

. 个案报告 .

臀大肌肌瓣治疗腰椎神经鞘瘤术后脑脊液漏 1 例

赵 倩 季 庆 李鹤松 李小兵 王 颖 焦德让

【关键词】 术后脑脊液漏;腰椎神经鞘瘤;臀大肌肌瓣治疗

【文章编号】 1009-153X(2021)07-0574-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.42; R 651.1*1

1 病例资料

64 岁男性,因腰骶椎管内肿瘤,分别于 2019 年 8 月、2020 年 5 月两次手术治疗,术后病理为神经鞘瘤。由于手术切除不彻底,未行硬脊膜修补,术后临床症状无明显改善。3 个月来,症状加重,腰骶部手术部位逐渐隆起,周围压痛。入院体格检查:双下肢肌力 V 级,足部活动内外翻及伸曲不到位,小腿腓肠肌萎缩;腰 4~5 以下痛觉减退,以会阴部减退明显;腰骶部伤口可见皮肤膨隆,伤口周围软组织压痛明显,放射致双下肢后侧,透光试验(+)。腰骶部 MRI 显示腰 4~骶 2 大小形状不规则、密度不均匀的占位影像表现,为残余及复发的肿瘤,伴有扩张至腰骶部的皮下肿物,低密度肿物,即脑脊液囊肿(图 1A、1B)。由于腰 4~骶 2 仍有残余、复发肿瘤及脑脊液囊肿扩张至皮下,巨大且有破溃危险,且多次手术导致局部肌肉萎缩,瘢痕增生,椎管及硬膜修复困难,与烧伤科医生研究决定转移臀大肌肌瓣填塞囊腔。全麻下,选取腰部“ I ”字形原切口,切开腰部皮肤皮下脂肪层,可见瘢痕增生,腰部可见囊性组织,内有透明脑脊液流出,暴露腰 4 椎板,咬除椎板,磨钻扩大骨窗至 3 cm 宽,可见硬脊膜下囊性肿物,切除肿物后,马尾神经根周围可见多发肿物,浅黄色,质韧,边界清,包膜完整,仔细分离,连同周围粘连组织切除,术中清除脑脊液囊肿,可见有脑脊液从腰椎管流出。然后,选取右侧臀大肌上部肌瓣,以髂后上棘与股骨大转子尖端的连线为纵轴设计肌瓣,根据腰骶部残腔大小设计肌瓣大小约 15 cm×8 cm,使其充分填满残腔。以梨状孔为中心向内上旋转 180°达到足以填塞覆盖至残腔底部。多次手术后,术中硬膜囊无法实施修补。翻转臀大肌,肌瓣推移填入手术腔(切勿扭曲臀上血管),并与腰椎残腔周围组织紧密缝合,逐层缝合切口。术中注意肌肉渗血切勿过度电凝止血,因电凝后易导致血管痉挛影响肌瓣供血,从而影响手术效果。术后尽量保持俯卧位或侧卧位,减少肌瓣受压。若无法耐受俯卧位,可考虑使用悬浮床治疗,避免翻转的肌瓣受压。术后腰部疼痛及膨隆症

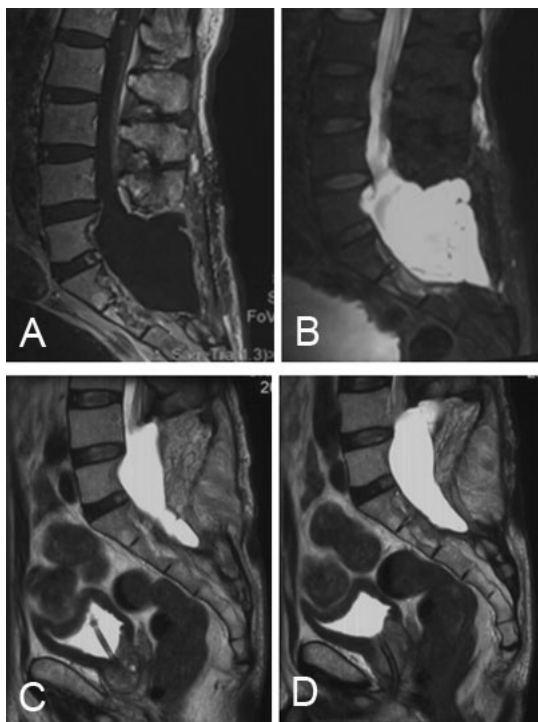


图 1 腰椎神经鞘瘤术后脑脊液漏臀大肌肌瓣治疗前后 MRI

A、B. 治疗前腰骶部 MRI 显示脑脊液漏所形成的脑脊液囊肿;C、D. 治疗后腰骶部 MRI 显示肌瓣填充原肿瘤及脑脊液囊腔内,肌瓣保持容量没有萎缩

状缓解,随访 3 个月双下肢疼痛无力症状基本恢复,复查 MRI 显示肌瓣基本在腰骶骨残端周围保持容量(图 1C、1D)。

2 讨论

椎管内神经鞘瘤比较常见,但腰椎管内多发神经鞘瘤临床少见。本文病例多次手术切除椎管内神经鞘瘤,术后遗留大面积缺损残腔,硬膜囊撕裂或损伤导致脑脊液漏,扩张至皮下形成脑脊液囊肿。因周围组织破坏严重,硬脊膜无法修复,脑脊液囊肿扩展至皮下,组织缺失严重;而臀大肌组织厚重,血运丰富,是合适的修补材料。臀大肌肌瓣血运丰富,组织量大,移植成活率高,抗感染能力强,耐磨耐压,应用其填充组织缺损残腔可改善周围血运,从而有利于组织的修复。

结合本文病例,应用臀大肌推移肌瓣填塞腰椎管内多发

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.07.029

作者单位:300121,天津市人民医院神经外科(赵 倩、季 庆、李鹤松、焦德让);300074,天津市第一中心医院神经外科(李小兵、王颖)

通讯作者:焦德让,E-mail:DeRangJiao@163.com