维普资讯 http://www.cqvip.com

301-302

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol. 9, No. 4

翼点入路切除哑铃形垂体腺瘤

张树春* 张宗昆* 姚长乐*

R736.405
R730.56

【摘 要】 **目的** 总结翼点入路显微外科手术治疗哑铃形垂体腺瘤的经验 **方法** 27例病人均经翼点入路开颅，在显微镜下解剖基底池，利用脑的自然间隙显露并切除肿瘤。**结果** 27例病人中获全切除22例(占81.5%)，其余5例获次全切除(占18.5%)，无手术后死亡病例。对全部病例进行了1～4.5年(平均1.8年)随访观察，全切者经MRI复查21例未见复发，1例复发后行伽玛刀治疗。**结论** 翼点入路可获得良好的鞍区显露，有助于大型或巨型腺瘤的全切，是治疗哑铃形垂体腺瘤的最佳手术入路。

【关键词】 垂体腺瘤 翼点入路 显微外科手术

Microsurgical treatment of dumbell-pituitary adenoma with transpterional approach.

Zhang Shuchun, Zhang Zongkun, Yao Changle. Department of Neurosurgery, 150 Hospital of PLA, Luoyang 471031

【**Abstract**】 **Objective** To summarize the microsurgical operative experience of dumbell pituitary adenoma excision with transpterional approach. **Methods** Twenty seven patients were operated by way of the pterional craniotomy. Dissection of cisterns in sellar region was performed under microscope. Then, the natural spaces in sellar region were used to expose and remove tumors. **Results** Total removal of tumors were achieved in 22 cases of 27 patients (81.5%), and subtotal removal were done in 5 cases (18.5%). None died after operation. The recurrence rate was 4.5% (1/22) in the patients who had been operated with total removal of tumors. The followup ranged from 1 to 4.5 years (mean 1.8years). **Conclusion** The transpterional approach is decisive in the sellar region's exposion and the large or giant pituitary adenoma's resection. It is the best operative approach in all of ways which have been used to treat the dumbell tumors.

【**Key words**】 Pituitary adenoma Dumbell tumor Pterional approach Microsurgery

哑铃形垂体腺瘤是起源于蝶鞍内垂体腺的肿瘤，经狭窄的鞍膈孔隙向鞍上发展而形成的一种形态似哑铃状的大型或巨型腺瘤。由于其形态的特殊性，即使目前经蝶入路技术已相当成熟，但仍然很难全切肿瘤。近6年来，我们对27例哑铃形垂体腺瘤采取经翼点入路显微外科治疗，取得了良好的效果，现报告如下。

资料和方法

1.一般资料：全组共27例，其中男性9例，女性18例，年龄21～52岁，平均年龄36.5岁。病程0.5～4年。

2.临床表现：全部病例均有不同程度的视力视野损害，其中单眼盲4例，单眼光感或指数7例，双眼颞侧视野缺损13例，管状视野3例。伴肢端肥大症6例，月经紊乱、闭经、泌乳或性欲减退5例，间歇性头痛头晕18例，颅内高压症状4例。合并高血压5例，糖尿病4例。

3.影像学检查：全组病例进行了头颅正位X线摄片，结果显示蝶鞍均有不同程度的扩大和骨质吸收。27例病人MRI在冠状面和矢状面均表现为蝶鞍内及鞍上存在哑铃形实质性肿块影，最大径范围在3.1cm～5.6cm，在T_1、T_2加权像上呈等信号，注射Gd-DTPA后病灶明显强化；视交叉、垂体柄及颈内动脉受压移位；蝶鞍扩大、变薄；海绵窦下方的静脉间隙消失。其中合并瘤内囊性变6例，出血11例，合并脑积水4例。

4.内分泌学检查：无内分泌功能细胞腺瘤19例，生长激素腺瘤5例，泌乳素腺瘤3例。

5.手术方法：27例均采取气管插管全麻下行右侧翼点入路。病人仰卧位，头部向左侧旋转30度，后仰10度，使额骨颧突部处于最高点，并用多功能头架固定，头皮切口起自额弓上方外耳道前约1.0cm处(注意避开颞浅动脉)，然后垂直向上到颞线，再弧形弯向前内侧，止于发际内中线旁。翻起皮瓣时应注意将颞肌筋膜前1/4浅层(脂肪结缔组织)随皮瓣一同翻起，以免切断颞肌时损伤面神经额支。在颞线处切断颞肌并将其从颅骨上剥后翻向耳侧，额骨骨膜翻向眼侧。颅骨钻四孔，取下游离的骨瓣开窗，咬除或磨掉蝶骨嵴，电凝或结扎眶脑膜动脉。"U"形剪开硬脑膜，安装脑自持牵开器。下面的操作在手术显微镜下进行。解剖并打开侧裂池、颈内动脉池、视交叉池及终板池，吸出脑脊液，使脑组织充分塌陷后抬起额叶，显露视神经、视交叉、颈内动脉及其分支(包括后交通动脉、脉络膜前动脉、大脑前动脉、大脑中动脉)。在视交叉前间隙可见隆起的半球形肿瘤，双极电凝包膜止血，并使包膜皱缩。用取瘤钳、刮匙分块切除包膜内肿瘤或吸引器吸出稀软的肿瘤。一般鞍内及左侧的肿瘤较易切

* 作者单位：471031 河南省洛阳市解放军150医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

除。但视交叉后和右侧的肿瘤，则由于神经血管的阻挡而用上述的方法不易切除，如用可弯曲的肿瘤剥离器在包膜内分离并切除，则较容易。待肿瘤大部分切除包膜塌陷后，锐性分离包膜并分块切除。对右侧的包膜，常需经视神经与颈内动脉之间的间隙分离切除。如遇到前置型视交叉，则要切开终板，在视交叉后切除肿瘤。

结　果

术后3周～7周复查头部MRI，结果显示肿瘤全部切除22例，次全切除5例。随访观察1～4.5年（平均1.8年），恢复良好23例（占88.9%），好转3例，无效1例，无术后死亡；复查MRI显示22例全切者中有1例复发，并及时进行了伽玛刀治疗。

讨　论

按照Yasargil垂体腺瘤分级标准[1]，本组垂体腺瘤直径均在2.0cm以上，属于大型或巨型腺瘤。哑铃形腺瘤是起源于鞍内垂体腺的肿瘤先在鞍内生长，然后经狭窄的鞍膈孔向鞍上发展而形成的一种形态特殊的腺瘤。大型腺瘤多属非功能性腺病，不产生内分泌症状，早期很难被发现，病人常因视力视野障碍而就诊[2]。本组非内分泌功能性腺瘤19例，占70.4%，均因为肿瘤生长到足够大而压迫视神经视交叉导致视力视野受损才被诊治，而分泌激素腺瘤多由于延误所致。MRI不仅能帮助确诊，而且能从冠状面、矢状面、轴面上显示肿瘤与周围神经血管之间的解剖关系，强化后的影像可以确定肿瘤边界及是否存在浸润性生长，故认为MRI对术者制定手术方案有很大的帮助。

垂体腺瘤的外科治疗，早期经典的手术方式是经额入路[3,4]。由于该入路对额叶的牵拉性损伤较大，且路径较长、显露不充分，视野小，切除肿瘤不彻底、术后反应重，死亡率高，近20年来该入路逐渐被弃用，而为经蝶窦入路所取代。后者的优点在于创伤小，病人痛苦小，术后恢复快，适应症较广[5,6]。经蝶入路切除鞍内的肿瘤比较容易，但对鞍上质地较硬或侵犯海绵窦或突入三脑室，尤其是哑铃形腺瘤，则鞍上部分很难切除，即使采取术中压迫颈静脉或腰蛛网膜下腔注生理盐水以增加颅压，也难以使鞍上肿块下移[7]。遇到这种情况，往往需要采取再次经颅手术。另外，经蝶入路的路径也较长，视野小，术中对蝶窦的定位必须准确，术后容易并发感染和脑脊液漏等缺点[8]。Yasargil翼点入路早期主要被用于颅咽管瘤和颅底动脉瘤的外科治疗，并且取得了显著疗效[9,10]。翼点入路到达鞍区的路径较上述两种入路均明显缩短，而且通过解剖基底池，充分利用脑的自然间隙，可获得一个较大的锥形空间和手术视野、非常有利于显微镜下操作。该入路不仅能充分切除鞍内肿瘤，而且也能较容易切尽鞍上肿瘤，并可在直视下保护鞍区各重要结构、包括下丘脑、垂体柄、视神经、视交叉、颅底动脉及其发出的细小穿通支等。我们主张哑铃形垂体腺瘤宜首选翼点入路显微外科手术治疗。本组手术全切率达81.5%，术后恢复优良率88.9%，无术后死亡，结果显示该入路不仅能提高肿瘤的全切率，而且有利于术后恢复视神经功能和纠正内分泌功能紊乱，减少术后并发症的发生机率。

经翼点入路切除垂体腺瘤应注意以下几点：①颅骨钻孔时，第一个骨孔的位置应在额骨颧突部，第二个骨孔应在额骨中线旁近边眶部，以使骨窗最大限度的靠近颅底。②充分解剖基底池，吸尽术野内溢出的脑脊液，使脑组织最大程度塌陷，避免上抬额叶时造成脑损伤。③切开侧裂池蛛网膜时应在额叶侧进行，必要时可切断侧裂静脉的额支。④解剖颈内动脉池时应注意保护细小的穿通动脉支，非供应肿瘤血管一定要保护。⑤控制好吸引器的吸力和双极电凝的功率，尽可能使两者保持在低水平状态。⑥如肿瘤突入第三脑室内，则需要采取翼—胼胝体联合入路。⑦无论肿瘤全切还是次全切，术后均应常规放疗。

参 考 文 献

1. Yasargil MG. Microneurosurgery. Vol. 1 VB Stutiget. New York: Geang Thinmeverlag, 1994. 200－208.
2. Auer RN, Alakija P, Sutherland GR. Asymptomatic large pituitary adenomas discovered at autopsy. Surg Neurol, 1996, 46: 28.
3. 蒋大介，杨国源，编著. 实用神经外科手术学. 上海：上海科学技术出版社，1990. 143－144.
4. 段国升，朱　诚，主编. 手术学全集. 神经外科卷. 北京：人民军医出版社，1994. 231－150.
5. Nakane T. Transphenoidal approach to pituitary adenomas with suprasellar extension. Surg Neurol, 1981, 16: 226－230.
6. 惠国桢，朱晓江，王之敏，等. 经蝶窦显微手术治疗巨型垂体腺瘤. 中华神经外科杂志，1995，11：191.
7. Mohr G, Hardy J, Comtois R, et al. Surgical management of giant pituitary adenomas. Can J Neurol Sci, 1990, 17: 62.
8. 周定标，张　纪，主编. 颅底肿瘤手术学. 北京：人民军医出版社，1997. 191.
9 Yasargil MG, Fox JL, Ray MW. The operative approach to aneurgomas of the anterior communicating artery. Vol 2. New York: Springer Wien, 1975. 113－170.
10. Yasargil MG, Curcic M, Kis M et al. Total removal of craniopharyngiomas, Aproaches and long term results in 144 patients. J Neurosurg, 1990, 73: 3－11.

（收稿：2000-07-04）