 33.3%-os műtéti mortalitásról számolt be. Kelly (13) ennek okát az anatómiai lokalizáció kényes volta mellett a gyakori téves praeoperatív diagnózisban jelöli meg. Hambücher (7) főleg lokalizáció szempontjából, Haymaker és Yenerman (8) pathológiai szempontból több esetet ismertet.

Esetismertetés

B.A., 17 éves lányt 1962. X. 16-tól fejfájásos panaszok miatt 9 napig kezeltek belosztályon. Főbb vizsgálati eredményei: Sella bemenet szélesebb, homloküregek finoman fátyolozottak, funduson elmosódott szélű papillák. Dg.: sinusitis frontalis. Heteroanamnézisből kiderül, hogy gyakran voltak rohamszerű fejfájásai, melyek fájdalomcsillapítókra és pihenésre szüntek. Ennek nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottak.

1964. V. 31-én 19 órakor mentők szállítják az OMSZ Kórházba eszméletvesztéssel járó rosszullet után. A beteg délelőtt és kora délután erős napsütésben napozott. Behozatalkor fejfájása megszűnt, panaszmentes. Statusa negatív. A beteg fél órás pihenő után saját lábán távozik, de a kórháztól néhány méterre ismét fellépő eszméletvesztés miatt visszahozzák. Sápadt. RR: 140/90. Pulzus: 74/min. Pár perc alatt ismét panaszmentessé válik. Belorvosi és fizikális neurológiai vizsgálat kóros eltérést nem mutat. A beteget az osztályra fel akarják venni, de saját felelősségére távozik. Éjjel lakásán újabb rosszullet. Az ügyelet 4s orvos gyógyszermérgezés gyanújával mérgezési osztályra szállíttatja. Felvételkor 1964. VI. 1.-én, 0 óra 30 perckor sensoriuma tiszta, tünetmentes. Vizelet barbiturára negatív. 9 órakor hirtelen soporo-comatosus állapot alakul ki. Neurológiai vizsgálat: praecomás beteg, fájdalomingerekre reagál, a bal pupilla valamivel tágabb, mindkettő fénymerek. Strabismus divergens. Tarkó kötött (extenziós tónusfokozódás?). Hasreflexek nem válthatók ki. Mindkét oldalon Babinsky, Oppenheim és Gordon pozitív. Időnként az alsó-és felső végtagon dyskinésisek.

Therápiás javaslat: dehydrálás. 13 órakor változatlan status, jó keringés mellett hirtelen exitus.

Diagnózis: embolia cerebri, vitium cordis.

Hatósági boncolás (Bjkvsz. 1621/1964). Az agyduzzanat miatt a tekervények elsímultak, a kisagyi mandulák körül az öreglik mély benyomata. Az agyat Virchow szerint boncoljuk, a ferde metszések után megállapítható, hogy az oldalkamrák kifejezetten tágultak. A III. kamrában a két foramen Monroi között cseresznye nagyságú cysta, mely a nyílásokat elzárja. Maguk a nyílások a megszokottnál tágabbak. A corpus callosum elvékonyodott. Részleges eltávolítás után megállapítjuk, hogy a cysta 11x12 mm nagyságú, plexus chorioideus maradványokkal borított. A corpus callosum elülső részéhez rögzült és a III. kamrából kiemelhető. A cystának tokja van,

melyben szürkés-barnás besűrűsödött anyag található. Az egyéb agyrészletek oedémásak, más szerveken kóros eltérés nincs.

Szövetteni vizsgálat: a cysta falát kötőszövetes tok alkotja, melyben helyenként kereksejtes beszűrődés látszik. Bélése egyrétegű szabályos hengerhám, melyen helyenként csillóra emlékeztető fonalak láthatók. Tartalma eosinophilen halvány rózsaszínűre festődő anyag, melyben elzsírosodott sejtek, zsírosan elfajult, felpuffadt sejtmaradványok és néhány leukocytá látszik.



1. kép. A III. kamrában elhelyezkedő cysta, jobbra lefelé ábrázolva.



2. kép. A cysta a III. agykamrából jól kiemelhető.

Megbeszélés

A III. agykamra cystái nem egységes eredetűek, leírtak paraphysealis, ependymalis, chorioidealis, neuroepithelialis és colloid cystákat. A benignus tumorok jelentőségét a kényes lokalizáció adja meg. Kocsányos nyéllal, ritkábban széles alapon a III. kamra tegmentumán rögzülnek, összefüggésben a plexus chorioideus-sal. A bélésen található egy vagy több rétegű hengerhám szekréciós tevékenységére utal a bázishoz közel elhelyezkedő mag, nagy nucleolussal és a protoplazmában megfigyelhető vacuolákkal (8). A hengersejtek néhol kefeszegélyt képeznek (15).

A betegek anamnézise általában 1-2 évre tekint vissza, de leírtak 9-11, sőt 18 éves kórlefolyást is (1,15). Általános tünetként jelzik a rohamokban fellépő, gyakran frontális lokalizációjú heves fejfájást, zavartsággal, néha öntudatvesztéssel és convulsiókkal. A fej bizonyos helyzetében a fejfájás hirtelen megszűnik. Az esetek felében hányingerről is panaszkodnak. A rohamok alatt intermittálóan majdnem 100%-ban megfigyelhető bilaterális papilla oedéma (15). A betegek rendszerint csak súlyos tünetekkel kerülnek vizsgálatra, hacsak a látásromlás miatt nem keresik fel orvosukat. A rohamok alatt hirtelen halál is felléphet (1,5,6).

A rohamszerű rosszullét magyarázható az egyik vagy mindkét oldali foramen Monroi, esetleg az aquaeductus Sylvii változó mérvű elzáródásával, mely intermittáló hydrocephalushoz vezet. A cysta a véna terminalisokra és a plexus chorioideusra nyomást gyakorolva súlyosbítja a helyzetet, egyrészt a basalis magvak haemorrhagiás infarctusát okozza, másrészt a liquor termelődését serkenti (6,16).

A tünetek másik csoportja az agyi központok nyomásával magyarázható. A szimpatikus központok izgalma rohamszerű tachy- vagy bradycardiát, hypo- vagy hypertenziót, nyáladzást és izzadást okozhat (Penfield féle diencephalikus autonom epilepsia (19)). A tartósan fennálló hyperglükemia az insularis apparatus kimerítésével valódi diabetes mellitushoz vezethet (2). Leírtak diabetes insipidust és exrapiramidális mozgászavarokat is. Érzelmi labilitás, aluszékonyság, esetleg álmatlanság, ingerlékenység lép fel, máskor szellemi eltunyulás, közömbösség és érzelmi elszívárosodás, mely frontális tumorral való összetévesztésre ad alkalmat. Horányi (9) szerint az agynyomásos tünetek dominanciája a göctünetekkel szemben az egyik legjellemzőbb tünet, a másik a tünetek gyors változékonysága. Diagnosztikáját és sebészeti vonatkozásait nem szándékozunk tárgyalni, de megemlítjük, hogy pneumoencephalographiával és ventriculographiával sok esetben felismerhetők és idegsebészetiileg hozzáférhetők.

Esetünk a III. agykamra colloid cystájának típusos kórlefolyását mutatja. Erre utal az anamnézis és a rohamokban fellépő rosszullétek, melyek a foramen Monroi intermittáló elzáródásával és következményes szakaszos liquor pangással magyarázhatók. Az anamnézisből a folyamat huzamosabb fennállása is megállapítható. Esetünkben a cysta hirtelen halálhoz vezetett a napozás által kiváltott agyi hyperaemia és ennek liquortermelődést fokozó hatása. A fokozott liquor termelés az amúgy is labilis liquorkeringés egyensúlyát végképp felborította és gyorsan progrediáló acut hydrocephalus fejlődött ki.

A típusos tünetek és anamnézis alapján indikált vizsgáló eljárások a korai diagnózist biztosíthaták volna lehetőséget adva a műtéti beavatkozásra, mely – a nagy műtéti mortalitás ellenére – nem reménytelen az idegsebészet mai fejlettsége mellett. Igazságügyi vonatkozásban mérgezés, vascularis agyi katasztrófa és kriminalis abortus (bár erre utaló anamnesztikus adat nem volt) jött számításba. A boncolás a ritka kórkép felismerésével a halál okát megnyugtatóan tisztázta.

Esetünket a kórkép ritkasága, sürgősségi belgyógyászati, ideggyógyászati, nemkülönbön igazságügyi orvosi vonatkozásai miatt tartottuk közlésre alkalmasnak.

Összefoglalás.

A szerzők a II. agykamra colloid cystáját ismertetik, mely rohamokban jelentkező rosszullétek után acut hydrocephalushoz és hirtelen halálhoz vezetett. A tisztázatlan tünetek miatt mérgezés, vascularis agyi katasztrófa és kriminalis abortus gyanúja merült fel. Ismertetik a II. agykamra cystáinak klinikai, pathológiai jellegzetességeit és a kérdéssel kapcsolatos irodalmat.

IRODALOM: 1. *Bailey, P.:* Die Hirngeschwülste. Enke Verlag. Stuttgart. 1936. 309. old. – 2. *Byron, F.B. and Russel, D.S.:* Lancet. 1932, 2, 278. – 3. *Gullota, F.:* Arch. Ital. Patol. Clin. Vol. II. 1958.- 4. *Fulton, J, F. and Bailey, P.P.J:* Nerv. Ment. Dis. 1929, 69, 1, 145, 261. 5. *Grassiord, A.:* id. Kelly. – 6. *Hall, A. J.:* Lancet. 1923, 1, 89. – 7. *Hambücher, D.:* Beitr. Path.Anat. 1952, 112, 453. – 8. *Haymaker, W. and Yenerman, M,H.:* Excerpta Med. Neur. and Psych. 1955,8,788. – 9. *Horányi B.:* Neurologia. Medicina Budapest, 1961, 352 old. – 10. *Jefferson, G.:* Proc .Roy. Soc. Med. 1937, 30, 830. 11. *McKissock, W.:* id. Kelly. – 12. *Masson, C.B.:* Arch.Surg. 1934, 28, 527. – 13. *Kelly R.:* Brain. 1951, 1, 74. 14. *Neustaedter, M. and Meltzer, T.:* Nerv. Ment. Dis. 1929, 90, 627. – 15. *Shaver, M.R.:* Arch. Neur. Psych. (Toronto, Canada) 1940, 43, 510. – 16. *Stookey, B.:* Bull. Neur. Instit. 1934, 3, 446. – 17. *Zimmermann, H, M. and German, W.J.:* Arch.Neur. Psych. 1933, 30, 309. – 18. *Wallmann:* id. Gullota . – *Penfield,* id. Horányi. _