گزارش یک مورد تومور مخچه ای همانژیوبلاستوم منجربه فوت با علائم روانی رفتاری

آریا حجازی[1]، امیر بشیان[2]، نازیلا بدیعیان موسوی[3]
1- استادیار، متخصص پزشکی قانونی، مدیر کل پزشکی قانونی استان فارس
2- متخصص آسیب شناسی، معاون آزمایشگاه اداره کل پزشکی قانونی خراسان رضوی
3- پزشک عمومی، کارشناس اداره کل پزشکی قانونی استان فارس

یافته / دوره دهم / شماره 1 / بهار 87 / مسلسل 35

چکیده

دریافت مقاله: 86/11/18، ***پذیرش مقاله***: 87/1/21

Ø مقدمه: تومورهای مغزی یکی از کشنده ترین بدخیمی هاست. این تومورها مکرراً با تظاهرات روانی و رفتاری همراه هستند که باید مورد توجه قرار گیرد. مطالعات نشان میدهد که اختلالات روانپزشکی اولیه در 47تا 94 درصد موارد با تومورهای مغزی همراهی دارند.

Ø گزارش مورد: خانمی 26 ساله مجرد با علایم عصبی روانی تحت درمان دارویی با داروهای ضد جنون و آرام بخش قرار داشت. برای سایر علائم بیمار، درمانهای علامتی نیز انجام شد اما حال نامبرده رو به وخامت گذاشت و درنهایت بعد از 6 ماه فوت کرد. در کالبد گشایی پس از مرگ، تومور مخچه ای همانژیوبلاستوم کشف شد.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: همانژیوبلاستوم توموری خوش خیم است و بارزکسیون، بهبودی حاصل می شود. اگر در این بیمار در ابتدای امر به علایم هشداردهنده توجه بیشتری می شد و ظن بالینی نسبت به وجود ضایعه فضاگیر مغزی بعنوان عامل ایجاد کننده علایم عصبی روانی بوجود می آمد و از حداقل روشهای تشخیص تصویربرداری مثل سی تی اسکن استفاده می شود، ما امروز شاهد مرگ انسانی با عنوان بیمار روانی نبودیم.

Ø کلید واژه‌ها: تومور مغزی، همانژیوبلاستوم، کالبد گشایی

آدرس مکاتبه: شیراز کمربندی معا لی آباد، اداره کل پزشکی قانونی استان فارس
پست الکترونیک: arya–hedjazi@Yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

تومورهای مغزی جزء کشنده ترین بدخیمی هاست که شامل دو دسته اولیه و متاستاتیک (ثانویه) می باشد. براساس مطالعات آماری، بروز تومورهای مغزی در سال 2002 در ایالات متحده 65/2 در هر صدهزار نفر در سال بوده است که اغلب مردها بیشتر از زنها گرفتار می شوند (1).

تومورهای مغزی اولیه و ثانویه مکرراً با علایم روانی و رفتاری همراه هستند. از جمله تغییرات شناختی، تغییرات شخصیت، اختلال در درک، اختلال در محتوا و روند تفکر، اضطراب، آژیتاسیون و تغییرات خلق و عاطفه. هرچه تومور سریعتر رشد نماید، این تغییرات بیشتر محسوس است (2).

بررسیها نشان می دهد که اختلالات روان پزشکی اولیه در 94- 47 درصد موارد با تومورهای مغزی همراهی دارند. براساس مطالعات قدیمی تر، در 18% بیماران مبتلا به تومورهای مغزی، علایم روانی و رفتاری اولین تظاهر بیماری است. فرکانس تومورهای اینتراکرانیال در اتوپسی های هدایت شده در بیمارستانهای روان پزشکی حدود3/5 درصد گزارش شده است. بنابراین یک روان پزشک باید از بیمارش و اعضاء خانواده او در مورد علامات شایع همراه با تومورهای مغزی سؤال کند از جمله: وضعیت حرکتی، حسی، راه رفتن، تغییرات تعادلی، تشنج یا فعالیتهای شبه تشنجی، سردرد تازه شروع شده، تغییرات بینایی یا شنوایی جدید، تهوع و استفراغ غیرقابل توجیه یا تغییرات شناختی، رفتاری، شخصیتی، عملکردی یا حافظه. هرچند تشخیص کلینیکی مناسب در چنین مواردی مشکل است اما استفاده از روشهای تصویربرداری مغزی غیر تهاجمی با دقت بالا که امروزه در دسترس می باشد، این مهم را تسهیل کرده است (3).

گزارش مورد

در مهرماه 84، خانم 26 ساله مجرد همراه خانواده اش به روان پزشک مراجعه می کند. اطرافیان از تغییرات خلقی، خواب آلودگی، کاهش علاقه و انرژی و تحریک پذیری بیمارشاکی هستند. نامبرده قبلاً هیچگونه مشکلی در این زمینه نداشته و سابقه فامیلی مثبت نیز ندارد. بیمار همچنین شروع ناگهانی علایم جسمانی مثل سرگیجه، سردرد با شدت بیشتر در پس سر، استفراغهای شدید و تلوتلو خوردن هنگام راه رفتن را نیز ذکر می کند. همراهان اظهار می دارند که وی چند بار دچار حملاتی به صورت بیرون زدن چشم از حدقه شده است. بیمار قبلاً به نورولوژیست مراجعه کرده و تحت EEG قرارگرفته که فاقد نکته غیر طبیعی بوده است. درمانهای متخصصین گوارش برای استفراغهای شدید نامبرده، مؤثر نبوده است. روان پزشک بیمار را تحت درمان دارویی قرار می دهد (آنتی سایکوتیک و سداتیو). اما علایم بیمار بتدریج پیشرفت می کند و نامبرده نهایتاً بعد از 6 ماه در فروردین ماه 85 در منزل فوت می کند. پس از ارجاع جسد به پزشکی قانونی، کالبدگشایی کامل انجام شد. در بررسی جمجمه: ادم نسج مغزی وجود داشت. ناحیه مخچه در سمت راست نکروز و خونریزی داشت و بافتی کلسیفیه با قوام سنگی مشهود بود. جهت بررسی آسیب شناسی، بافت مذکور به آزمایشگاه ارسال شد. گزارش پاتولوژی آزمایشگاه پزشکی قانونی، تومور مخچه ای از نوع همانژیوبلاستوم را نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

با دقت در شرح حال بیمار فوق، به سرنخ هایی می رسیم که ما را به وجود مسائل ارگانیک مغزی مشکوک می کند از جمله: شروع ناگهانی علایم خلقی بدون سابقه قبلی و سابقه فامیلی مثبت، نشانه های همزمان مثل سردرد پس سری (درتومورهای مغزی سردردها اکثراً روی همان منطقه تومور هستند)، تهوع، استفراغ مقاوم به درمانهای معمول، اختلال تعادلی، آتاکسی و حملات پروپتوز. بطور کلی علایمی که یک پزشک را به سمت تومورهای مغزی هدایت می کند شامل: تشنج یا پدیده های مشابه آن با شروع ناگهانی در بزرگسالان، شروع ناگهانی یا تشدید سردرد خصوصاً در شبها، در بیداری و بدتر شدن آن با تغییرات پوزیشن و مانوروالسالوا یا همراهی با

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

تهوع و استفراغ، کاهش حدت یا میدان بینایی یا دو بینی، کاهش شنوایی یکطرف شدید، سرگیجه یا وزوزگوش، مشکلات راه رفتن، عدم هماهنگی درحرکات، عدم تعادل و عدم توانایی در صحبت کردن می باشد (1).

یک ارزیابی تشخیص صحیح از چنین بیمارانی باید دربرگیرنده معاینه کامل فیزیکی، نورولوژیکی، وضعیت ذهنی، تصویر برداری ساختمانی و عملکردی مغز و سایر مطالعات اختصاصی نورولوژیک و مطالعات عصبی روانی باشد.

همانژیوبلاستوم: تومـــــوری خوش خیم است و بارزکسیون، بهبودی حاصل می شود. درمطالعه ای که روی 12 مورد همانژیوبلاستوم انجام شده در11 مورد پس از جراحی بهبود عمده در علایم نورو لوژیک حاصل شد و فقط در یک مورد علایم بالینی تغییر چندانی نداشت(4). اکثراً به صورت تومور مخچه ای در افراد جوان بروز می کند. به دوفرم (1) اسپورادیک (80-75 درصد موارد) و (2) فامیلیال: در سندرم ون هیپل لیندو که به صورت اتوزوم غالب به ارث می رسد، دیده می شود. همراه با تومورهای تیروئید، پانکراس، سیستم گوارشی، آنژیوماتوزرتین، کارسینوم رنوکورتیکال و رنال سل کارسینوما، فئوکروموسیتوم و نیز پاپیلاری سیست آدنوم اپیدیدم می باشد (5). البته در مواردی تومور در نازو فارنکس هم گزارش شده که همراه با علایم نورو لوژیک از جمله پروپتوز بوده است (6). بر خلاف نام تومور، منشاء نئوپلاسم سلولهای استرومایی است نه عروق. تومور به صورت ندول مورال گرد با حدودمشخص وبه خوبی ازبافت اطراف جداست ودارای رنگ زردتا قرمز قهوه ای است (7).

نهایتاً اگر در این بیمار در ابتدای امر به علایم هشدار دهنده توجه بیشتری می شد و ظن بالینی نسبت به وجود ضایعه فضاگیر مغزی بعنوان عامل ایجادکننده علایم عصبی روانی بوجود می آمد و ازحداقل روشهای تشخیص تصویربرداری مثل سی تی اسکن استفاده می شود، ما امروز شاهد مرگ انسانی با عنوان بیمارروانی نبودیم.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Manes FF, Robinson RG. Neuropsychiatric aspects of Brain tumors. Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. New york: Lippincott Williams & wilkins, 2002: 253 – 261
2. Soleimani D. Neurologic disease. Tehran: Danesh Pajooh, 1373: 248-283
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Mental disorder due to a general medical Condition. Cancro R. Synopsis of psychiatry. 8th ed. New york: W illiams & wilkins, 1998: 350-364
4. Spetzger U, Bertalanffy H, Huffmann B, Mayfram R L, Reul J, Gilsbach JM. Hemangioblastomas of the spinal cord and the brainstem:diagnostic and therapeutic features. Neuro therapeutics, 1996; 19: 147-151
5. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Pathologic Basis of disease. 3nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998: 1370-1394
6. Desouza CE, Ogale SB, Shah AA. An in filtrating Capillany hemangioma of the nasophanynx Causing Proptosis (a Case report). JPG M, 1988; 34(3): 182-184
7. Rosal J. Ackerman's surgical pathology. 8 nd ed. New york: Mosby, 1996: 2268-2344

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]