

## . 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

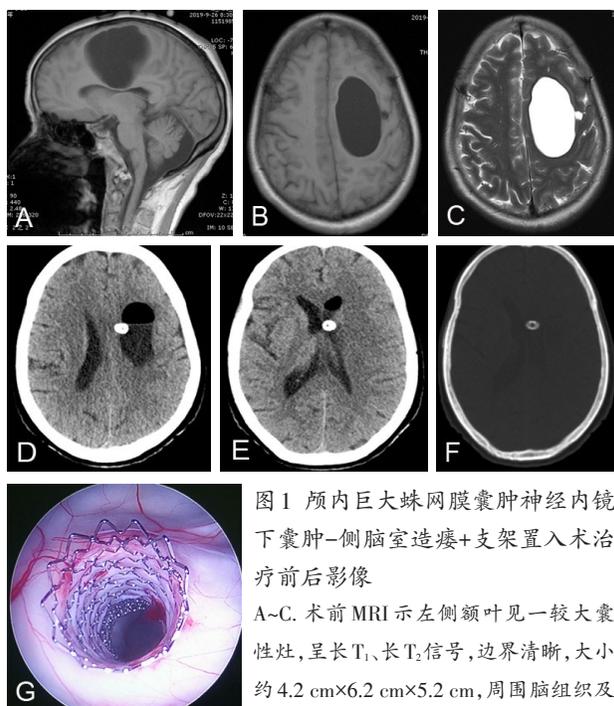


图 1 颅内巨大蛛网膜囊肿神经内镜下囊肿-侧脑室造瘘+支架置入术治疗前后影像

A~C. 术前 MRI 示左侧额叶见一较大囊性灶, 呈长 T<sub>1</sub>、长 T<sub>2</sub> 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邻近侧脑室之间造瘘, 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。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.09.029

作者单位: 730050 兰州, 中国人民解放军联勤保障部队第 940 医院神经外科(屈晓东、张晟豪、马文龙、蔡志标、荔志云、周杰)

(2019-10-01 收稿, 2020-03-23 修回)