

· 经验介绍 ·

35 例颅内海绵状血管瘤的外科治疗

丁慧超 江 鑫 宋 健

【摘要】目的 探讨颅内海绵状血管瘤手术方法及疗效。**方法** 回顾性分析 2012~2019 年手术治疗的 35 例颅内海绵状血管瘤的临床资料。21 例采用神经导航辅助开颅手术治疗,10 例采用立体定向手术,4 例采用直接开颅手术治疗。**结果** 33 例颅内海绵状血管瘤全切除,2 例次全切;术后症状缓解 17 例,无变化 16 例,加重 3 例;无手术死亡病例。**结论** 针对具体情况,联合应用神经导航、立体定向、电生理技术切除颅内海绵状血管瘤,是一种安全有效的方法。

【关键词】 颅内肿瘤;海绵状血管瘤;手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2021)02-0126-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

海绵状血管瘤又称为海绵状血管畸形,可发生中枢神经系统的任何部位,如皮层、基底节、小脑和脑干。流行病学研究海绵状血管瘤多见于 30 岁以下男性和 30~60 岁女性,男女比为 5:1,人群发病率在 0.16%~0.50%^[1]。随诊影像学技术的发展,海绵状血管瘤检出率呈上升趋势。2012~2019 年手术治疗海绵状血管瘤 35 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 35 例中,男 13 例,女 18 例;年龄 25~67 岁,平均(45.45±9.75 岁);病灶位于额叶 10 例、颞叶 13 例、脑干 6 例、顶叶 4 例、基底节区 2 例。癫痫发作 12 例,肢体活动障碍 12 例,感觉障碍 6 例,颅神经障碍 4 例,头痛 8 例。

1.2 手术方法 术前均行 CT、MRI 平扫及 SWI 检查,2 例行 DSA 检查。21 例采用神经导航辅助开颅手术治疗,术中在电生理监测和(或)术中唤醒下显微切除病灶,避开功能区沿脑沟或皮层造瘘显微切除;其中位于脑干病灶,根据肿瘤位置,采用颞下入路、乙状窦后入路、后正中入路、幕下小脑上等入路;位于基底节区-放射冠区病灶,采用避开解剖功能区及在电生理监测下切除。10 例采用立体定向手术,使用 LEKSEL 立体定向仪,采用小骨窗,在电生理监测和(或)术中唤醒下,循脑沟或者皮层造瘘,进行显微切除。4 例位于颞叶合并癫痫,直接行前颞叶切除术并病灶切除术。

1.3 随访 术后 7 d 复查 MRI,出院后 1 个月采用电话或门诊随访,之后每半年随访一次。随访时复查 MRI,并进行 KPS 评分及评估神经功能恢复情况。对合并癫痫病人,3~6 个月复查脑电图以指导用药。

2 结果

33 例海绵状血管瘤全切除,2 例次全切。术后症状缓解 17 例,无变化 13 例,加重 3 例。术后无迟发出血及远隔部位血肿,无手术死亡病例。

12 例癫痫术后明显缓解,其中 4 例颞叶病灶并发癫痫,以标准前颞叶切除并病灶切除,癫痫未再发作;6 例病灶位于额叶、顶叶,行病灶切除并胶质增生带一并切除,癫痫未再发作;2 例额叶病人发作次数明显减少。3 例术后肌力较前恢复;2 例头痛明显好转。3 例肢体肌力下降加重(1 例基底节区、1 例顶叶、1 例桥脑),康复治疗 after 好转。

3 讨论

海绵状血管瘤是一种隐匿性的血管病变。颅内海绵状血管瘤主要临床表现为癫痫,多数学者认为癫痫发作与周围铁血黄素沉积提高病灶周围神经细胞的兴奋性有关;其次是出血,随着时间的推移,复发性颅内出血的年风险明显降低^[2,3],这对颅内海绵状血管瘤治疗方式的选择具有临床意义;还要相应部位出现神经功能缺失、头痛等。

对于海绵状血管瘤,CT 对小型病灶不灵敏。目前,MRI 是检测与诊断颅内海绵状血管瘤的首选影像学检查手段,灵敏度和特异度均较高,特征性的“桑葚”或“爆米花”样混杂信号团块,T₂WI 周围通常有不规则的低信号带环绕,无周围水肿带。

海绵状血管瘤治疗方式选择:立体定向放射外