

Тема: Доброкачественное новообразование
головного мозга под мозговым наметом
(Гигантская фибропластическая менингиома
левого мосто-мозжечкового угла в стадии
клинической декомпенсации. Окклюзионная
тривентрикулярная гидроцефалия.

Пациент: Анкирова С. Д
Дата рождения: 26.02.73

Караганда 2018 г.

Определение

Менингиома (meningioma, греческий meninx, meningos мозговая оболочка + -ома; синонимы: грибовидная опухоль твёрдой мозговой оболочки, фиброэндотелиома, менинготелиома, арахноидэндотелиома, арахноидальная менингиома, менингеальная фибробластома, менингобластома) — вне мозговая, в большинстве случаев доброкачественная опухоль, исходящая из твёрдой, реже мягкой оболочки головного или спинного мозга, редко из сосудистого сплетения мозговых желудочков или возникающая эктопически в костях черепа, позвоночника и по ходу нервных корешков. **Фиброзная менингиома (Фибробластическая)**- построена из фибробластоподобных клеток, которые располагаются параллельно друг другу и складываются в переплетающиеся между собой пучки, содержащие соединительнотканые волокна. **Окклюзионная гидроцефалия** — повышение объёма находящейся в желудочковой системе цереброспинальной жидкости, обусловленное блокировкой ликворных путей.

Эпидемиология

Составляют 13-25% от всех первичных внутричерепных новообразований Средняя распространённость симптоматических менингиом (имеющих клинические проявления) в популяции составляет 2,0/100000 населения. В то же время распространённость асимптоматических (бессимптомных) менингиом составляет 5,7/100000 населения. Асимптоматические менингиомы являются находкой 1-2,3% всех аутопсий

Менингиомы чаще встречаются у женщин. Соотношение мужчины:женщины в группе пациентов с менингиомами составляет от 1:1,4 до 1:2,6

Классификация

По гистологической структуре выделяют:

1). Типичная менингиома (GI)

- Мениготелиоматозная
- Фиброзная
- Переходная
- Псаммоматозная
- Ангиоматозных
- Микрокистозная
- Секреторная
- С большим количеством лимфоцитов
- Метапластическая

2). Атипичная менингиома (GII)

3). Хордоидна менингиома (GII)

4). Светлоклеточным менингиома (GII)

5). Анапластическая менингиома (GIII)

6). Рабдоидна менингиома (GIII)

7). Папиллярная менингиома (GIII)

По анатомической локализации
(классификация Olivecrona)

1). Супратенториальные менингиомы:

— Матрикс — твердая мозговая оболочка конвекситальной поверхности мозга, включая конвекситальных и парасагиттально менингиомы, менингиомы серпа большого мозга

— Матрикс — твердая мозговая оболочка основания черепа (малые крылья, холмик турецкого седла, решетчатая пластинка клиновидной кости, участок тройничного узла)

— Менингиомы без матрикса на твердой мозговой оболочке (боковой желудочек, прямой синус)

2). Субтенториальные менингиомы: — матрикс — твердая мозговая оболочка конвекситальной поверхности задней черепной ямки (мостомозочкового угол, скат).

Диагностика

Для диагностики менингиом используются следующие методы нейровизуализации: МРТ, КТ, ПЭТ, селективная и неселективная церебральная ангиография, сцинтиграфия.

МРТ позволяет визуализировать васкуляризацию опухоли, степень поражения артерий и венозных синусов, а также взаимоотношения между опухолью и окружающими структурами.

КТ с контрастированием сопровождается умеренным-выраженным гомогенным усилением в большинстве случаев. При помощи КТ диагностируются около 90% менингиом. Главная роль КТ – демонстрация изменения костей и кальцинатов в опухоли

ПЭТ. Ввиду высокой себестоимости метода и относительно низкой специфичности, в диагностике менингиом широкого распространения не получил.

Ангиография. Позволяет визуализировать кровоснабжение опухоли.

Учитывая инвазивность и лучевую нагрузку, значение в основном вспомогательное. Однако в сочетании с селективной эмболизацией сосудов опухоли может быть использован как метод предоперационной подготовки, а в ряде случаев и как самостоятельный метод лечения.

Дифференциальная диагностика

Фиброзная дисплазия

Провести дифференциальный диагноз между фиброзной дисплазией склеротического типа и гиперостозом, вызванного гиперстотическими («en plaque») менингиомами, сложно. Для фиброзной дисплазии на краниограммах характерны однородный склероз, гиперостоз, отсутствие спикул и гиперваскуляризация кости. Фиброзная дисплазия чаще наблюдается в детском и юношеском возрасте, в редких случаях она может развиваться и в более позднем возрасте, после завершения роста кости. Фиброзная дисплазия поражает передние отделы основания черепа вдоль крыши орбит и сфеноидальный гребень, реже — передние отделы лобной кости (надбровные дуги, скуловой отросток, лобный бугор). Если для менингиом типично постоянное прогрессирование изменений, независимо от возраста, то для фиброзной дисплазии имеется большая вероятность стабилизации процесса после завершения роста кости.

Остеомы

Остеомы, развиваясь обычно из наружной и значительно реже — из внутренней пластинки черепа, в отличие от менингиом не распространяются на диплоический слой. Границы опухоли при этом ровные, четкие. Отсутствие повышенной гиперваскуляризации, признаков внутричерепной гипертензии и гидроцефалии, поражения черепных нервов и распространения процесса через черепные швы облегчает дифференциальный диагноз.

Лечение

Большинство менингиом имеют доброкачественный характер и основным методом их лечения является хирургическое удаление.

Тяжесть хирургической операции и её исход, в основном, определяются расположением опухоли — её близостью к функционально значимым отделам мозга и соотношением с анатомическими структурами — сосудами и нервами.

В большинстве случаев радикальное удаление менингиомы обеспечивает фактически «излечение» или снижает риск повторного образования опухоли (рецидива) практически до нуля. Небольшая категория менингиом, имеющих недоброкачественный характер склонна к быстрому рецидивированию, что требует повторных операций.

Помимо хирургического, другие методы в лечении менингиом используются относительно редко.

После операций:

- 1). Исключить физиолечение, биостимуляцию.
- 2). Ограничение физических нагрузок. ЛФК, Массаж н/ конечностей. Повороты каждые 3 часа.
- 3). Наблюдение и лечение у невропатолога, терапевта, нефролога по месту жительства.
- 4). Контрольное МРТ с контрастированием через 2 месяца, осмотр нейрохирурга в ДЦ. УЗИ почек в плановом порядке.
- 5). Глицин по 1т*3р 1 месяц, Ибупрофен 1т*1 р/д в течение 1 мес.

- Как мы знаем, рак опасное заболевание, которое нельзя игнорировать.
- Пациентке был поставлен диагноз «Гигантская фибропластическая
- менигиома левого мосто-мозжечкового угла в стадии грубой клинической
- декомпенсации». Это одно из редких заболеваний, которое относится к группе
- первичных новообразований. Пациентке были сделаны все необходимые