

· 经验介绍 ·

小翼点入路手术切除鞍旁肿瘤的体会

代永庆 周林裕 于泓 柏建兵

【摘要】目的 总结小翼点入路手术切除鞍旁肿瘤的经验。**方法** 回顾性分析 2016 年 4 月至 2019 年 12 月小翼点入路手术切除的 7 例鞍旁肿瘤的临床资料。**结果** Simpson 分级 I 级切除 4 例, II 级 2 例, IV 级 1 例。术后 3 例出现暂时性面部感觉异常, 3 例暂时性第三神经麻痹, 1 例永久性动眼神经麻痹, 1 例脑积水。术后病理示脑膜瘤 5 例, 软骨肉瘤 1 例, 神经鞘瘤 1 例。术后随访 3~12 月, 中位数 5 个月, 无复发或死亡。**结论** 对于合适的鞍旁肿瘤病人, 小翼点入路手术切除效果好, 并发症少。

【关键词】 鞍旁肿瘤; 小翼点入路; 显微手术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2023)02-0118-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

鞍旁肿瘤位于颅底, 靠近海绵窦、颈内动脉和视神经, 手术切除具有挑战性^[1-3]。传统手术入路包括标准翼点入路或眶颧骨入路^[4-6], 手术创伤较大^[7, 8]。2016 年 4 月至 2019 年 12 月小翼点入路手术切除鞍旁肿瘤 7 例, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 7 例中, 男 4 例, 女 3 例; 年龄 33~68 岁, 平均(55.4±11.8)岁。7 例均有视力减退, 4 例有面部疼痛和感觉异常, 2 例有感觉减退, 1 例偏瘫。1 例术前曾接受放疗。

1.2 影像学资料 术前 MRI T₁像呈等信号 5 例, 等低信号 2 例; T₂像均为高信号; 增强后均呈均匀强化, 2 例伴小的囊性成分。4 例位于内侧蝶骨翼, 2 例位于前床突, 1 例位于蝶骨-海绵窦交界处。肿瘤最大径 0.5~3.2 cm, 平均(1.8±0.9)cm。

1.3 手术方法 切口始于耳屏前 0.8~1 cm, 比传统翼点入路更靠前, 自颧弓上呈弧形向上作切口, 长 3~4 cm。切开颞浅筋膜, 在筋膜前移面神经额肌支, 并分离筋膜与颞肌。向下牵拉皮筋膜瓣, 沿肌纤维走行向翼点方向分离颞肌, 暴露翼点区颅骨。于蝶骨翼上钻孔, 形成 2 cm×2 cm 骨瓣, 暴露眶脑膜带。识别并电凝脑膜中动脉。显微镜下仔细地将内侧颞叶上方的外硬脑膜层从海绵窦上方的外层侧移并抬高, 并将侵入海绵窦的肿瘤剥离。以 C 型方式打开硬脑膜, 切口朝向眶上缘, 显露额叶、侧裂和颞上回

下侧面, 视情况分离侧裂。在确定硬脑膜基底后, 将较小的肿瘤从粘附结构中剥离。较大的肿瘤在明确硬脑膜受累程度后进行切除。

2 结果

2.1 手术结果 根据 Simpson 分级^[9]: I 级切除 4 例, II 级 2 例, IV 级 1 例。术后 3 例出现暂时性面部感觉异常, 3 例暂时性第三神经麻痹, 1 例永久性动眼神经麻痹, 1 例脑积水。术后病理示脑膜瘤 5 例, 软骨肉瘤 1 例, 神经鞘瘤 1 例。术后随访 3~12 月, 中位数 5 个月, 无复发或死亡。

2.2 典型病例 63 岁女性, 因头疼、视力减退以及步态失衡 1 周入院。入院体格检查: 右眼视力 0.1, 左眼视力 0.7; 双颞侧视野缺损, 以右眼为重。术前头部 MRI 显示左侧蝶翼肿瘤, 呈不均匀强化, 大小为 2.4 cm×3.6 cm×4.7 cm。经小翼点入路手术全切除肿瘤(图 1), 术后病理结果显示 WHO 分级 I 级脑膜瘤。术后无严重并发症, 视野缺损明显改善。

3 讨论

我们使用小翼点入路手术切除鞍旁肿瘤 7 例, 效果良好。这文献报道的经典翼点入路手术和扩大翼点入路手术疗效相当^[5, 6, 8]。这提示小翼点入路手术切除部分鞍旁肿瘤是可以接受的, 是安全的、有效的。

小翼点入路手术成功的关键是暴露的眶视神经复合体, 并不需要更广泛的暴露。选择小翼点入路手术主要依赖于病人肿瘤的特征, 主要基于肿瘤延伸情况, 对于肿瘤延伸明显高于颈动脉分叉和大脑中动脉 M1 段或累及豆纹动脉时, 并不适用小翼点入路, 建议进行扩大翼点入路或传统的眶颧骨入路, 以

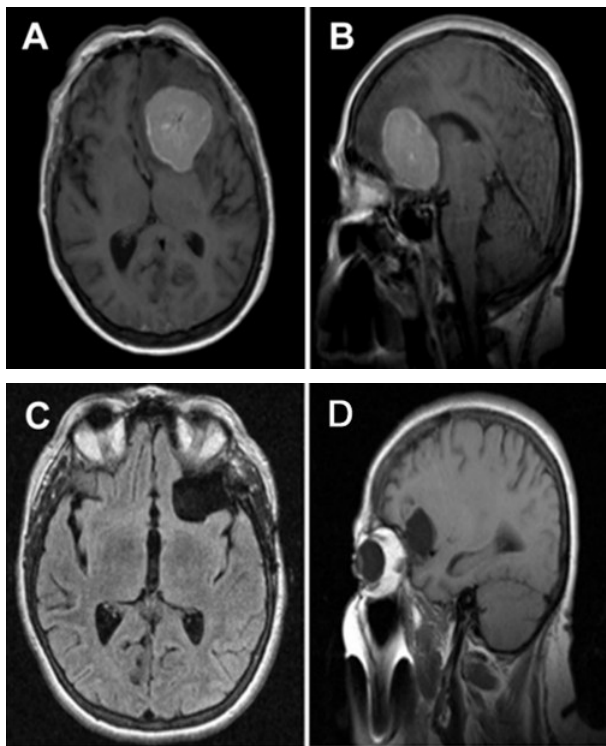


图1 左侧蝶骨嵴脑膜瘤小翼点入路手术前后影像学表现
A、B. 术前MRI示左侧蝶骨嵴肿瘤,呈不均匀强化;C、D. 术后MRI显示肿瘤全切除

获得足够的向上通道。另外,在豆纹动脉受累的情况下,采用眶颅入路可充分安全地暴露病灶。在肿瘤沿着周围脑池后面的天幕延伸的情况下,建议使用扩大开颅术代替小翼点入路。

扩大手术开口是否有益,尚无定论^[8,10]。当然,更大的手术视野可以安全地观察周围的解剖结构。然而,我们认为这个理念是有局限性的,到达一定程度后,表面暴露的增加不会增加深层手术角度。从病人角度看,大多数病人更希望选择小切口和更少的组织损伤。从医生的角度看,较小的切口、颅骨处理和软组织操作可简化手术方法并减少脑实质暴露,甚至简化术后并发症的处理,例如手术部位感染通常对较大骨瓣更具破坏性^[11];而且一旦感染,修复较小的颅骨缺损通常可以使用较大的钻孔覆盖物或小网眼,而不是较大的复杂假体。

小翼点入路手术受限于肿瘤特征,如生长位置和范围,尤其是上延伸和后延伸,并不适用于。此外小翼点入路因为暴露范围小,限制了术中查看适当的解剖标志,因此这对主刀医师提出了更高的要求。

总之,对于合适的鞍旁肿瘤,小翼点入路手术是

一种有效的方法。

【参考文献】

[1] 钱金甲,雍小敏,郑后珍. 颅内鞍区肿瘤 CT、MRI 的影像表现及诊断意义[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2022, 20(4): 19-21.

[2] 刘 晗,连海伟,刘仁忠. 鞍旁脑膜瘤的诊治研究进展[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(5): 374-376.

[3] 杨丽丰,苗 伟,刘 宇. 小型扩展双额入路手术治疗颅前窝底中线脑膜瘤[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(9): 710-711.

[4] 冯 苗,张文令,王 雷,等. 经颧骨-颅中窝入路手术治疗颅底肿瘤的体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2022, 27(7): 578-579.

[5] Salgado López L, Muñoz Hernández F, Asencio Cortés C, *et al.* Extradural anterior clinoidectomy in the management of parasellar meningiomas: analysis of 13 years of experience and literature review [J]. *Neurocirugia*, 2018, 29(5): 225-232.

[6] 季骋远,王 中,朱 昀,等. 眶上外侧入路与翼点入路手术治疗颅咽管瘤的临床疗效比较[J]. 临床神经外科杂志, 2020, 17(5): 543-548.

[7] Kim JG, Lee DH, Kim YI, *et al.* Modified orbitozygomatic approach for resecting a parasellar tumor in a single institution [J]. *Brain Tumor Res Treat*, 2021, 9(2): 58-62.

[8] Mariniello G, de Divitiis O, Caranci F, *et al.* Parasellar schwannomas: extradural vs extra- intradural surgical approach [J]. *Oper Neurosurg*, 2018, 14(6): 627-638.

[9] Behling F, Fodi C, Hoffmann E, *et al.* The role of Simpson grading in meningiomas after integration of the updated WHO classification and adjuvant radiotherapy [J]. *Neurosurg Rev*, 2021, 44(4): 2329-2336.

[10] Sattur MG, Abi-Aad KR, Welz ME, *et al.* Extended lateral orbital craniotomy: anatomic study and initial clinical series of a novel minimally invasive pterional approach [J]. *J Neurol Surg B Skull Base*, 2020, 81(1): 88-96.

[11] 孙瑞迅,李琳坤,刘 祯,等. 经额底入路与经翼点入路对颅脑鞍区肿瘤的生活质量及安全性分析[J]. 临床研究, 2020, 28(11): 16-18.

(2022-11-02 收稿, 2022-11-17 修回)