2003, 12(5): 472-473.
[28] Kuriyama S, Shimazu T, Ohmori K, *et al*. Green tea consumption and mortality due to cardiovascular disease, cancer, and all causes in Japan: the Ohsaki study[J]. JAMA, 2006, 296(10): 1255-1265.
[29] Nagano J, Kono S, Preston D L, *et al*. A prospective study of green tea consumption and cancer incidence, Hiroshima and Nagasaki (Japan)[J]. Cancer Causes Control, 2001, 12(6): 501-508.
[30] Sasazuki S, Inoue M, Hanaoka T, *et al*. Green tea consumption and subsequent risk of gastric cancer by subsite: the JPHC Study[J]. Cancer Causes Control, 2004, 15(5): 483-491.
[31] Sauvaget C, Lagarde F, Nagano J, *et al*. Lifestyle factors, radiation and gastric cancer in atomic-bomb survivors (Japan)[J]. Cancer Causes Control, 2005, 16(7): 773-780.
[32] Suzuki E, Yorifuji T, Takao S, *et al*. Green tea consumption and mortality among Japanese elderly people: the prospective Shizuoka elderly cohort[J]. Ann Epidemiol, 2009, 19(10): 732-739.
[33] Tsubono Y, Nishino Y, Komatsu S, *et al*. Green tea and the risk of gastric cancer in Japan[J]. N Engl J Med, 2001, 344(9): 632-636.
[34] 张焕玲, 杨万水, 高姗, 等. 绿茶与消化系统恶性肿瘤流行病学研究的Meta分析[J]. 中国肿瘤, 2011, 20(2): 139-150.
[35] Muto S, Fujita K, Yamazaki Y, *et al*. Inhibition by green tea catechins of metabolic activation of procarcinogens by human cytochrome P450[J]. Mutat Res, 2001, 479(1/2): 197-206.
[36] Uesato S, Kitagawa Y, Kamishimoto M, *et al*. Inhibition of green tea catechins against the growth of cancerous human colon and hepatic epithelial cells[J]. Cancer Lett, 2001, 170(1): 41-44.
[37] Jankun J, Selman S H, Swiercz R, *et al*. Why drinking green tea could prevent cancer[J]. Nature, 1997, 387(6633): 561.
[38] Sasazuki S, Tamakoshi A, Matsuo K, *et al*. Green tea consumption and gastric cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population[J]. Jpn J Clin Oncol, 2012, 42(4): 335-346.

(**收稿**:2014-03-12;**修回**:2014-04-17)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2014)18-1919-01

个案与短篇

颅内多发性脑膜瘤1例

楚燕飞,郑 鲁,姚智强,刘 华,刘 博,张 旋,李雅斌,刘轶刚,张谦生 (471031 河南 洛阳,解放军第150中心医院神经外科)

[**关键词**] 多发性脑膜瘤;手术治疗;放射治疗;个性化治疗
[**中图法分类号**] R739.41 [**文献标志码**] B

多发性脑膜瘤是指颅内出现2个以上相互不连接的脑膜瘤,临床并非少见,但肿瘤达5个以上累及多个部位时治疗难度及复杂程度明显增加[1],我院通过分期手术结合伽玛刀治疗多发性脑膜瘤1例,效果满意,现将治疗体会报告如下。

1 临床资料

患者,女性,47岁。因"头痛、头昏,左上下肢麻木、无力1年"于2009年4月22日入院。查体:右上下肢肌力Ⅴ-级,痛温觉略减退。2009年4月15日头颅MRI提示:左侧额部大脑镰旁,左侧颞部、中颅凹底,左侧顶枕部可见多个类圆形实质性占位,形态规则,边界清,T_1呈等信号,T_2呈等信号,直径1~3.2 cm,周围脑组织受压,左侧侧脑室受压变形,中线右偏。2009年4月23日头颅MRI增强提示:大脑镰左侧及左侧额颞顶枕部多发类圆形病灶明显强化,大者位于左侧枕顶部,直径约为3.2 cm,左侧中颅窝底见不规则异常强化,大小约为1.2 cm×1.6 cm(图1A、B)。诊断:多发性脑膜瘤。于2009年4月25日在全麻下行左侧颞顶枕部脑膜瘤切除术,行左侧颞顶枕部马蹄形切口,术中见左侧枕顶部、颞部分别可见3.2 cm×3.1 cm×2.5 cm,2.5 cm×2.1 cm×1.5 cm,2.7 cm×2.2 cm×1.5 cm肿瘤,边界清楚,血供丰富,肿瘤基底位于硬脑膜,术中分离肿瘤与脑组织粘连后将肿瘤与受侵犯硬脑膜一并切除。取颅骨膜修补缺损硬脑膜。术后病理报告示纤维型及砂砾体型混合型脑膜瘤。计划出院后3个月再次手术切除残余肿瘤,患者因畏惧手术拒绝来院,此后未再进行复查。出院后3年患者感头痛加重,并伴有命名性失语,于2012年9月12日行头颅MRI增强提示左侧额颞顶部肿瘤增大(图1C、D),于2012年10月10日在全麻下行左侧额颞顶部多发性脑膜瘤切除术,手术采用半冠状切口,切口后缘位于上次手术切口前缘,术中见十余个1~4 cm的肿瘤覆盖于脑表面,部分肿瘤融合,其中额中回、中央前回、外侧裂、大脑纵裂处肿瘤较大,最大直径约4.0 cm,纵裂内肿瘤基底位于大脑镰,上下矢状窦受侵犯,其余肿瘤基底位于大脑凸面硬脑膜,部分硬脑膜受肿瘤侵犯破损,额骨部分受侵蚀,术中先整块切除位于大脑凸面肿瘤,受侵犯硬脑膜一并切除,然后完整切除外侧裂内肿瘤,最后分块切除纵裂内肿瘤,位于大脑镰上的肿瘤基底予以电凝反复烧灼,受侵犯颅骨内板部分切除,术中共切除13个肿瘤,取颞肌筋膜修补缺损硬脑膜。术后病理示纤维型和沙砾体型混合型脑膜瘤。术后患者出现右侧偏瘫、运动性失语,给予脱水、神经营养药物及功能锻炼后逐渐好转。术后半年复查头颅MRI增强提示左侧大脑半球肿瘤已切除(图1E、F)。于2013年9月6日对残余左侧中颅凹底肿瘤行伽玛刀治疗。随访1年半肿瘤未见复发,残余肿瘤稍缩小,患者神志清楚,智力正常,右侧肢体肌力正常,协调性稍差,言语略缓慢,生活可自理。

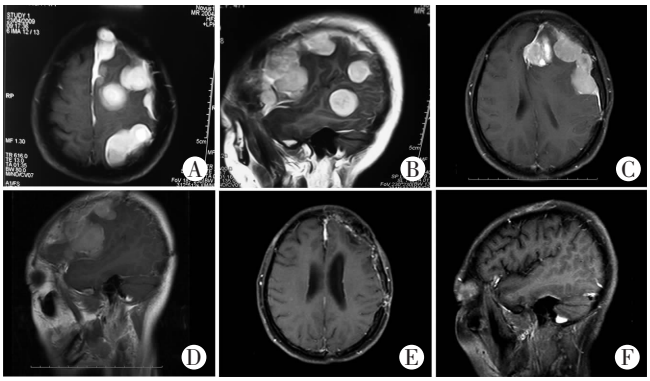
(下转1924页)

[**通信作者**] 楚燕飞,E-mail:chu_yanfei@163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140901.1039.004.html(2014-09-01)

[4] Haverkamp M H, van-de-Vosse E, van-Dissel J T. Nontuberculous mycobacterial infections in children with inborn errors of the immune system [J]. J Infect, 2014, 68(Suppl 1): S134 - S150.
[5] Filipe-Santos O, Bustamante J, Chapgier A, *et al*. Inborn errors of IL-12/23- and IFN-gamma-mediated immunity: molecular, cellular, and clinical features [J]. Semin Immunol, 2006, 18(6): 347 - 361.
[6] 谢娜, 蒋利萍, 孔晓飞, 等. 原发性免疫缺陷病合并卡介苗感染新型白介素12受体β1基因突变1例 [J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(8): 601 - 604.
[7] Hesseling A C, Rabie H, Marais B J, *et al*. Bacille Calmette-Guérin vaccine-induced disease in HIV-infected and HIV-uninfected children [J]. Clin Infect Dis, 2006, 42(4): 548 - 558.
[8] 谢宁. 2003 ~ 2008年非结核分枝杆菌感染趋势及耐药分析 [J]. 广西医学, 2012, 34(3): 355 - 356.
[9] Boisson-Dupuis S, Kong X F, Okada S, *et al*. Inborn errors of human STAT1: allelic heterogeneity governs the diversity of immunological and infectious phenotypes[J]. Curr Opin Immunol, 2012, 24(4): 364 - 378.
[10] Casanova J L, Holland S M, Notarangelo L D. Inborn errors of human JAKs and STATs[J]. Immunity, 2012, 36(4): 515 - 528.
[11] Dorman S E, Picard C, Lammas D, *et al*. Clinical features of dominant and recessive interferon gamma receptor 1 deficiencies [J]. Lancet, 2004, 364(9451): 2113 - 2121.
[12] Qu H Q, Fisher-Hoch S P, McCormick J B. Molecular immunity to mycobacteria: knowledge from the mutation and phenotype spectrum analysis of Mendelian susceptibility to mycobacterial diseases[J]. Int J Infect Dis, 2011, 15(5): e305 - e313.
[13] Glosli H, Stray-Pedersen A, Brun A C, *et al*. Infections due to various atypical mycobacteria in a Norwegian multiplex family with dominant interferon-gamma receptor deficiency [J]. Clin Infect Dis, 2008, 46(3): e23 - e27.
[14] Doffinger R, Jouanguy E, Dupuis S, *et al*. Partial interferon-gamma receptor signaling chain deficiency in a patient with bacille Calmette-Guérin and Mycobacterium abscessus infection [J]. J Infect Dis, 2000, 81(1): 379 - 384.
[15] Jouanguy E, Lamhamedi-Cherradi S, Lammas D, *et al*. A human IFNGR1 small deletion hotspot associated with dominant susceptibility to mycobacterial infection[J]. Nat Genet, 1999, 21(4): 370 - 378.
[16] Tsolia M N, Chapgier A, Taprantzi P, *et al*. Disseminated nontuberculous mycobacterial infection in a child with interferon-gamma receptor 1 deficiency[J]. Eur J Pediatr, 2006, 165(7): 458 - 461.

(**收稿**:2014-03-05;**修回**:2014-05-18)
(编辑 黄 超)

(上接1919页)



A、B:手术前轴位、矢状位;C、D:第1次手术后3年轴位、矢状位;E、F:第2次手术后半年轴位、矢状位

图1 多发性脑膜瘤患者手术前后头颅MRI表现

2 讨论

显微外科手术切除结合立体定向放射治疗是目前多发性脑膜瘤的有效治疗方案,设计手术方案时应综合考虑患者的年龄、身体状况、临床表现、肿瘤的大小、血供、肿瘤和颅内重要神经结构及血管的关系、分布部位等多种因素。首先切除引起临床症状的肿瘤,通常也是体积较大者,相邻部位能一起切除的尽可能切除;肿瘤切除应先大后小,先幕上后幕下,先表浅后深在[2]。本病例第1次手术时术前化验提示轻度贫血,考虑脑膜瘤血供丰富,术中可能出血较多,遂决定分期手术,首先切除颞叶后部及枕顶部较大肿瘤。第2次手术时由于颅脑创面较大,该病例本着由易到难的切除顺序,首先切除表浅容易切除的肿瘤,尽快扩大手术操作空间,缩小创面,减少出血。为预防复发,受侵犯硬脑膜及颅骨一并切除,不易切除的肿瘤基底如大脑镰给予电凝反复烧灼[3],硬脑膜缺损可采用自体筋膜或人工硬脑膜进行修补,为增加组织相容性,降低硬膜外积液的发生率,最好采用自体筋膜进行修补[4]。本病例未按计划进行二期手术切除其余肿瘤,等再次入院时残余肿瘤增大明显,这说明对于无症状多发性脑膜瘤应密切观察,一旦发现一个肿瘤有增大趋向,对所有肿瘤的治疗都应采取积极的态度[5]。对直径小于2 cm的肿瘤,或者肿瘤深在,位于重要功能区或者与脑内重要神经血管关系密切,可行立体定向放射治疗[6],对于侵犯矢状窦或者大脑镰以及颅底的肿瘤行Simpson Ⅱ级或者Ⅲ级切除时,根据术后复查情况,为预防肿瘤复发也可考虑行放射治疗[7]。考虑到残余的中颅凹底肿瘤有潜在长大风险,于出院后1年给予伽玛刀治疗。

参考文献:

[1] Wong R H, Wong A K, Vick N, *et al*. Natural history of multiple meningiomas[J]. Surg Neurol Int, 2013, 4: 71.
[2] 王亚明, 于新, 田增民, 等. 神经纤维瘤病在中枢神经系统的临床表现和治疗:附14例报告及文献复习[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2007, 7(4): 315 - 321.
[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, 32(10): 1126 - 1128.
[4] 雷鹏, 王钰, 樊新建, 等. 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, 15(10): 586 - 587,590.
[5] 史克珊, 曹作为, 李钢, 等. 22例无症状性脑膜瘤临床诊治[J]. 中华神经外科杂志, 2008, 24(2): 136 - 138.
[6] 马先贵, 钟景阳, 孙建彬, 等. 跨矢状窦脑膜瘤手术配合伽玛刀治疗效果观察[J]. 中国综合临床, 2013, 29(8): 842-844.
[7] 钟东, 唐文渊, 谭云, 等. 显微神经外科手术切除加术后伽玛刀联合治疗窦汇区脑膜瘤[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(12): 1223 - 1225.

(**收稿**:2014-06-09;**修回**:2014-07-19)
(编辑 王小寒)