



RYCINA 9-1 Względna częstość występowania śródczaszkowych guzów mózgu u dorosłych, w zależności od lokalizacji.

Źródło: Lohr JB, Cadet JL: „Neuropsychiatric Aspects Of Brain Tumors”, w *The American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry*. Red. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Waszyngton, DC, American Psychiatric Press, 1987, s. 355. Przedrukowano za zgodą.

występujących przy guzach mózgu, nie było dotychczas szczegółowych badań na dużą skalę, w których analizowano by korelacje między takimi objawami a różnymi cechami guza. Nasza wiedza o czynnikach neuropsychiatrycznych i neuropsychologicznych współwystępujących z guzami mózgu opiera się na stosunkowo nielicznych klinicznych studiach przypadków oraz na publikowanych w starszej literaturze neurologicznej i neurochirurgicznej niekontrolowanych badaniach serii przypadków. Omawiając zagadnienia przedstawione w dalszej części rozdziału, korzystaliśmy w dużej mierze z tych źródeł.

CZĘSTOŚĆ OBJAWÓW NEUROPSYCHIATRYCZNYCH U PACJENTÓW Z GUZAMI MÓZGU

Niestety, zdumiewająco mało nowszych badań poświęcono częstości występowania objawów psychiatrycznych u pacjentów z guzami mózgu. Dostępne prace to zwykle duże badania pośmiertne, przeważnie z pierwszej połowy dwudziestego wieku.

Na przykład Keschner i wsp. (1938) zaobserwowali objawy psychiatryczne u 413 (78%) spośród 530 pacjentów z guzami mózgu, Schlesinger (1950) zaś w serii 591 pacjentów stwierdził zmiany zachowania u 301 (51%) osób. Wprawdzie związane z obecnością guza złożone objawy neuropsychiatryczne mogą współwystępować z ogniskowymi neurologicznymi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi, lecz często bywają pierwszym klinicznym przejawem guza – tak było w przypadku 18% pacjentów, których badali Keschner i wsp. (1938). W badaniu 4 pacjentów z guzami śródczaszkowymi Ko i Kuk (1989) odnotowują, że 3 z nich początkowo zgłosiło się do psychiatrów na badanie diagnostyczne i leczenie. W innej, późniejszej analizie grupy pacjentów z oponiakami stwierdzono, że 21% z nich początkowo miało objawy psychiatryczne przy braku neurologicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych (Gupta i Kumar 2004). W sumie z badań tych wynika, że lekarze pierwszego kontaktu i psychiatrzy powinni zwracać baczną uwagę na potencjalne nieprawidłowości neurologiczne u pacjentów zgłaszających się z objawami psychiatrycznymi i behawioralnymi.