

Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pepo](http://www.elsevier.com/locate/pepo)

## Kazuistyka/Case report

# Torbiele pajęczynówki u noworodków – opis 4 przypadków

## Cerebral arachnoid cysts in newborns – 4 case reports

Dorota Lisowska-Mikołajków<sup>1,\*</sup>, Agata Mikołajków<sup>2</sup>, Jędrzej Reczuch<sup>2</sup>,  
Barbara Królak-Olejnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

<sup>2</sup>Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

## Historia artykułu:

Otrzymano: 25.04.2017

Zaakceptowano: 01.06.2017

Dostępne online: xxx

## Słowa kluczowe:

- wada wrodzona mózgowia
- objawy neurologiczne
- badania obrazowe
- neurochirurgia
- rehabilitacja

## Keywords:

- Congenital brain disorder
- Neurological symptoms
- Imaging diagnostics
- Neurosurgery
- Rehabilitation

## A B S T R A C T

Arachnoid cysts are one of the endocranial pathologies occurring between dura mater of cerebrum and cerebellum and pia mater. The symptoms of arachnoid cysts depend on their size and localization. Small cysts are usually asymptomatic or present mild symptoms. Vast cysts cause mass effect, create pressure, displace surrounding tissues, and increase intracranial pressure, which may lead to neurological symptoms. The most common localization of cysts is in the middle and posterior cranial fossa in the natural reservoirs of cerebrospinal fluid. They may be diagnosed in the prenatal period or accidentally after birth. They may grow fast or diminish slowly or even disappear. Even neurological symptoms of the vast cysts are unspecific. This review is based on 4 case reports of patients diagnosed with arachnoid cysts in the Department of Neonatology in the years 2015-2016. This review will present diagnostic and therapeutical procedures, and in some cases neurological follow-up.

© 2017 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

### Wstęp

Torbiele pajęczynówki stanowią około 1% zmian wewnątrzczaszkowych. Stwierdza się je u osób w każdym wieku,

jednak aż 75% rozpoznań dotyczy dzieci. Częściej występują u chłopców niż u dziewczynek (stosunek 3–5:1) [1].

Torbiel pajęczynówki jest zmianą o charakterze wrodzonym, powstaje jako uchyłek rozwijającej się pajęczynówki. Jest przestrzenią płynową pomiędzy rozwarstwionymi ścianami

\* Adres do korespondencji: Klinika Neonatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, Polska.

Tel.: +48 71 733 15 00; 71 733 15 27.

Adres email: [jackmik@home.pl](mailto:jackmik@home.pl) (D. Lisowska-Mikołajków).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2017.06.001>

0031-3939/© 2017 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

opony pajęczej, która nie komunikuje się z przestrzenią podpajęczynówkową. Prawdopodobnie powstaje po zakończeniu embriogenezy [2]. Jej zawartość stanowi płyn mózgowo-rdzeniowy (CSF; *cerebrospinal fluid*). Torbiele zwykle lokalizują się na poziomie głównych bruzd: bocznej (Sylwiusza), środkowej (Rolanda), międzypółkulowej i w okolicy siodła tureckiego. Mogą one występować w przednim dole czaszki, środkowym (50% przypadków torbieli pajęczynówki) lub tylnym [1, 3–5]. Podnamiotowo torbiele umiejscowione są zwykle w linii środkowej, pomiędzy półkulami mózdzku bądź w kącie mostowo-mózdkowym.

Torbiele pajęczynówki mają ścianę z kolagenu wyścieloną komórkami *arachnothelium* [1]. Zazwyczaj są jednokomorowe lub, rzadziej, wielokomorowe, cienkościennie, dobrze odgraniczone, o okrągłym lub owalnym kształcie. Mogą się powiększać do znacznych rozmiarów, ale nie zdarza się, by obejmowały nerwy czaszkowe czy naczynia [1, 6].

W badaniach neuroobrazowych torbiel przedstawia się jako zmiana wypełniona CSF, dobrze odgraniczona, o okrągłym lub owalnym kształcie. Jej gęstość, badana przy użyciu tomografii komputerowej (TK), może sięgać kilkunastu HU (jednostka Hounsfielda – ilościowa, opisująca gęstość radiologiczną), zaś intensywność sygnału mierzona podczas rezonansu magnetycznego (MRI; *magnetic resonance imaging*) podobna jest do tej charakterystycznej dla CSF. W obrazie T1-zależnym zmiana jest hipointensywna, a w T2-zależnym hiperintensywna. W sekwencji FLAIR stwierdza się całkowitą supresję zmiany (hipointensywna) [7–9].

Torbiele pajęczynówki dawniej wykrywano przypadkowo, zwykle śródoperacyjnie lub autopsyjnie. Obecnie wykrywa się je przyżyciowo, poczynając od okresu prenatalnego, zwykle w trzecim trymestrze ciąży, rzadziej w drugim. Jeden kazuistyczny opis dotyczył wykrycia torbieli pajęczynówki w 13. tygodniu ciąży (Hbd – łac. *hebdomas graviditas*) [10]. Wielkość torbieli u płodu zwykle wynosi od kilkunastu do około 50 milimetrów [11]. Torbiele wielkości kilku milimetrów mogą pozostać niezauważone i stwierdzenie ich następuje dopiero postnatalnie i to zarówno w okresie noworodkowym, jak i dorosłym, w czasie badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego (OUN) [1, 12]. Torbiele te często mają przebieg bezobjawowy. Czasami jednak już prenatalnie stwierdza się u płodu powiększony obwód głowy z obrazem wodogłowia. Natomiast po urodzeniu objawy najczęściej wynikają z dużej masy torbieli. Torbiel, wywołując efekt masy poprzez ucisk otaczających struktur, może powodować objawy w postaci niepokoju, rozdrażnienia, zaburzeń napięcia mięśniowego, oczopląsu czy drgawek. W okresie niemowlęcym i dziecięcym może być też przyczyną opóźnionego rozwoju psychoruchowego, zaburzeń zachowania, zaburzeń snu [12, 13].

Aktualnie dzięki prężnemu rozwojowi medycyny matczyino-płodowej (perinatologii) możliwa jest nie tylko wczesna diagnostyka torbieli pajęczynówki, ale również wczesna skuteczna interwencja neurochirurgiczna. W wybranych przypadkach dekompresja torbieli jest już możliwa w okresie płodowym lub zaraz po urodzeniu. Podjęcie wczesnej interwencji zapobiega nieodwracalnemu uszkodzeniu struktur mózgu poprzez ekspansję torbieli [14].

Pierwotne torbiele pajęczynówki powstają w następstwie nieprawidłowej embriogenezy pajęczynówki, natomiast

**Tabela I – Anomalie chromosomalne współistniejące z torbielą pajęczynówki [15]**  
**Table I – Chromosomal anomalies coexisting with arachnoid cysts [15]**

Autor (rok)	Rodzaj anomalii	Dodatkowe anomalie
Hogge i wsp., 1995	9q22, Xq22	Micrognathia, Overlapping fingers
Souter i wsp., 2003	14q32.3	Fallot, IUGR, dysmorfia, przepukliny pachwinowe
Pilu i wsp., 1997 Elbers i Furness, 1999	Trisomia 18 Triploidia	DORV
Respondek i wsp., 2009	Delecja długiego ramienia chromosomu 14	Fallot, IUGR

wtórne jako powikłanie krwawienia, infekcji lub urazu [1]. Torbiele wtórne, w przeciwieństwie do pierwotnych, zwykle komunikują się z przestrzenią podpajęczynówkową. Torbiele pajęczynówki występują jako wada izolowana, zwykle z wtórnym poszerzeniem komór bocznych lub związane z dysgenezą ciała modzelowatego bądź innymi anomaliami w zakresie OUN albo innych narządów [4]. Stwierdzano ich współistnienie z *omphalocoele*, z wadami serca (zespół Fallota, dysplazja zastawki trójdzielnej, nieprawidłowy spływ żył płucnych i systemowych) (Tab. I) [1, 15].

W naszym materiale torbielom pajęczynówki towarzyszyły: agenezja ciała modzelowatego i struktur przegrodowych, wady serca (PFO, ASD, VSD), dysmorfia.

Wykrycie torbieli pajęczynówki jest stosunkowo proste, ale diagnostyka różnicowa nie należy do łatwych. Powinna obejmować torbiel porencefaliczną [6], torbiel splotu naczyniówkowego [1], malformację tętniczko-żylną Galena [1], torbiel gliopendymalną [16], schizencefalię [17], torbiel nowotworową [18], krwawienie do OUN [1], zespół Dandy'ego i Walkera [19, 20], a w skrajnych przypadkach również hydranencefalię [9].

## Opis przypadków

### Przypadek 1 (M.J.), ur. 28.12.2015r.:

Noworodek płci męskiej z CI PI, eutroficzny, donoszony (38. 2/7 Hbd), urodzony drogą cięcia cesarskiego. Przebieg ciąży powikłany zagrażającym porodem przedwczesnym w 31. Hbd. W 35. Hbd rozpoznano wodogłowia u płodu, stwierdzając znacznego stopnia poszerzenie tylnego rogu komory bocznej prawej mózgu (KBP) (59 × 35 mm). Wykluczono zakażenie *Toxoplasma gondii* (Toxo). Rodzice dziecka zdrowi, młodzi, o nieobciążonym wywiadzie rodzinnym i chorobowym.

Postnatalnie stan dziecka oceniono jako dobry, 10 pkt Apgar (Apg.). Masa ciała 3030 g, co stanowi 47. centyl (c), obwód głowy 34 cm (50. c). Zewnętrznie bez cech dysmorfii. W wykonanym w 2, a następnie w 7. dobie życia (d.ż.) badaniu ultrasonograficznym (USG) mózgowia potwierdzono poszerzenie układu komorowego mózgu zwłaszcza w zakresie komory bocznej prawej (KBP), uwidaczniając jednocześnie ubytek przegrody przeźroczystej na poziomie rogów czołowych komór bocznych, bez ewidentnych cech progresji między badaniami.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8579497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8579497>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)