

616.831.39—006—089

STANOVISKO NEUROLOGA K OPERACÍM NÁDORŮ CORPUS CALLOSUM

Plk. MUDr. Lubomil ŠETLÍK, CSc.,
nervové oddělení vojenské nemocnice v Olomouci
K 60. narozeninám gen. prof. MUDr. Zdeňka Kunce, DrSc.

Na neurologickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice a neurochirurgické klinice fakulty všeobecného lékařství KU v Praze jsme měli možnost pozorovat několik nemocných s nádorem corpus callosum. Diagnostika těchto nádorů patří k nejtěžším v mozkové patologii. Velmi často se setkáváme s nesprávnou diagnózou záneřlivé nebo vaskulární léze centrálního nervového systému nebo s nesprávnou lokalizací nádorů. V této práci se však nechceme zabývat otázkami klinické symptomatologie ani možnostmi rentgenových kontrastních vyšetření pro diagnostiku nádorů kalosa.

Špatné operační výsledky u našich nemocných postavily před nás další problém — otázku vhodnosti operačního zákroku vůbec, popřípadě za jakých podmínek jej máme indikovat.

Názory na vhodnost a výsledky chirurgického zákroku u nádorů corpus callosum jsou rozdílné. Někteří autoři (Le Beau 1943, Le Beau a Daum 1951) se stavějí za operační odstranění nádoru. Brihaye a Balisau (1956) doporučují operaci hlavně u předních lokalizací i za cenu zhoršení stavu a odmítají paliativní dekompresi a rtg. terapii. Naproti tomu druhá skupina autorů (van Gehuchten a Dereymacker 1956, Colmant a Grote 1959) uvádí, že operační výsledky jsou velmi špatné. Doporučují proto rtg. terapii s případnou dekompresí, s kterými měli lepší výsledky než s operací.

Pokusili jsme se proto zhodnotit výsledky operačních zákroků i na podkladě naší sestavy. Z našich 32 nemocných bylo operováno 21, u ostatních 11 nebyl chirurgický výkon prováděn. U jednoho nemocného s metastázou bronchogenního karcinomu do splenia corporis callosi a do mesencefala, u něhož byla provedena ventrikulostomie podle Scarffa a který zemřel za 2 měsíce po operaci, operační výsledky nehodnotíme.

Z 20 operovaných bylo 12 mužů a 8 žen. Nejmladšímu bylo 21 a nejstaršímu 67 let. Rozdělení pacientů podle věku a pohlaví ukazuje graf 1.

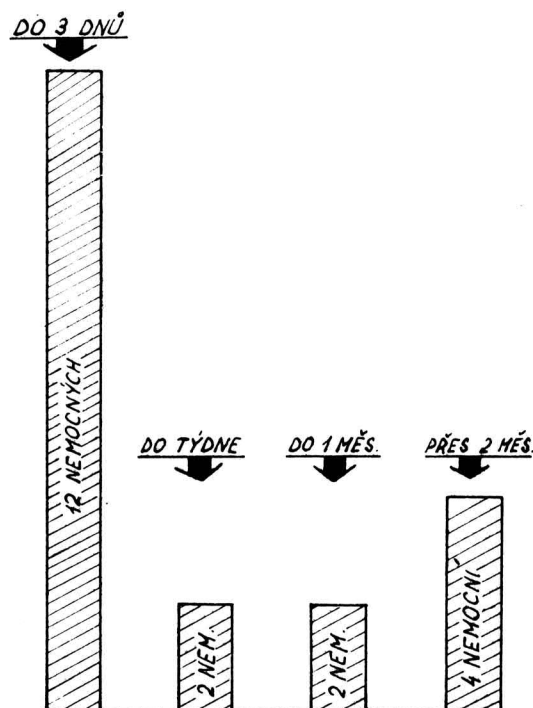
ROZDĚLENÍ 20 OPEROVANÝCH PODLE VĚKU A POHLAVÍ

POČET	VĚK									
	20-30		31-40		41-50		51-60		PŘES 60	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
6.										
5.										
4.										
3.										
2.										
1.										

Operační výsledky byly velmi špatné. Z 20 operovaných 12 (tj. plných 60 %) zemřelo do 3 dnů po výkonu. Pouze 4 nemocní (20 %) žili po operaci déle než 2 měsíce. Délku přežití po operačním zákroku ukazuje graf 2.

Graf 2

ÚMRTÍ PO OPERACI (20 NEMOCNÝCH)



Z našich operovaných jsme vyčlenili skupinu 4 nemocných, kde nebyla prováděna resekce mozkové nebo nádorové tkáně. U 2 z nich byl proveden jen návrh a probatorní punkce mozku. Oba nemocní zemřeli druhý den po výkonu. U dalšího po osteotomii a durotomii vzhledem k značnému edému mozku byly provedeny jen nástřihy tvrdé pleny a probatorní punkce mozkové tkáně bez cerebrotomie a bez probatorní excise nádoru. Stav nemocného nebyl operačním výkonem ovlivněn a nemocný zemřel za 11 dní. U jedné pacientky byly provedeny návrhy podle Sachse jako příprava na ventrikulografii. Mozek byl silně edematózní a vyhrézával do rány. Ventrikulografie proto nebyla provedena. Za 3 hodiny po výkonu se objevila symptomatologie okcipitálního konu a nemocná zemřela.

Ze skupiny 16 operovaných, kde byla provedena resekce nádoru, jsme jen u 4 viděli po

operaci přežití delší než 2 měsíce. Dva z nich byli operováni dvakrát, a to za 9 a za 18 měsíců po první operaci, když mezitím byla prováděna rtg. terapie. V prvním případě šlo histologicky o astrocytární glioblastom a ve druhém o proliferující oligodendrogliom. Postupné progresivní horšení stavu pro recidivu nádoru si však vyžádalo novou operaci. První z těchto nemocných zemřel za 42 dnů po druhé operaci. V pooperační době se u něho vyvinula těžká purulentní leptomeningitida, která byla příčinou smrti. Druhý nemocný zemřel za 7 dní po opakované operaci a příčinou smrti byl rozsáhlý edém mozku s výrazným okcipitálním a temporálním konem.

Další operovaný po paliativní resekci levého čelního laloku, při které byl zjištěn glioblastom vyžrálejšího typu prorůstající přes corpus callosum do druhé hemisféry, byl za 10 týdnů po operaci a po následné rtg. terapii propuštěn do domácího ošetřování s výraznou frontální symptomatologií. Další jeho osud se nám nepodařilo zjistit.

U jiné nemocné po částečném odstranění nádoru (proliferující astrocytom) v čelním laloku se po operaci zlepšil celkový stav. Vymizel syndrom nitrolební hypertenze, ustoupila městnavá papila a zbýval jen frustní neurologický nález. Byla prováděna rtg. terapie. S výjimkou několika epileptických paroxysmů byla pacientka více než rok zcela bez potíží, pak však došlo k postupnému zhoršování stavu a nemocná zemřela doma za 18 měsíců po operaci.

Prekvapující je, že 2/3 operovaných i po dosti velké resekci nádorové a mozkové tkáně a tím značné vnitřní dekompresi zemřely v několika prvních dnech po výkonu. Pátrali jsme proto po příčinách neúspěchu operačního zákroku.

U 4 nemocných byla příčinou smrti embolie arterie pulmonalis (dvakrát druhý, jednou třetí a jednou pátý pooperační den). U jednoho, jak již bylo uvedeno, byla příčinou smrti purulentní leptomeningitida.

Jiný nemocný, u něhož šlo o rozsáhlý glioblastom postihující celé corpus callosum a obě hemisféry a který zemřel 18. den po operaci, měl při pitvě rozsáhlý mozkový edém s prolapssem hemisféry do trepanačního otvoru.

U dalšího nemocného s proliferujícím astroblastomem přecházejícím v glioblastom, kde při operaci byly odstraněny ve frontálním laloku rozbředlé nádorové hmoty v takovém rozsahu, že vznikla dutina velikosti 6 × 8 cm, byla ještě tentýž den dělána pro stále se horšící stav operační revize. Při ní se ukázalo, že dutina vzniklá resekci je zcela vyplněna malatickou a edematózní mozkovou tkání. Nemocný zemřel druhý pooperační den.

Také u ostatních operovaných byl při sekci zjištěn rozsáhlý mozkový edém spojený s výrazným okcipitálním a temporálním konem.

Soudíme proto, že příčinou prudkého zhoršení stavu bezprostředně po operaci je náhlá změna relativní nitrolební tlakové rovnováhy, kdy po vnitřní dekompresi v důsledku resekce

nádorové a mozkové tkáně dojde k rychlé progresi mozkového edému a ke vzniku nebo zhoršení temporálního a okcipitálního konu, které jsou příčinou smrti.

U všech 4 našich nemocných, kteří žili po operaci déle než 2 měsíce, byla prováděna rtg. terapie. Další byl ozařován ještě před operací. U těchto 5 nemocných jsme mohli zaznamenat po rtg. terapii přechodné subjektivní i objektivní zlepšení stavu.

Daleko lepší operační výsledky jsou u nenádorových afekcí corpus callosum. Měli jsme možnost pozorovat 34letého muže, u kterého na podkladě klinických příznaků spojených s výrazným syndromem nitrolební hypertenze i podle kontrastních vyšetření byl diagnostikován nádor corpus callosum. Při operaci byla ze zadní části kalosa vysáta krev a čirá tekutina, u kterých se operátor domníval, že tvoří obsah cystické části nádoru. Histologické vyšetření však ukázalo, že šlo o postmalatickou pseudocystu. Nemocný se po operaci výrazně zlepšil a zůstal až na nepatrnou hemiparézu zcela bez obtíží.

Podle našich zkušeností je u nádorů corpus callosum vhodnější rtg. terapie než operační zákrok. Trepanopunkci pokládáme přímo za kontraindikovanou. Operační výsledky jsou ve shodě s většinou literárních údajů špatné a operace vede obvykle k rychlému zhoršování stavu a k exitu. Jsme si vědomi toho, že nemůžeme při ní nikdy radikálně odstranit nádor a výkon zůstane nutně vždy pouze paliativním.

Došli jsme proto k závěru, že tam, kde je jasně prokázáno, že jde o nádorovou afekci kalosa (nejčastěji to bude patologická vaskularizace na arteriografii), operační výkon neindikujeme. V případech, kde etiologie není zcela jasná a nelze bezpečně vyloučit i jinou příčinu, nejčastěji půjde o krvácení nebo postmalatickou pseudocystu, rozhodneme se pro operační zákrok.

Souhrn

Autor se domnívá, že u nádorů corpus callosum je daleko vhodnější rtg. terapie než chirurgický výkon. Operační zákrok vede většinou k rychlému zhoršení stavu a k exitu. Z 20 operovaných jen 4 přežili 2 měsíce, naproti tomu 60 % zemřelo do 3 dnů po operaci. Za kontraindikovanou pokládá trepanopunkci. Soudí, že tam, kde je jasně prokázáno, že jde o nádorovou afekci kalosa (nejčastěji patologická vaskularizace na arteriografii), není správné operační výkon indikovat. V případech, kde nelze bezpečně vyloučit i jinou příčinu (nejčastěji krvácení nebo postmalatickou pseudocystu), je operační zákrok indikován.

Literatura

1. Le Beau, J.: Sur la chirurgie des tumeurs du corps calleux. Un. méd. Can., 72, 1943:1385.
2. Le Beau, J., Daum, S.: Glioblastome du corps calleux. Ablation et survie de huit ans. Rev. neurol., 84, 1951:406.
3. Brihaye, J., André-Balissaux, G.: Agénésies et lipomes du corps calleux. Schweiz. Arch. Neurol., 77, 1958:367.
4. Busch, E.: The astrocytomas of the corpus callosum. Acta chirurg. scand., 85, 1941:76.
5. Colmat, H. J., Grote, W.: Tumoren der Balkenregion. Schweiz. Arch. Neurol., 84, 1959:47.
6. Gehuchten, P. van, Deremackere, A.: Huit cas de tumeurs du corps calleux. Schweiz. Arch. Neurol., 77, 1956:441.
7. Šetlík, L.: Nádory corpus callosum. Čs. neurol., 25, 1962:320.
8. Šetlík, L.: Nádory corporis callosi. Kandidátská disertační práce. 1966.