

· 论 著 ·

垂体腺瘤的手术治疗分析

连海伟 刘仁忠 简志宏 王 峻 易 伟 杨振兴 刘 佳 王 雷

【摘要】目的 探讨垂体腺瘤的手术治疗方法及效果。**方法** 回顾性分析 2011 年 2 月至 2017 年 10 月手术治疗的 116 例垂体腺瘤的临床资料。经单侧鼻蝶窦入路 85 例,标准翼点入路 24 例,右眉弓锁孔入路 4 例,冠状瓣纵裂入路 3 例。**结果** 肿瘤全切除 92 例,次全切除 20 例,大部切除 3 例,部分切除 1 例。术后发生一过性尿崩 12 例,脑脊液漏 6 例,明显垂体功能低下 5 例。**结论** 经单侧鼻蝶窦入路是目前首选的手术方法,但对于侵袭性生长的垂体腺瘤需根据肿瘤影像特点选择适当的手术入路。

【关键词】 垂体腺瘤;显微手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2018)12-0798-02 **【文献标志码】** A **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

Analysis of curative effect of surgery on patients with pituitary adenomas (report of 116 cases)

LIAN Hai-wei, LIU Ren-zhong, JIAN Zhi-hong, WANG Jun, YI Wei, YANG Zhen-xing, LIU Jia, WANG Lei. Department of Neurosurgery, Renmin Hospital, Wuhan University, Wuhan 430060, China

【Abstract】 Objective To evaluate the curative effect of different surgical forms on the pituitary adenomas, and their indications, merits and demerits. **Methods** The clinical data of 116 patients with pituitary adenomas, who underwent surgery from February, 2011 to October, 2017, were analyzed retrospectively. Of 116 patients with pituitary adenomas, 85 were treated by transnasal transphenoidal microsurgery, 24 by microsurgery via pterional approach, 4 microsurgery via right superciliary arche key hole approach and 3 by microsurgery via longitudinal approach. **Results** The pituitary adenomas were totally resected in 92 patients, subtotally in 20, in great part in 3 and partly in 1. **Conclusions** The surgical outcomes are good in these 116 patients. The pituitary adenomas confined to the sella and parasellar regions should be removed by microsurgery through transnasal transsphenoidal approach. But the invasive pituitary tumors should be by individualized microsurgery selected according to their characteristics on the images.

【Key words】 Pituitary adenomas; Microsurgery; Surgical indications; Curative effect

垂体腺瘤是一种常见的颅内良性肿瘤,占颅内肿瘤的 10%~15%。垂体腺瘤的治疗手段包括手术切除、药物治疗及放射治疗等,而手术切除又分为经鼻蝶窦入路手术和开颅手术^[1]。手术入路的选择取决于垂体腺瘤生长方式和侵犯的解剖结构。2011 年 2 月至 2017 年 10 月显微手术治疗垂体腺瘤 116 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 116 例中,男 48 例,女 68 例;年龄 15~74 岁,平均(42.65±13.79)岁。

1.2 临床表现 月经紊乱、闭经、溢乳 21 例,肢端肥大面容、手足粗大肿胀、腰背关节痛 19 例,继发性糖尿病 5 例,视物模糊、视力下降 52 例,复视、眼睑下垂 6 例,无症状因行头部 CT/MRI 意外发现 1 例。

1.3 影像学检查 术前均行头颅 CT 或 MRI 检查。CT

扫描肿瘤呈圆形或类圆形,较高或混杂密度影,增强扫描呈中度或明显强化。MRI 扫描 T₁WI 呈等或略低信号,T₂WI 呈高或混杂信号,增强扫描呈中度或明显强化。微腺瘤(直径<10 mm)19 例,大腺瘤(直径 10~40 mm)85 例,巨大腺瘤(直径>40 mm)12 例。鞍内型腺瘤 23 例,鞍内-鞍上型腺瘤 65 例,突向鞍旁 54 例,海绵窦受压 31 例,向前方鼻腔、副鼻窦生长 2 例,多方发展 10 例。向上累及鞍上池 12 例,累及第三脑室前部 3 例,向下累及蝶窦 9 例。

1.4 治疗方法 所有病例均采用手术治疗,包括单侧鼻蝶窦入路 85 例、翼点入路 24 例、右眉弓锁孔入路 4 例、冠状瓣纵裂入路 3 例。

1.5 术后处理 尿崩给予长效尿崩停、去氨加压素、弥凝片等控制尿量,维持水电解质平衡。脑脊液漏给予抗感染治疗,平卧体位;若保守治疗不能治愈,则行脑脊液漏修补术。垂体功能低下给予激素替代治疗。

2 结果

2.1 内分泌诊断类型 无功能垂体腺瘤 60 例,泌乳素

表 1 各种手术入路肿瘤切除程度分析

手术入路	全切除	次全切除	大部切除	部分切除	合计(例)
经单侧鼻蝶窦入路	74	10	1	0	85
经翼点入路	14	8	1	1	24
右眉弓锁孔入路	2	1	1	0	4
冠状瓣纵裂入路	2	1	0	0	31

腺瘤 31 例,促甲状腺激素腺瘤 12 例。

2.2 手术切除结果 术后 3~6 月复查颅脑 MRI,依据 Hoffman 手术切除程度分级:全切除 92 例,次全切除 20 例,大部切除 3 例,部分切除 1 例。各种手术入路的肿瘤切除程度详见表 1。

2.3 术后并发症 一过性尿崩 12 例,其中 1 例术后 1 个月突发右上肢抽搐,再次入院急查电解质,血钠 122.4 mmol/L,血钾 2.86 mmol/L,给予补钠补钾维持水电解质平衡后症状缓解。脑脊液漏 6 例,行脑脊液漏修补术并抗感染治疗后均治愈。继发性高血糖 1 例。明显垂体功能低下 5 例。

3 讨论

3.1 手术方法及入路选择 对于超过 95%的垂体腺瘤和其他鞍内病变,经鼻蝶窦入路手术是首选^[2]。本文经鼻蝶窦入路手术 85 例,肿瘤全切除 74 例(87.1%)。术中体会:①进入蝶窦时,蝶窦开口是蝶窦骨窗上界的界限,如骨窗超过此水平则可进入颅前窝的蝶平面,易致脑脊液鼻漏且难于修补^[3]。②打开鞍底骨窗时上界不可超过鞍结节。③肿瘤切除后常规以自体脂肪组织封闭鞍底,碘仿纱条填塞鼻腔,鞍底修补时,勿将明胶海绵填入鞍内,避免术后明胶海绵膨胀引起压迫效应,造成术后视神经、视交叉二次损伤。

近 20 多年来,由于经鼻蝶窦入路的普及,经颅手术的比例逐渐减少,但经颅手术入路仍有其存在价值。肿瘤明显向鞍上及鞍外生长,或经鼻蝶窦入路失败的病人需经颅手术。有学者认为操作严格,经颅手术并发症和病死率不比经鼻蝶手术高。本文 21 例采用翼点入路开颅手术,肿瘤全切除 12 例(57.1%)。术中根据肿瘤生长部位、侵袭方向,以及肿瘤与视交叉、视神经、颈内动脉的关系,选择 4 个自然解剖间隙分离^[4],向两侧海绵窦内壁侵袭的肿瘤可用弯头刮匙刮除,如果弯头刮匙无法完全刮除海绵窦内肿瘤,可联合中颅底硬膜外入路进一步切除肿瘤^[5]。本文 3 例采用翼点联合中颅底硬膜外入路,术中游离骨瓣后,硬膜外磨除部分眶顶及前床突,显露海绵窦外侧壁,于动眼神经与滑车神经间切开海

绵窦壁,镜下切除海绵窦内肿瘤,然后再打开硬脑膜行鞍内及鞍上肿瘤切除。鞍结节后、鞍底前壁是手术的死角,有时该部位肿瘤不易被彻底切除,可磨去蝶骨平板、鞍底前壁后彻底清除向鞍底、鞍底前壁及视神经孔内侵袭的肿瘤^[3]。

向鞍后、鞍上和第三脑室前部生长的肿瘤,翼点入路存在手术盲区,而经纵裂入路是比较好的选择。本文采用纵裂入路切除向鞍后、第三脑室前部生长的大型肿瘤 3 例,全切除 2 例,次全切 1 例。

3.2 影响垂体瘤全切除率的因素 本文 116 例垂体腺瘤全切除 92 例(79.3%)。肿瘤全切率与肿瘤的侵袭性、肿瘤的体积、手术方式的选择及术者的经验有关。巨大腺瘤易突破鞍膈向鞍上鞍旁侵犯,增大手术全切除难度,容易残留^[6,7]。

总之,经单侧鼻蝶入路手术切除局限于蝶鞍区的垂体腺瘤是目前首选的手术方法,但对于侵袭性生长的垂体瘤需根据肿瘤影像特点选择合适手术。

【参考文献】

[1] 王国良,高 寒,张小鹏,等. 89 例垂体腺瘤的手术治疗体会[J]. 中国临床神经外科杂志,2016,21(7):435-436.

[2] 王亚平,贾晓雄,王 珺,等. 神经内镜下与显微镜下经鼻蝶入路手术切除垂体腺瘤的疗效对比分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2016,21:145-146,149.

[3] 王更新,苏永永,柏鲁宁,等. 翼点入路显微手术治疗大型垂体腺瘤[J]. 山西医科大学学报,2010,41(1):74-75.

[4] 朱贤立,张方成,赵洪洋,等. 经翼点入路显微手术治疗垂体腺瘤[J]. 中华神经外科杂志,1998,14(2):90-93.

[5] 赵 曜,王镛斐,李士其,等. 巨大不规则型垂体腺瘤的显微外科手术治疗[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2007,6(1):27-30.

[6] 程 友,程 朋,刘开东,等. 经鼻蝶入路手术治疗垂体瘤术后并发症[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2014,19(2):76-77.

[7] 王洪流,陈谦学,田道锋,等. 巨大垂体腺瘤分期手术治疗分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2015,20(8):453-455.

(2018-07-16 收稿,2018-09-17 修回)