

[文章编号] 1000-2200(2008)03-0292-02

· 临床医学 ·

脑膜瘤再手术 18 例临床分析

徐德才, 于振国, 娄飞云, 姜之全

[摘要]目的:探讨脑膜瘤再次手术的原因及手术方法。方法:回顾性分析术后病理诊断为脑膜瘤需再次手术者 18 例的临床资料。结果:18 例再次手术者肿瘤全切 14 例,次全切除 4 例。无手术死亡。再手术后病理检查均为脑膜瘤。结论:首次手术全切肿瘤是避免脑膜瘤再次手术的关键。次全切除后再手术率高,再次手术是必要的。

[关键词] 脑膜瘤;复发;再手术

[中国图书资料分类法分类号] R 739.45

[文献标识码] A

Clinical analysis of 18 patients with reoperative meningiomas

XU De-cai, YU Zhen-guo, LOU Fei-yun, JIANG Zhi-quan

(Department of Neurosurgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] Objective: To investigate the causes of reoperative intracranial meningioma and the methods of reoperation. Methods: The clinical data of 18 patients undergoing reoperation in intracranial meningiomas were analyzed retrospectively. Results: In 18 patients, the complete resection was performed in 14 patients while the incomplete resection was performed in 4 patients. There were no perioperative and postoperative death. All patients were diagnosed with meningiomas by pathology. Conclusions: The grade of resection is the significant factor related to reoperation of meningioma. The residual tumor reoperation rate after incompletely resection is high and necessitates the reoperation.

[Key words] meningioma; recurrence; reoperation

脑膜瘤是中枢神经系统最常见的良性肿瘤,手术切除是首选治疗方法^[1]。部分患者术后由于残留肿瘤再生或肿瘤复发而需再次手术,为此将我科 2002 ~ 2006 年收治的 18 例首次手术后病理证实为脑膜瘤需再次手术者的临床资料作分析,以探讨脑膜瘤再手术的有关问题。

1 资料与方法

1.1 一般资料 18 例中男 7 例,女 11 例;年龄 30 ~ 65 岁。再次手术距首次手术时间为 14 个月 ~ 16 年。肿瘤部位分布:矢状窦旁 6 例,蝶骨嵴 4 例,小脑脑桥角 3 例,鞍上 2 例,镰旁 2 例,嗅沟 1 例。18 例中首次手术肿瘤全切 7 例,次全切除 11 例。

1.2 临床表现 头痛 14 例;头晕 3 例;呕吐 2 例;精神症状 2 例;共济失调 2 例;肢体抽搐 2 例;一侧肢体无力 1 例;听力减退 3 例;视力减退 2 例;嗅觉减退 1 例。18 例均行 CT 或 MRI 检查,显示在原肿瘤生长部位又出现占位性病灶,并排除其他疾病。

1.3 治疗方法 18 例经原手术部位进颅,并适当改进,显微镜辅助操作。矢状窦旁脑膜瘤:矢状窦前

1/3 脑膜瘤 2 例,将肿瘤和矢状窦一并切除;矢状窦 4 例中,后 1/3 脑膜瘤,其中 3 例矢状窦壁广泛受侵,窦腔已闭塞,在肿瘤两端缝扎矢状窦,连同肿瘤一并切除。另 1 例肿瘤仅侵及部分窦壁,在受侵窦壁处保留少量肿瘤并于电凝烧灼。蝶骨嵴脑膜瘤:均为内侧型,采用翼点或扩大翼点入路,必要时切断颞弓,最大限度咬除或磨除蝶骨嵴外 1/3 以接近颅底。先在低倍显微镜下行前部、外侧部肿瘤切除,待肿瘤体积缩小获得减压后再于高倍显微镜下辨认出肿瘤组织、分离肿瘤与脑组织边界,切除后,内侧肿瘤。小脑脑桥角脑膜瘤:采用枕下乙状窦后旁正中入路,咬除枕骨大孔后缘,尽量放枕大池脑脊液,向内牵拉小脑外下部分显露肿瘤后置自动脑压板。在镜下行瘤内分块切除,待瘤体缩小后再沿四周分离肿瘤并切除之。肿瘤侵及脑干背侧 1 例,在脑干处保留少量肿瘤并于电凝烧灼。鞍结节脑膜瘤:经额下入路,显露肿瘤及其周围结构后,在易切部位分块切除使瘤体缩小以暴露周围结构。在鞍结节处仔细分离肿瘤与视神经粘连并保护视神经。1 例由于肿瘤侵及视神经,而保留少量肿瘤并电灼。镰旁脑膜瘤:1 例骑跨大脑镰呈哑铃形, H 形切开硬脑膜,翻向矢状窦,牵开脑皮层,显露肿瘤,在切除一侧肿瘤后,同样方法切除对侧肿瘤。嗅沟脑膜瘤:经双额骨瓣入路,结扎鼻根部矢状窦,分块切除肿瘤,将筛板

[收稿日期] 2007-03-06

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 脑外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 徐德才(1977-),男,硕士研究生,主治医师。

[通讯作者] 于振国,研究生导师,副主任医师,副教授。

部位的受侵硬脑膜一并切除,并修补。

2 结果

矢状窦旁脑膜瘤 6 例,5 例全切,1 例次全切除。蝶骨嵴脑膜瘤 4 例:3 例全切,1 例次全切除。小脑桥角脑膜瘤 3 例:2 例全切,1 例次全切除。鞍结节脑膜瘤 2 例:1 例全切,1 例次全切除。镰旁脑膜瘤 2 例:均全切除。嗅沟脑膜瘤 1 例:全切。术后均行病理检查,与首次手术后病理诊断相符,为纤维型 6 例,脑膜上皮型 5 例,混合型 4 例,血管型 2 例,砂粒体型 1 例。本组无手术死亡病例,18 例出院 1 个月均能恢复日常活动。再次手术次全切除者 3 例术后用直线加速器放疗,经随访 6 个月~5 年,未见肿瘤复发与残留肿瘤再生。

3 讨论

3.1 脑膜瘤再手术原因 脑膜瘤是颅内常见良性肿瘤,治疗以手术为主。手术方式分为肿瘤全切和次全切除。影响肿瘤全切的因素有肿瘤的生长部位、肿瘤大小及肿瘤与周围粘连的程度^[2,3]。特别是当肿瘤与大血管包绕粘连时往往不能全切。有些特殊部位的脑膜瘤侵犯周围重要结构(如静脉窦、视神经、脑干等),限制了肿瘤全切。颅底脑膜瘤可向颅外扩延,位置深在,周围解剖关系复杂,一直以来手术全切除率低。绝大多数行肿瘤次全切除者术后因肿瘤残留而再生,而需再次手术,故避免再次手术最主要的是首次手术要尽量全切除。少数行脑膜瘤全切除者术后亦有可能因肿瘤复发而再手术,有报道脑膜瘤复发率为 15.4%^[2]。有学者研究认为,肿瘤周围 4 cm 范围内硬脑膜行病理检查发现有肿瘤细胞,故手术切除程度是影响脑膜瘤术后复发的重要因素,这一观点已得到多数学者认同^[2,4]。我们认为,脑膜瘤周围的显微浸润难以切尽,是术后复发的重要原因。如首次手术将肿瘤及受累硬脑膜、颅骨以及距肿瘤边缘至少 2 cm 的硬脑膜一并切除,可降低复发率,从而避免再次手术。

3.2 脑膜瘤再次手术方法 脑膜瘤术后残留肿瘤再生或肿瘤复发仍多为良性,故手术切除是治疗的主要方法,再手术应尽量全切除。脑膜瘤再手术区均有粘连,正常解剖层次模糊不清,正常组织不易辨认,手术难度大,但通过一些手术技巧仍可达到全切,具体如下:(1)对于矢状窦旁脑膜瘤,因其解剖部位较特殊,且过去手术大多在肉眼下进行,对附着

窦壁的肿瘤行电凝烧灼,很难达到全切,再次手术时,可将受侵的硬脑膜、静脉窦壁、窦腔及颅骨完全切除^[5]。我们认为对矢状窦前 1/3 处的肿瘤和矢状窦一起切除,术后一般无神经功能障碍。对于中后 1/3 处的肿瘤,若矢状窦侧壁和顶壁已受侵犯且窦腔已闭塞,则可在肿瘤两端缝扎矢状窦后将病变矢状窦连同肿瘤一并切除,由于侧支循环已建立,不需重建矢状窦,术后一般无严重并发症,但术中应注意保护中央沟静脉和其他皮层回流静脉。若矢状窦壁仅部分受侵,则保留受侵窦壁处的少量肿瘤,并于电灼,一般不需切除受侵窦壁。(2)颅底复发性脑膜瘤,如蝶骨嵴内侧脑膜瘤、鞍结节脑膜瘤、嗅沟脑膜瘤再手术难度较大^[6,7]。我们体会,经改进手术入路与积极应用手术显微镜、电磁刀、磨钻,对颅底脑膜瘤,能最大程度地暴露手术视野,且能清晰分辨瘤周的解剖结构,电磁刀辅助切除肿瘤能最大程度地切除肿瘤,同时能减少对重要结构的损伤。(3)对于体积较大的肿瘤,应在瘤内反复分块切除,待瘤体缩小后分辨出肿瘤与正常组织的边界,再沿四周分离切除肿瘤。囊性脑膜瘤的囊壁处理是关键,在不损伤周围重要结构的情况下,应给予全部切除。如果不能全切,对残余囊壁组织电凝烧灼处理。(4)肿瘤部分切除后残留肿瘤再生速度与肿瘤血液供应密切相关,故手术时电凝切断供血动脉,可延缓肿瘤再生或复发。

[参 考 文 献]

- [1] 桂松柏,马骏,孙辉,等.蝶骨嵴脑膜瘤的手术治疗[J].蚌埠医学院学报,2006,31(2):138-140.
- [2] Averbé J, Lobato RD, de la Cruz J, et al. Risk factors predicting recurrence in patients operated on for intracranial meningiomas: a multivariate analysis[J]. *Acta Neurochir (Wien)*, 1999, 141(9): 921-932.
- [3] 滕良珠,姚玉强,张丙杰,等.脑膜瘤全切除术后复发的相关临床及 CT 特征[J].中华神经外科杂志,2005,21(10):637-638.
- [4] Kalala JP, Caemaert J, De Ridder L. Primary resected meningiomas: relapses and proliferation markers[J]. *In Vivo*, 2004, 18(4): 411-416.
- [5] DiMeo F, Li KW, Casali C. Meningiomas invading the superior sagittal sinus: surgical experience in 108 cases[J]. *Neurosurgery*, 2004, 55(6): 1263-1274.
- [6] Obeid F, Al-Mefty O. Recurrence of olfactory groove meningiomas[J]. *Neurosurgery*, 2003, 53(3): 534-543.
- [7] 桂松柏,马骏,孙辉,等.蝶骨嵴脑膜瘤的手术治疗[J].蚌埠医学院学报,2006,31(2):138-139.