

ЕСЕНЦИАЛЕН ТРЕМОР И ФРОНТАЛЕН МЕНИНГЕОМ

Б. Иванов, И. Димитров, Н. Делева, А. Капрелян

Key words: *Essential tremor, frontal meningioma, coexistence*

Въведение

Есенциалният тремор (ЕТ) е най-честото двигателно нарушение, с висока инвалидизация, но с все още неизяснена патофизиология. Предполага се участието на оливо-церебело-таламо-кортикалния път в генезата на заболяването и се приема, че долната олива и nucleus ventralis intermedius на таламуса играят роля на централен осцилатор (2).

ЕТ рядко се асоциира с мозъчни тумори. Описвани са случаи на класически ЕТ при тумори на базалните ганглии и таламуса, след церебеларни хеморагии или хемисферектомии (3,4,5,7,8,9).

Клиничен случай

Представена е 74 годишна пациентка с анамнеза за главоболие и неспецифични оплаквания с давност 1 година. Извършената компютърна томография демонстрира интракраниален тумор в лява фронтална област, най-вероятно менингеом. Половин година след началото на главоболието се появява тремор на ръцете, последван скоро от тремор на главата и брадичката. Няколко месеца по-късно туморът е отстранен оперативно, хистологично е доказан менингеом, но треморът персистира.

Шест месеца след операцията пациентката постъпва в клиниката с треперене на ръцете при подържане на поза и извършване на движения. Треперенето намалявало при прием на малки дози концентриран алкохол, болната не съобщава за родственици с треперене. Неврологичният статус установява постурален, ак-

Essential tremor is not frequently associated with brain tumors. We report a 74 year old female with frontal meningioma and essential tremor. She had history of headache preceding the onset of postural and kinetic hand tremor and tremor of head and chin. After the surgical tumor removal the tremor persisted and later was markedly relieved by clonazepam. We discuss the potential role of frontal lesions affecting the cerebello-thalamo-cortical pathways in essential tremor.

ционен и непостоянен статичен тремор на ръцете, тремор на главата и брадичката. Липсват брадикинезия и ригидно повишен мускулен тонус. Електромиографското изследване демонстрира синхронен постурален и кинетичен тремор на ръцете с честота 7-8 Hz. Компютърната томография показва костен дефект в лява фронтотална област, постоперативна киста с размер 2,5 см, разширен и леко ретрахиран ляв страничен вентрикул.

На пациентката бе поставена клинична диагноза ЕТ тип А (3) и започната терапия с клоназепам. Амплитудата на тремора намаля значително 2 седмици след началото на лечението.

Обсъждане

Най-вероятно в нашия случай се касае за коекзистенция на фронтален менингеом и ЕТ. Въпреки това, трябва да се има предвид възможността фронтални лезии, засягащи церебело-таламо-кортикалните пътища, да оказват влияние върху генезата на ЕТ.

Тремор като доминиращ симптом е описан при астроцитомии на базалните ганглии и таламуса, фалкс менингеоми, менингеоми на крилото на сфеноидната кост, след операция или лъчелечение на различни мозъчни тумори, след церебе-

*Първа Клиника по нервни болести,
УМБАЛ „Света Марина Варна“*

ларен кръвоизлив или хемисферектомия (3,4,5,7,8,9).

Симптомът може да се дължи на взаимодействието на различни механизми. Лезията може да засяга директно таргетните структури, упражнявайки компресия върху невроните или нервния път, или да редуцира кръвотока, засягайки по този начин метаболизма (2,7,9). Туморът или перитуморният едем могат да оказват и дис-тантни ефекти върху таргетни структури или съдовата мрежа (1,2,7,9). Засягането на церебело-таламични проекции е най-честата причина за поява на постурален и интенционен тремор, а въвличането на червеното ядро и субстанция нигра и проекциите им са причина за появата на статичен тремор (2,4,7). Тумори в областта на допълнителното моторно поле предизвикват тремор, неотговарящ на леводопа (1,3,6).

Мозъчните тумори не причиняват тремор толкова често, колкото би могло да се очаква. Най-вероятно това се дължи на засягането и на структури, чиято директна или индиректна увреда намалява тремора - вентролатералния таламус, зона инсерта, пулвинар, вътрешния палидум (1,3,5,7,8). От друга страна тези зони са таргетни при лечение на различните видове тремор чрез лезионна хирургия или дълбока електростимулация (6).

Ефектът на мозъчните тумори върху предшестваш тремор не е конкретно проучен. Отново може да се очакват полярни ефекти, в зависимост топиката на неоплазмата.

Заклучение

ЕТ е често срещано инвалидизиращо заболяване. Възможните взаимодействия с мозъчни тумори налагат индивидуален подход с внимателна преценка и провеждане на невроизобразяващи изследвания за изключване на подлежаща патология при всеки един случай

Литература

1. *Barbosa, E., Teixeira, M., Chaves, C., Scaff, M. Parkinson disease associated to a brain tumor: a case report. Arq Neuropsiquiatr, 1991, 49, 3, 338-41.*

2. *Chahine, L., Ghosh, D. Essential tremor after ipsilateral cerebellar hemispherectomy: support for the thalamus as the central oscillator. J Child Neurol, 2009, 24, 861-4.*
3. *Deuschl, G., Bain, P., Brin, M. Consensus statement of the Movement Disorder Society on Tremor. Ad Hoc Scientific Committee. Mov Disord, 1998, 13, suppl 3, 2-23.*
4. *Krauss, J., Nobbe, F., Wakhloo, A., Mohadjer, M., Vach, W., Mundinger, F. Movement disorders in astrocytomas of the basal ganglia and the thalamus. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1992, 55, 1162-1167.*
5. *Malomo, A., Emejulu, J. Could Parkinsonism complicate craniotomy and excision of convexity meningioma? A case report. Afr J Med Med Sci, 2008, 37, 1, 87-91.*
6. *Merren, M. Gabapentin for treatment of pain and tremor: a large case series. South Med J, 1998, 91, 8, 739-44.*
7. *Nachev, P., Wydell, H., O'Neill, K., Husain, M., Kennard, C. The role of the pre-supplementary motor area in the control of Action. Neuroimage, 2007, 36, 3-3, 155- 163.*
8. *Tengah, D., Byrne, P., Wills, A. Urgent 2-week referrals for CNS/brain tumours: a retrospective audit. Clin Oncol (R Coll Radiol), 2003, 15, 1, 7-9.*
9. *Zsiboy-Gisinger, M. Symptom picture of a unilateral fronto-medial falcial meningioma with extrapyramidal symptomatology. Neurochirurgia (Stuttg), 1975, 18, 6, 213-7.*

Адрес за кореспонденция:

Д-р Борислав Иванов, дм
Първа Клиника по нервни болести,
УМБАЛ „Света Марина Варна”,
ул. „Хр. Смирненски” №1, Варна,
E-mail: borislav.ivanov@mail.bg