

颅底血管瘤型脑膜瘤术后迟发面瘫1例

魏 懿 叶 旺 刘 宇 欧 陶 钟 诚 石景柱

【关键词】 颅底肿瘤;脑膜瘤;显微手术;迟发性面瘫

【文章编号】 1009-153X(2022)01-0005-01 【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

53岁女性,因发作性四肢抽搐1个月入院。入院体格检查未发现明显的神经系统体征。术前头颈部CTA示右侧颞叶占位,考虑肿瘤性病变;VR像示肿块内侧血管影,为引流静脉或供血动脉,血管根部为右侧大脑中动脉M1区域。头颅增强MRI示右侧颞叶两个结节影,均匀强化伴周围脑水肿明显。择期行右侧硬膜下经颞叶入路手术切除颅中窝底肿瘤。右侧额颞部作“马蹄形”切口,显微镜下经硬膜下颞下回前、中部造瘘约2.0 cm以显露肿瘤,见肿瘤大体呈分叶状,大小约1.5 cm×1.5 cm×2.0 cm,质韧,与颅底硬脑膜关系紧密。逐渐暴露肿瘤,锐性离断基底,肿瘤附着的硬脑膜予以电凝灼烧,最终达Simpson分级Ⅱ级切除。术后病理检查示血管瘤型脑膜瘤。术后3 d出现右侧周围性面瘫。术后面神经功能评分为House-Brackmann分级Ⅳ级。经营养神经等治疗后面瘫症状无明显好转,出院时面神经功能评分仍为Ⅳ级。

2 讨论

血管瘤型脑膜瘤临床少见,颅底血管瘤型脑膜瘤更为罕见。本文病例以癫痫发作为首发表现,单纯根据术前CT、

MRI等检查,难以判断肿瘤性质。血管瘤型脑膜瘤属于WHO分级Ⅰ级,具有一定的影像学及生物学特点,需要与颅内转移瘤、淋巴瘤、血管外皮细胞瘤等鉴别。术前若能准确判断肿瘤性质,对手术方案的制定起着至关重要的作用。本文病例肿瘤获Simpson分级Ⅱ级切除,但术后出现迟发性周围性面瘫。我们结合颞骨及其内容物的解剖结构分析术后出现面瘫的原因可能为:①仔细阅览术前MRI,可见肿瘤基底靠近棘孔内口。脑膜中动脉、脑膜中静脉及下颌神经的脑膜支通过棘孔入颅。脑膜中动脉从棘孔穿出后走行约10 mm常常发出岩动脉分支。有学者通过尸头解剖发现脑膜中动脉的岩动脉分支是经过中颅底为面神经供血的唯一来源。如果术中过度牵拉或电凝该部位肿瘤附着的硬脑膜可致脑膜中动脉主干或其岩动脉分支损伤、闭塞而导致面神经缺血性改变。②可能存在解剖变异。有文献报道部分成人面神经鼓室段存在骨壁缺如的现象,面神经可直接裸露在岩骨前表面。本文病例肿瘤在面神经鼓室段走行范围内,如果术中持续电凝灼烧肿瘤附着的硬脑膜,可间接热传导导致裸露的面神经变性,或因硬脑膜挛缩形成局部瘢痕、粘连牵拉邻近的面神经致其轴浆运输受抑制,逐渐出现神经纤维化。本文病例术后3 d才发生面瘫,第二种原因的可能性更大。因此,临床医生要必要加强相关的解剖认识,在处理该位置脑膜瘤的基底与其附着的硬脑膜时动作轻柔、锐性操作,并避免长时间使用高频电凝,减少周围结构的医源性损伤。

(2020-03-27收稿,2020-04-18修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.01.002

作者单位:402160,重庆市永川区人民医院神经外科(魏 懿、叶旺、刘 宇、欧 陶、钟 诚、石景柱)

通讯作者:石景柱,E-mail:weiyi19890911@sina.com