Uw diagnose?

D. Geleynse, L.M.H. Kloos

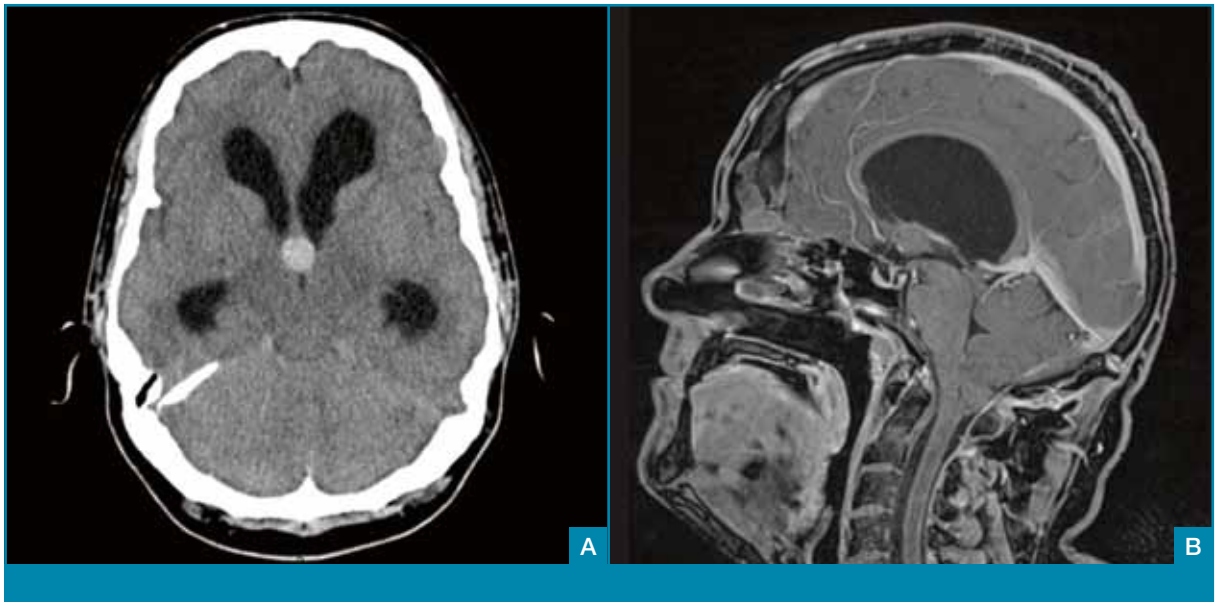
(Tijdschr Neurol Neurochir 2013;114:43-44)

Ziektegeschiedenis

Een 29-jarige patiënt wordt door de huisarts verwezen naar de polikliniek neurologie in verband met persisterende hoofdpijnaanvallen sinds een halfjaar. De hoofdpijn is bonzend van karakter en ontstaat vanuit de nek met uitstraling naar het achterhoofd. De aanvallen duren ongeveer een minuut en treden gemiddeld één à twee keer per week op. De hoofdpijn is zo hevig dat patiënt op bed gaat liggen, waarna de hoofdpijn zakt en hij vaak in slaap valt. Ook het hoofd naar voren buigen geeft een afname van de klacht. Tijdens een hoofdpijnaanval kan patiënt niet goed op de benen staan en het is meerdere keren gebeurd dat hij dan door de benen zakt. Eenmaal kon hij letterlijk niet meer lopen en heeft hij telefonisch hulp ingeroepen. Soms gaat een dergelijke aanval gepaard met duizeligheid, misselijkheid en braken. De voorgeschiedenis van deze patiënt is blanco. Voor de hoofdpijnklacht gebruikt hij paracetamol. Bij neurologisch onderzoek wordt een gezonde jongeman gezien zonder neurologische afwijkingen, behalve papiloedeem beiderzijds. In verband met het papiloedeem werd een CT-hersenen verricht. Hierop werd een ronde hyperdense structuur van ongeveer 2,5 cm gezien. Tevens was er sprake van een forse uitzetting van de zijventrikels (zie *Figuur 1A*). De laesie, gelegen net onder de sterk verwijde laterale ventrikel, was op de MRI-hersenen iso-intens en kleurde niet aan met intraveneus contrast (zie *Figuur 1B*).

Kunt u met deze gegevens een diagnose stellen?

De juiste diagnose vindt u op de volgende pagina.



Figuur 1: CT-scan van de hersenen zonder contrast (A). T1-gewogen MRI-opname na intraveneuze toediening van gadolinium (B).

Auteurs: mw. drs. D. Geleynse, anios neurologie/bewegingswetenschappen, dhr. drs. L.M.H. Kloos, neuroloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda.

Correspondentie graag richten aan: mw. drs. D. Geleynse, arts-assistente neurologie, Groene Hart Ziekenhuis, Bleulandweg 10, 2803 HH Gouda, tel.: +31 (0)182-50 50 50, e-mail: d_geleynse@hotmail.com.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Ontvangen 23 januari 2012, geaccepteerd 4 juni 2012.

Diagnose

Obstructieve hydrocefalus op basis van een colloïdcyste van de derde ventrikel.

De obstructieve hydrocefalus op de CT-scan van de hersenen werd veroorzaakt door een colloïdcyste (zie *Figuur 1A* op pagina 43). De hyperdensiteit op een CT-scan wordt bepaald door de hoeveelheid cholesterol en eiwit in de cyste.[1] In de meeste gevallen hangt de colloïdcyste, een ronde massa, aan het dak van de derde ventrikel ter hoogte van de foramina van Monro (zie *Figuur 1B* op pagina 43).
Colloïdcysten horen thuis in het rijtje van zeldzame, niet-maligne, gesteelde primaire hersentumoren.[2] Afhankelijk van de groeisnelheid van de cyste kunnen patiënten symptomen ontwikkelen.[3] Klassieke symptomen zijn hevige, maar kortdurende hoofdpijnaanvallen, die houdingsafhankelijk kunnen zijn. Braken, duizeligheid, visusklachten en geheugenstoornissen zijn veelvuldige symptomen bij deze aandoening.[2] Daarnaast worden 'drop attacks' regelmatig beschreven in de literatuur. Ook deze patiënt zakte bij de hoofdpijnaanvallen zo nu en dan door de benen. Het tonusverlies zou mogelijk het gevolg zijn van veranderingen in de dynamiek van de cerebrospinale vloeistof bij biventriculaire hydrocefalus. Hierdoor kan vanuit de laterale ventrikelwanden druk ontstaan op de corticospinale banen van het centrum semiovale en de corona radiata. Deze banen zorgen voor de motoriek van de onderste extremiteiten. Dat patiënten bijna direct weer kunnen opstaan, zou komen doordat de gesteelde tumor van het intraventriculaire foramen af beweegt, waardoor de druk in het ventrikelsysteem afneemt.[4,5] Door de voorkeurslokalisatie van de colloïdcyste in het anterieure deel van de derde ventrikel kan ook een peracute hydrocefalus ontstaan. De patiënt kan hierdoor zelfs in coma raken of plotseling overlijden (mors subita).[3]
Afhankelijk van het optreden van symptomen zijn verschillende behandelopties denkbaar. Bij een acute hydrocefalie met inklemmingsverschijnselen wordt een tijdelijke externe ventrikeldrain geplaatst. Ventrikeldrainage zal bifrontaal moeten plaatsvinden wegens een bilaterale blokkade van de foramina van Monro. In een later stadium kan dan een interne ventrikeldrain (biventriculaire ventriculoperitoneale shunt) geplaatst worden als definitieve oplossing. Het risico van plotselinge dood blijkt in de praktijk hiermee echter niet kleiner te worden.[6] De gouden standaard voor de behandeling is een totale extirpatie van de colloïdcyste (bij voorkeur een open transcallosale benadering). Bij totale verwijdering is de kans op een recidief nihil. In geval van een residu is een afwachtend beleid met periodieke controles ('wait and scan') aangewezen.
Bij asymptomatische patiënten kan gekozen worden voor een expectatief beleid. De patiënt moet dan zowel klinisch als met beeldvormend onderzoek vervolgd worden.[6] De in deze casus beschreven patiënt werd verwezen naar de neurochirurg, die de colloïdcyste operatief verwijderde via de interhemisferaal transcallosale benadering. Patiënt herstelde volledig van zijn klachten.

Referenties

1. Armao D, Castillo M, Chen H, et al. Colloid cyst of the third ventricle: Imaging-pathologic correlation. Am J Neuroradiol 2000;21:1470-7.

2. Malfroid G, Herroelen L, Loon J van. Kortdurende hoofdpijn veroorzaakt door een colloïdcyste van de derde ventrikel. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:715-9.

3. Graaf S de, Bakker SLM. Symptomatische colloïdcyste van de 3e ventrikel. Tijdschr Neurol Neurochir 2007;108:284-8.

4. Kumar V, Behari S, Singh RK, et al. Pediatric colloid cysts of the third ventricle: management considerations. Acta Neurochir 2010;152:451-61.

5. Bradley WG. Normal pressure hydrocephalus: New concepts on etiology and diagnosis. Am J Neuroradiol 2000;21:1586-90.

6. Furth WR van, Witt Hamer PC de. Colloïd cyste van de derde ventrikel, presentatievormen en behandeling. Tijdschr Neurol Neurochir 2002;4:315-21.