

. 个案报告 .

鞍内脑膜瘤 1 例

姚安会 王本瀚

【关键词】脑膜瘤;鞍内;显微手术

【文章编号】1009-153X(2018)08-0571-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1\*1

1 病例资料

男,50岁,因双眼视力下降20余天入院。体格检查:神志清楚,双侧瞳孔等大等圆,直径约2.5 mm,对光反射灵敏;右眼视力0.25,左眼视力0.5;四肢肌力正常,双侧巴氏征阴性。头颅CT示鞍区等密度占位性病变。鞍区MRI示蝶鞍内占位性病变,T<sub>1</sub>WI呈等信号,T<sub>2</sub>WI呈混杂稍高信号;增强后强化明显,欠均匀(图1)。术前内分泌检查:泌乳素67.2 mg/L,其余激素正常。MRA检查排除动脉瘤。诊断:鞍内占位性病变。行经额外侧入路鞍区病变切除术,术中见视交叉前置,通过第二间隙切除病变,病变质韧,血供丰富,与视交叉、鞍背粘连紧密,病变大部分切除。术后病理检查示纤维型脑膜瘤(WHO I级)。

2 讨论

脑膜瘤是颅内常见的肿瘤,占颅内肿瘤的15%~18%,其中15%~25%位于鞍区。Jefferson和Azzam将鞍上脑膜瘤分为鞍结节、前床突、后床突和鞍膈脑膜瘤四类;Kinjo又将鞍结节脑膜瘤分为鞍结节上垂体前、鞍结节上垂体后、鞍结节下蝶鞍内三类;其中鞍结节下蝶鞍内脑膜瘤与垂体腺瘤在临床症状及影像学方面十分相似。MRI增强脑膜瘤特征性表现是均匀明显强化,可以区别于垂体腺瘤异质性、相对弱的强化。对于鞍内脑膜瘤,鞍区MRI薄层扫描可以明确看到垂体,肿瘤明显强化且均匀,蝶鞍很少扩大。鞍内脑膜瘤对颈内动脉、海绵窦多产生推压,而垂体腺瘤除推压外还可侵蚀颈内动脉及海绵窦。脑膜尾征是脑膜瘤十分重要的MRI征象,但起源于鞍膈上或鞍膈下的脑膜瘤,十分难确定脑膜尾征。另外,DSA显示血管的供应来源于脑膜以及延迟染色的

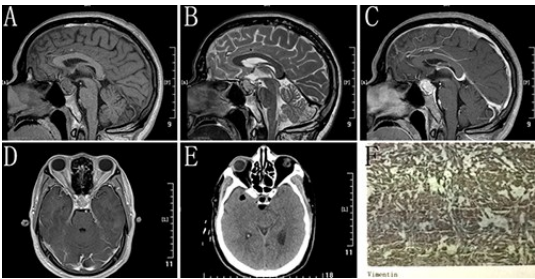


图1 鞍区脑膜瘤手术前后影像及术后病理表现  
A. 术前MRI T<sub>1</sub>WI呈等信号;B. 术前MRI T<sub>2</sub>WI稍高混杂信号;C、D. 术前MRI增强后强化明显;E. 术后CT;F. 病理结果示Vimentin阳性

特点有助于诊断脑膜瘤。同时CTA及DSA可以鉴别是否为鞍区动脉瘤。本文病人MRI检查并无脑膜尾征、强化不均匀,术前CT未见明显骨质增生,同时很难确定垂体位置及完整性,所以影像学方面更倾向于垂体腺瘤;术中见到病变起源于鞍膈下方并推挤垂体、垂体柄至前方。根据Jefferson和Azzam的分类应诊断为鞍膈脑膜瘤;进一步根据Kinjo的分类应诊断为鞍结节下蝶鞍内脑膜瘤。

找不到垂体可能提示为无功能垂体腺瘤,但是也可能确诊为无内分泌异常的鞍内脑膜瘤,伴有泌乳素增高的鞍内脑膜瘤很少见。由于脑膜瘤生长缓慢,所以一般很少表现为突发的症状(比如突发头痛、视力障碍等)。鞍内脑膜瘤多表现为压迫视神经或垂体引起的症状。本文病例伴有内分泌异常,我们首先考虑的是垂体腺瘤,根据病理诊断为罕见的鞍内脑膜瘤。

术前诊断对治疗方案的选择十分重要。经蝶入路为鞍内脑膜瘤提供一个相对安全的路径。大部分鞍内和鞍上垂体腺瘤可经蝶入路,而鞍膈脑膜瘤需要采用开颅手术。本例病人采用翼点开颅手术,主要考虑术前非典型的垂体腺瘤影像学特点,为避免术中出血难以止血,术中见病变起源于鞍膈下方,并且质地韧度较大,与垂体柄粘连紧密,全切困难。

(2017-08-23收稿,2018-01-26修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.08.023  
作者单位:450042 郑州,中国人民解放军第153中心医院神经外科(姚安会、王本瀚)  
通讯作者:王本瀚,E-mail:wangbenhan@sina.com