

1 cm,一般不损伤颞浅动脉及面神经的额支;术中部分分离颞肌,对颞肌暴露少,颞肌损伤较翼点入路小;骨瓣开窗需磨除蝶骨脊外侧,骨窗设计时利用关键孔及相近的骨瓣宽度,能够在小翼点入路中获得与翼点入路同等的核心空间,可减少脑压板的使用,减少脑实质的损伤^[9]。但术前应根据动脉瘤的大小、形态、位置、方向、年龄、Fisher 分级等制定手术计划,评估手术风险。若术前考虑到术中或术后去骨瓣减压,则需选择翼点入路,甚至标准大骨瓣,更为合适^[10]。

总之,对于前循环动脉瘤,小翼点入路可作为安全有效的手术入路的选择。

【参考文献】

[1] Fahlbusch R, Schott W. Pterional surgery of meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale:surgical results with special consideration of ophthalmological and endocrinological outcomes [J]. J Neurosurg, 2002, 96: 235-243.

[2] Figueiredo EG, Deshmukh P, Nakaji P, et al. The minipterional craniotomy:technical description and anatomic assessment [J]. Neurosurgery, 2007, 61: 256-264.

[3] Goertz L, Pflaieg M, Hamisch C, et al. Delayed hospital admission of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: clinical presentation, treatment strategies, and out-

come [J]. J Neurosurg, 2020. 1-8. Online ahead of print.

[4] Yasargil MG, Antic J, Laciga R, et al. Microsurgical pterional approach to aneurysms of the basilar bifurcation [J]. Surg Neurol, 1976, 6(2): 83-91.

[5] Rubio RR, Dubnicoff T, Rutledgr WC, et al. Combined pterional transsylvian and bifrontal interhemispheric approach to ruptured subcallosal and pericallosal brain arteriovenous malformation with skeletonization of the entire A2 ACA segment [J]. World Neurosurg, 2020, 134: 427.

[6] Hernesniemi J, Ishii K, Niemel M, et al. Lateral supraorbital approach as an alternative to clasSical pterional approach [J]. Acta Neurochir Suppl, 2005, 94: 17-21.

[7] Murakami T, Nakagawa I, Park HS, et al. Extensive post-operative subdural fluidvolume affects the onset of chronic subdural hematoma after unruptured aneurysmal clipping surgery [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2019, 187: 53-55.

[8] 向春晖,潘 轲,向 飞,等. 小翼点入路手术夹闭大脑中动脉动脉瘤的疗效分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2019,24(4):230-231.

[9] 王明圣,王 勇. 经小翼点入路夹闭大脑中动脉分叉部动脉瘤[J]. 中国临床神经外科杂志,2017,25(3):272-278.

[10] 黄春波,杨瑞生,李庆安,等. 血管内栓塞与开颅夹闭术治疗颅内破裂动脉瘤[J]. 中国临床神经外科杂志,2018,23(3):184-186.

(2020-11-22 收稿,2021-01-04 修回)

神经内镜在发际外颅骨骨瘤切除术中的应用

冯广才 李东波

【摘要】目的 探讨神经内镜在颅骨骨瘤切除术中的应用价值。**方法** 回顾性分析2012年1月至2019年10月手术治疗的6例额部颅骨骨瘤的临床资料。采用远离骨瘤的发际线内小切口,利用神经内镜、电动手术器械装置切除骨瘤。**结果** 手术效果非常理想,皮肤平整,面部无瘢痕。6例手术均未出现血肿、切口感染、瘢痕外露、皮肤坏死、秃发等并发症。1例出现术侧上眼睑水肿,数日后消退。术后病理检查结果为骨瘤。术后随访1~2年,未见骨瘤复发。**结论** 对于发际外颅骨骨瘤,利用神经内镜行发际内小切口可完整切除,减少术后复发,取得美容效果。

【关键词】 颅骨骨瘤;手术;神经内镜;疗效

【文章编号】 1009-153X(2021)05-0368-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 738.1; R 651.1[†]

颅骨骨瘤是一种常见的良性肿瘤,可发生于颅

骨的任何部位,其中颅盖骨骨瘤好发于额骨和顶骨,可单发、多发或聚发一处^[1,2]。由于颅骨骨瘤生长缓慢,无压痛,大多数无不适感,往往在引起明显的外貌变化,才就诊。目前,多采用原位皮肤切口切除瘤体,容易在暴露部位遗留瘢痕,影响病人容貌。2012

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.05.017

作者单位:725000 陕西,安康市中医医院神经外科(冯广才、李东波)

通讯作者:李东波,E-mail:fgcwy@163.com

年 2 月至 2019 年 10 月采用神经内镜手术治疗额部颅骨骨瘤 6 例,效果良好,瘢痕隐蔽,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 6 例中,男 2 例,女 4 例;年龄 19~60 岁。6 例骨瘤均生长于额部发际外,大小 1~3 cm。2 例为多发性颅骨骨瘤,瘤体均位于额部外侧,左额部隆起较大约为 1.6 cm,右侧额部隆起约 1 cm 瘤体质地坚硬,无活动度,与皮下组织无粘连,压痛不明显。头颅 CT 检查 6 例均可见病灶,位于额部,呈外生性生长,密度接近正常骨质。

1.2 手术方法 采取额部发际线内 1.0 cm 处弧形切口,与发际线平行,长 2~3 cm。局麻后,逐层切开皮肤,切口头皮夹及电凝止血,沿骨膜向包块方向剥离至额骨病灶部位,游离病灶四周组织,彻底止血。将鼻窥镜伸入头皮下,置入 0° 内镜,可见类圆形骨性隆起,颜色较正常额骨偏浅,骨凿凿除骨瘤,置入磨钻仔细磨除骨瘤基底部,使其略低于周围正常颅骨外板,完整切除瘤体后,检查额部皮肤,未见明显异常。仔细止血后,5-0、4-0 可吸收线逐层缝合。术后适当包扎切口,网套加压固定。术后 7 d 拆线。

2 结果

手术效果非常理想,皮肤平整,面部无瘢痕。6 例手术均未出现血肿、切口感染、瘢痕外露、皮肤坏死、秃发等并发症。1 例出现术侧上眼睑水肿,数日后消退。术后病理检查结果为骨瘤。术后随访 1~2 年,未见骨瘤复发。

3 讨论

颅骨骨瘤生长较为缓慢,无侵袭性,除局部影响美观之外,多无临床症状。病因不明,部分与外伤有关^[3],女性较为常见^[1,4]。这可能是女性爱美意识较强,导致女性骨瘤的发现率增加。此类病人的诉求多是为追求外在美观,所以我们采取远离病变部位,借助于神经内镜直视下手术切除。

颅骨骨瘤可分为致密骨型、松质骨型和混合型^[5,6],其中松质骨型骨瘤较少见。致密骨型常起源于骨外板,内板保持完整,隆起于头皮,大小不等^[7],质地致密坚硬,显微镜下与正常骨质结构基本相似。松质骨型起源于板障,内含纤维组织、红骨髓或脂肪性骨髓,可向内、向外生长,一般颅底多见。颅骨骨瘤一般无症状,如发生于颅骨内板,可导致颅内压增高,引起眩晕、头痛甚至癫痫等。治疗方法与骨瘤生

长的部位及其生长方式密切相关。板障向内生长者,有颅内压增高症状时,需手术,必要时行颅骨成形术。而源于颅骨外板并外生性生长者,可以观察,对生活有明显影响时,可以考虑手术。对于特殊部位,如面部,我们曾尝试在发际内不借助内镜直视下切除,但效果不满意,而且由于术野狭小,容易对病灶所在处头皮造成损伤。因此,我们近几年尝试借助神经内镜下直视切除,取得满意的效果。

对生长快、影响美容且有症状的骨瘤,应手术切除。传统方法多采用经瘤体上方皮肤切口手术切除瘤体,操作方便,暴露直观,但是在面部暴露部位遗留切口瘢痕,美中不足。我们采用发际线内小切口在神经内镜下切除颅骨骨瘤,术后瘢痕隐蔽,效果满意,随访 1~2 年无复发。

我们的体会:①采取发际线内小切口,术后切口瘢痕由于毛发遮盖而不易发现,从而达到美容效果;②切开是沿毛囊排列方向切开头皮全层,减少毛囊损伤,避免切口脱发;③使用鼻窥镜撑开建立通道,有利于手术器械的进入,交替用磨钻、骨凿,尽量去除瘤体至正常骨组织;④逐层缝合切口,以减小张力达到最佳愈合;⑤借助神经内镜能够清楚暴露术区,直视病灶,能观察到瘤体的切除程度及范围,使得远距离操作简便。

【参考文献】

[1] 代晓梅,李晓华,李洪奎,等. 颅骨骨瘤一例病例报告及文献复习[J]. 中国美容整形外科杂志, 2018, 29(4): 255-258.

[2] 熊南翔,赵洪洋,张方成,等. 颅骨骨瘤临床分类和手术方法的探讨[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22(3): 166-167.

[3] 朱寿鸿,黄 新,范学政,等. 颅骨骨折继发骨瘤一例[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(14): 4145-4145.

[4] Eshed V, Latimer B, Greenwald CM, et al. Button osteoma: its etiology and pathophysiology [J]. Am J Phy S Anthropol, 2002, 118(3): 217-230.

[5] Georgalas C, Goudakos J, Fokkens WJ. Osteoma of the skull base and sinuses [J]. Otolaryngol Clin North Am, 2011, 44(4): 875-890.

[6] 曲华丽,彭旭红,张雪林. 骨瘤的 MRI 表现及其与病理对照分析[J]. 临床放射学杂志, 2010, 29(4): 482-485.

[7] 李玉庄,杨建义,马文可. 颅骨巨大骨瘤 1 例[J]. 现代诊断与治疗, 2010, 21(2): 108.

(2019-11-13 收稿, 2019-12-11 修回)