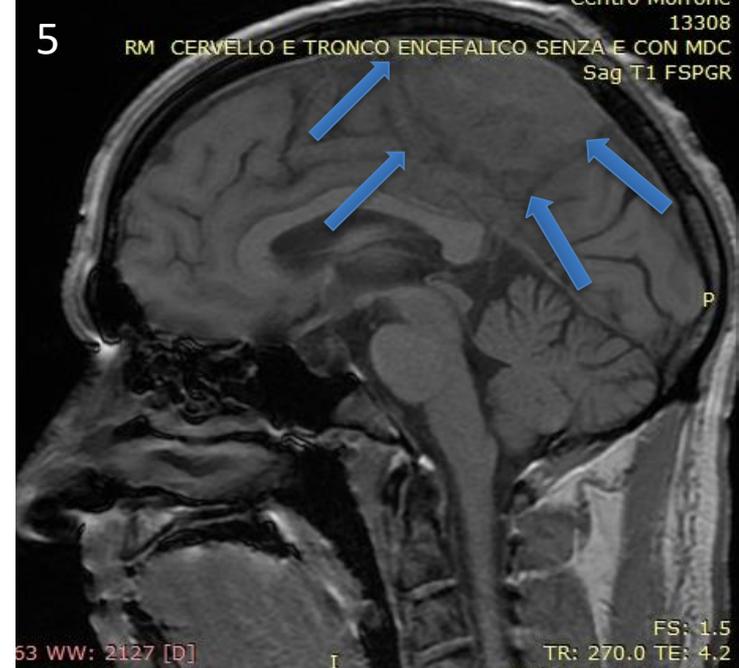
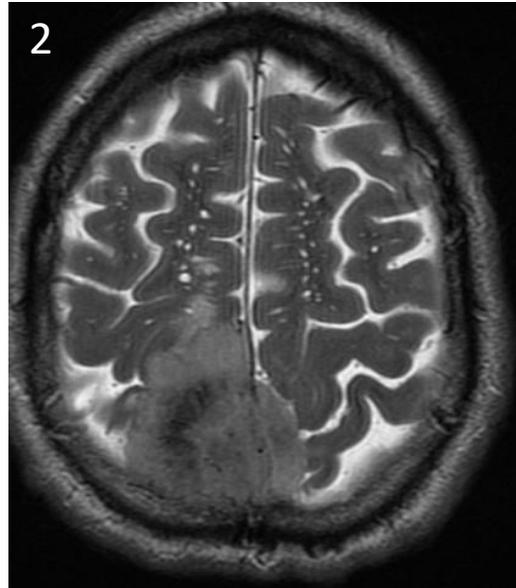
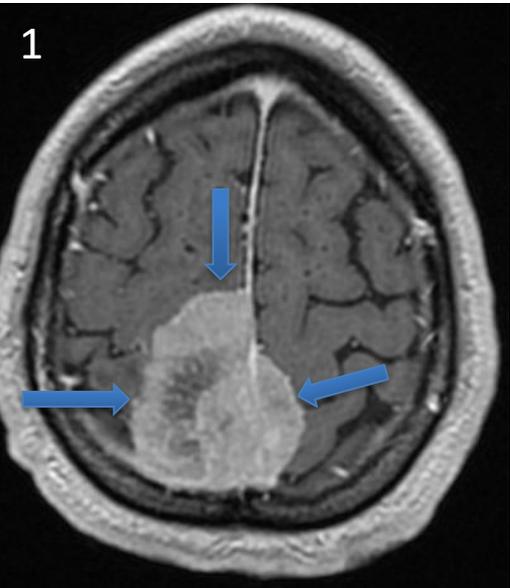


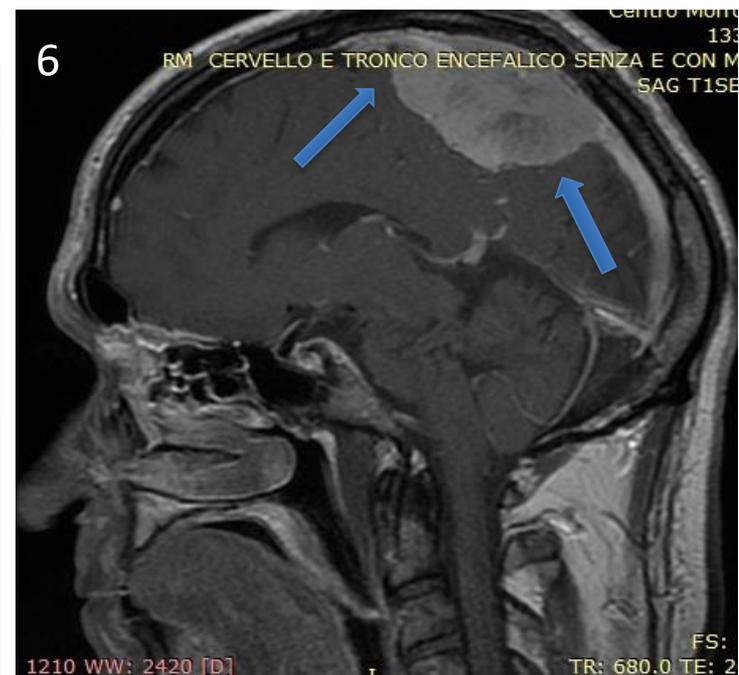
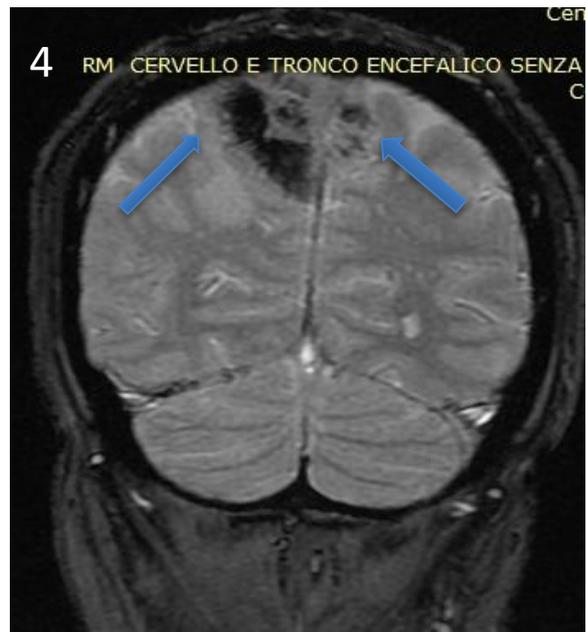
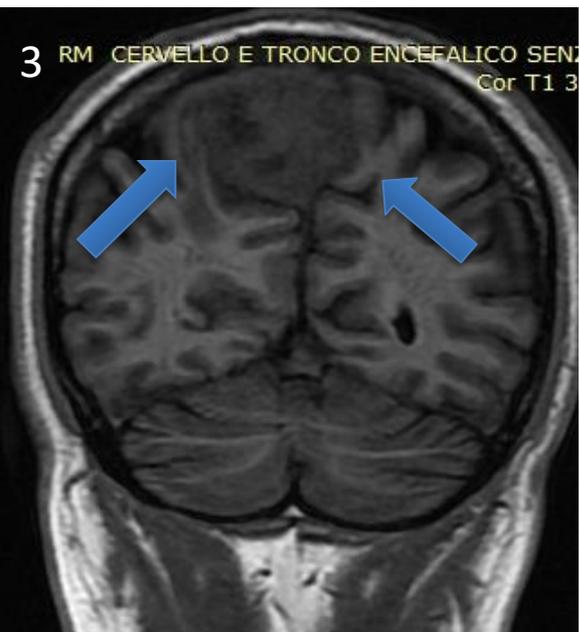
MENINGIOMA DEL VERTICE

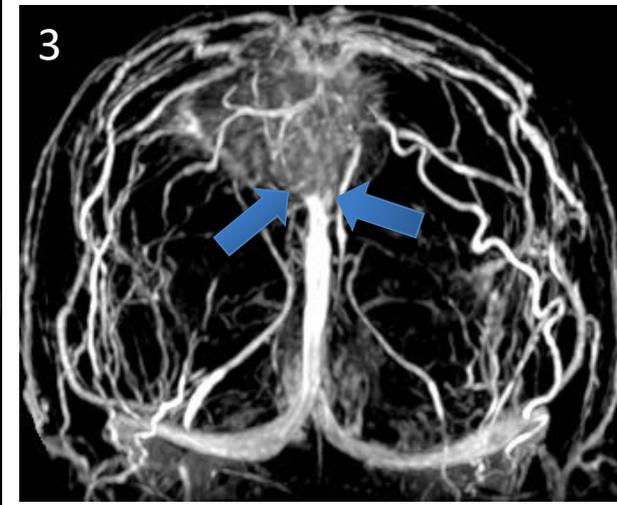
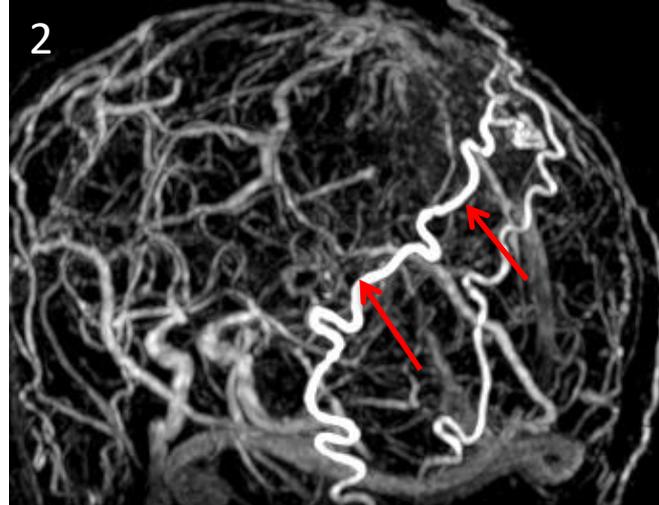
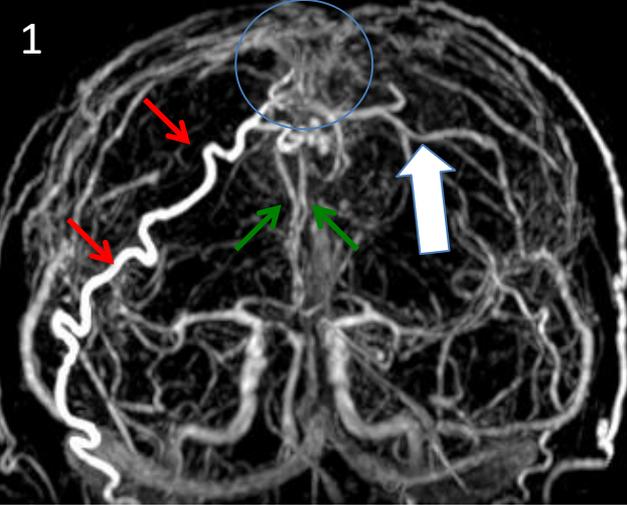
C. G.

Paziente di sesso maschile, di anni 54, in apparenti buone condizioni di salute. Da circa un anno progressivo indebolimento motorio all'arto inferiore sinistro, fino alla monoparesi. Sottoposto a RMN dell'encefalo gli è stato diagnosticato un processo espansivo endocranico del vertice, in regione parietale posteriore, a sviluppo bilaterale.



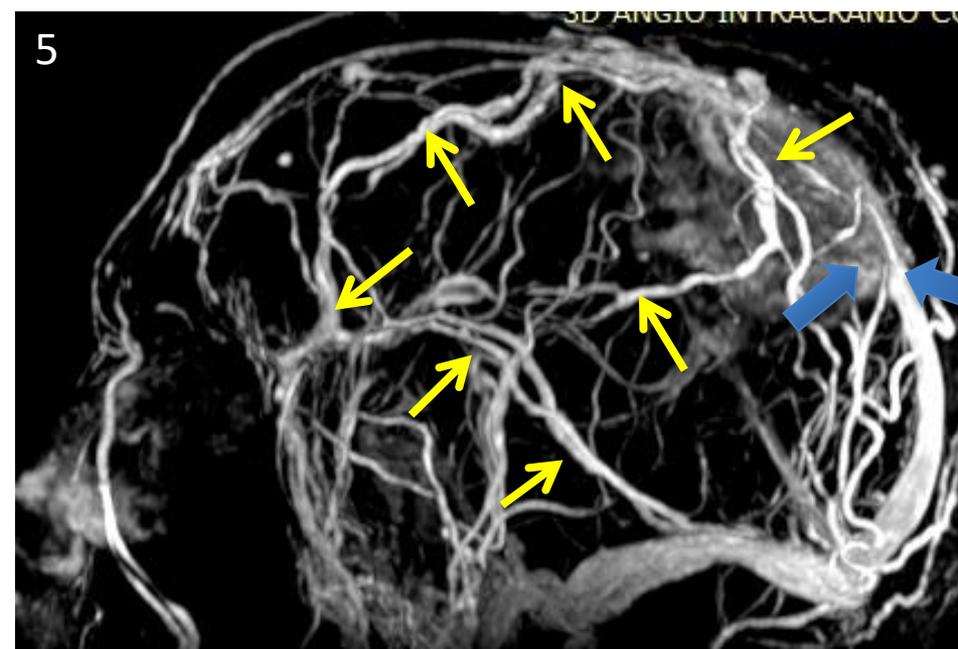
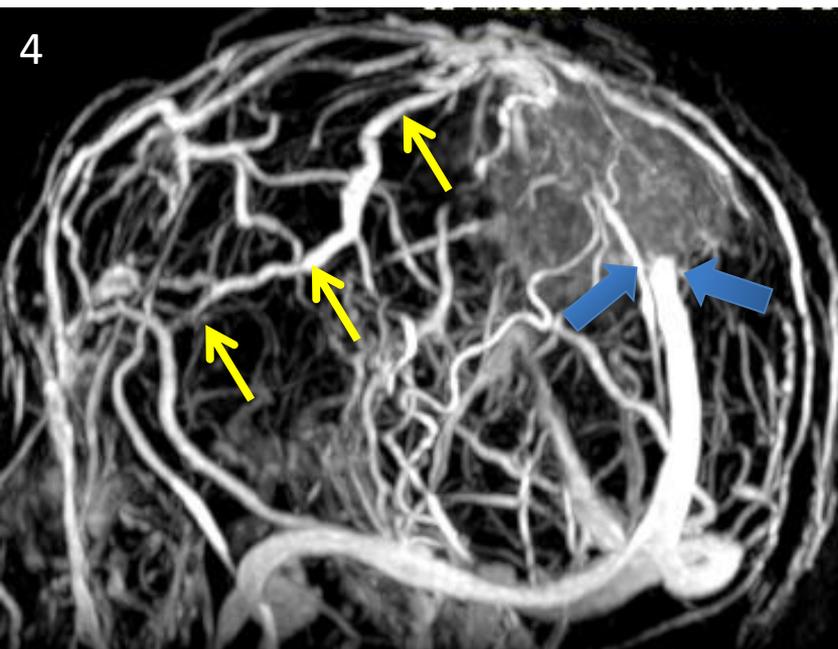
RMN PREOPERATORIA: voluminoso processo espansivo extracerebrale infiltrante la falce ed il seno sagittale, a sviluppo bilaterale, con netta prevalenza destra con impregnazione disomogenea dopo somministrazione di contrasto. Fig 1 – 2 assiale in T1 e T2; figg 3-4 coronale in T1 GRE; fig. 5 e 6 sagittale senza e con contrasto in T1





Lo studio Angio arterioso in AP ed obliqua (fig. 1,2) mette in evidenza la vascolarizzazione del tumore che riceve afferenze dalla meningea media di destra (freccia rossa) oltre che dai rami della cerebrale anteriore (freccia verde) e media (freccia bianca).

Le sequenze venose in AP, obliqua e LL (fig 3,4,5) mostrano l'ostruzione del seno sagittale (freccia azzurra) con grossi rami venosi che defluiscono controcorrente scaricando nel seno trasverso e nelle vene profonde (freccie gialle).



- **Sintesi : Meningioma angolo seno – falce a sviluppo bilaterale 1/3 medio – 1/3 posteriore. Asportazione.**
-
-
-

Operatori dr. P. Caiazza – dr. D. Di Maro

Anestesisisti De Sio - dr.ssa Giorgetti

Strumentista I.P. Maselli – Di Girolamo

-

Descrizione : Pz. in posizione supina. Lembo a ferro di cavallo con base in parieto-temporale destra, esteso per oltre 6 cm oltre la linea mediana, con margine anteriore e posteriore rispettivamente a 15 cm e a 24 dal nasion. Il volet osseo presenta un'ampia area di infiltrazione neoplastica di forma circolare di circa 4 cm. di diametro. Anche la dura madre è infiltrata estesamente sia sulla linea mediana che lateralmente. Il seno sagittale è invaso dalla neoplasia. La meninge viene aperta sia a destra che a sinistra al limite dell'infiltrazione e viene sospesa all'osso. La parte di dura infiltrata dal tumore viene impiegata per favorire la trazione della neoplasia e consentirne la dissezione dal tessuto cerebrale.

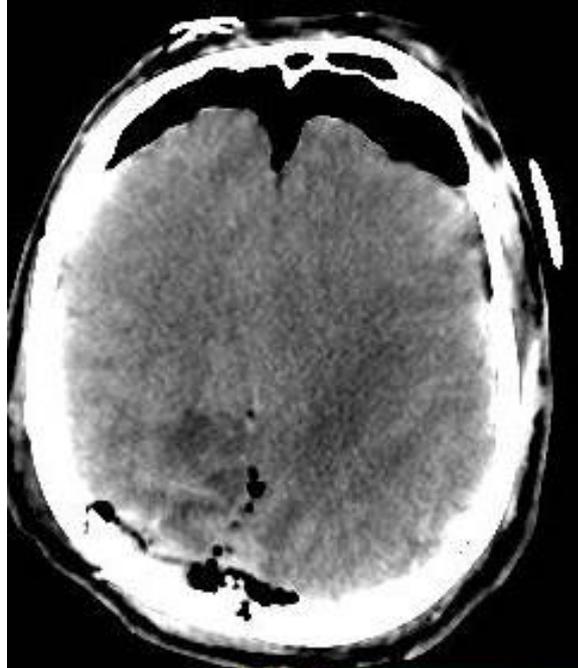
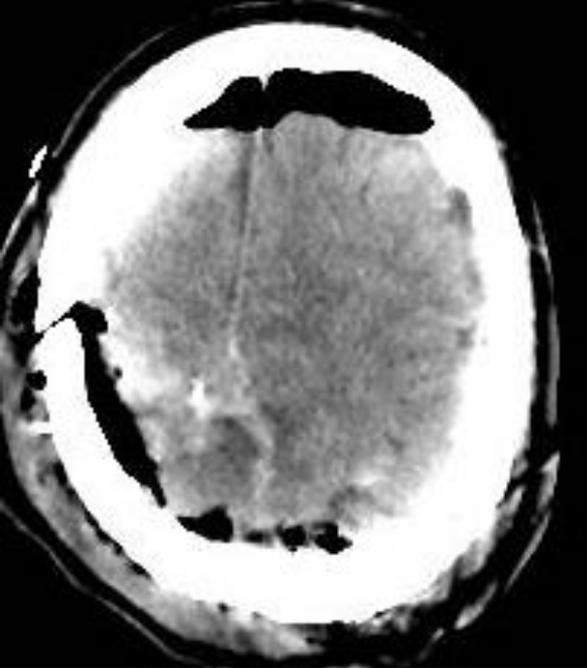
Il seno sagittale appare chiuso anteriormente, a 16 cm dal nasion, dove viene tagliato per consentire la sezione della falce anch'essa estesamente invasa dalla massa tumorale. Anche posteriormente, al limite della craniotomia, il seno sagittale è chiuso, infiltrato dal tumore. Anche la parte posteriore viene sezionata. La neoplasia, che si sviluppa prevalentemente nell'emisfero destro, ma si estende anche a sinistra per oltre 4 cm. viene progressivamente svuotata per via intracapsulare, isolata dal cervello sano e rimossa. La falce viene sezionata asportando con essa anche una grossa componente neoplastica aderente dopo aver coagulato numerosi vasi afferenti provenienti da rami della cerebrale anteriore. Il tumore viene di fatto asportato completamente lasciando in situ solo i due bottoni che occludono anteriormente e posteriormente il seno sagittale superiore. Emostasi. Ricostruzione della dura madre con patch. Drenaggio epidurale. Riposizione del volet osseo dopo l. Chiusura dei tessuti molli come di norma.

-
-

Dr. Pasquale Caiazza

-

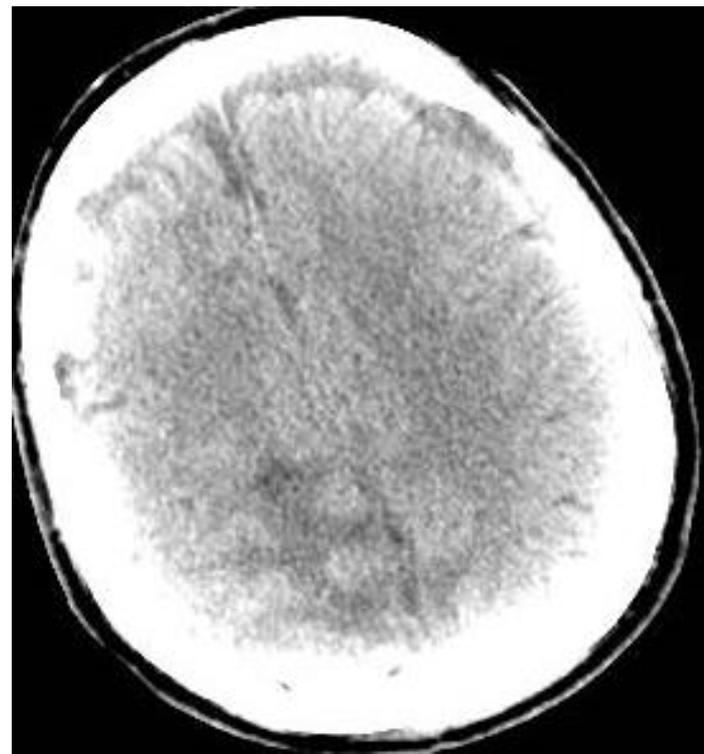
Napoli li 23.09.2016

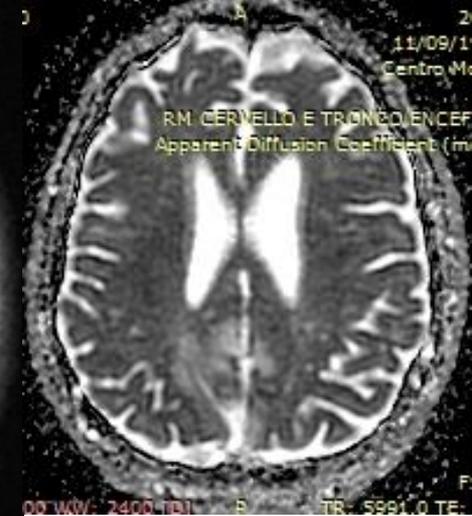
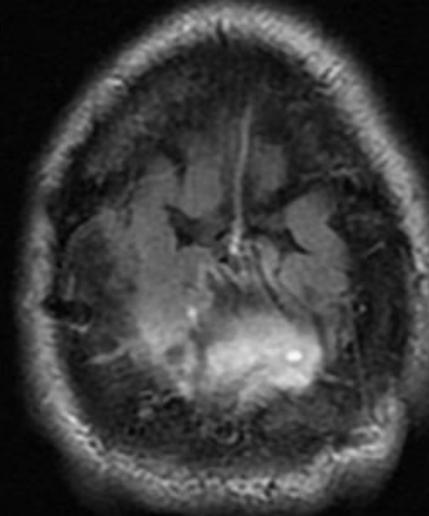
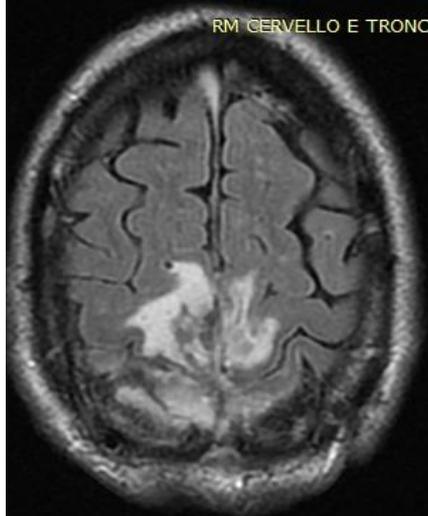


TC POSTOPERATORIE

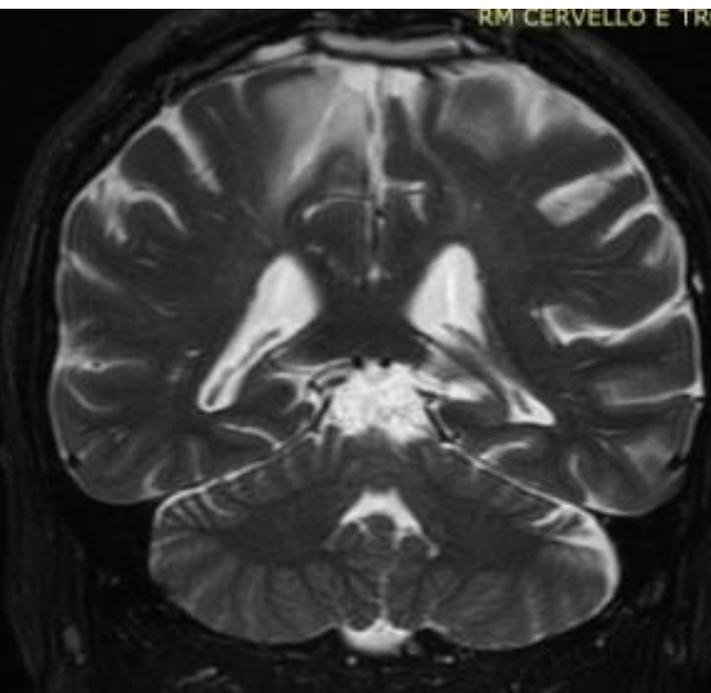
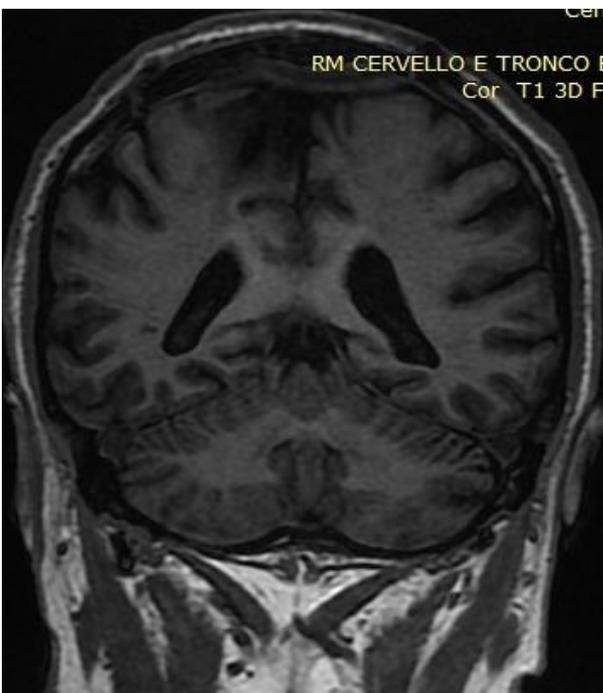
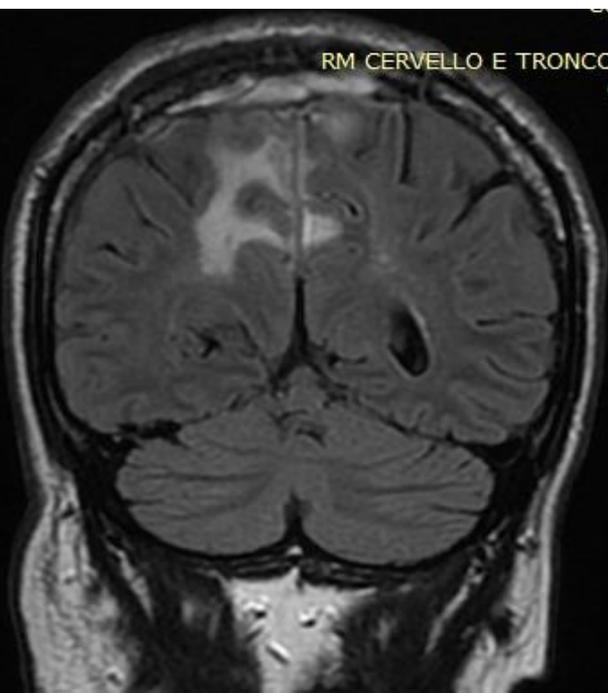
figg 1 -2 prima giornata
Presenza di raccolta di aria in regione frontale e nella sede dell'intervento, in regione parietale, specie a destra, ove si rileva nel sottostante parenchima cerebrale, un'area malacica con scarsi residui ematici

fig. 3 - 6° giornata
Pressochè riassorbita la raccolta di aria.
Apparfe più definita l'area malacia in regione parietale destra.
Riassorbita anche la componente ematica.

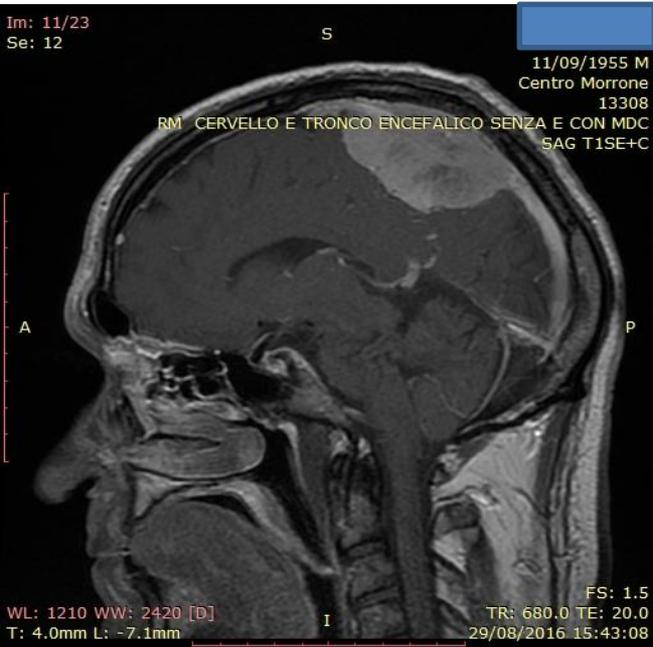




RMN POSTOPERATORIA GIUGNO 2017: Esiti dell'intervento con area malacica interessante la faccia mediale del lobo parietale destro, ed in misura minore di quello sinistro. Non sono evidenti segni di residui o di recidiva del tumore. Il paziente presenta un deficit parziale dell'arto inferiore sinistro che impedisce al momento la deambulazione.

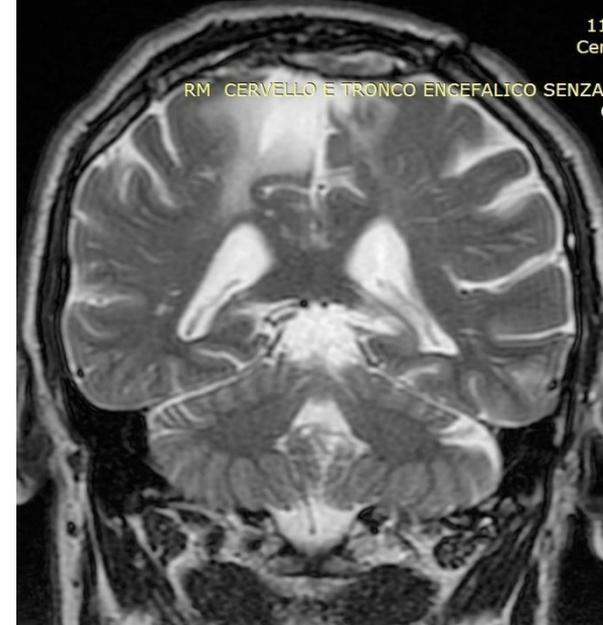
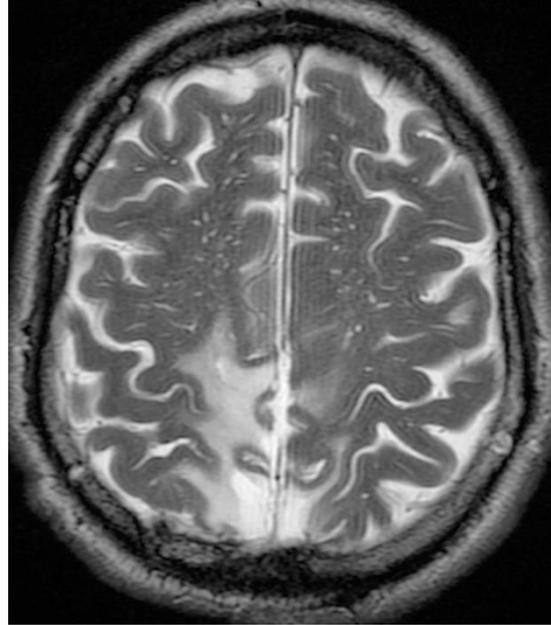
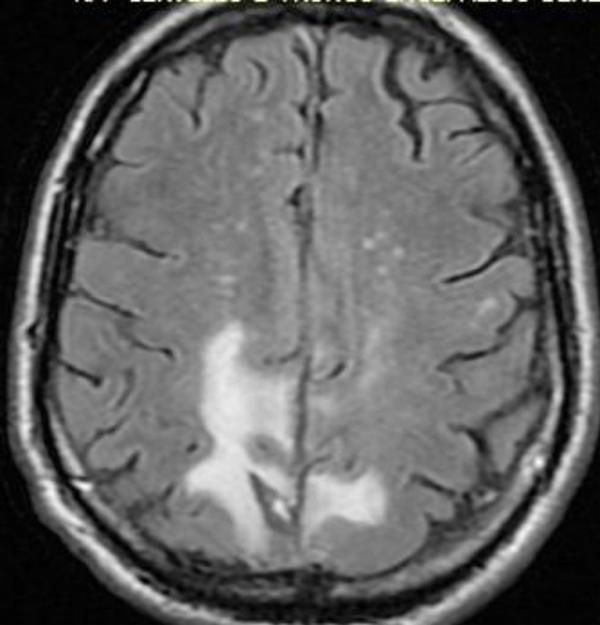


- **RMN PREOP**



- **RMN POSTOP**





RMN 2018: Stabili gli esiti del pregresso intervento per presenza in regione parietale alta di area malacica gliotica meta chirurgica. Sfumata impregnazione meningeae, da residuo danno di barriera emato – encefalica. Ampi gli spazi perivascolari di Virchow Robin alla convessità ed in regione nucleo capsulare.



Stabili le aree di ipersegnale in corrispondenza della sostanza bianca sopratentoriale a sede sottocorticale, periventricolare e dei centri semiovali, da riferire a focolai su base vascolare cronica.

Lo studio di diffusione non ha mostrato alterazioni a carico del tessuto encefalico riferibili a lesioni in fase acuta.

