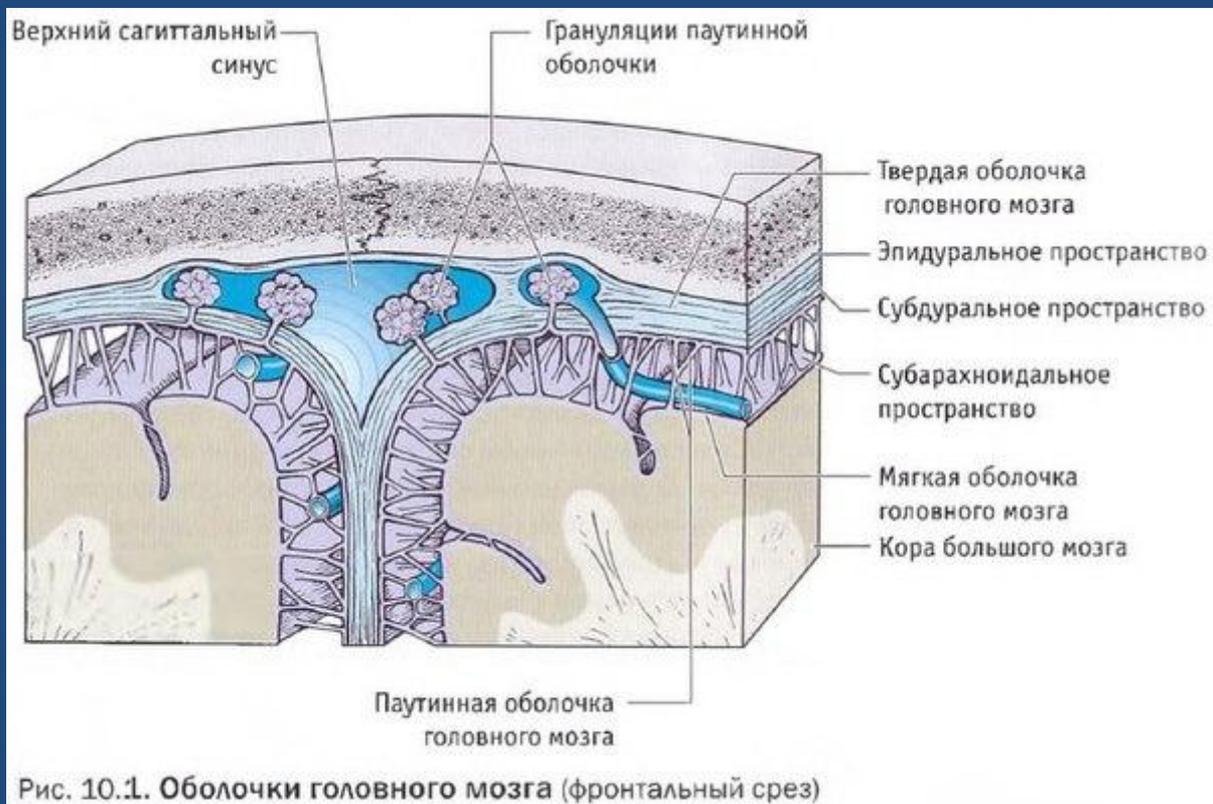


МЕНИНГИОМЫ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ



Докладчик: Чирикало А. С.
Куратор: Шаболина И. Е.

- **Менигиома (арахноидэндотелиома)** - представляет собой опухоль, чаще всего доброкачественной природы, произрастающую из арахноэндотелия мозговых оболочек.



- Составляют примерно 20% от всех опухолей центральной нервной системы.
- Пик встречаемости – 40-60 лет, чаще у женщин в соотношении м/ж – 1:2, 1:4.

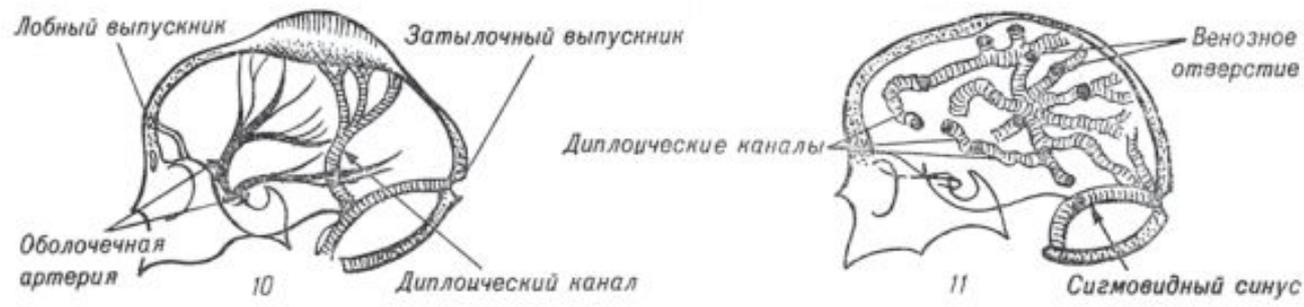
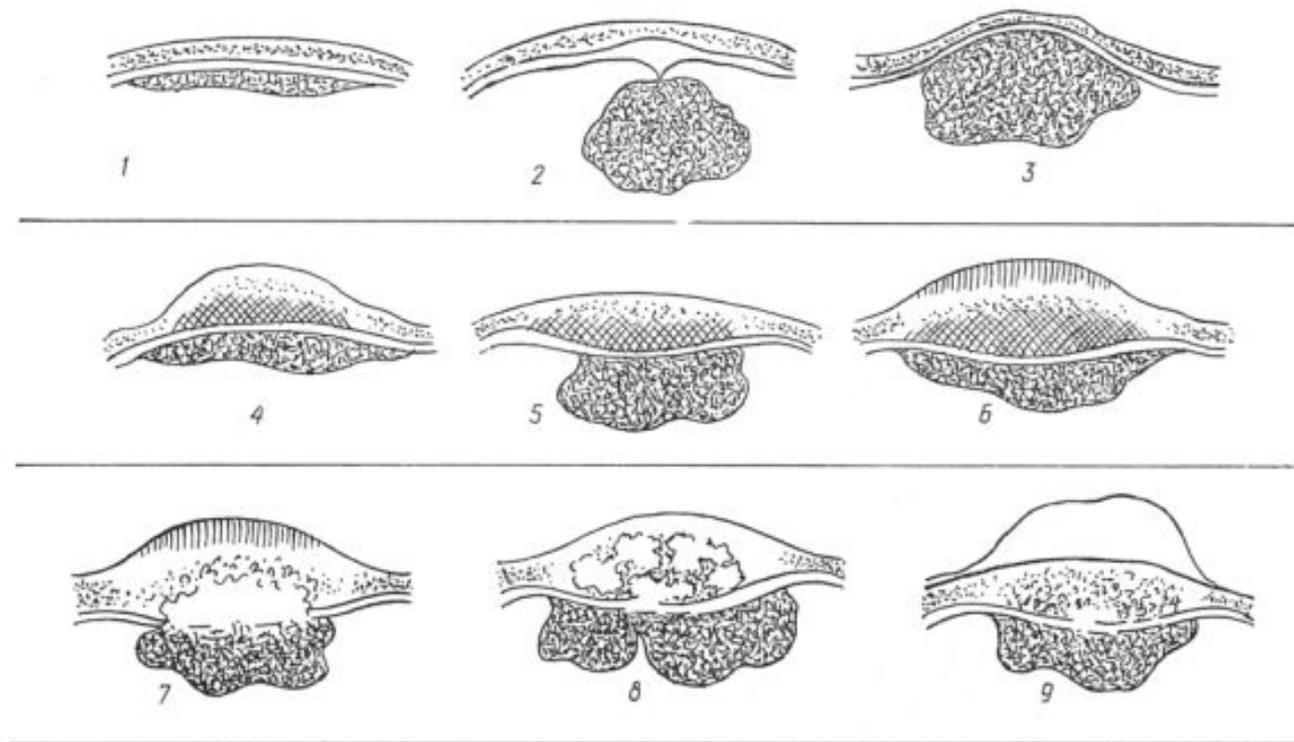
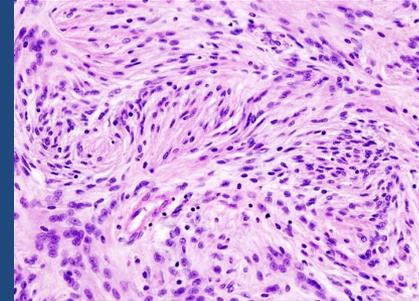
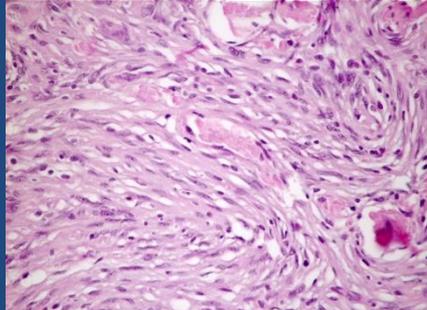
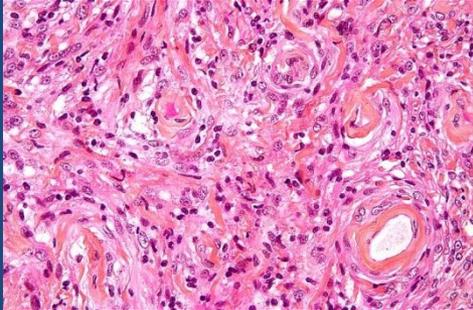


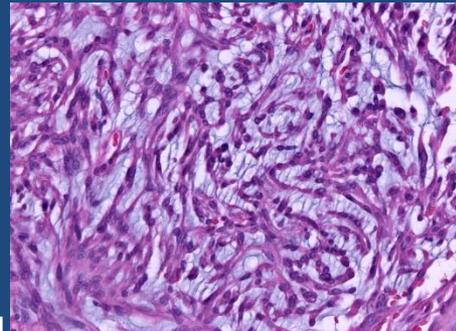
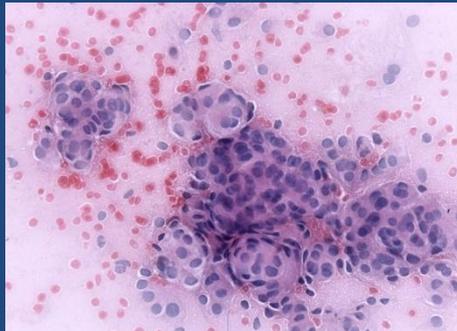
Рис. 2. Рост менингиом: 1 — плоский с тесным прилеганием, 2 — узлом на ножке, 3 — узлом с тесным прилеганием и костной атрофией. Склероз диплое и гиперостоз: по наружной — 4, по внутренней — 5, по обеим поверхностям свода черепа — 6. Деструкция в гиперостозе: одним очагом — 7, несколькими очагами — 8, очаговая с мягкотканым компонентом по наружной поверхности. Сосудистые изменения — 10, 11 (схема).

Классификация

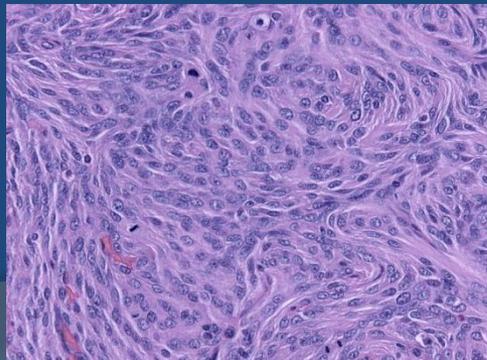
- Типическая (доброкачественная) - 88 – 95%



- Атипичическая (полудоброкачественная) – 5 – 7%

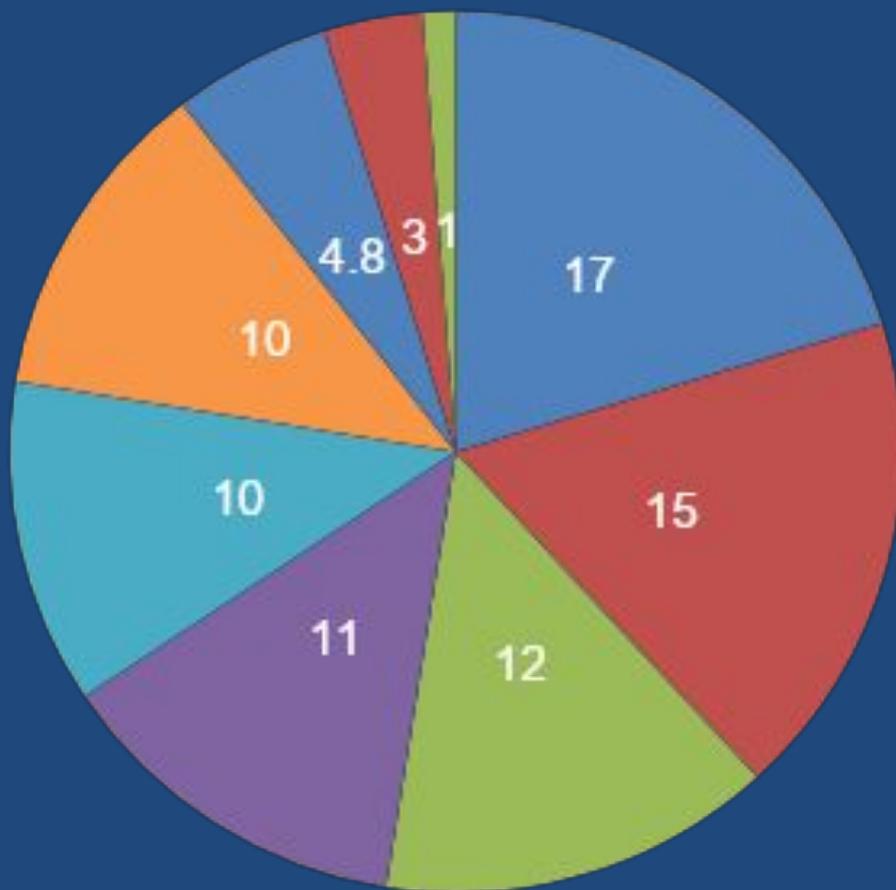


- Анапластическая (злокачественная) – 1 – 2%



Классификация

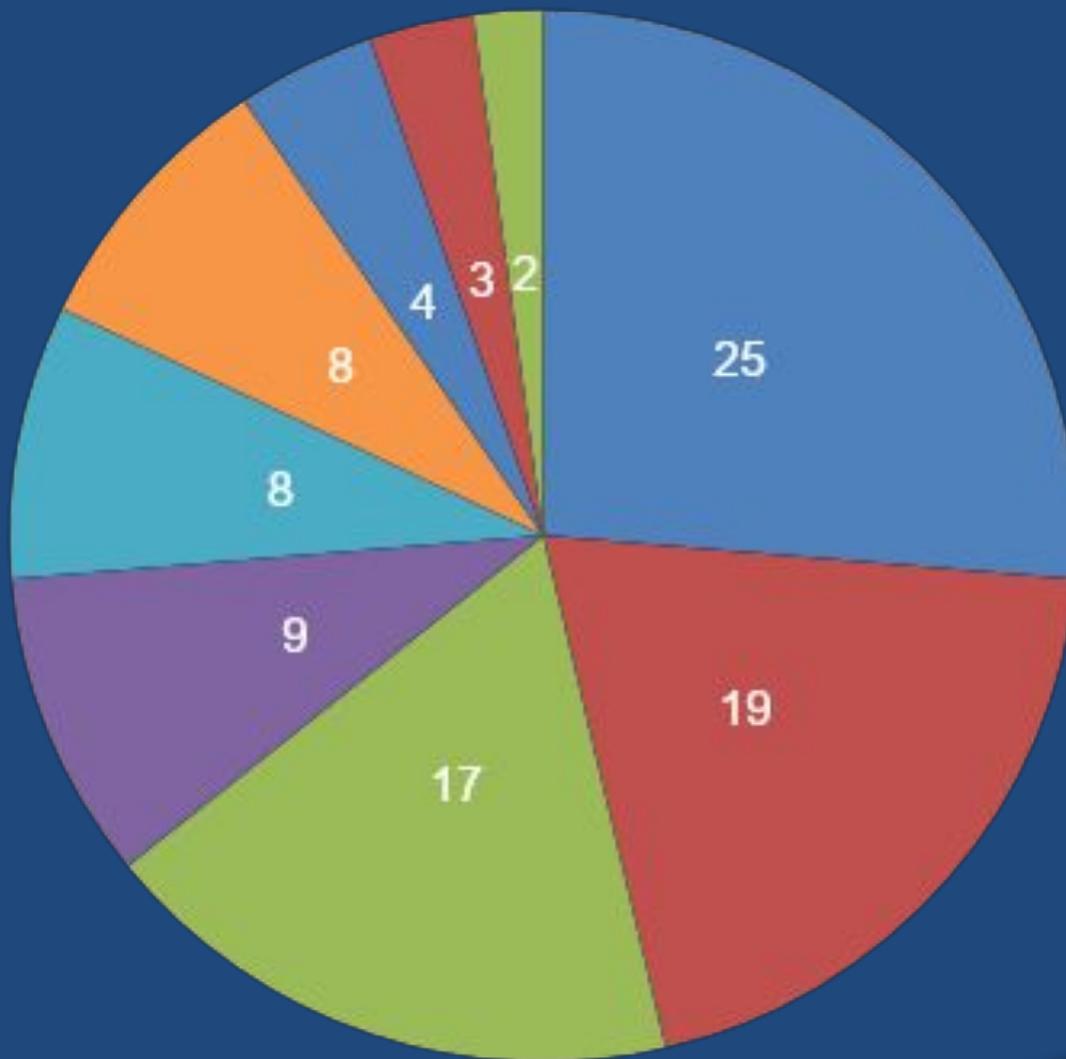
Локализация

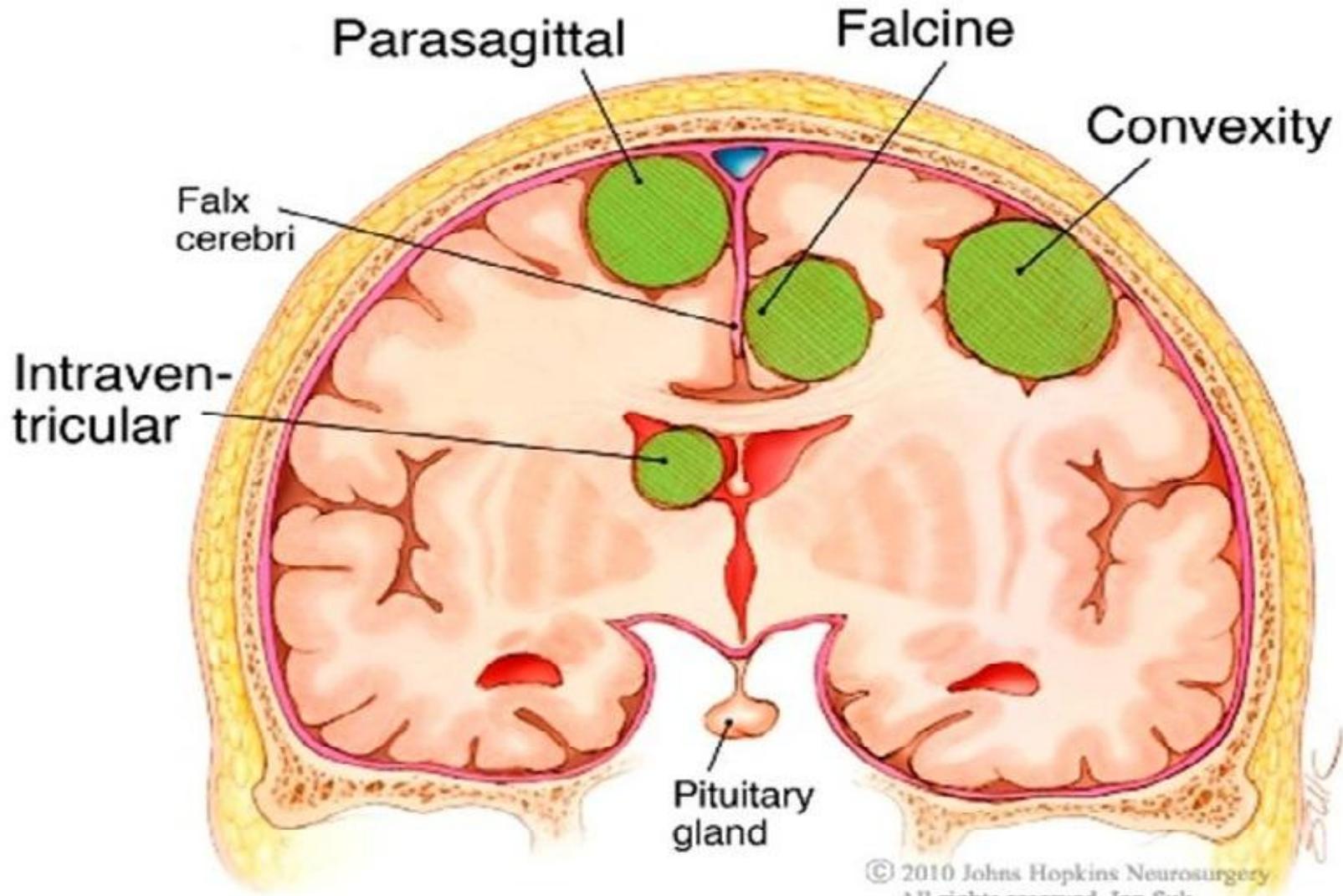


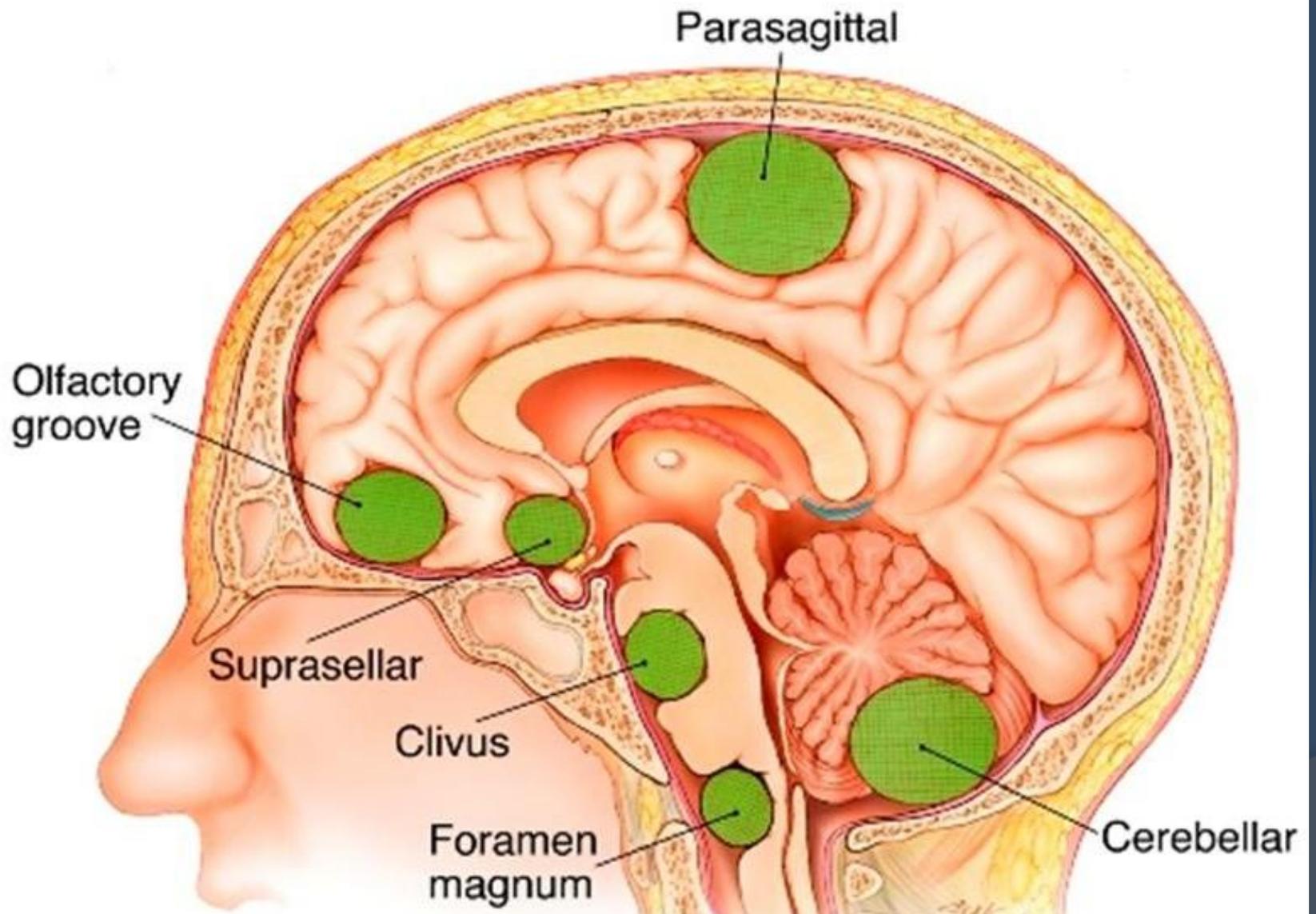
- Парасагиттальные - 17%
- Крыльев основной кости - 15%
- Параселлярные - 12%
- Конвекситальные - 11%
- Задняя черепная ямка - 10%
- Петроклиальные - 10%
- Ольфакторная ямка - 4,8%
- Желудочковое расположение - 3%
- Экстракраниальные - 1%

Локализация

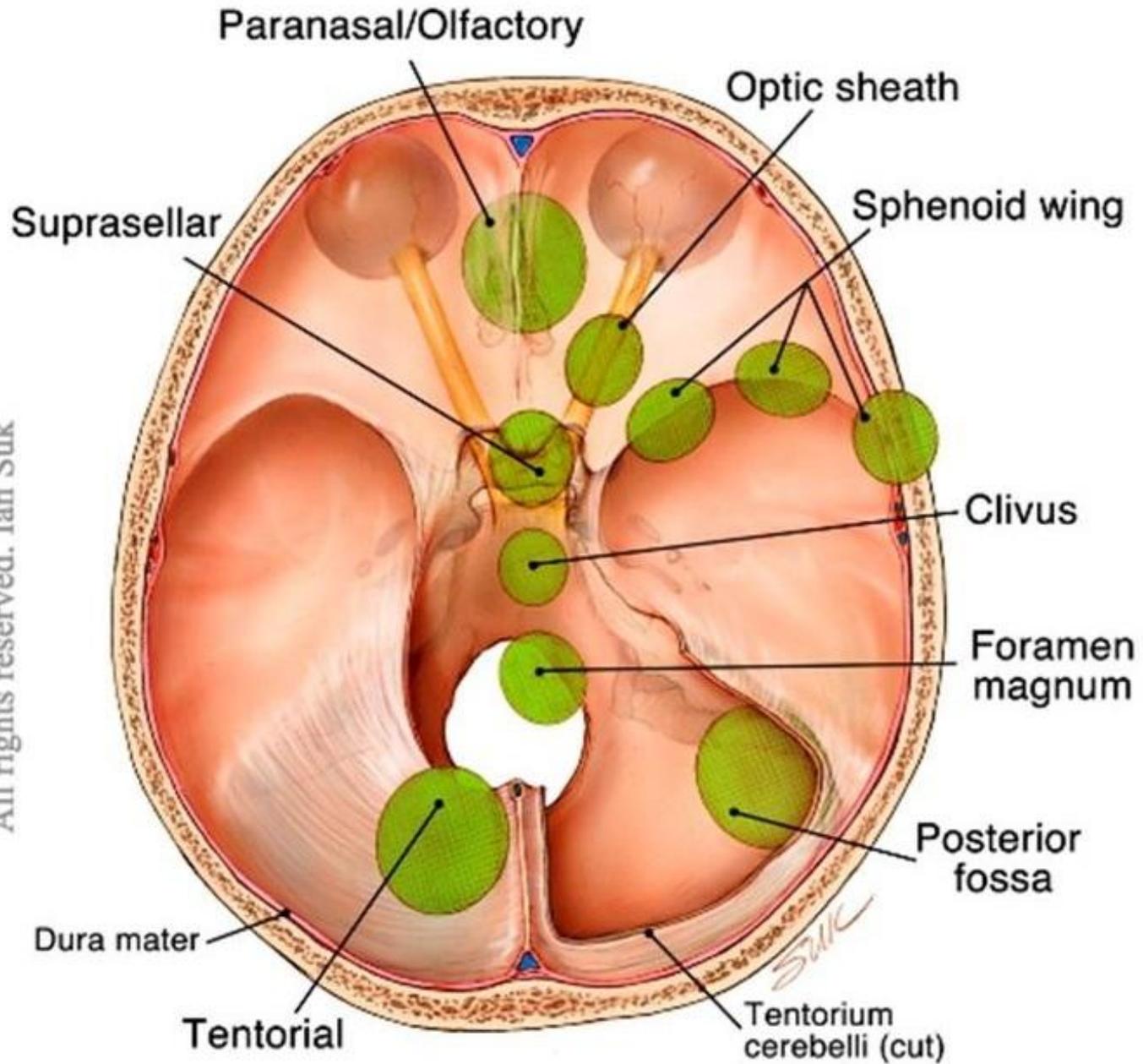
- Парасагиттальные - 25%
- Конвекситальные - 19%
- Крылья основной кости - 17%
- Супраселлярно - 9%
- Задняя черепная ямка - 8%
- Ольфакторная ямка - 8%
- Средняя черепная ямка - 4%
- Намет мозжечка - 3%
- Желудочковое расположение, БЗО, зрительный нерв - по 2%







© 2010 Johns Hopkins Neurosurgery
All rights reserved. Ian Suk



Клиническая картина

| Локализация | Признаки |
|---|--|
| Основание черепа | Нарушение зрения Парез глазодвигательных мышц Экзофтальм |
| Конвекситальная поверхность мозга | Фокальные судороги Когнитивные нарушения Признаки повышения внутричерепного давления на поздних этапах заболевания |
| Скат и верхушка пирамиды височной кости | Нарушения походки Атаксия конечностей Нарушение функции V, VII и VIII пар черепно-мозговых нервов |
| Большое затылочное отверстие | Боль в затылке со стороны опухоли Парез, который последовательно вовлекает ипсилатеральную руку, далее ипсилатеральную ногу, затем контрлатеральные ногу и руку Иногда симптом Лермитта Нарушение функции черепно-мозговых нервов (например, дисфагия, дизартрия, нистагм, диплопия, гипестезия в области лица) |

| Ольфакторная ямка | Аносмия Иногда отек зрительного нерва и нарушение зрения |
|---|--|
| Парасагиттально или в серповидном отростке | Спастический парез или потеря чувствительности, обычно начинающиеся с контрлатеральной ноги, иногда - в обеих ногах Когнитивные нарушения |
| Тенториальные опухоли задней черепной ямки, распространяющиеся вверх или вниз | Гидроцефалия |
| Крыло клиновидной кости: | |
| Медиальная часть (проращение в кавернозный синус) | Парез глазодвигательных мышц Онемение лица |
| Срединная часть (проращение в глазницу) | Нарушение зрения Экзофтальм |
| Латеральная часть (шарообразная опухоль или менингиома en plaque*) | Судороги Головная боль |
| Бугорок турецкого седла | Нарушение зрения Костные изменения, иногда видимые при нейровизуализации |

Диагностика

- ⦿ КТ с КУ, КТ – ангиография
- ⦿ МРТ с КУ – «золотой стандарт»



- При МРТ исследованиях менингиома на T1-взвешенных изображениях (T1-WI) — изоинтенсивна (60-65%) или гипоинтенсивна (35-40 %) относительно серого вещества головного мозга.
- Контрастное усиление (T1-WI+c) в большинстве случаев (90-95 %) происходит равномерно и активно, оно позволяет обнаружить локальное утолщение твердой мозговой оболочки клинообразной формы — т.н. **«дуральный хвост»**.
- На T2-взвешенных изображениях (T2-WI) сигнал опухоли варьирует от гипоинтенсивного (10-15 %), изоинтенсивного (50 %; рис. 15б) до незначительно гиперинтенсивного (35-40 %).
- В большинстве случаев между опухолью и мозговой паренхимой определяется **«ликворная щель»** — тонкий ободок с четкими контурами, который имеет высокий сигнал — типичный признак доброкачественной внемозговой опухоли

Наиболее частые источники кровоснабжения менингиом

| Локализация | Частая питающая артерия |
|---|---|
| Конвекс, парасагиттально | Средняя оболочечная и поверхностная височная артерии. Артерия фалькса (из глазничной) |
| Ольфакторная ямка | Ветви глазничной артерии |
| Крыло основной кости | Верхняя челюстная артерия. Средняя оболочечная артерия |
| Намет, мосто-мозжечковый угол, внутрижелудочковая | Тенториальные артерии, менинго-гипофизарный ствол (аа. Bernasconi-Casinari) |
| Большое затылочное отверстие, скат | Передняя оболочечная артерия ската (из позвоночной артерии) Дорзальная оболочечная артерия из менинго-гипофизарного ствола Мышечные и оболочечные ветви позвоночной артерии |

Лечение

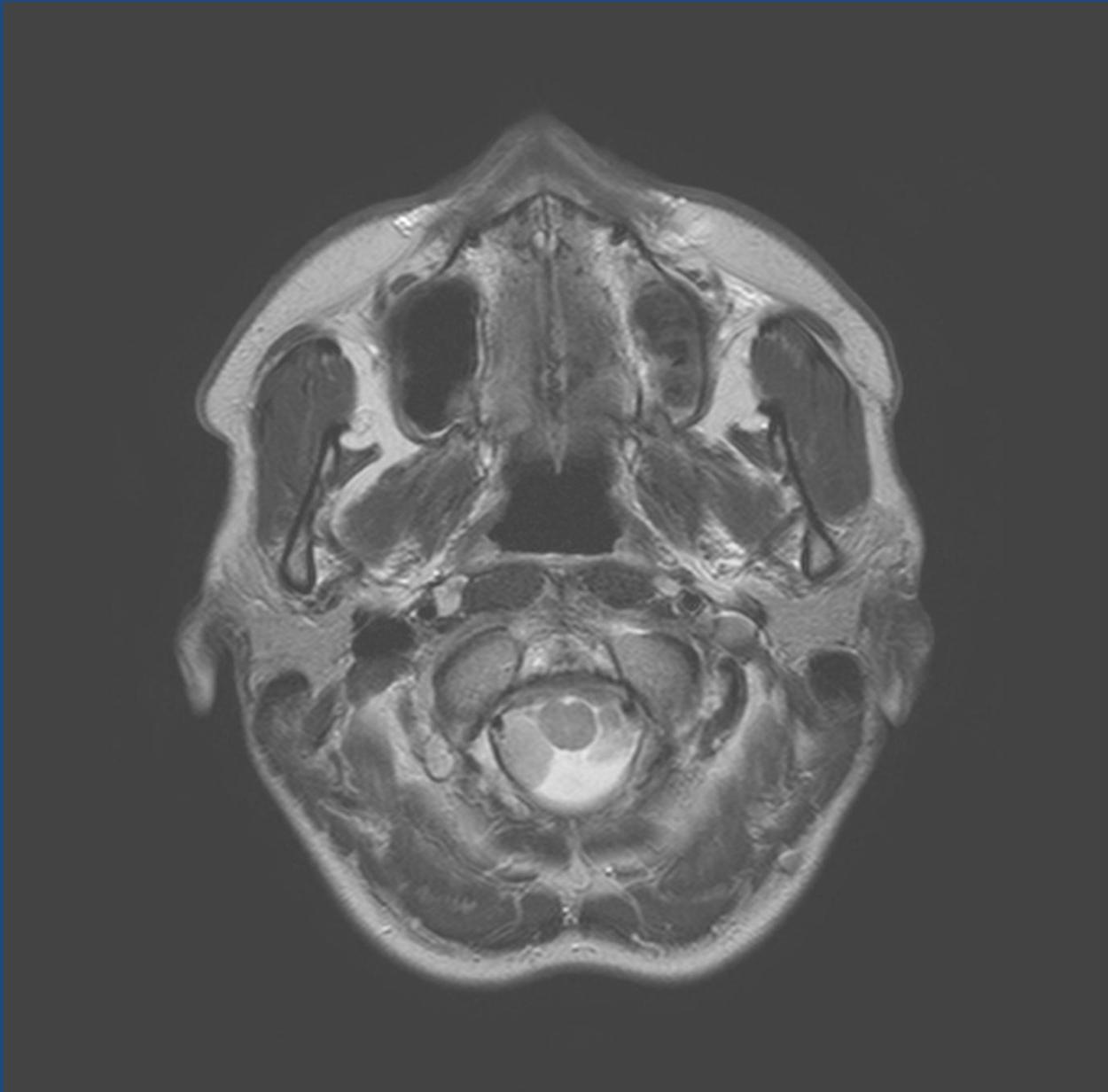
- В случае асимптомных малых менингиом, особенно во взрослом возрасте, достаточно мониторингования с помощью нейровизуализации.
- Симптоматические или растущие менингиомы следует по возможности оперировать.
- Стереотаксическая радиохирургия используется для хирургически недоступных менингиом и избирательно для других видов менингиом.
- Если стереотаксическая радиохирургия невозможна и если менингиома рецидивирует, то применяют лучевую терапию.

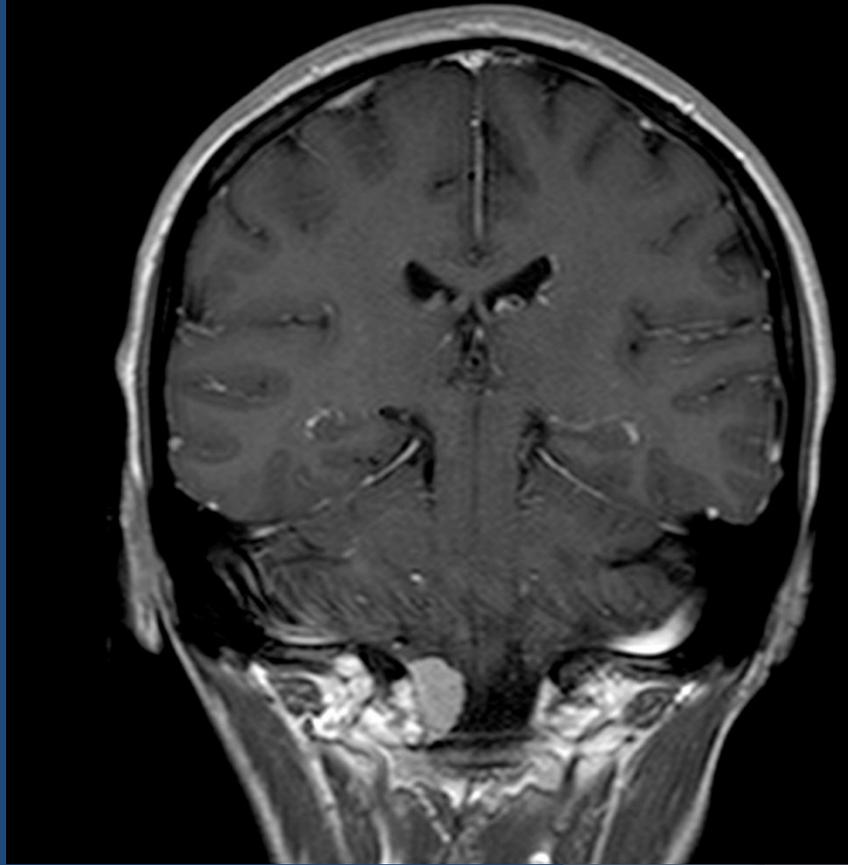
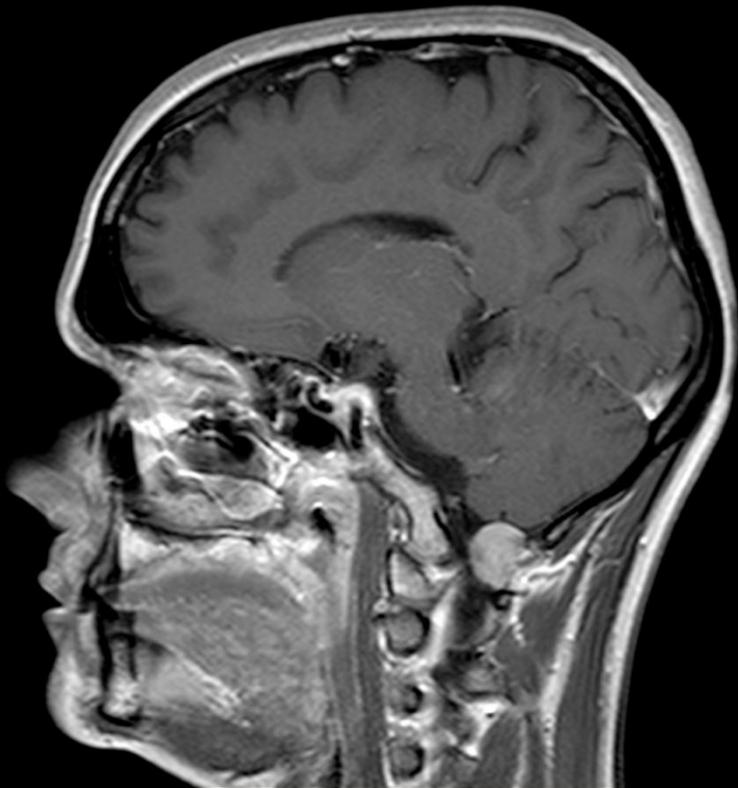
Прогноз

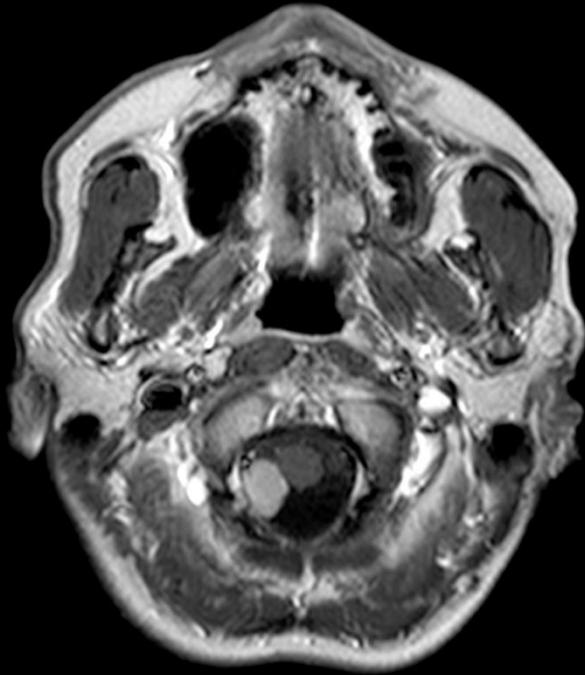
- Прогноз типичной менингиомы при своевременном выявлении и хирургической ликвидации вполне благоприятный. Такие больные имеют показатель 5-летней выживаемости равный 70-90%.
- Остальные же типы менингиом склонны к рецидивированию и даже после успешного удаления опухоли могут приводить к летальному исходу. Процент 5-летней выживаемости пациентов с атипичными и злокачественными менингиомами составляет около 30%.
- Неблагоприятный прогноз наблюдается и при множественных менингиомах, составляющих около 2% от всех случаев развития данной опухоли.

Клинический случай N°1

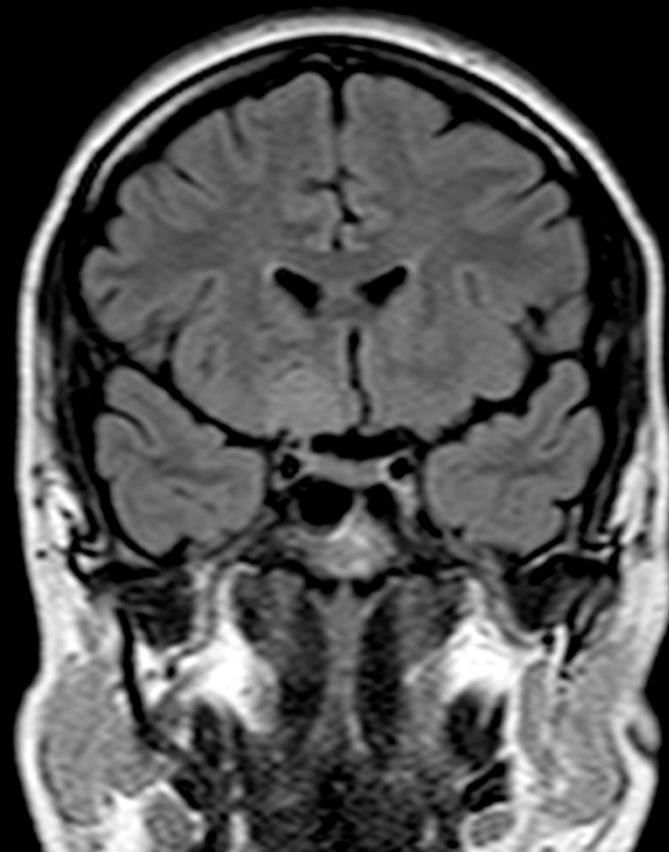
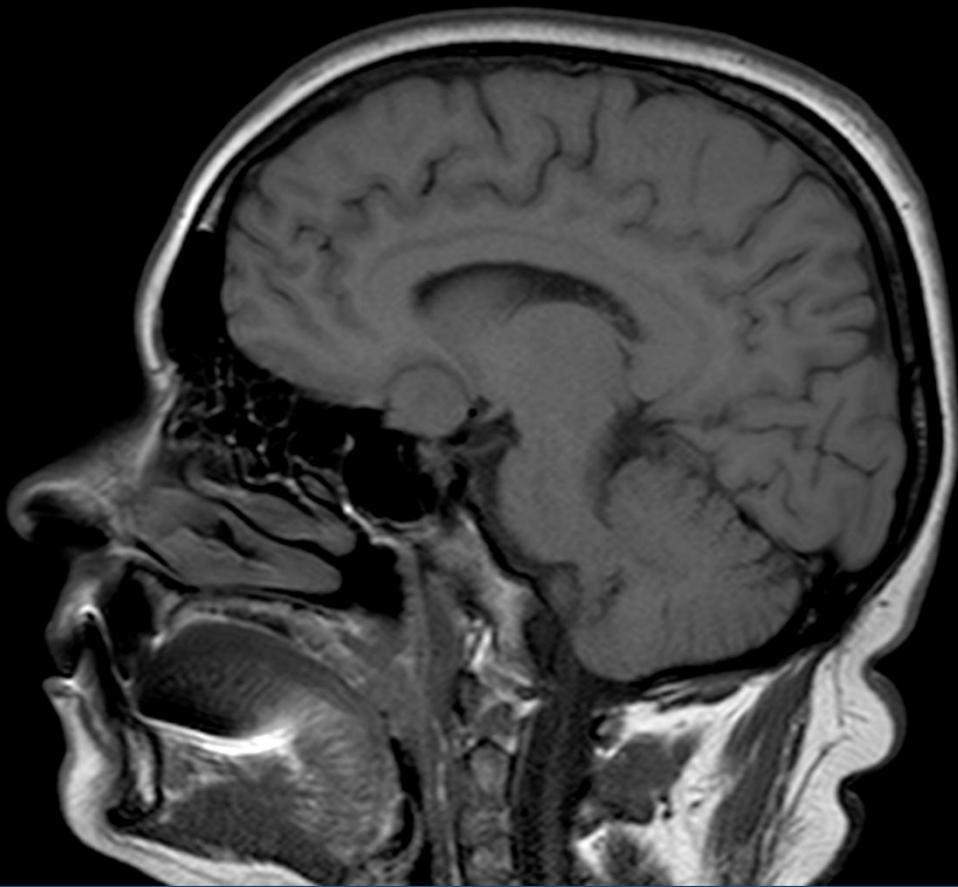


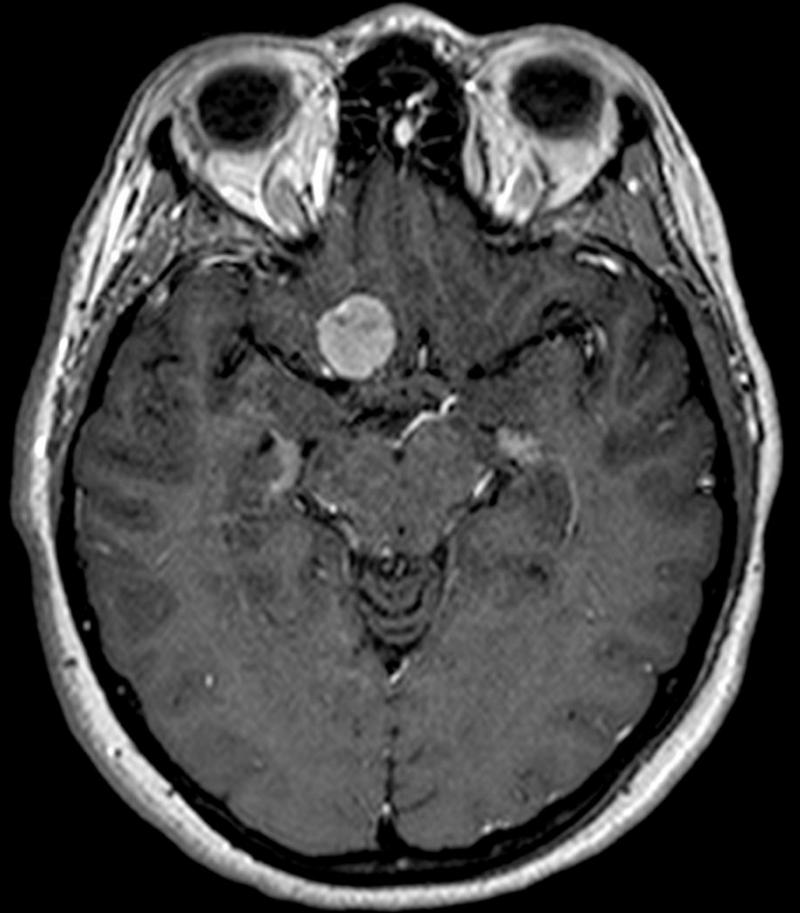






Клинический случай №2





Выводы

Список литературы:

- В.Н. Корниенко и И.Н.Пронин
Диагностическая нейрорадиология
Москва 2009г. 0-462.
- Журнал «Радиология-практика» №2,
2010 г., Лучевые признаки и
дифференциальная диагностика
костных изменений при менингиомах
- Гринберг М.С. Нейрохирургия. -М.:
МЕДпресс-информ, 2010г. 1008с