

ВОЗМОЖНОСТЬ УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПУТЕМ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии

Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» МО Украины, Киев

The Endoscopic Third Ventriculostomy in Case of Obstructive Hydrocephaly Caused by Petroclival Meningioma

A.A. Danchin

Clinic of Neurosurgery and Neurology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: October 8, 2011

Accepted: December 9, 2011

Адреса для кореспонденції:

Клініка нейрохірургії та неврології
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
тел./факс: +38-044-522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

We present a case report of operative treatment of obstructive hydrocephaly in 46 years old man with large petroclival meningioma by endoscopic third ventriculostomy. The operation was successfully performed with left-side approach and the perforation of third ventricle floor was made near the tumor. That allowed avoiding ventriculoperitoneal shunting.

Key words: endoscopic third ventriculostomy, petroclival meningioma, obstructive hydrocephaly.

Введение

Хирургическое лечение менингиом петрокливальной локализации предполагает выполнение различных доступов к опухоли в зависимости от ее локализации, размеров и взаимоотношений с окружающими структурами — применяются субтемпоральный транстенториальный доступ, пресигмоидальный и ретросигмоидальный доступы, фронто-темпоральный доступ и многие другие [1].

В тех случаях, когда риск возникновения послеоперативных осложнений слишком велик, вопрос ставится о проведении паллиативных операций, направленных на ликвидацию вторичной окклюзионной гидроцефалии — пациентам проводится вентрикулоперитонеальное шунтирование, так как менингиомы петрокливальной локализации вызывают деформацию среднего мозга и ликворопроводящих путей, нарушая отток цереброспинальной жидкости в задних отделах третьего желудочка [2]. Хотя в ряде случаев частичная проходимость межжкковой цистерны и субарахноидальных пространств, расположенных ниже ее, позволяет выполнить именно эндоскопическую перфорацию дна третьего желудочка, не прибегая к формированию «шунт-зависимости» у пациента.

Цель работы — выявить варианты возможного успешного проведения эндоскопической вентрикулоцистерностомии при окклюзионной гидроцефалии у пациентов с менингиомами петрокливальной локализации.

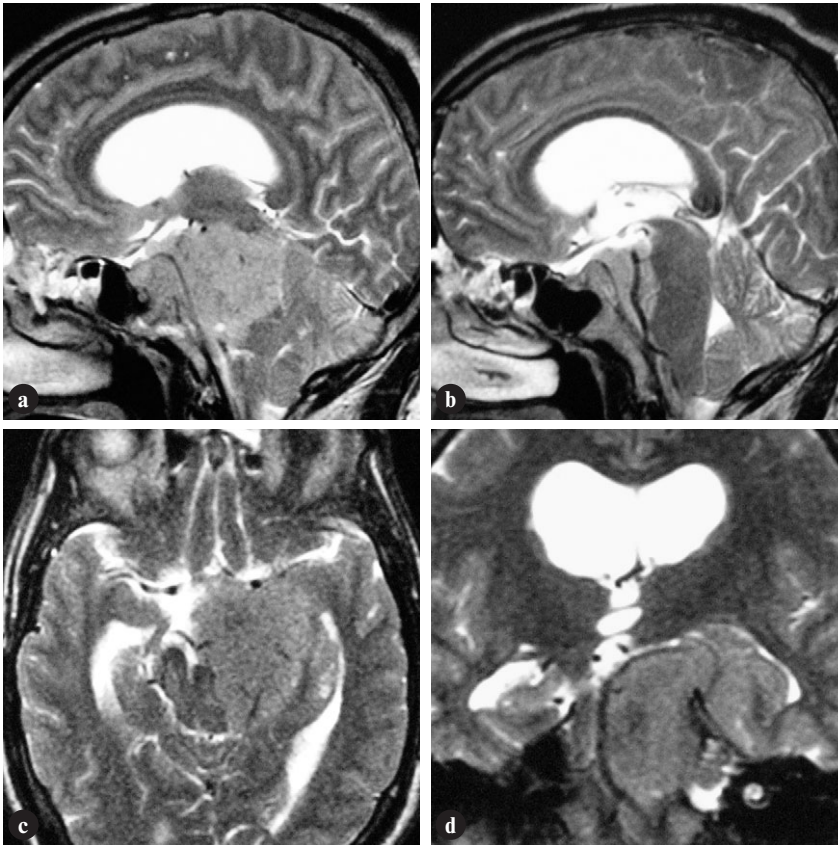


Рис. 1

А-Д. Предоперационная МР-томография пациента К. — менингиома левой петроклиивальной области размером 38×36×41 мм вызывает деформацию мезенцефальных структур, смещая третий желудочек вправо, однако левые отделы межножковой цистерны не сдавлены.

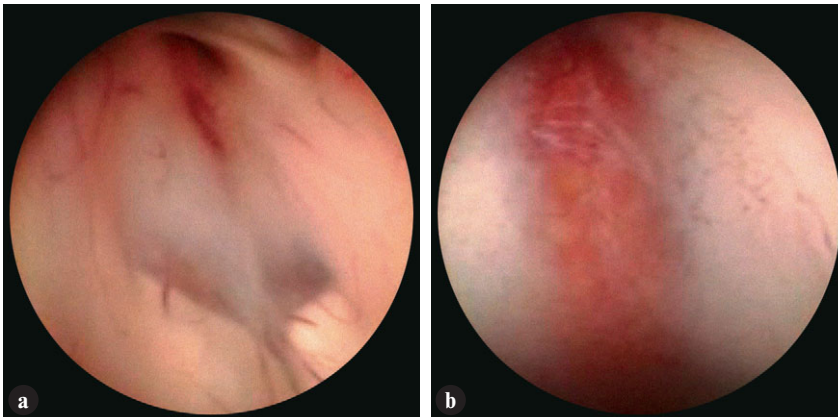


Рис. 2

Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия:

А-В. Первоначальный обзор дна третьего желудочка — в зоне наиболее близкого расположения менингиомы визуализируется частичный дефект дна.

Материалы и методы

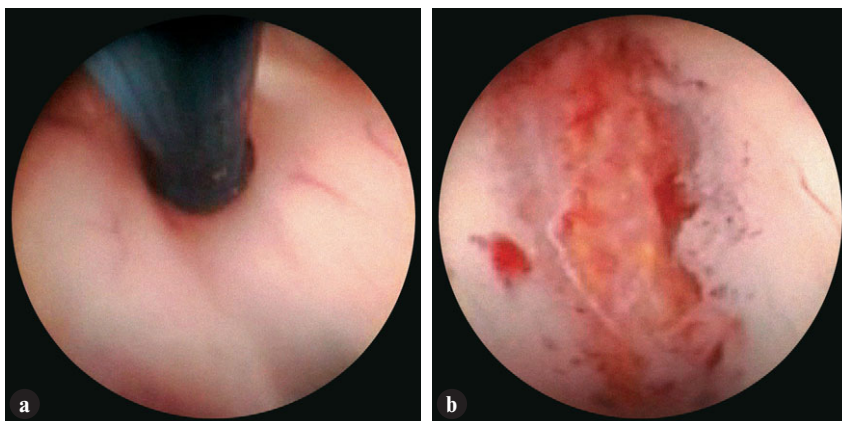
Пациент К., 46 лет, поступил в клинику нейрохирургии и невропатологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины осенью 2010 года с жалобами на нарушение походки, координации движений и длительно существующую головную боль, усиливающуюся при горизонтальном положении тела и головы.

Диагноз — менингиома петроклиивальной локализации слева, вторичная окклюзионная гидроцефалия.

МРТ головного мозга: в левой петроклиивальной области имеет место внемозговое новообразование

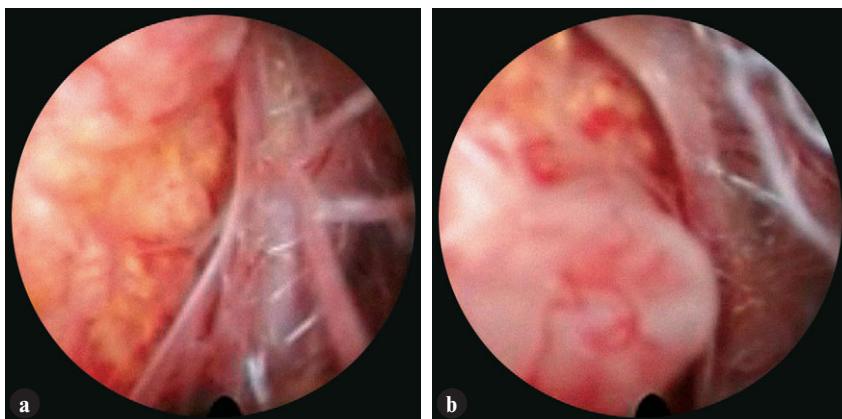
диаметром до 40 мм — менингиома, смещающая основную артерию и стволовые структуры вправо (рис. 1).

От прямого оперативного удаления опухоли пациент отказался, и ему была предложена паллиативная ликворошунтирующая операция. При детальном изучении данных МРТ нами было выявлено, что правые отделы межножковой и правой латеральной понтинной цистерн не вовлечены в опухолевой процесс и могут быть использованы для ликворооттока при выполнении эндоскопической вентрикулоцистерностомии.

**Рис. 3**

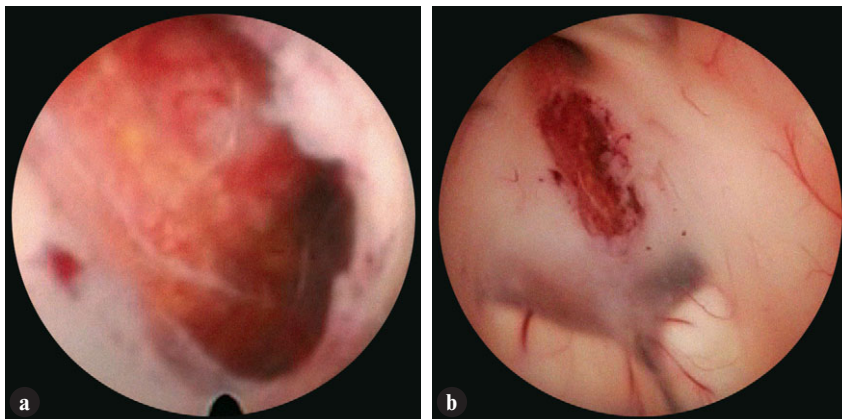
Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия:

А-В. Перфорация дна третьего желудочка в зоне его частичного дефекта, вызванного внеозговой опухолью.

**Рис. 4**

Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия:

А-В. Инспекция межножковой цистерны — менингиома имеет четкую бугристую поверхность, ее кровоснабжение формируется веточками основной артерии, к которой она интимно прилежит.

**Рис. 5**

Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия:

А-В. Стома в дне третьего желудочка расширена до 12 мм, имеется достаточный ликвороотток из желудочковой системы в базальные субарахноидальные пространства по правой половине мезенцефальных цистерн.

Оперативное лечение

Эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка из левого прекокоронарного доступа была выполнена пациенту в правых отделах дна третьего желудочка, исходя из контралатеральности траектории движения жесткого вентрикулоскопа. Первоначальная эндоскопическая инспекция показала наличие частично сформированного опухолью дефекта дна третьего желудочка (рис. 2), расширение которого (рис. 3) позволило соединить желудочковую систему с правыми отделами межножковой и понтинных ци-

стерн. В тоже время, интраоперационная инспекция межножковой цистерны позволила в режиме реального времени получить данные о строении петроклиивальной менингиомы. Было выявлено, что опухоль имеет четкую бугристую поверхность, характерную для менингиом, ее кровоснабжение формируется веточками основной артерии, к которой она интимно прилежит (рис. 4). Окончательный этап операции продемонстрирован на рис. 5 — стома в дне третьего желудочка расширена до 12 мм, имеется достаточный ликвороотток из желудочковой системы в базальные субарахноидальные пространства.

Результаты

В послеоперационном периоде пациент отмечал улучшение состояния в виде полного регресса головной боли, восстановления нормальной координации движений и походки. В последующем ему был проведен курс радиотерапии суммарной дозой 60 Грей на область петроклиивальной менингиомы. Дальнейшее наблюдение в течение 1 года не показало какого-либо ухудшения состояния здоровья больного.

Выводы

Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия является эффективной методикой устранения окклюзионной гидроцефалии у пациентов с менингиомами

петроклиивальной локализации при условии, что проходимость мезенцефальных субарахноидальных цистерн на стороне, противоположной опухоли, сохранена. Тогда из доступа на стороне новообразования стома формируется в контрлатеральной части дна третьего желудочка.

Литература

1. Junting Zhang, Zhen Wu, Liwei Zhang et al. (2011) Microsurgical treatment and classification of petroclival meningioma: experiences in 471 patients at a single institute for 18 years. *Skull Base — An Interdisciplinary Approach*. (Thieme eds.) Suppl. 1; Vol. 21: 30-31
2. Remenez V., Terzis A.J.A., Weber F. (2011) Microsurgical management and clinical outcome by meningiomas of central region skull base. *Skull Base — An Interdisciplinary Approach*. (Thieme eds.) Suppl. 1; Vol. 21: 31