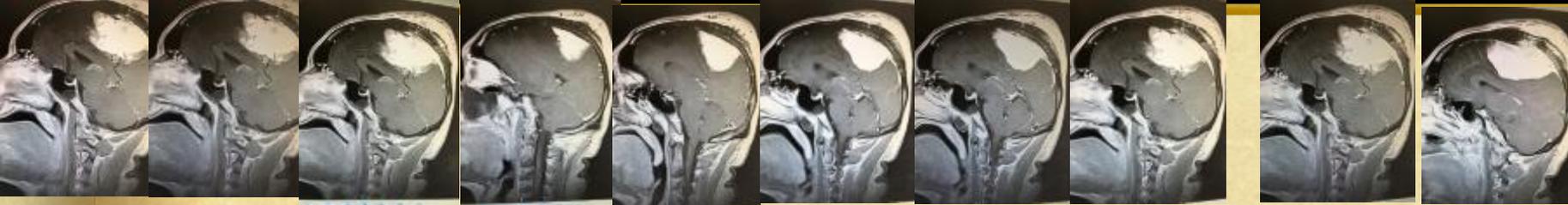
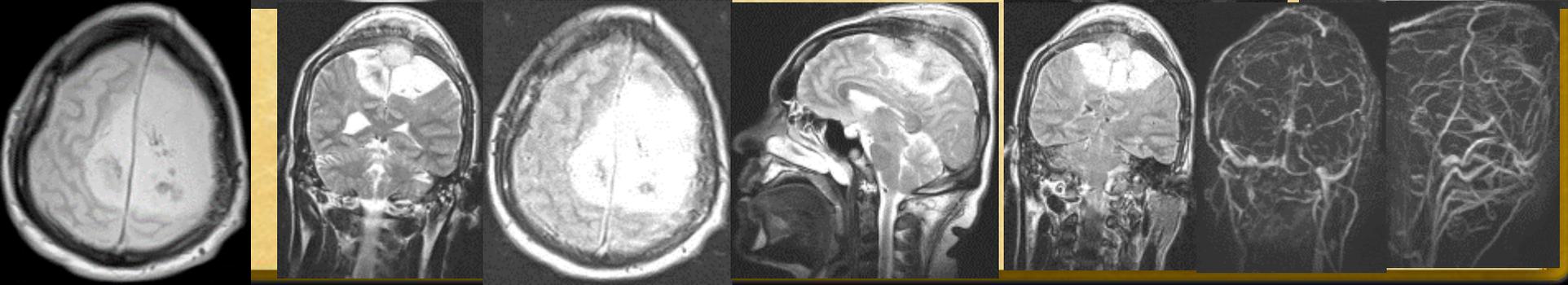
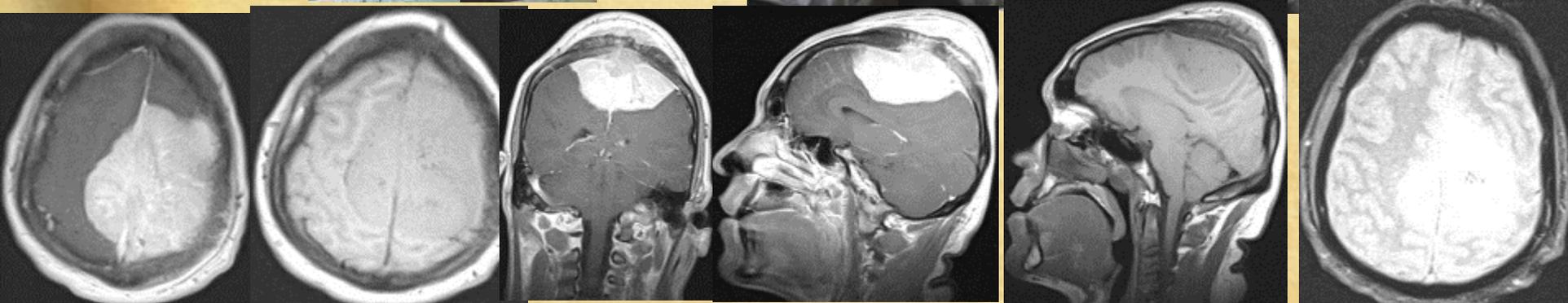


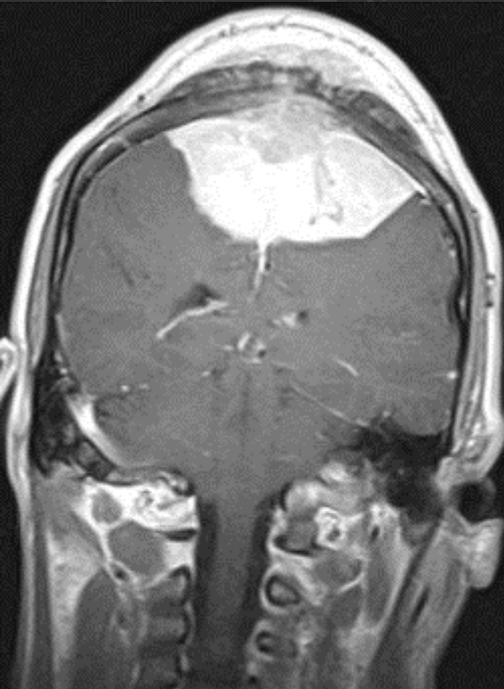
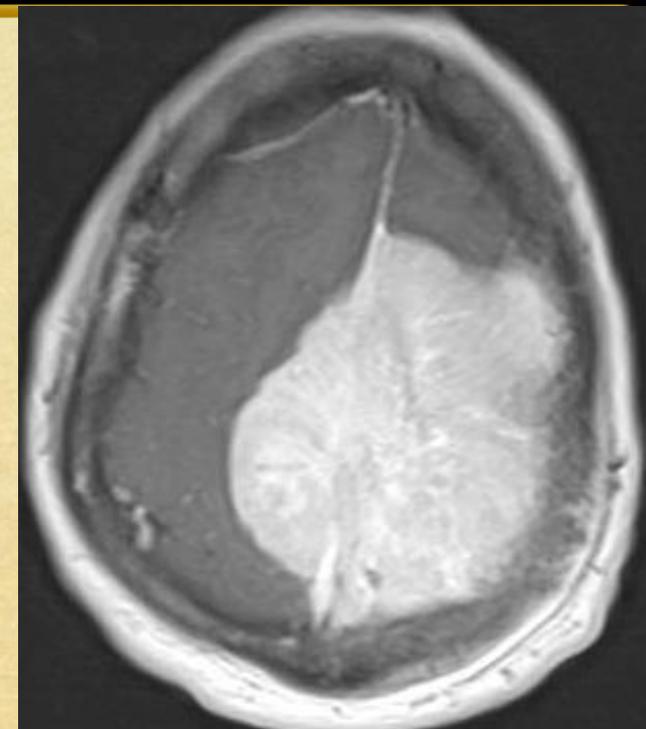
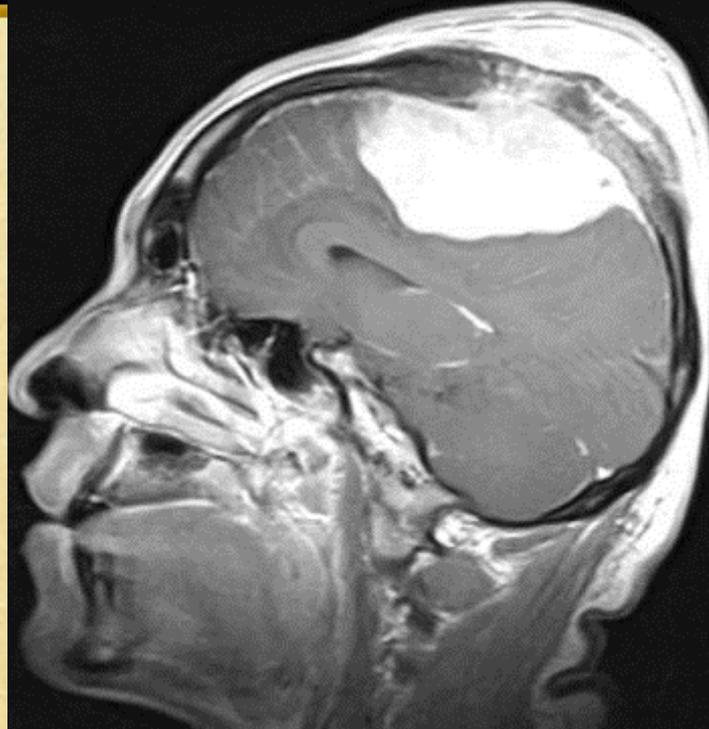
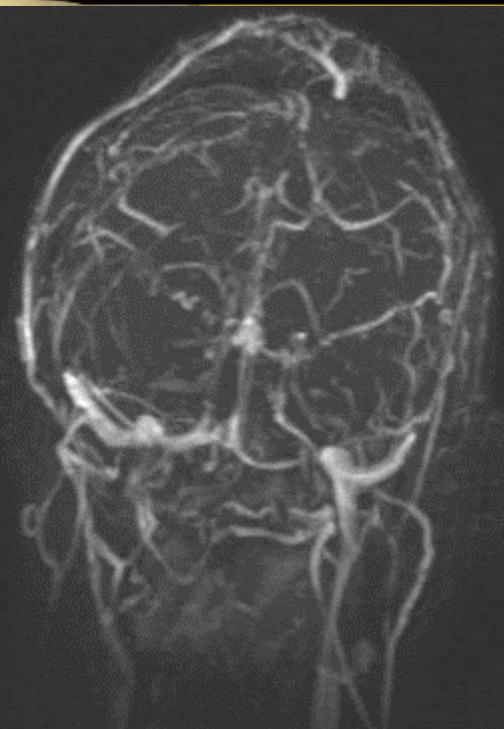
# MENINGIOMA DEL VERTICE

M. C.



Voluminosa formazione extrassiale ( 8 x 5 cm) della convessità alta frontoparietale, nettamente iperintensa dopo MdC, a maggior espansione sinistra, che comprime il tessuto encefalico ed infiltra l'osso determinando erosione dei tavolati e rigonfiamento dei tessuti molli extracranici. Il seno longitudinale superiore appare infiltrato e nello stesso non è presente segnale di flusso nelle sequenze ANGIO venose. Compressi dall'alto i tetti ventricolari ed il corpo calloso, poco apprezzabili gli spazi subaracnoidei. Strutture mediane in asse; normali le formazioni della fossa cranica posteriore. Il quadro RM e le alterazioni ossee ben visibili all'esame TC orientano per lesione meningiosarcomatosa.





ANGIO-RM ENDOCRANICO  
RM ENCEFALO (SENZA E CON CONTRASTO)  
RM ENCEFALO CON DIFFUSIONE

-  
Voluminosa formazione extrassiale ( 8 x 5 cm) della convessità alta frontoparietale, nettamente iperintensa dopo MdC, a maggior espansione sinistra, che comprime il tessuto encefalico ed infiltra l'osso determinando erosione dei tavolati e rigonfiamento dei tessuti molli extracranici.

Il seno longitudinale superiore appare infiltrato e nello stesso non è presente segnale di flusso nelle sequenze ANGIO venose.

Compressi dall'alto i tetti ventricolari ed il corpo calloso, poco apprezzabili gli spazi subaracnoidei

Strutture mediane in asse; normali le formazioni della fossa cranica posteriore

Il quadro RM e le alterazioni ossee ben visibili all'esame TC orientano per lesione meningiosarcomatosa.



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

**Operatori dr. P. Caiazzo**

**Anestesisisti dr.ssa Maglione – dr.ssa Cappuccio**

**Strumentista I.P. Padiglione - Rondinella**

**Descrizione :** Pz. in posizione supina. Lembo a ferro di cavallo con base in parieto-temporale sinistra, esteso per oltre 6 cm oltre la linea mediana, con margine anteriore e posteriore rispettivamente a 10 cm e a 28 dal nasion. La neoplasia erode estesamente l'osso e si sviluppa in buona parte nel sottocute. Il grosso volet osseo, oltre alla soluzione di continuo già descritta, presenta un'ampia area di infiltrazione neoplastica per cui non appare più riapplicabile. Appena rimosso l'osso si reperta una grossa parte del tumore che si sviluppa in extra durale per circa 3 cm in altezza a cavallo del seno sagittale che è ovviamente chiuso 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 11 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 sinistro, ma si estende anche a destra 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. Applicazione di rete metallica in titanio al posto dell'osse. Drenaggio epidurale.. Chiusura dei tessuti molli come di norma.

Dr. Pasquale Caiazzo

Napoli li 13.10.2017

