

## · 病例报道 ·

## 灵活选择手术入路:一期全切多发性脑膜瘤 1 例的手术体会

李福斌<sup>1</sup>,刘凯<sup>2</sup>,李文森<sup>1</sup>,杜建洋<sup>1</sup>,韩飞<sup>1</sup>,李毅平<sup>1\*</sup>

1. 吉林大学第一医院神经肿瘤外科,吉林 长春 130021

2. 郑州大学第五附属医院介入科,河南 郑州 450052

DOI:10.16636/j.cnki.jinn.2016.05.017

多发性脑膜瘤(Multiple meningiomas)最早于1889年首次被描述,1938年Cushing等人对其作了明确定义:颅内出现2个或2个以上相互不连接的脑膜瘤称为多发性脑膜瘤,排除合并神经纤维瘤病、手术后或放疗后复发以及弥漫性的脑膜瘤病者<sup>[1]</sup>。国外报道该病的发生率约占颅内脑膜瘤的2.3%~8.9%<sup>[2]</sup>。多发性脑膜瘤多为良性肿瘤,手术切除是最为直接有效的方法,通常此类手术时间长,创伤大,且多需分期手术,对患者影响较大。因此,在不影响神经功能的前提下,尽量做到一期全切肿瘤,从而减少手术创伤及费用。近日我科收治一例岩斜区及枕骨大孔区多发性脑膜瘤,灵活联合多手术入路,精确设计手术切口,给予一次性完全切除,获得良好预后效果。

### 1 临床资料

患者女,59岁,左侧面颊部间断疼痛3年。头部MRI检查:左侧岩斜区见结节状异常信号,大小

约2.2 cm×3.1 cm;枕骨大孔区延髓前结节状异常信号,病灶约0.8 cm×1.3 cm。注入造影剂后病灶呈明显均匀强化,相邻脑膜可见鼠尾征(图1)。手术方法:根据两处病变位置,采用枕下乙状窦后联合远外侧入路,设计皮肤切口如图(图2),上端平耳廓上缘,下端至颈2水平。术中切除岩斜区肿瘤时,从肿瘤附着岩骨处开始离断肿瘤基底,根据颅神经走行的解剖位置在手术早期寻找面听神经、三叉神经及后组颅神经并加以保护。对枕骨大孔区肿瘤,先膜内切除以缩小体积,尽量保留蛛网膜界面,以便于分离肿瘤。结合整个手术过程而言,该手术入路对皮肤、肌肉损伤小,开关颇省时省力,肿瘤暴露充分,手术经过顺利,肿瘤得以一期全切,术后患者恢复良好。肿瘤病理报告:脑膜瘤(脑膜皮细胞型)WHO分级:I级。3月后患者复查头部MRI显示两处肿瘤均完全切除(图3)。

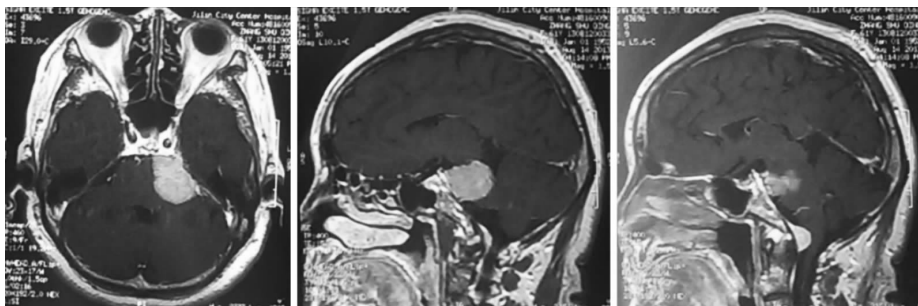


图1 从轴位和矢状位可见两处均匀强化的肿瘤,基底分别位于左侧岩骨与上斜坡交汇以及枕骨大孔区下斜坡。

收稿日期:2016-03-10;修回日期:2016-9-27

作者简介:李福斌(1991-),男,硕士,主要从事神经外科肿瘤的诊治研究。

通讯作者:李毅平(1962-),男,主任医师,博士学位,硕士生导师,主要从事神经外科肿瘤的诊治研究。



图 2 结合手术入路方式,设计皮肤切口,呈长“S”形。

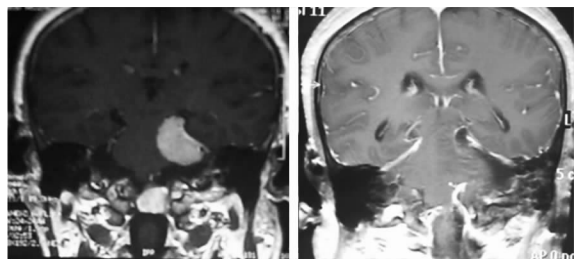


图 3 冠状位上手术前后对比,可见肿瘤全部切除。

## 2 讨论

手术切除多发性脑膜瘤时应综合考虑患者年龄、临床症状、肿瘤的大小、部位等因素<sup>[3]</sup>,设计合理的手术入路获得最佳的肿瘤显露和切除,并能减轻对脑组织的牵拉和对神经、血管的损伤<sup>[4]</sup>,在肿瘤位置相邻时尽量兼顾,争取一次切除<sup>[5]</sup>。本例患者为同时发生于岩斜区和枕骨大孔区的多发脑膜瘤,所在位置同为颅底的重要区域,毗邻脑干,周边血管神经走行丰富。对于这样复杂的多发性脑膜瘤,一次手术如不能全部切除,多次手术会给患者的身体和心理带来沉重负担。单一的岩斜区脑膜瘤采取枕下乙状窦后入路可以极佳地暴露桥小脑角区的神经血管结构,具有操作简单,创伤小,安全性高的特点,从而提高手术效果,减少并发症<sup>[6-8]</sup>。而远外侧入路在切除枕大孔区脑膜瘤时,可直接显露下斜坡,直视延髓颈髓腹侧,是目前枕

骨大孔区病变较为理想的手术入路之一<sup>[9-10]</sup>。该患者两处肿瘤同位于左侧,相距约 10 mm,具备一个切口两个入路切除肿瘤的条件。为此,我们联合枕下乙状窦后入路和远外侧入路,设计上述长“S”形切口,既充分显露岩斜区,也可显露枕大孔区的侧方,一次性将肿瘤全切,减轻患者心理及经济负担,利于患者病情恢复。枕下乙状窦后入路联合远外侧入路,为一次性切除岩斜区及枕大孔区多发肿瘤提供了新的手术思路,为颅内疑难部位多发脑膜瘤的治疗积累了经验。

## 参 考 文 献

- [1] Wong RH, Wong AK, Vick N, et al. Natural history of multiple meningiomas. *Surg Neurol Int*, 2013, 4:71.
- [2] Lynch JC, Ferreira LA, Welling L, et al. Multiple intracranial meningiomas: diagnosis, biological behavior and treatment. *Arq Neuropsiquiatr*, 2008, 66(3B):702-707.
- [3] 鲁峻,张世明,刘小星等. 多发性脑膜瘤 1 例报告,临床神经外科杂志,2013,10(1):63.
- [4] 徐卡娅,刘健,刘沅等. 25 例多发性脑膜瘤的治疗,贵阳医学院学报,2013,39(50):723-724.
- [5] 薛洪利,魏学忠,许在华等. 显微手术治疗岩斜区脑膜瘤,中国临床神经外科杂志,2007,12(9):553-554.
- [6] 陈立华,陈凌,张秋航等. 岩斜区肿瘤的手术入路选择,中华神经外科疾病研究杂志,2011,10(4):306-310.
- [7] 洪文明,程宏伟. 桥小脑角乙状窦后入路的研究进展,国际神经病学神经外科学杂志,2011,38(4):381-384.
- [8] 李海红,甄英伟,马文群等. 乙状窦后锁孔入路的解剖及临床研究,国际神经病学神经外科学杂志,2012,39(3):244-247.
- [9] 钟平,姚一,张小斌等. 枕骨大孔区脑膜瘤手术治疗,中国临床神经外科杂志,2014,19(1):18-20.
- [10] Bernard F, Lemee JM, Delion M, et al. Lower third clivus and foramen magnum intradural tumor removal: The plea for a simple posterolateral approach *Neurochirurgie*, 2016, 62(2):86-93.