

神经导航辅助下手术治疗侧脑室脑膜瘤 1 例

马 磊 张海红 郭 康 孙树凯 张 亮 贾 栋

【关键词】脑膜瘤;侧脑室;手术;神经导航
【文章编号】1009-153X(2016)04-0255-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1+1

侧脑室脑膜瘤较小时多无症状,当肿瘤增大引起脑脊液循环障碍或占位效应明显时才引起头痛等症状,故早期不易发现,以手术切除为主。我们在神经导航辅助下手术切除侧脑室脑膜瘤 1 例,效果良好,现汇报如下。

1 病例资料

患者,男,21 岁,因外伤后头颅 CT 发现颅内占位 10 d 入院。10 d 前因外伤行头颅 CT 检查,发现颅内占位,进一步行头颅 MRI 检查示左侧脑室后角异常信号影,考虑脑膜瘤(图 1A~C)。入院体格检查:神志清楚,双侧瞳孔等大等圆,瞳孔对光反射灵敏,视力视野正常,四肢肌力、肌张力均正常。

我们在神经导航辅助下,术前精确定位肿瘤,并根据肿瘤位置、大小及周围组织结构,设计出个体化入路。取右侧卧位,作颞顶部皮肤切口,长约 4 cm,做大小约 3 cm×3 cm 骨窗,“十”字型剪开硬脑膜,在非功能区脑沟内置入脑组织牵开器,借助神经导航,缓慢将牵开器置入脑深部并避开重要功能结构,确保牵开器到达肿瘤表面,在牵开器内用显微器械将肿瘤分块切除,显露供血动脉后给与夹闭切断,肿瘤全部切除后,充分止血(图 1D~F)。术后头颅 MRI 示肿瘤全切除(图 1G~I)。术后病理结果:(左侧脑室)脑膜瘤,纤维型,部分细胞增生活跃。术后恢复良好,无感染、脑脊液漏、视觉、听觉、肢体活动障碍等并发症。

2 讨论

侧脑室脑膜发病率低,占颅内脑膜瘤的 0.5%~3%,以手术切除为主,直径<3 cm 的肿瘤也可行放疗,常用手术入路有颞中回入路、经胼胝体后部入路、顶枕部入路。这些入路皮肤切口长,骨窗大,对正常脑组织的暴露及损伤大,且易损伤重要功能区,造成听觉、视觉或肢体活动障碍等。我们采用

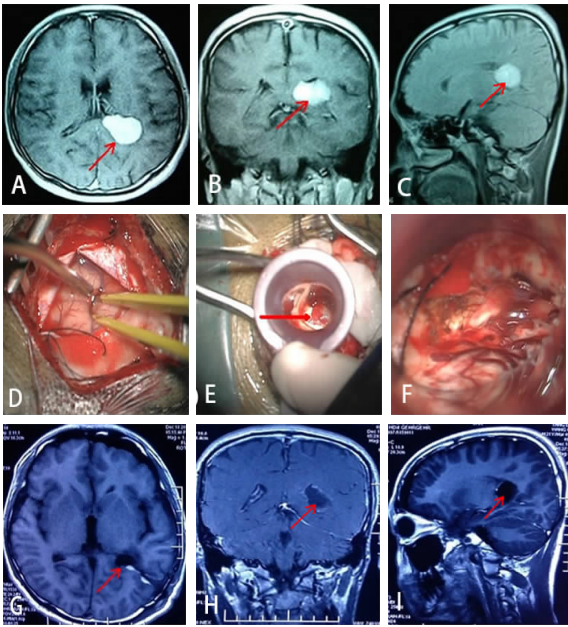


图 1 左侧侧脑室脑膜瘤神经导航辅助下手术前后影像及术中显微镜下观察表现
A~C. 术前头部 MRI 轴位、冠状位、矢状位,↑示脑膜瘤;
D~F. 术中显微镜下观察,↑示脑膜瘤;G~I. 术后头部 MRI 轴位、冠状位、矢状位,↑示肿瘤全切除

神经导航辅助手术切除侧脑室脑膜瘤,骨窗小,可以减少不必要正常脑组织的暴露。术中在神经导航辅助下,将脑组织牵开器精确置入到肿瘤表面的同时避开重要功能结构,在牵开器内进行肿瘤分块切除,很好地保护了周围正常脑组织,能有效地避免对角回、缘上回、视放射、内囊膝部和丘脑等重要组织结构的损伤,且皮肤切口小,术后并发症少,恢复快。采用锁孔入路治疗侧脑室肿瘤,对术者锁孔入路相关神经解剖掌握要求较高,且能在显微镜下狭小空间内熟练使用显微器械,同时需要神经导航辅助精确定位。我们认为谨慎选择病人,在神经导航辅助下手术可以安全有效地切除侧脑室脑膜瘤,且损伤小、恢复快。

(2015-04-08 收稿,2015-05-18 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.04.023
作者单位:710038 西安,第四军医大学唐都医院神经外科(马 磊、张海红、郭 康、孙树凯、张 亮、贾栋)
通讯作者:贾 栋,E-mail:jiaodong69@fmmu.edu.cn