

25 例多发性脑膜瘤的治疗

徐卡娅, 刘 健*, 刘 沔, 邹盛晖, 宋世宾, 韩 锋

(贵阳医学院附院 神经外科, 贵州 贵阳 550004)

[摘 要] 目的: 观察显微手术和(或) γ 刀放射治疗多发脑膜瘤的近远期临床疗效。方法: 经头颅 CT 或 MRI 初步诊断为脑膜瘤患者 25 例, 选择显微手术和(或) γ 刀放射治疗, 术后随访观察临床疗效。结果: 25 例病例中有 1 例单纯行 γ 刀治疗, 其余 24 例进行显微手术治疗, 其中 7 例手术后再行 γ 刀放射治疗; 22 例患者临床症状改善, 3 例患者症状改善不明显; 7 例手术后再行 γ 刀放射治疗的患者在随访期限内未见脑膜瘤的复发及增大。结论: 根据脑膜瘤的情况, 合理选择显微手术和(或) γ 刀放射治疗是治疗多发性脑膜瘤较为有效的方法, 有较好的近远期疗效。

[关键词] 脑膜瘤; 显微外科手术; γ 刀放射疗法; 治疗结果

[中图分类号] R739.41; R651.11 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)05-0723-02

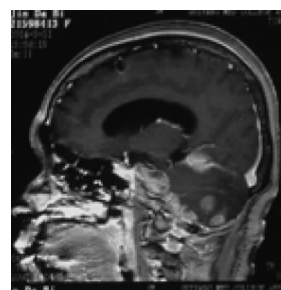
多发性脑膜瘤是指同一病人在同一时期颅内生长 1 个以上的脑膜瘤, 且各肿瘤之间相互不连接, 并排除多发神经纤维瘤病^[1-2]。多发脑膜瘤发病率为 0.9% ~ 8.9%, 绝大多数病例很难在一次手术中将病灶全部切除, 且术后易复发, 治疗较为棘手^[3-4]。2008 年 3 月 ~ 2014 年 5 月共收治多发性脑膜瘤患者 25 例, 采用显微手术和(或) γ 刀放射治疗, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 3 月 ~ 2014 年 5 月多发性脑膜瘤患者 25 例, 男 8 例, 女 17 例; 20 岁 ~ 86 岁, 平均 43.4 岁; 病程 6 个月 ~ 3.8 年, 平均病程 10 个月。18 例患者有头痛、呕吐等颅内压增高表现; 6 例有神经系统症状和体征, 表现为癫痫发作 3 例, 视减退 3 例, 听力下降 1 例, 偏瘫 4 例。

1.2 CT 和 MRI 检查 所有患者均 CT、MRI 检查确诊, 以病灶明显均一强化, 周围水肿带明显确认为脑膜瘤(图 1), 计入肿瘤总数。25 例脑膜瘤患者共有肿瘤 84 个。单个患者肿瘤数 2 ~ 6 个, 直径 0.3 ~ 7 cm, 肿瘤位于大脑凸面 44 个, 大脑镰旁 9 个, 前颅窝底 8 个, 鞍旁 1 个, 矢状窦旁 10 个, 蝶骨棘 5 个及小脑旁 7 个。

1.3 治疗方法 术前综合 25 例脑膜瘤患者的临床症状、肿瘤大小、部位、年龄以及手术耐受能力等



注: 小脑幕上近脑干处和后颅窝底可见 3 个脑膜瘤病灶

图 1 多发性脑膜瘤的 MRI

Fig. 1 MRI image of multiple meningiomas

多种因素, 对 24 例患者进行显微手术治疗, 其中 7 例在颅底或海绵窦存在小脑膜瘤, 在显微手术后接受 γ 刀手术切除; 1 例患者因颅脑外伤作 CT 及 MRI 时偶然发现颅内 3 个脑膜瘤, 且相距较远, 直径 ≤ 1.5 cm, 直接行 γ 刀治疗。切除程度分级标准为 Simpson 颅内脑膜瘤切除程度分级标准^[5-6]。术中切除肿瘤均送病理学检查。

1.4 术后随访 对所有患者进行门诊随访, 作 CT 或 MRI 复查, 观察有无肿瘤复发、放疗后肿瘤体积增大等情况。随访期为 0.5 ~ 4 年。

2 结果

2.1 疗效 25 例患者的 84 个脑膜瘤手术切除 39 个, 其中 I、II 级切除 34 个, III 级切除 5 个。25 例

* 通信作者 E-mail: liujian@mail.gymc.net

网络出版时间: 2014-09-23 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20140923.1708.035.html>

多发性脑膜瘤中 22 例临床症状改善,3 例患者症状改善不明显。在 7 例显微手术后 γ 刀放射治疗病例的可见脑膜瘤均已切除,未出现放射性脑水肿或其他的不良反应;单纯 γ 刀放射治疗的患者术后未诉明显不适。

2.2 病理学结果 切除的 39 个肿瘤中,纤维型 22 个,成血管细胞型 1 个,内皮型 9 个,砂砾型 4 个,混合型 3 个。

2.3 随访 17 例单行显微手术治疗及 1 例单行 γ 刀放疗的患者在 0.5~4 年的随访时间内未见手术或放疗部位的复发,其中 11 例患者在手术远隔部位出现新肿瘤。7 例显微手术后 γ 刀放射放疗的患者未在治疗原位发现肿瘤复发和肿瘤增大。

3 讨论

多发性脑膜瘤的治疗较常见脑膜瘤的治疗复杂,主要受肿瘤的数量、大小、分布情况、病人对手术耐受力以及心理承受能力的影响。通常此种手术时间相对较长,手术创伤相对较大,手术全切除难度大,术后复发机会远较普通脑膜瘤高,并且多次手术可能使肿瘤的生物行为发生改变,趋向恶性。因此,在不影响神经功能前提下,尽量做到一期切除全部肿瘤,减少分期手术,对残留或无法切除的肿瘤辅以 γ 刀放射治疗,尽可能减少手术给病人带来的危险和痛苦;同时术中应尽可能广泛切除脑膜瘤附着区及周边的硬脑膜,以减少术后复发或再发^[2,7-8]。

对多发性脑膜瘤的手术方案选择,遵循如下原则。如果患者颅内高压症状严重,应首先切除体积大、占位效应明显的肿瘤,必要时可以弃骨瓣;多个肿瘤位置相邻,设计骨瓣时则尽量兼顾,争取 1 次切除。但不能强求 1 次切除所有的肿瘤,必要时分期手术;对一些体积小,位置深在的肿瘤(如颅底、海绵窦、脑干旁等),考虑结合 γ 刀放射治疗。肿瘤切除应该先大后小,先幕上后幕下,先表浅后深在;幕上、幕下多发脑膜瘤争取一期同时切除^[1-2,5-6]。 γ 刀放射治疗对治疗位于手术远隔部位、深部或颅底脑膜瘤,尤其是海绵窦、脑干、岩斜区等处的脑膜瘤则有其独特的优势,但对于多发脑膜瘤的放疗尤其要考虑到患者承受放疗剂量的问题。 γ 刀治疗剂量计划系统的发展,使多发病灶的

一次性治疗成为可能,并且大大减少了放射性脑损伤等并发症。本组进行 γ 刀放疗的患者中均没有出现放射性脑水肿或其他的不良反应。显微手术后 γ 刀放疗的治疗方案,使得对多发性脑膜瘤的显微手术可以专注于减压,而将海绵窦区、脑干旁的手术难度大、风险高的小肿瘤交由 γ 刀放疗切除。两种治疗方法可以扬长避短,可尽可能地切除多发的脑膜瘤,减少手术次数,降低手术风险。

多发性脑膜瘤患者颅内各个脑膜瘤病灶大小不一,大的直径可达 10 cm,小的直径仅为 2~3 mm,甚至小到连 CT 和 MRI 都不能显示,是得相当一部分微小脑膜瘤的漏诊,为多发性脑膜瘤的复发提供了基础,本组病例中有 11 例患者在显微手术和 γ 刀治疗后手术远隔部位出现新生肿瘤。所以对于多发性脑膜瘤的患者建议进行术后长期随访,定期作头颅影像学检查^[1,3,6]。

综上所述,根据脑膜瘤的情况,合理选择显微手术和(或) γ 刀放射治疗是治疗多发性脑膜瘤较为有效的方法,有较好的近远期疗效。

4 参考文献

- [1] 雷鹏,王钰樊,新建. 颅内多发性脑膜瘤的治疗对策[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010(10): 586-590.
- [2] 金义超,张晓华,葛建伟,等. 手术治疗颅内多发脑膜瘤 1 例报道及文献复习[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011(16): 753-755.
- [3] 李国京,陈永汉. 多发性脑膜瘤的手术方法探讨[J]. 河北医药, 2010(10): 1226-1228.
- [4] 孔军,黄红光,詹仁雅,等. 多发性脑膜瘤的临床和组织学研究[J]. 医学研究生学报, 2006(5): 451-453.
- [5] 于音,赵刚,刘兴吉. 多发性脑膜瘤的显微外科手术治疗(附 36 例)[J]. 中国老年医学杂志, 2007(21): 2126-2128.
- [6] 李波,黄勤,梁舜. 多发性脑膜瘤的治疗[J]. 中华神经医学杂志, 2003(6): 438-439.
- [7] 梁汉才. 多发性脑膜瘤的显微外科手术治疗(附 46 例病例报道)[J]. 中国医药指南, 2010(29): 233-234.
- [8] 孙晓峰,刘洪泉,王洪生,等. 多发性脑膜瘤的诊断与治疗[J]. 中国综合临床, 2007(11): 993-994.

(2014-06-23 收稿,2014-08-13 修回)

编辑: 文箫颖