

. 个案报告 .

神经内镜下囊肿-侧脑室造瘘+支架置入术治疗颅内巨大蛛网膜囊肿 1 例

屈晓东 张晟豪 马文龙 蔡志标 荔志云 周 杰

【关键词】 颅内巨大蛛网膜囊肿;囊肿-侧脑室造瘘术;支架置入术;神经内镜
【文章编号】 1009-153X(2021)09-0735-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

65 岁女性,因头痛 2 年、加重半年于 2019 年 9 月 23 日入院。当地医院头颅 CT 示左侧额顶部囊性占位性病变。我院头颅 MRI 示左侧侧脑室旁-半卵圆中心-额顶叶囊性病变,周围脑组织有挤压(图 1A~C)。入院体格检查:神志清楚,GCS 评分 15 分;双侧瞳孔等大正圆,直径 3 mm,对光反射灵敏;四肢肌力、肌张力正常;生理反射存在,病理反射未引出。入院后完善术前准备,9 月 27 日在全麻下行神经导航辅助神经内镜下囊肿-侧脑室造瘘+支架植入术。取仰卧位,头正位,头高脚低,术前行神经导航定位,确定囊肿位置规划手术入路,并避开周边重要神经功能结构。在左顶部预画线处行长约 4 cm 直切口,逐层切开皮肤,牵开皮下各层组织,暴露出颅骨。钻颅,沿骨孔用咬骨钳扩大窗口,用尖刀十字切开硬脑膜,切开后电凝硬脑膜使其回缩,双极电凝切开局部脑组织及囊肿壁,见黄色囊液流出,行棉片封堵,用神经内镜通过窗口进入囊肿腔,冲洗囊肿腔后视野清晰,将神经导航棒置入囊肿腔,根据导航棒定位造瘘部位,在造瘘部位行电凝切开造瘘。将神经内镜探入瘘口中确认进入侧脑室前角,将直径 6 mm、长 18 mm 球囊扩张支架植入造瘘口中,支架一端位于侧脑室前角,一端位于囊肿腔内,用加压泵将球囊扩张支架扩张到合适大小后,保持球囊扩张状态 1 min 以上,释放球囊取出导管。神经内镜直视下确认支架位置良好,固定牢靠(图 1G)。彻底止血后,撤出内镜,囊肿腔注满庆大霉素盐水,用止血材料及颅骨锁外层圆片封堵骨孔,逐层缝合头皮。术中 CT 示颅内蛛网膜囊肿变小,支架位置良好(图 1D~F)。术后伤口愈合良好,头痛消失,四肢肌力肌张力正常,痊愈出院。

2 讨论

颅内蛛网膜囊肿为良性病变,临床上大部分情况不需要干预,可长期随访观察,但囊肿体积巨大,以致压迫脑组织,有临床症状的情况下,需要治疗,传统手术方法有两种:一是

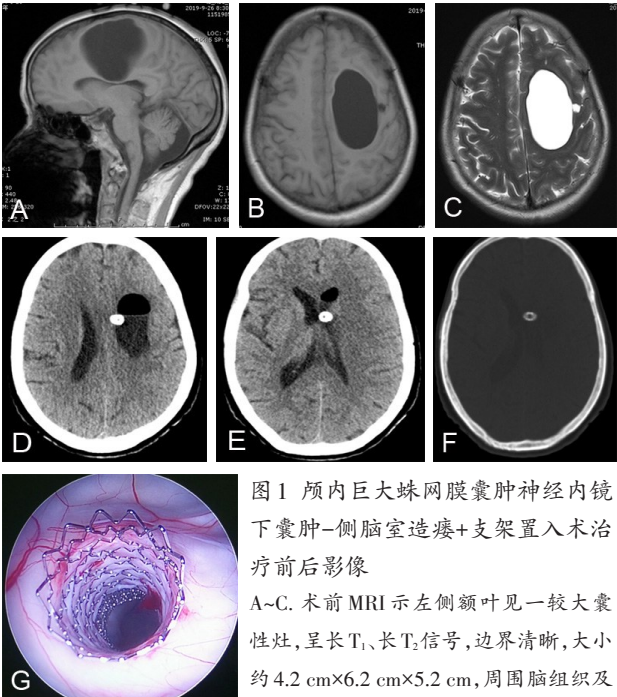


图 1 颅内巨大蛛网膜囊肿神经内镜下囊肿-侧脑室造瘘+支架置入术治疗前后影像
A~C. 术前 MRI 示左侧额叶见一较大囊性灶,呈长 T₁、长 T₂ 信号,边界清晰,大小约 4.2 cm×6.2 cm×5.2 cm,周围脑组织及胼胝体呈受压改变,中线结构轻度右偏;D~F. 术中 CT 示蛛网膜囊肿缩小,支架位置良好;G. 支架释放后,造瘘口沟通囊肿腔与侧脑室,支架位置良好

囊肿切除术,缺点是囊肿易复发;二是囊肿-腹腔分流术,缺点是费用高,远期分流管易堵塞,感染几率高。由于现代手术设备和外科理念的更新,神经内镜因创伤小、精准度高等优点在神经外科手术中应用日益广泛。本文病例采用的手术方式为:神经内镜下颅内蛛网膜囊肿-侧脑室造瘘+支架置入术。应用神经内镜、神经导航、术中 CT、影像三维重建等技术结合神经介入的理念和技术,通过术中神经导航实时精确定位囊肿腔与邻近脑室的位置,在神经内镜直视下对囊肿腔与临近侧脑室之间造瘘,把囊肿腔内的“死水”变为参与脑脊液循环的“活水”,变病理状态为生理状态;再将支架置入囊肿腔与邻近脑室的通道内,起到隧道支撑作用,避免了后期出现的瘘口闭塞。该手术方式具有手术创伤小、时间短、出血少、费用低、术后恢复快、术后脑脊液循环符合人体生理状态,且体内不需留置分流管等优点。

(2019-10-01 收稿,2020-03-23 修回)