

. 经验介绍 .

额外侧入路手术切除嗅沟脑膜瘤体会

陈勃勃 张荣军 张宏兵 李孝伟 张 洋 马 德 王晓峰

【摘要】目的 探讨经额外侧入路手术切除嗅沟脑膜瘤的效果。**方法** 回顾性分析经额外侧入路手术治疗的 2 例嗅沟脑膜瘤的临床资料。**结果** 肿瘤均 Simpson 分级Ⅱ级切除,无并发症及后遗症。**结论** 经额外侧入路切除嗅沟脑膜瘤,切口小、骨瓣小,可充分显露肿瘤基底,对额叶脑组织及额底静脉血管、嗅神经等骚扰小,手术效果良好。

【关键词】 嗅沟脑膜瘤;额外侧入路;显微手术

【文章编号】 1009-153X(2020)09-0631-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

嗅沟脑膜瘤占颅内脑膜瘤 8%~13%^[1],嗅神经和底内侧额叶往往因肿瘤推压最先受损,随肿瘤增长,肿瘤向下可侵入筛窦和鼻腔;向后可扩展至鞍前区,推压或包裹大脑前动脉和视神经;肿瘤也常在早、中期即突破蛛网膜界面,导致瘤周显著水肿,引起颅内压显著增高^[1,2]。我们采用额外侧入路手术切除较大嗅沟脑膜瘤 2 例,取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1 例为 47 岁男性,因头痛、头晕 1 个月伴突发癫痫大发作 4.5 h 入院。头部 CT 及 MRI 检查示嗅沟脑膜瘤,大小约 3 cm×4.1 cm×4.5 cm。另 1 例为 52 岁男性,因间断性头痛 2 个月,加重伴视物模糊、嗅觉障碍半个月入院。头颅 CT 及 MRI 检查示嗅沟脑膜瘤,大小约 5.1 cm×5.0 cm×3.9 cm。

1.2 手术方法 采取仰卧位,头部向对侧旋转约 20°,头顶部向后倾 10°~15°,使颧突位于视野的最高点。取右侧额部发际内长约 10 cm 弧形切口。颞部平蝶骨脊,显露外侧裂即可,前缘平颅前窝底,左侧距中线约 3 cm,骨瓣大小约 3 cm×4 cm、呈椭圆形。弧形剪开硬脑膜,翻向前颅底方向,自侧裂池、颈动脉池释放脑脊液,松弛脑组织,自颅前窝底向下分离,可见肿瘤基底,用双极电凝及显微剪锐性分离肿瘤基底,切断供血动脉及回流静脉,并进行瘤内减压,同时分块切除肿瘤组织。

2 结 果

2 例肿瘤均 Simpson 分级Ⅱ级切除,无并发症、

后遗症。术后复查 CT 见手术对侧额叶水肿范围小,说明术中对侧额叶牵拉、骚扰、损伤小。

3 讨 论

嗅沟脑膜瘤的手术入路多种多样,采用额下入路最为常见^[1-5],其次为经翼点入路^[2,6];额下入路分单侧和双侧两种,早期应用双侧额下入路较多,但创伤较大,并发症较多^[3,7,8]。近几年,随着微创理念的深入,加之显微技术的进步,额外侧入路被越来越多的神经外科医师所接受。

额外侧入路是介于冠状切口额底入路和翼点入路之间的一个入路,在某种程度上综合后两种入路的优点。首先,与冠状切口额底入路相比,额外侧入路抵达肿瘤基底的前界和后界的时间基本一致,较冠状切口额底入路短一些;而冠状切口额底入路抵达肿瘤基底后界的视野相对会更深一些,基本到手术后期才能抵达;所以,额外侧入路会更早的到达肿瘤基底部。而脑膜瘤,越早处理基底部,剩余肿瘤则越容易处理,并且如果肿瘤后界包绕视神经、颈内动脉等神经、血管,早期处理基底部,也是一种更好的选择。其次,额外侧入路在骨瓣成形时就暴露侧裂池,处理病变前可以充分释放侧裂池、颈动脉池的脑脊液松弛脑组织,释放操作空间。第三,额外侧入路切口小、骨瓣小,不必过中线,相对额窦开放的几率也小,减少脑脊液漏,降低颅内感染的风险^[9]。第四,额外侧入路距离中线旁约 3 cm,对额极静脉、前矢状窦不易损伤,可保护正常回流通路,能明显减少术后额叶脑水肿和静脉梗塞出血的可能性。第五,手术主要使用前颅底偏外侧的路径,额叶脑组织的牵拉损伤较小,并且很容易处理同侧嗅神经、视神经和颈内动脉及其血管分支,并进行有效保护,最大限度地减少额叶的牵拉,使嗅球和筛板密切相贴,使嗅觉神

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.09.020
作者单位:721006 陕西宝鸡,中国人民解放军联勤保障部队第 987 医院神经外科[陈勃勃(现在宝鸡高新人民医院神经外科工作)、张荣军、张宏兵、李孝伟、张洋、马德、王晓峰]

经得到更好的保护,从而减少嗅神经损伤^[10]。

总之,额外侧入路既体现锁孔手术入路创伤小、出血少、恢复快的优点,又可兼具常规翼点入路显微手术视野开阔、操作便利以及运用成熟等优点。经额外侧入路切除嗅沟脑膜瘤,切口小、骨瓣小,可充分显露肿瘤基底,对额叶脑组织及额底静脉血管、嗅神经等骚扰小,手术效果良好。

【参考文献】

[1] Nakamura M, Struck M, Roser F, *et al.* Clinical outcome and recurrence rates after tumor removal through the frontolateral and bifrontal approach [J]. *Neurosurgery*, 2007, 60: 844-852.

[2] Spektor S, Valarezo J, Fliss D, *et al.* Olfactory groove meningiomas from neurosurgical and ear, nose, and throat perspectives: approaches, techniques, and outcomes [J]. *Neurosurgery*, 2005, 57: 268-280.

[3] 鲁祥和,王旭阳,曾 博,等.前颅底中线巨大型脑膜瘤显微外科治疗[J].中华神经外科杂志,2012,28:372-374.

[4] Romani R, Lehecka M, Gaal E, *et al.* Lateral supracorbital

approach applied to olfactory groove meningiomas: experience with 66 consecutive patients [J]. *Neurosurgery*, 2009, 65: 39-53.

[5] El Gindi S. Olfactory groove meningioma: surgical techniques and pitfalls [J]. *Surg Neurol*, 2000, 54: 415-417.

[6] Figueiredo EG, Deshmukh P, Nakaji P, *et al.* The minipterional craniotomy: technical description and anatomic assessment [J]. *Neurosurgery*, 2007, 61: 256-265.

[7] Sepehrnia A, Knopp U. Preservation of the olfactory tract in bifrontal craniotomy for various lesions of the anterior cranial fossa [J]. *Neurosurgery*, 1999, 44: 113-117.

[8] Gerber M, Vishteh AG, Spetzler RF. Return of olfaction after gross total resection of an olfactory groove meningioma: case report [J]. *Skull Base Surgery*, 1998, 8: 229-231.

[9] 刘运生,刘景平,王君宇,等.额外侧锁孔入路切除大型、巨型垂体腺瘤[J].中华神经外科疾病研究杂志,2004,3(1):30-32

[10] 沈建康,赵卫国,卞留贯,等.鞍结节脑膜瘤的手术入路和技巧[J].中华神经外科杂志,2007,23(9):646-649.

(2019-01-05 修回,2019-06-16 修回)



立体定向穿刺引流术或开颅切除术治疗脑脓肿

张修民 聂 盼 柳 雯 张继波 付 锴 陈劲草 江普查 张 捷

【摘要】目的 探讨立体定向穿刺引流术或开颅切除术治疗脑脓肿的效果。**方法** 回顾性分析2011年1月至2019年4月收治的36例脑脓肿的临床资料,其中13例采用CT/MRI定位立体定向穿刺+抗生素冲洗术(穿刺组),23例采用开颅脓肿切除术(开颅组)。**结果** 36例病灶深度(23.9±10.6)mm,其中穿刺组(32.5±11.2)mm,开颅组(19.0±6.3)mm。36例病灶最大截面积平均(13.6±23.3)cm²,其中穿刺组(8.7±6.5)cm²,开颅组平均(16.6±28.9)cm²。36例中,11例培养阳性,阳性率为30.56%。术后随访共32例,随访率为91.43%,其中穿刺组12例,开颅组20例;平均随访(24.1±22.4)个月,其中穿刺组平均随访(34.4±29.0)个月,开颅组平均随访(18.6±15.7)个月。穿刺组未见复发及死亡病例;开颅组1例术后3个月复发,6例死亡。出院时,36例GOS评分(3.9±1.0)分,其中穿刺组(4.2±0.7)分,开颅组(3.8±1.2)分;末次随访时,36例GOS评分(3.97±1.53)分,其中穿刺组(4.8±0.4)分,开颅组(3.5±1.7)分。**结论** 位于深部的脑脓肿,立体定向穿刺引流术具有微创、精准等独特优势;而对脑水肿较重、有脑疝的病人,宜采用开颅手术,必要时需去除骨瓣。

【关键词】 脑脓肿;CT定位;MRI定位;立体定向穿刺引流术;脑脓肿切除术

【文章编号】 1009-153X(2020)09-0632-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 742.7; R 651.1[†]

脑脓肿多表现为颅内压升高^[1],容易发生于老

年、糖尿病、自身免疫功能低下的病人,若脓肿破溃进入脑室,预后不佳^[2]。随着影像技术的发展及立体定向技术的应用,脓肿立体定向穿刺引流+抗生素冲洗成为新的治疗方案。本文回顾性分析2011年1月至2019年4月手术治疗的36例脑脓肿的临床资料,总结手术治疗经验。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.09.021

作者单位:430071 武汉,武汉大学中南医院神经外科(张修民、聂盼、柳 雯、张继波、付 锴、陈劲草、江普查、张 捷)

通讯作者:张 捷,E-mail:zhangjie8790@163.com