

. 经验介绍 .

小儿外侧裂蛛网膜囊肿的手术治疗

马 斌

【摘要】目的 探讨小儿外侧裂蛛网膜囊肿的手术治疗方法及效果。**方法** 回顾性分析 2005 年 1 月至 2015 年 12 月收治的 209 例外侧裂蛛网膜囊肿的临床资料。显微镜下囊肿造瘘术治疗 105 例(显微组),神经内镜下囊肿造瘘术治疗 104(内镜组)。术后随访 1~6.5 年,平均(18.8±7.5)个月。**结果** 显微组有效率为 81%(85/105),术后近期并发症发生率为 6.7%(7/105),远期并发症发生率为 4.8%(5/105)。内镜组有效率为 77.9%(81/104),术后近期并发症发生率为 2.9%(3/104),远期并发症发生率为 1.9%(2/104)。两组有效率、并发症发生率均无统计学差异($P>0.05$)。**结论** 显微镜下囊肿造瘘术和神经内镜下囊肿造瘘术均是治疗小儿外侧裂蛛网膜囊肿的有效方法,可根据病人具体情况个体化选择。

【关键词】 外侧裂蛛网膜囊肿;儿童;手术

【文章编号】 1009-153X(2021)04-0283-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

蛛网膜囊肿是儿童常见的颅内良性占位,约 50%发生于大脑外侧裂^[1]。根据影像学特点,一般将外侧裂蛛网膜囊肿分为 3 型^[2]:Galassi 分型 I 型,体积较小,呈梭形,位于颞极,对颞叶无明显压迫;Galassi 分型 II 型,体积中等,呈球形,对颞叶有明显压迫,但未超出外侧裂;Galassi 分型 III 型,体积较大,超出侧裂,除对颞叶有明显压迫外,还压迫额叶或顶叶。对于有症状的 Galassi 分型 I 型囊肿,多采用显微镜下囊肿切除术;而对于 II、III 型囊肿,手术方式主要有显微镜或神经内镜下囊肿壁部分切除+囊肿造瘘术和囊肿腹腔分流术,由于后者长期并发症较多,逐渐被前两者取代^[3]。2005~2015 年手术治疗外侧裂 Galassi 分型 II、III 型蛛网膜囊肿 209 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 209 例中,男 172 例,女 37 例;年龄 1 个月~16 岁,平均(4.2±3.3)岁。显微镜下囊肿造瘘术治疗 105 例(显微组),神经内镜下囊肿造瘘术治疗 104(内镜组)。两组基线资料无统计学差异($P>0.05$,表 1)。

1.2 影像学检查 手术前后均行颅脑 CT 或 MRI 等检查,CT 平扫示囊肿呈边界清楚的圆形或类圆形均匀低密度改变,与脑脊液密度相同。MRI 平扫示囊肿呈长 T₁、长 T₂ 信号,与脑脊液信号一致,周围脑组织无水肿,增强扫描未见囊壁及内容物强化。

1.3 手术治疗 显微组在显微镜下行囊肿造瘘术^[4]。采用翼点入路,切口长约 5 cm,骨窗 3 cm×3 cm;术中尽可能剥离去除漂浮之囊肿脏壁层,保护侧裂血管与侧裂打通并与深部鞍上池充分打通。

内镜组在神经内镜下行囊肿造瘘术^[4]。依头颅 CT 和 MRI 定位,部分病人采用导航定位。头皮切口长 2 cm,颞部电钻磨出约 1 cm 骨孔,十字切开硬膜;神经内镜于鞍上池水平从推移的颞叶近囊肿侧进入,而 III 型囊肿直接从壁层进入,取瘤钳钳取中颅窝底囊壁,开窗后囊壁漂浮,钳取囊壁去除并接近侧裂池使之相通,电凝和扩大临近鞍上池囊壁与之相通。

1.4 随访及疗效评估 术后随访 1~6.5 年,平均(18.8±

表 1 两组基线资料比较

基线资料	显微组	内镜组
年龄(月)	53.2±23.6	49.4±22.9
性别(例,男/女)	85/20	87/17
随访时间(月)	19.3±11.2	17.8±10.8
症状		
头痛	30	37
呕吐	17	12
头围增大	13	11
颞骨膨隆	16	19
发育迟缓	10	8
癫痫	8	4
硬膜下出血	4	5
硬膜外出血	2	0
脑积水	3	4
感觉障碍	1	3
斜视	2	0

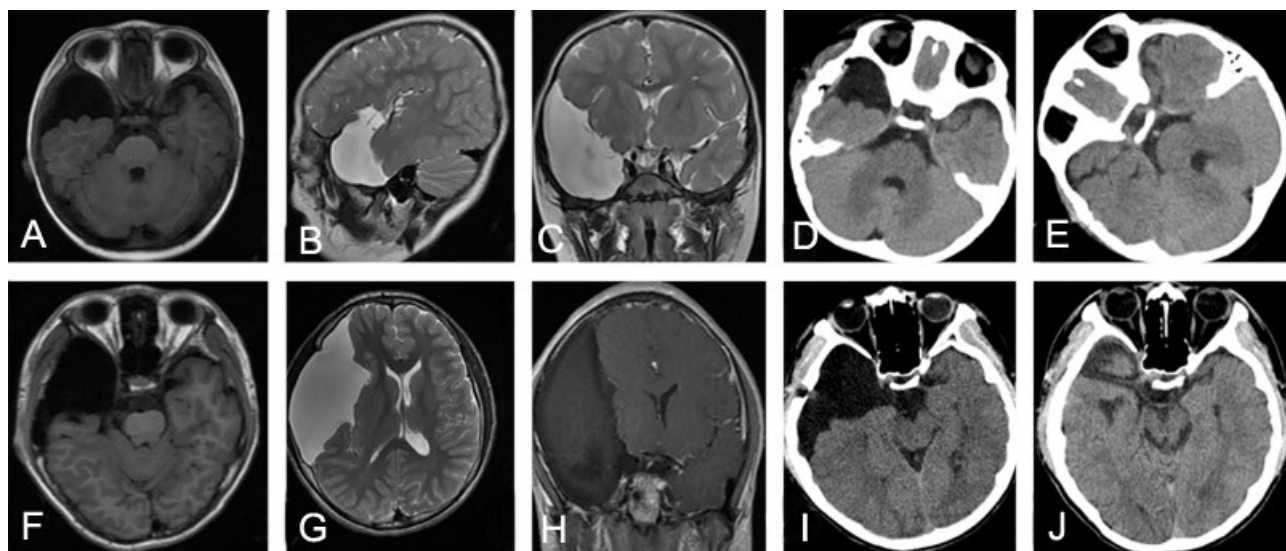


图1 外侧裂蛛网膜囊肿手术前后影像

A~E. 显微镜下囊肿造瘘术前后影像,A~C为术前MRI显示右侧裂池蛛网膜囊肿,术后1 d(D)、1年(E)复查CT示囊肿消失;F~J. 神经内镜下镜囊肿造瘘术前后影像,F~H为术前MRI显示右侧裂池蛛网膜囊肿,术后1 d(I)、1年(J)复查CT示囊肿消失

7.5)个月。每2~4个月随访1次,随访内容包括复查颅脑CT/MRI,观察囊肿体积变化;患儿症状缓解情况,手术近期并发症(术后2个月内出现的并发症)及手术远期并发症(超过2个月出现的并发症)。疗效判断标准:症状无改善或加重为无效;影像学显示囊肿体积减少大于50%,症状明显改善甚至消失为有效。

1.5 统计学分析 应用SPSS 23.0软件处理;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

显微组有效率为81%(85/105;图1),术后近期并发症发生率为6.7%(7/105;其中硬膜下积液5例,伤口感染2例),远期并发症发生率为4.8%(5/105;其中硬膜下积液3例,硬膜下出血2例)。内镜组有效率为77.9%(81/104),术后近期并发症发生率为2.9%(3/104;其中硬膜下积液2例,硬膜下出血1例),远期并发症发生率为1.9%(2/104;其中硬膜下积液2例)。两组有效率、并发症发生率均无统计学差异($P>0.05$)。

3 讨论

颅内蛛网膜囊肿约占儿童颅内占位性病变的1%,男性较女性多见,左侧较右侧常见^[1];多为蛛网膜胚胎期发育异常所致的由一层蛛网膜包裹着类脑脊液的先天性良性囊性病变,少数为后天因素如颅

脑损伤和炎性反应等引起。囊肿的形成机制尚不完全清楚,主要包括囊外脑脊液通过单向活瓣内流入囊内形成囊肿(球阀机制)、囊壁细胞异常分泌囊液形成囊肿(囊壁分泌机制)、囊外脑脊液通过囊壁渗透入囊内形成囊肿(梯度渗透机制)、蛛网膜下腔局部出血或粘连导致的分隔不断增大而形成囊肿(分隔机制)^[5,6]。目前,对于外侧裂蛛网膜囊肿的治疗,尚无统一标准。多数认为,对于无症状的外侧裂蛛网膜囊肿,应定期随访观察;对于有症状或随访发现不断增大的囊肿,应手术治疗^[7]。

显微镜下手术与神经内镜下手术各有优劣。显微镜下手术将颅骨打开后视野开阔能,在显微镜的放大和照射下,可以清楚地观察到外侧裂及其周围结构,并且具有充足的空间对蛛网膜尽可能剥离囊壁,进行开窗并贯通周围的脑池,使其与蛛网膜下腔广泛相通^[8]。而神经内镜手术可减少开颅手术中脑组织移位产生的并发症,而大型囊肿本身周围组织固定欠佳,显微镜下手术更容易对周围组织造成牵拉及创伤^[9],术后更容易出现硬膜下积液。但是本文两组并发症发生率无统计学差异($P>0.05$)。有学者报道,解除囊肿压迫,有利于脑组织血流灌注及生长发育,增强患儿的认知发育^[10]。由于条件的限制,本文未对患儿的认知水平进行分析。

综上所述,对于小儿外侧裂蛛网膜囊肿,显微镜下囊肿造瘘术和神经内镜下囊肿造瘘术均是有效的治疗方法,各有优劣,可根据病人具体情况个体化选择。