

· 颅底疾病的外科治疗 ·

累及颅中窝及颞下窝的三叉神经鞘瘤

——2 例报告

王宏 刘喙 张延明 郝华超 孟伟 焦德让

三叉神经鞘瘤(trigeminal neurinoma)是临床较为少见的颅内肿瘤,占颅内肿瘤的 0.07%~0.36%,占颅内神经鞘瘤的 0.08%~8%^[1]。而位于颅中窝并累及颞下窝者则更为少见,2002 年 Akhaddar 等^[2]回顾国外文献报道不足 40 例;国内经文献检索未见报道。笔者自 2001~2002 年经治 2 例,现报告如下并复习相关文献,讨论其临床表现与治疗。

例 1 女,50 岁。主因间断性头痛 6 个月,伴右眼视力进行性下降及嗅觉减退 1 月余,于 2001 年 11 月 5 日入院。体格检查:患者一般情况良好,无异常发现;神经系统检查:嗅觉减退、右侧三叉神经第三支分布区痛、温觉减退及复视。CT(图 1a)及 MR 检查显示,右侧颅中窝及鞍旁占位,T₁、T₂ 呈混杂信号,大小约为 8 cm×7 cm,侵及颞下窝。拟诊为三叉神经鞘瘤。遂于 2001 年 11 月 14 日于全身麻醉下施行颅中窝肿瘤切除手术。采用经右侧颞下入路开颅探查,发现肿瘤位于硬膜外,包膜完整,色灰黄,质地较软伴有囊性变。切除部分肿瘤后见颅底卵圆孔扩大,约为 3 cm×3 cm,肿瘤自颅内突入颞下窝,右侧上颌窦外侧壁受压向前移位,在内窥镜辅助下用刮匙将颞下窝内肿瘤刮除并将肿瘤大部切除,肿瘤腔创面用明胶海绵压迫止血,右侧颞底以硅胶修补。手术后病理诊断为神经鞘瘤(图 1b)。手术后患者仍存在右侧面部感觉迟钝,并出现感觉异常,自觉右下颌神经分布区有流水感。手术后 3 个月复查,MR 显示上颌窦后方残留少许肿瘤;CT 脑池造影可见脑池与颞下窝残腔不沟通(图 1c)。

例 2 女,53 岁。主因右侧面部间断性疼痛发作 10 余年,右耳听力下降 5 年,右侧鼻塞 2 年于 2002 年 11 月 23 日入院。体格检查:右侧软腭下降,

突向口腔,触之较硬,悬雍垂偏向左侧。神经系统检查:右侧嗅觉丧失,右侧三叉神经第二、三支分布区痛、温觉减退,右耳听力减退。MR 检查显示,右侧跨越颅中窝及颞下窝之异常占位信号,大小约为 71.3 mm×56.1 mm×44.4 mm,T₁、T₂ 加权像均为等信号;右侧颞叶下部、上颌窦后壁及腭骨受压移位,增强扫描后呈中等强化(图 2a,2b)。拟诊为三叉神经鞘瘤。2002 年 12 月 2 日于全身麻醉下施行颅中窝肿瘤切除手术。采用右侧额颞弧形皮肤切口经颞入路,可见肿瘤位于颅中窝底和颞下窝,边界清楚,色灰白,质地较硬,血运不丰富。颅中窝底卵圆孔明显扩大,约 1.8 cm×2.3 cm,肿瘤通过此孔与颞下窝沟通;咬除其外侧与颞骨骨窗间的骨质,通过此部分骨窗分块切除颞下窝内肿瘤,肿瘤周边行钝性分离。颅内肿瘤内侧壁累及海绵窦外侧壁,予以切除,海绵窦出血应用明胶海绵压迫止血。肿瘤上极位于硬膜内,硬膜破损大小约为 2 cm×0.3 cm,颞底见三叉神经第三支部分纤维离断,考虑为肿瘤起源部位。肿瘤全切除后修补硬膜,颞下窝空腔填入碘仿纱条。颞弓复位。手术后持续行腰大池引流,随后逐日缓慢拔除碘仿纱条。手术后病理诊断为神经鞘瘤。手术后 15 d 出院,右侧面部疼痛和右侧鼻塞消失,右耳听力恢复正常,软腭及悬雍垂复位,右侧面部痛、温觉仍有减退。手术后 3 个月复查,右侧面部痛、温觉减退,MRI 显示肿瘤消失(图 2c)。

讨 论

三叉神经鞘瘤是来自于三叉神经 Schwann 细胞的良性肿瘤。1849 年 Smith 首先描述了这种肿瘤。它可能发生于三叉神经各段,包括位于颅后窝的根部、位于岩骨锥体的神经节及其各分支。根据三叉神经鞘瘤的位置有不同的分类,1955 年 Jefferson 将其分为 3 型:Ⅰ型,肿瘤主要位于颅中窝,即起源于三叉神经节,约占 50%;Ⅱ型,肿瘤主要位于

作者单位:300060 天津市环湖医院神经外科(王宏,刘喙,张延明,焦德让);河北省保定市第一医院神经外科(郝华超);辽宁省盘锦市第二人民医院神经外科(孟伟)

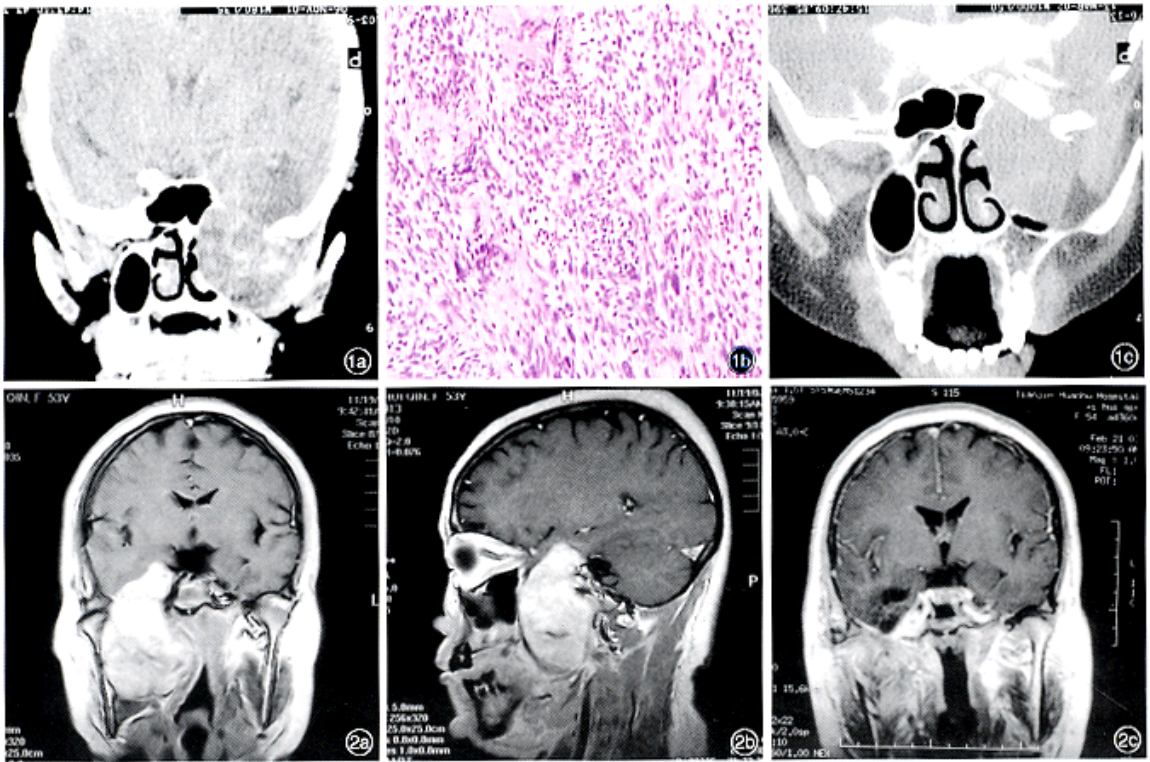


图 1 例 1 手术前后 CT 及病理表现 1a 手术前 CT 冠状位扫描显示,右侧颅中窝及颞下窝占位性病变,颅中窝底部部分颅骨影像消失 1b 光学显微镜下显示,肿瘤细胞呈梭形,胞浆淡染,胞核呈栅栏状排列 HE $\times 100$ 1c 手术后 3 个月 CT 脑池造影冠状位扫描显示,右侧颅中窝肿瘤影像消失,其底部及鞍上池造影剂充盈,与颞下窝残腔不沟通 图 2 例 2 手术前后 MR 增强扫描表现 2a,2b 手术前冠状位及矢状位扫描显示,颅中窝底部及颞下窝沟通性肿瘤,边界清楚,质地较均匀,颅内肿瘤内侧壁累及海绵窦外侧壁;右侧咽部受压移位 2c 手术后 3 个月 MRI 冠状位扫描显示,肿瘤影像消失,颞叶复位,咽部受压移位缓解

颅后窝,发生于根部,占 30% 以上;Ⅲ型,累及颅中窝、颅后窝,呈哑铃形,占 20% 以下。有的作者将其分为 4 型,在此基础上增加了周围型,即起源于三叉神经周围支者^[3],本文报道之累及颅中窝及颞下窝者即包括在此型内。另有作者还将三叉神经鞘瘤分为六型,本文 2 例肿瘤可归为其中的单独一型 (middle fossa and extracranial space, ME)^[4]。由于三叉神经鞘瘤属于良性,生长缓慢,且颞下窝内无重要血管及神经,其下及后面为软组织,得到诊断时肿瘤已生长较大;病史较长,从出现症状到诊断时间平均为 20 个月^[5]。笔者复习了此类肿瘤共 28 例 (包括本组 2 例)^[2,3,5-10],男性 5 例,女性 23 例;发病年龄为 7~63 岁,平均 40.4 岁。肿瘤均为单发,病理检查皆为良性。临床表现以三叉神经症状为主者 18 例,约占 64.2%,包括面部疼痛、感觉减退或异常等 (肿瘤多累及三叉神经第二、三支)。肿瘤也可累及第 II~IV、VI~VIII 对脑神经而出现相应的症状。听力

下降可能是肿瘤压迫耳咽管所致,而非听神经损伤,本组例 2 患者,肿瘤切除后听力恢复。肿瘤压迫还可产生鼻塞及悬雍垂移位等表现,本组例 2 的上述症状于手术后消失。另外,还可出现复视、眼球突出及中耳炎等。

由于三叉神经鞘瘤发病率低,尤其 ME 更为少见^[4],但其临床表现仍为诊断的主要依据,这对确定手术方法,判断预后至关重要。CT 和 MR 检查可以提供较为详尽的信息,前者可清楚地反映颅骨受累情况,尤其在冠状位扫描时可直接反映肿瘤与海绵窦的关系以及向颅外生长侵犯颞下窝的程度。CT 平扫表现为等或稍高密度,增强后表现为均一强化,也可因肿瘤发生囊性变而表现为不均匀密度病灶。MR 检查典型表现为病灶境界清楚的等或稍长 T₁、长 T₂ 信号,增强后与 CT 表现相似。单纯表现为囊性变者少见,Day 等^[3]报告的 38 例中,囊性者只有 2 例,实性者 18 例,其余为囊实混合性。累及颞下窝

者也有囊性肿瘤的报道^[2]。这类肿瘤尚需与其它邻近组织占位性病鉴别,如侵犯海绵窦及鞍旁等部位,则应与脑膜瘤、表皮样囊肿以及起源于颞下窝骨及软组织的新生物相鉴别。

三叉神经鞘瘤首选手术治疗。但由于累及颞下窝的肿瘤少见,且手术显露困难,故对手术入路的择取尚无统一意见。文献报道的手术入路包括颞下入路、颞下硬膜外入路、经额入路、颞下经颞入路、上颌入路及颞下窝入路等。颞下入路具有操作简单、损伤小的优点,但不能很好地暴露颞下窝,用常规方法很难全部切除肿瘤。Yoshida 等^[4]报告 1 例经颞下入路行肿瘤大部切除,13 年后肿瘤复发再次经颞下入路行肿瘤大部切除。本组例 1 采用经颞下入路,在内窥镜辅助下将颞下窝肿瘤大部分切除。例 2 采用颞下经颞入路全切除肿瘤;手术中将扩大的卵圆孔外侧与颞骨骨窗间的颅骨切除,即切除部分颅中窝的底部,加之移走颞弓,可显露颞下窝的上部。

笔者认为,如果手术前估计肿瘤为囊性或质软、血运不丰富,可采用颞下入路,在内窥镜辅助下切除肿瘤;通常建议采用颞下经颞入路。如果肿瘤巨大、血运丰富、粘连紧密,或为其它性质如恶性肿瘤,可加用一种颞下窝入路。

根据 Akhaddar 等^[2]回顾分析的 26 例累及颞下窝的三叉神经鞘瘤患者,肿瘤全切除率约为 50%。笔者认为,由于此类肿瘤均为良性,生长缓慢,并非必须全切除。较合理的处理原则应该是在保证功能

的前提下尽量切除,不可盲目扩大手术范围,以免造成不必要的损伤。

参 考 文 献

- 1 Post KD, McCormik PC. Trigeminal neurinomas. In: Wilkins RH, Rengachary SS, eds. Neurosurgery (Vol II). 2nd ed. New York, St. Louis: McGraw-Hill Health professions Division, 1996. 1545-1552.
- 2 Akhaddar A, El-Mostarchid B, Zrara I, et al. Intracranial trigeminal neuroma involving the infratemporal fossa: case report and review of the literature. Neurosurgery, 2002, 50:633-637.
- 3 Day JD, Fukushima T. The surgical management of trigeminal neuromas. Neurosurgery, 1998, 42:233-240.
- 4 Yoshida K, Kawase T. Trigeminal neurinomas extending into multiple fossae: surgical methods and review of the literature. J Neurosurg, 1999, 91:202-211.
- 5 Bitoh S, Hasegawa H, Ohtsuki H, et al. Schwannoma of the skull base with intracranial extension. Surg Neurol, 1983, 20:143-146.
- 6 Iwai Y, Hakuba A, Noguchi K, et al. A gigantic neurilemoma originating in the pterygopalatine fossa: case report. Surg Neurol, 1988, 30:452-456.
- 7 Lunardi P, Missori P, Cagliardi FM, et al. Trigeminal Schwannoma with infratemporal extension: Case report. J Neurosurg Sci, 1989, 33: 293-295.
- 8 McCormick PC, Bello JA, Post KD. Trigeminal schwannoma: surgical series of 14 cases with review of the literature. J Neurosurg, 1988, 69:850-860.
- 9 Pollack IF, Sekhar LN, Jannetta PJ, et al. Neurilemomas of the trigeminal nerve. J Neurosurg, 1989, 70:737-745.
- 10 Samii M, Migliori MM, Tatagiba M, et al. Surgical treatment of trigeminal schwannomas. J Neurosurg, 1995, 82:711-718.

(收稿日期:2003-06-17)

- 消息 -

第三届全国颅脑创伤学术研讨会延期通知

由中华医学会神经外科分会主办, 天津市环湖医院及天津医科大学总医院承办的“第三届全国颅脑创伤学术研讨会”因故延期至 2004 年 5 月在天津市召开。征文截稿日期为 2004 年 1 月 30 日,

征文内容、征文要求不变。
 来稿请寄:北京市崇文区天坛西里 6 号北京市医学会神经外科分会张之钰。邮政编码:100050。电话:(010) 65113161。

会务联系:天津市河西区气象台路 122 号天津市环湖医院科教科庞心元。邮政编码:300060。联系电话:(022) 23359979,23353526。传真:(022) 23359858。

第二届全国神经病学论坛会议延期通知

应参会专家和诸多参会代表的建议和要 求,在中华医学会杂志社的统一部署下,原定于 2003 年 5 月 13~16 日在重庆举办的第二届全国神经病学论坛会议延期举行,时间另行通知,会议地点与原定内容不变。

对于因此次会议延期而给参会代表带来的诸多不便,我们深表歉意。欢迎继

续投稿。来稿请注明“论坛征文”。

截稿日期:2003 年 9 月 1 日。具体事宜可致电 (010)65271219 或 (010) 65249989-1440 联系。

万方数据