

(10):695-697.

[6] 高素玲,刘国荣,陈瑞英,等.影响糖尿病并发急性脑梗死近期预后的相关因素分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2015,17(11):1206-1207.

[7] Wang Q, Ye H, Su Y. Transcranial Doppler sonography monitors cerebral blood flow of mannitol-treated patients with acute large hemispheric infarction [J]. Turk Neurosurg, 2014, 24(3): 333-333.

[8] 任 利.中重症颅脑损伤继发脑梗死的危险因素分析及护理对策[J].中国医药指南,2017,15(1):186-187.

[9] 黄俊强,熊元元,李 威,等.中重度颅脑损伤继发急性脑梗死的相关危险因素和预后分析[J].中国临床神经外科杂志,2015,12(4):248-252.

[10] 刘洛锋,房 博,郭玉涛.颅脑损伤继发创伤性脑梗死相关危险因素研究[J].贵阳医学院学报,2016,41(12):1474-1477.

(2019-01-24 收稿,2019-04-17 修回)

孤立性颞角综合征 3 例报道及文献复习

杜郭佳 夏 鸣 付 强 陈培培 李绍山 库格鲁克·亚力坤 刘 波 周庆九

【摘要】目的 探讨孤立性颞角综合征的预防及治疗方法。**方法** 回顾性分析 3 例侧脑室三角区肿瘤术后继发孤立性颞角综合征病人的临床资料。**结果** 3 例均行手术全切肿瘤。术后病理示非典型脑膜瘤(WHO II 级)1 例,脂肪神经细胞瘤(WHO II 级)1 例,多形性黄色瘤样星形细胞瘤(WHO II 级)1 例。术后 3 例均出现孤立性颞角综合征,2 例行孤立颞角腹腔分流术,随访 3~4 年,颞角积水完全消失,临床症状明显好转;1 例保守治疗,随访 3 个月,颞角积水较前无明显变化,临床症状稍好转。**结论** 孤立性颞角综合征是侧脑室三角区肿瘤术后严重并发症,多需手术治疗,术区放置引流管人工建立脑脊液循环通路并对引流管进行正确管理可明显降低孤立性颞角综合征的发生率及手术率。

【关键词】 孤立性颞角综合征;预防;治疗

【文章编号】 1009-153X(2019)10-0626-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

孤立性颞角综合征是局限性脑积水的一种类型,临床少见,主要继发于侧脑室三角区及其周围结构病变术后,由于脑室壁粘连、脑脊液循环通路阻塞导致同侧颞角积水呈局限性扩大,进而压迫丘脑、基底节区、脑干及颞枕叶皮层而引起,轻者可出现颅内压增高、精神障碍、失语、偏瘫、偏盲、记忆减退等症状,重者出现脑疝、死亡^[1-6]。本文回顾性分析 3 例孤立性颞角综合征的病例资料,探讨孤立性颞角综合征的预防及治疗方法。

1 病例资料

病例 1:女,45 岁,因头痛半年伴左侧肢体无力 1 个月入院。入院体格检查:左侧肢体肌力 3 级。头颅 MRI 增强:右侧侧脑室三角区可见明显均匀强化团块影,大小约 4.7 cm×4.6 cm,中线向左移位,考虑

脑膜瘤(图 1A)。采用右顶枕入路皮层开窗手术全切肿瘤,电灼脉络丛,术区未放置引流管。术后病理检查为非典型脑膜瘤(WHO II 级)。术后 8 d 出现颅内感染,术后 2 个月神志清楚,左侧肢体肌力 3 级。术后 3 个月出现持续头痛、呕吐、左侧肢体肌力降至 1 级,复查头颅 MRI 显示肿瘤未复发,右侧侧脑室房部及颞枕角局限性扩大,中线向左重度偏移(图 1B)。急诊行右侧侧脑室颞角腹腔分流术,术后左侧肢体肌力恢复至 3 级。随访 4 年,情况良好,复查头部 CT 显示无肿瘤复发及脑积水(图 1C)。

病例 2:男,43 岁,因头痛、头晕 1 个月入院。入院体格检查未发现神经系统阳性体征。头颅 MRI 增强示:左侧侧脑室后角可见不均匀强化占位病变,大小约 6.5cm×4.1cm,考虑胶质瘤(图 2A)。采用左顶枕入路皮层开窗手术全切肿瘤,电灼脉络丛,术区未放置引流管,术后病理为脂肪神经细胞瘤(WHO II 级)。术后 4 d 出现头痛、发热、颈抵抗,考虑无菌性脑膜炎,术后 16 d 神志清楚,四肢肌力 5 级。术后 5 个月出现持续头痛、呕吐、右侧肢体肌力下降至 1 级,复查头部 CT 显示肿瘤未复发,左侧侧脑室房部、颞枕角均扩大积水,中线向右偏移(图 2B)。急诊行

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.10.016
基金项目:国家自然科学基金(81760222)
作者单位:830054 乌鲁木齐,新疆医科大学第一附属医院神经外科(杜郭佳、夏 鸣、付 强、李绍山、库格鲁克·亚力坤、刘 波、周庆九),临床营养科(陈培培)
通讯作者:付 强,E-mail:253775365@qq.com

左侧侧脑室枕角腹腔分流术,术后右侧肢体肌力恢复至 5 级。随访 3 年,复查头部 CT 显示无肿瘤复发及脑积水(图 2C)。

病例 3:女,50 岁,因发现颅内肿瘤 1 年,突发剧烈头痛、恶心 1 d 入院。入院体格检查:脑膜刺激征阳性。头部 CT 平扫示:右侧侧脑室颞角内可见团块样高密度影,大小约 4.0 cm×3.4 cm,右侧颞角前部扩大积水,中线居中,考虑胶质瘤出血(图 3A)。采用右侧颞中回皮层开窗手术全切除肿瘤,电灼脉络丛,术区未放置引流管,术后病理为多形性黄色瘤样星形细胞瘤(WHO II 级)。术后无颅内感染。术后 1 d 复查头部 CT 显示右侧侧脑室颞角肿瘤全切,右侧颞角形态正常,中线居中(图 3B)。术后 4 d 出现持续头痛、轻度精神障碍、不全性混合性失语,复查头部 CT 显示右侧侧脑室颞角局限性扩大,中线向左明显偏移(图 3C),病人拒绝手术,故严密监护并加强降颅内压治疗,术后 12 d 精神障碍及不全性失语均好转出院。术后 1 个月开始同步放化疗。随访 3 个月肿瘤未复发,右侧颞角积水较前无变化,中线向左偏移。

2 讨论

2.1 病因及相关危险因素 目前,文献报道较少,多考虑为各种因素导致侧脑室三角区脑室壁粘连所致。有学者报道病史>3 个月、术后神经功能缺失、脑室外引流管留置时间>3 d 及术后脑膜炎是导致孤

立颞角综合征的独立危险因素^[1]。也有学者考虑丘脑局部肿胀导致脑脊液通路临时闭塞,待脑水肿消除后孤立性颞角综合征可消失^[1,2]。结合文献并总结本文 3 例孤立性颞角综合征形成原因主要为^[1-5,7]:手术创面大、脑室内人工止血材料铺放过多、肿瘤出血及无菌性脑室脑膜炎促进脑室壁粘连;引流管放置位置不当且术后过度引流导致脑室塌陷脑脊液循环通路粘连梗阻;未行其他手术人工再造脑脊液循环

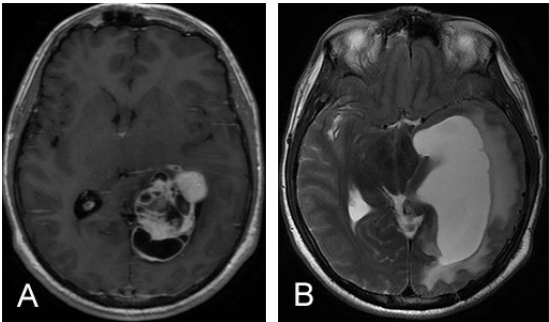


图 2 左侧侧脑室三角区胶质瘤手术前后影像学表现
A. 术前头颅 MRI 增强轴位,左侧侧脑室后角可见不均匀强化病变,大小约 6.5 cm×4.1 cm;B. 术后头部 CT 平扫轴位,左侧侧脑室三角区肿瘤全切,三角区及颞枕角均扩大积水;C. 引流术后头部 CT 平扫轴位,左侧侧脑室三角区引流管置入,左枕皮下可见分流泵影,侧脑室颞枕角正常,中线居中

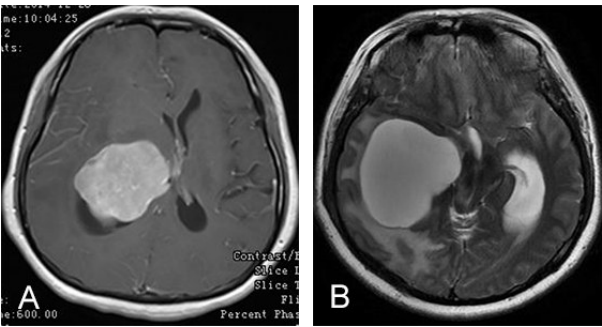


图 1 右侧脑室三角区脑膜瘤手术前后影像学表现
A. 术前 MRI 增强轴位,右侧侧脑室三角区可见明显均匀强化团块影,大小约 4.7 cm×4.6 cm,中线向左移位;B. 术后 MRI T₂像轴位,右侧侧脑室三角区脑膜瘤全切,右侧侧脑室颞角及三角区均扩大积水,中线向左明显偏移;C. 引流术后 CT 平扫轴位,右侧侧脑室颞角引流管置入,右颞皮下可见分流泵影,侧脑室明显缩小结构正常,中线居中

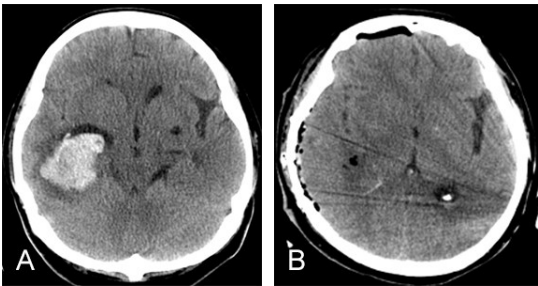


图 3 右侧颞角胶质瘤手术前后影像学表现
A. 术前头颅 CT 平扫轴位,右侧侧脑室颞角内可见团块样高密度影,大小约为 4.0 cm×3.4 cm,右侧颞角前部扩大积水,中线居中;B. 术后 1 d 头部 CT 平扫轴位,右侧侧脑室颞角肿瘤全切,右侧颞角形态正常,中线居中;C. 术后 4 d 头部 CT 平扫轴位,右侧侧脑室颞角局限性扩大,右侧侧脑室体部受压闭塞,中线向左明显偏移

通路。

2.2 临床表现 颞角局限性积水扩大进而压迫丘脑、基底节区、脑干及颞枕叶皮层,引起头痛、恶心、呕吐等颅内压增高症状,还可出现精神障碍、失语、偏瘫、偏盲、记忆减退、脑疝等。本文 1 例为术后>3 个月出现头痛及偏瘫,另 1 例为术后 4 d 出现头痛、轻度精神障碍、不全性混合性失语。

2.3 手术方法 孤立性颞角综合征需积极手术治疗。①孤立性颞角腹腔分流术,效果明确,临床易于开展,但存在异物植入,终身带管,引流管堵塞,强磁场影响等特殊要求^[1-4,6,8]。②脑室镜手术,创伤小,效果好,无异物植入,应用前景广阔,但技术尚未普及且存在造瘘口再粘连脑积水复发情况^[5,7,9]。③颞极切除术或颞角造瘘术^[8]。④侧脑室颞角额角分流术。综合文献及本文 3 例分析,孤立性颞角综合征首选手术治疗,不建议保守治疗。本文 3 例均存在颅内压增高症状及神经功能障碍,均有手术指征,选择孤立性颞角腹腔分流术并随访 3 年,效果良好。本文 1 例拒绝手术,随访 3 个月,孤立性颞角积水无变化,颅内压增高情况消失,但仍存在精神障碍及记忆力减退。

2.4 预防方法 孤立性颞角综合征影响病人预后,因此,如何预防其发生更重要。我们自 2017 年采用新的治疗理念及方法,目前已手术 10 余例侧脑室三角区肿瘤,尚无孤立性颞角综合征出现。结合我们的诊治经验,提出以下预防方法^[1-7,10]:经脑沟脑裂入路,避免皮层方形开窗,可最大限度保持脑室封闭状态,有助于脑积液循环恢复^[10-13]。注意保护脑室壁结构和脑室壁静脉,减少创面,减少可吸收止血材料应用。全切肿瘤是解决梗阻性脑积水的最有效方法^[10-13]。打通侧脑室房体交界并人工重塑脑脊液循环通路是侧脑室三角区肿瘤手术的关键。将引流管自侧脑室三角区通过房体交界置入侧脑室体部沟通两侧脑室,术后夹闭引流管充盈脑室,复查 CT 无异常临时打开引流管缓慢释放血性脑脊液 50~100 ml,以减少无菌性脑膜炎发生几率,继续夹闭引流管 3~5 d,如无脑积水发生可拔除引流管。夹闭期间如发生脑积水则需打开引流,逐渐减少引流量至最终夹闭并拔除引流管,避免过度引流,如仍无法耐受夹闭则需早期行脑室腹腔分流术^[12,13]。彻底止血,减少可吸收止血材料用量,反复冲洗脑室,最大限度降低无菌性脑膜炎发生率^[13]。不建议切除肿瘤同时电灼脉络丛^[10-12],脉络丛分泌脑脊液可促进脑脊液循环并防止脑室壁粘连。无法打通脑脊液循环通路时,可行颞角造瘘术^[8]。

综上所述,孤立性颞角综合征需要手术治疗。手术全切肿瘤并辅以正确引流管置入理念及管理方法可畅通脑脊液循环通路,降低孤立性颞角综合征发生率及手术率。

【参考文献】

- [1] 郝淑煜,田润发,于兰冰,等.孤立性颞角综合征三例报告并文献复习[J].中华神经外科杂志,2016,32(12):1263-1265.
- [2] 赵贤军,潘亚文,康 晔,等.侧脑室三角区术后孤立性颞角形成 3 例报道并文献复习[J].国际神经病学神经外科学杂志,2017,44(4):405-408.
- [3] 彭 鹏,李婧文,王志勇,等.侧脑室颞角腹腔分流术治疗孤立性颞角综合征 1 例[J].中国神经精神疾病杂志,2017,43(9):557-558.
- [4] Wang Y, Lin Z, Li Z, *et al.* The incidence and risk factors of postoperative entrapped temporal horn in trigone meningiomas [J]. World Neurosurg, 2016, 90: 511-517.
- [5] Zhang B, Wang XS, Li CZ, *et al.* Neuroendoscopic fenestration for entrapped temporal horn after surgery: report of 3 cases [J]. World Neurosurg, 2018, 112: 77-80.
- [6] Abderrahmen K, Gdoura Y, Kallel J, *et al.* Trapped temporal horn, an unusual form of obstructive hydrocephalus: 5 case-reports [J]. Neurochirurgie, 2016, 62: 108-112.
- [7] 张 斌,王新生,李 忠,等.内镜造瘘术治疗手术后局限性脑积水 4 例[J].立体定向和功能性神经外科杂志,2016,29(2):94-96.
- [8] 李东儒,窦立敏,孙康健.侧脑室三角区肿瘤术后颞角脑积水行显微外科治疗 6 例[J].交通医学,2015,29(3):283-285.
- [9] Roth J, Ram Z, Constantini S. Endoscopic considerations treating hydrocephalus caused by basal ganglia and large thalamic tumors [J]. Surg Neurol Int, 2015, 6: 56-65.
- [10] 廖晓灵,刘进平,何忠泽,等.侧脑室肿瘤手术安全性探讨[J].中国临床神经外科杂志,2013,18(1):8-10.
- [11] 冯松山,曾 瑜,黄 正,等.侧脑室肿瘤的显微手术治疗策略[J].国际神经病学神经外科学杂志,2016,43(4):314-318.
- [12] 王红光,张述升,贾 强,等.侧脑室脑膜瘤的显微手术治疗[J].中华神经外科杂志,2015,31(8):788-791.
- [13] 唐 勇,樊友武,王汉东,等.侧脑室三角区脑膜瘤的显微外科治疗分析[J].医学研究生学报,2018,31(1):52-55.

(2018-12-07 收稿,2019-07-29 修回)