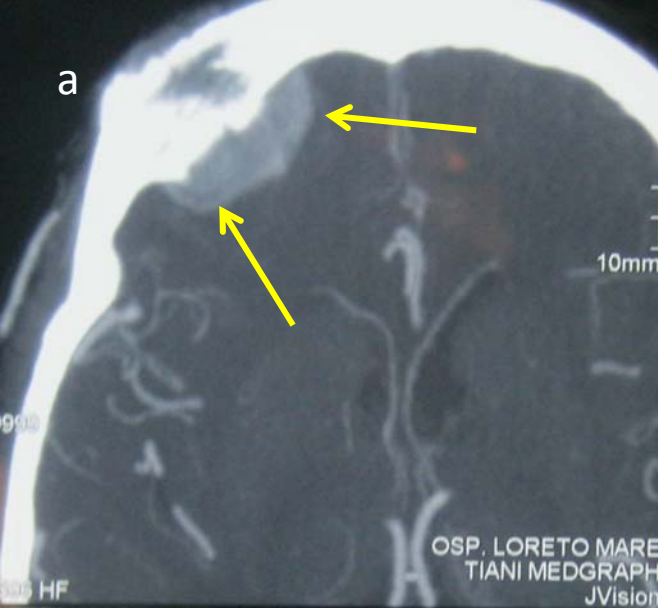
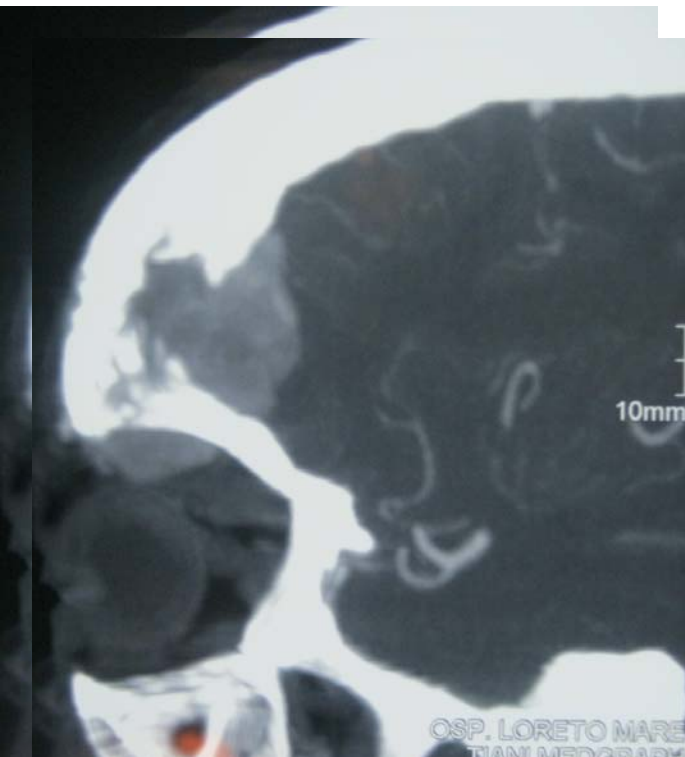
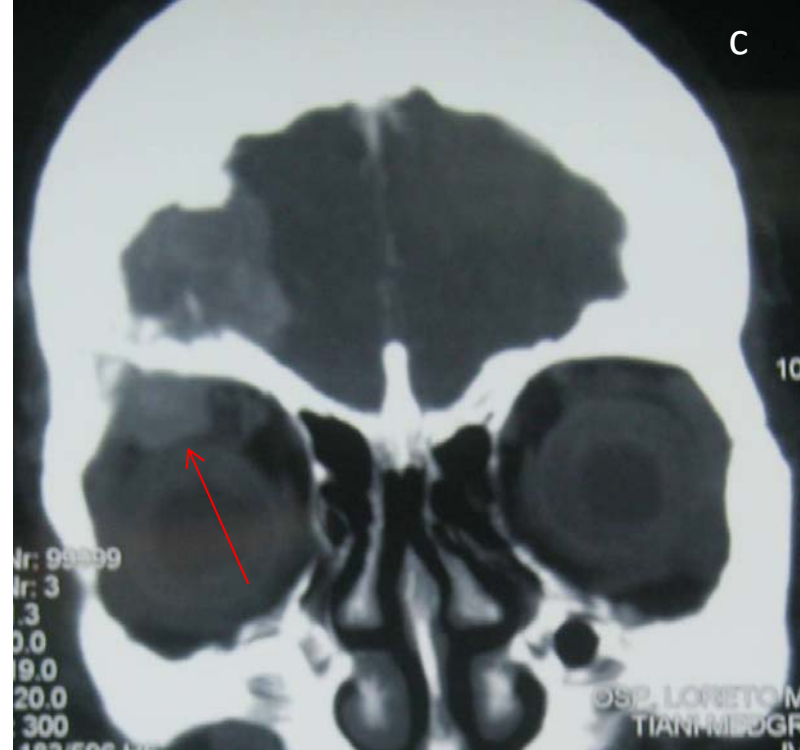


# MENINGIOMA FRONTO- ORBITARIO DESTRO

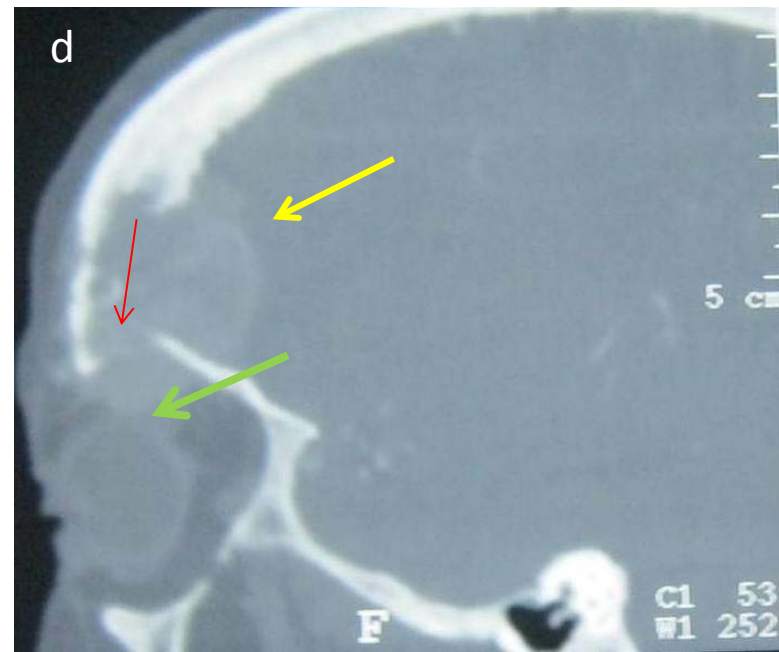
Paziente di anni 72. Da alcuni mesi progressivo deterioramento cognitivo. Comparsa di tumefazione frontale destra ed esoftalmo.

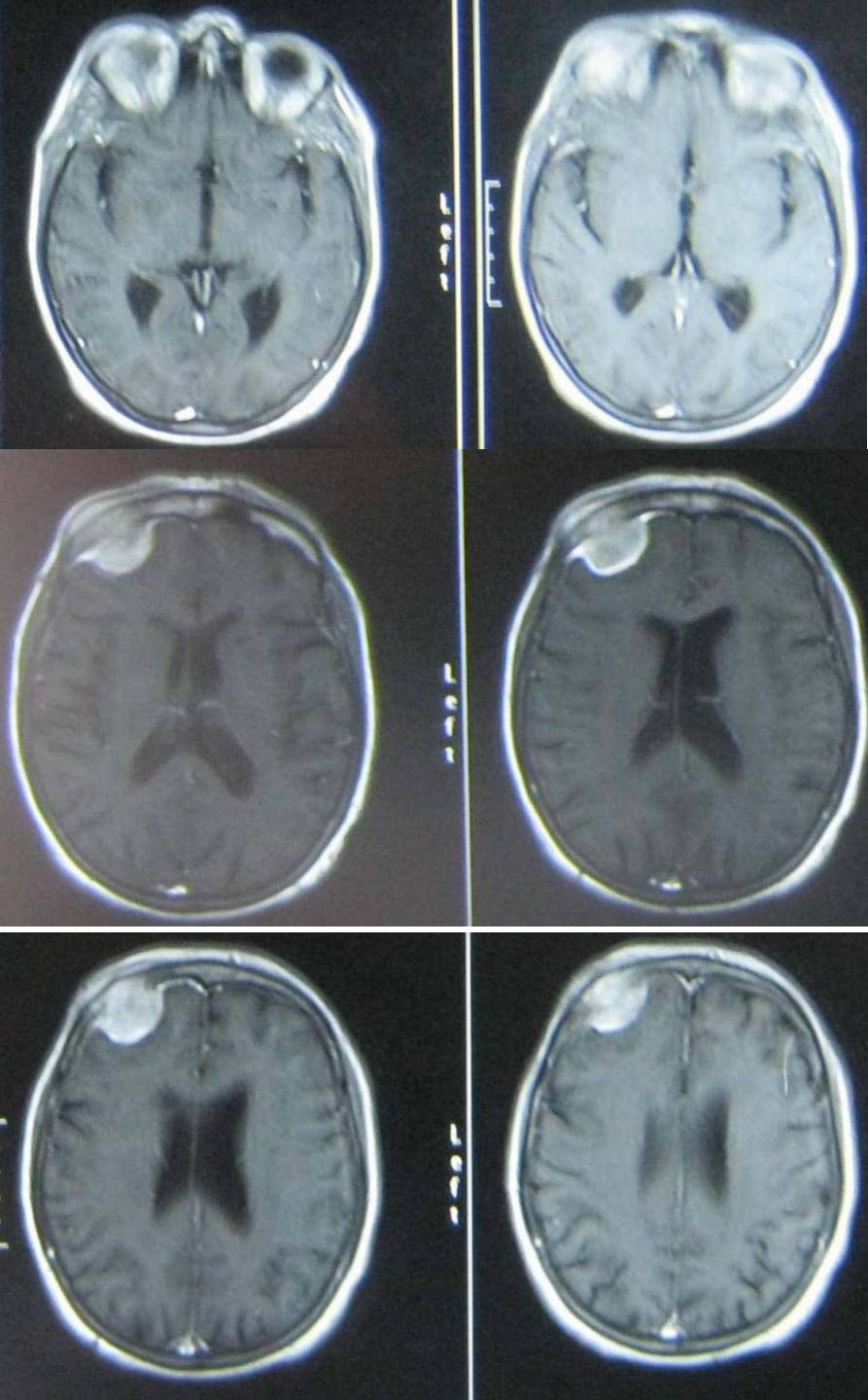


**La TC del cranio** praticata con contrasto e con sequenze angio evidenzia una grossolana formazione solida in regione frontale destra (a), a sede extrassiale, spontaneamente iperdensa, di circa 3 cm. di diametro. La lesione erode il



frontale destro (b) con estrinsecazione endo-orbitaria a livello del tetto dell'orbita (c), in contiguità con il muscolo retto superiore e conseguente modico spostamento verso il basso del globo oculare (d).





La RMN dell'encefalo conferma che si tratta di una formazione ad interessamento meningeo della regione fronto-orbitaria dx, di mm. 37X31 con interruzione del tavolato cranico ed estrinsecazione della lesione a livello endo-orbitario ed extracranico

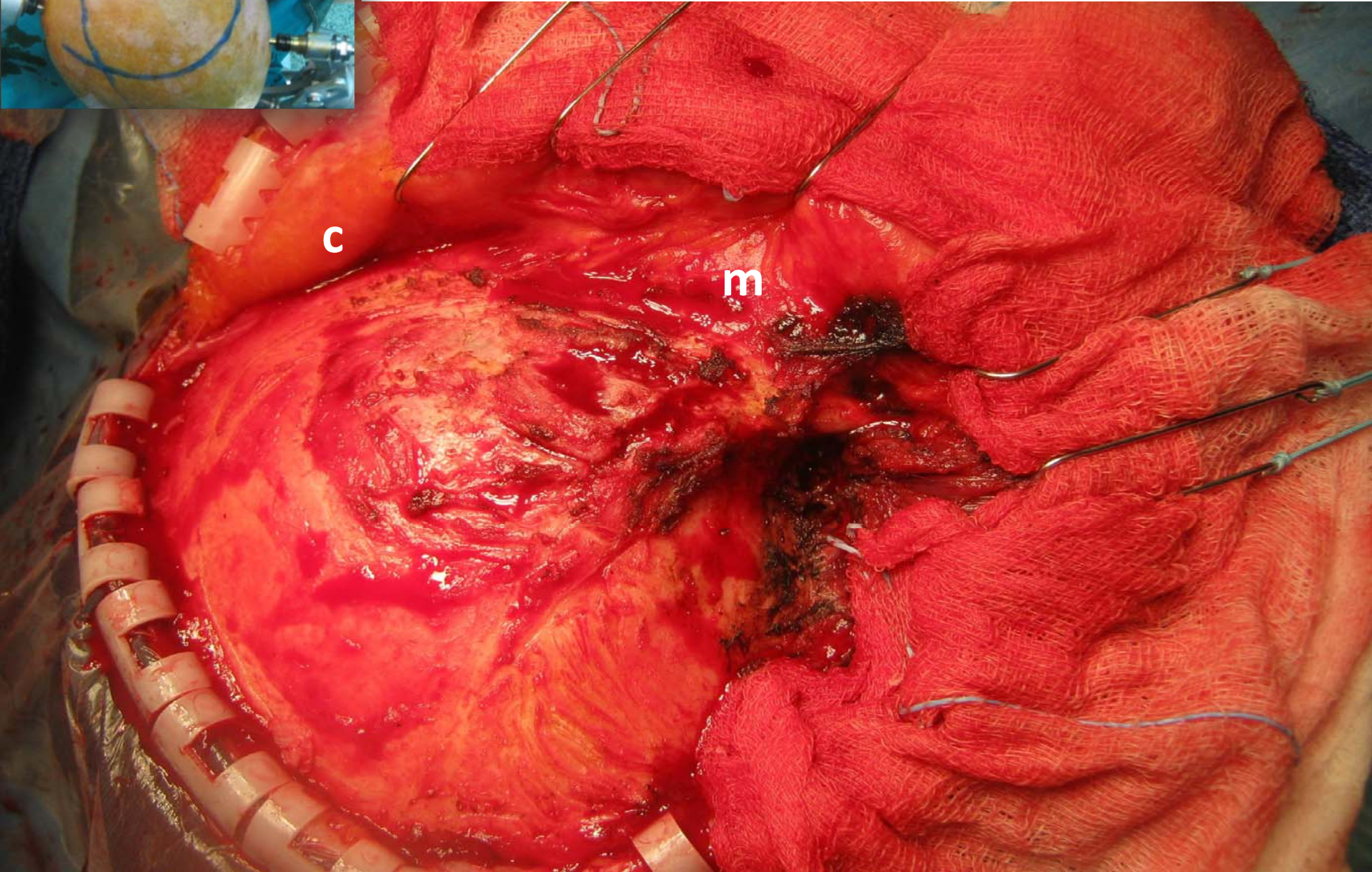


La paziente viene posta in posizione supina con il capo lievemente ruotato a sinistra, su testiera di Mayfield. Si pratica un lembo cutaneo frontale che termina a circa 3 cm. Oltre la linea mediana in corrispondenza dell'attaccatura dei capelli.



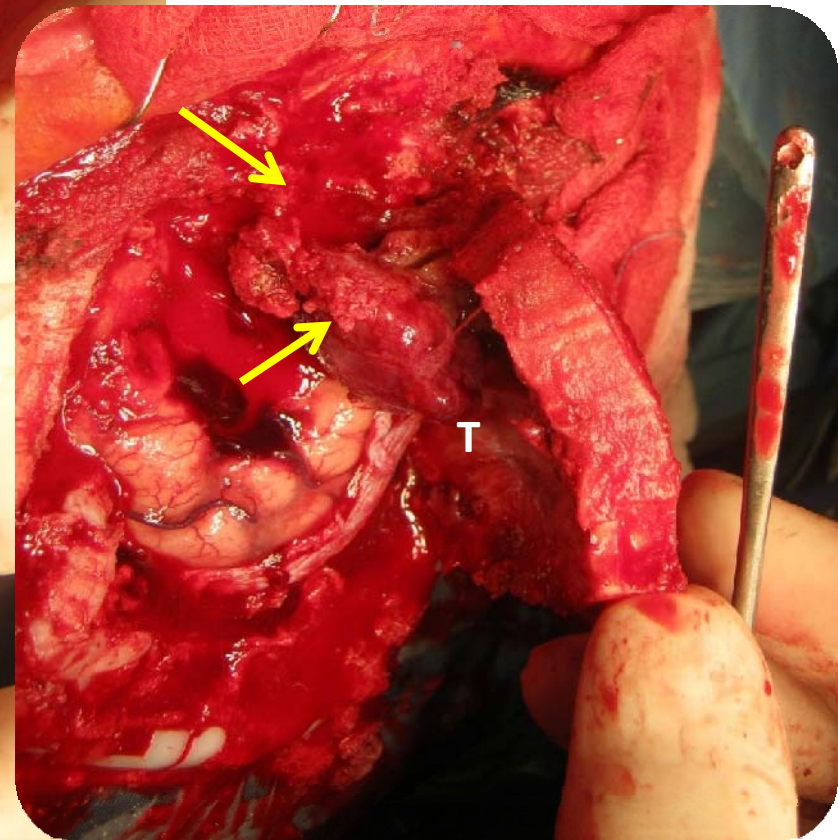
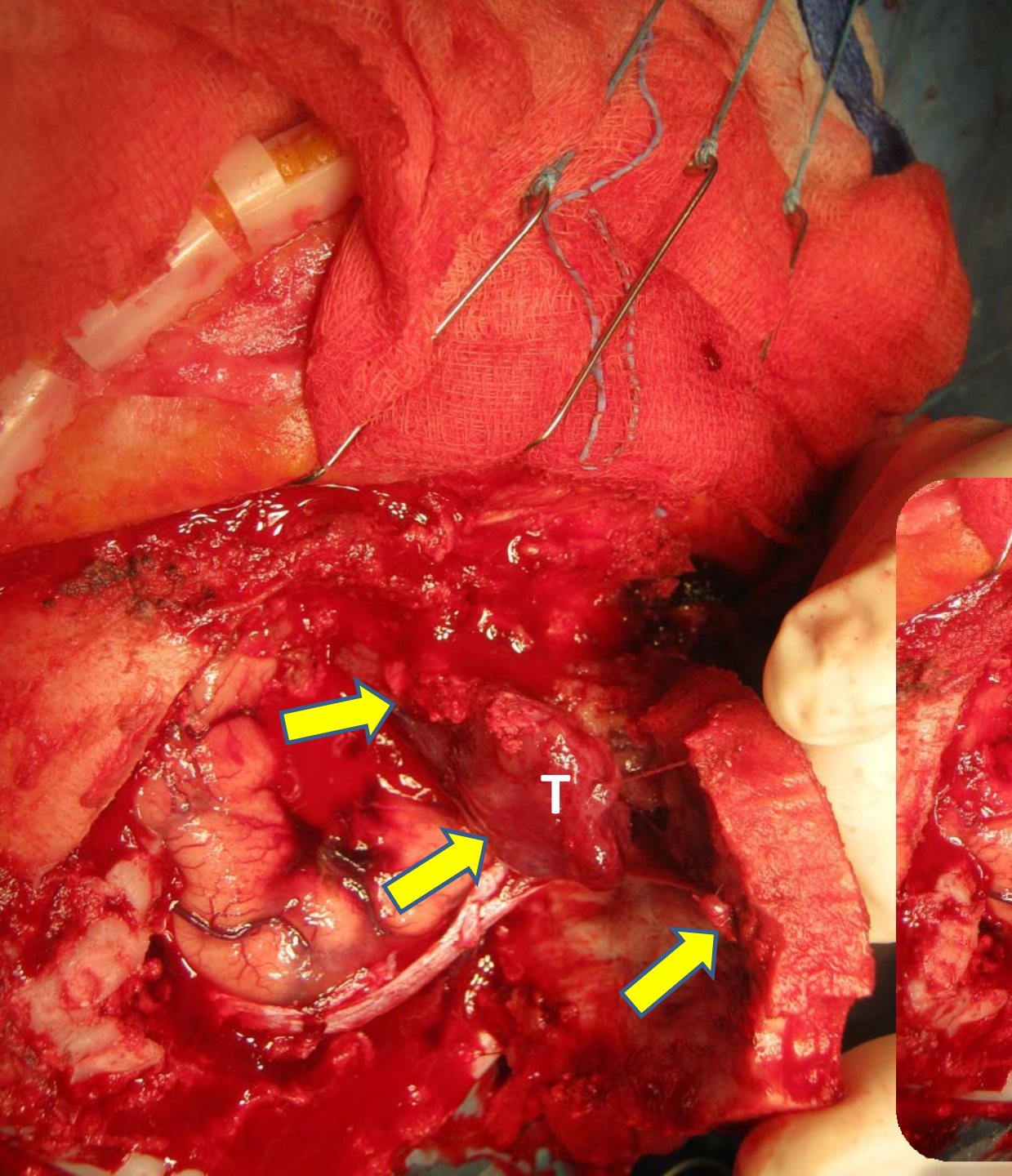


La cute (c) viene ribaltata in avanti ove viene retratto anche il muscolo temporale (m) dopo la sua disinserzione dalla squama temporale.



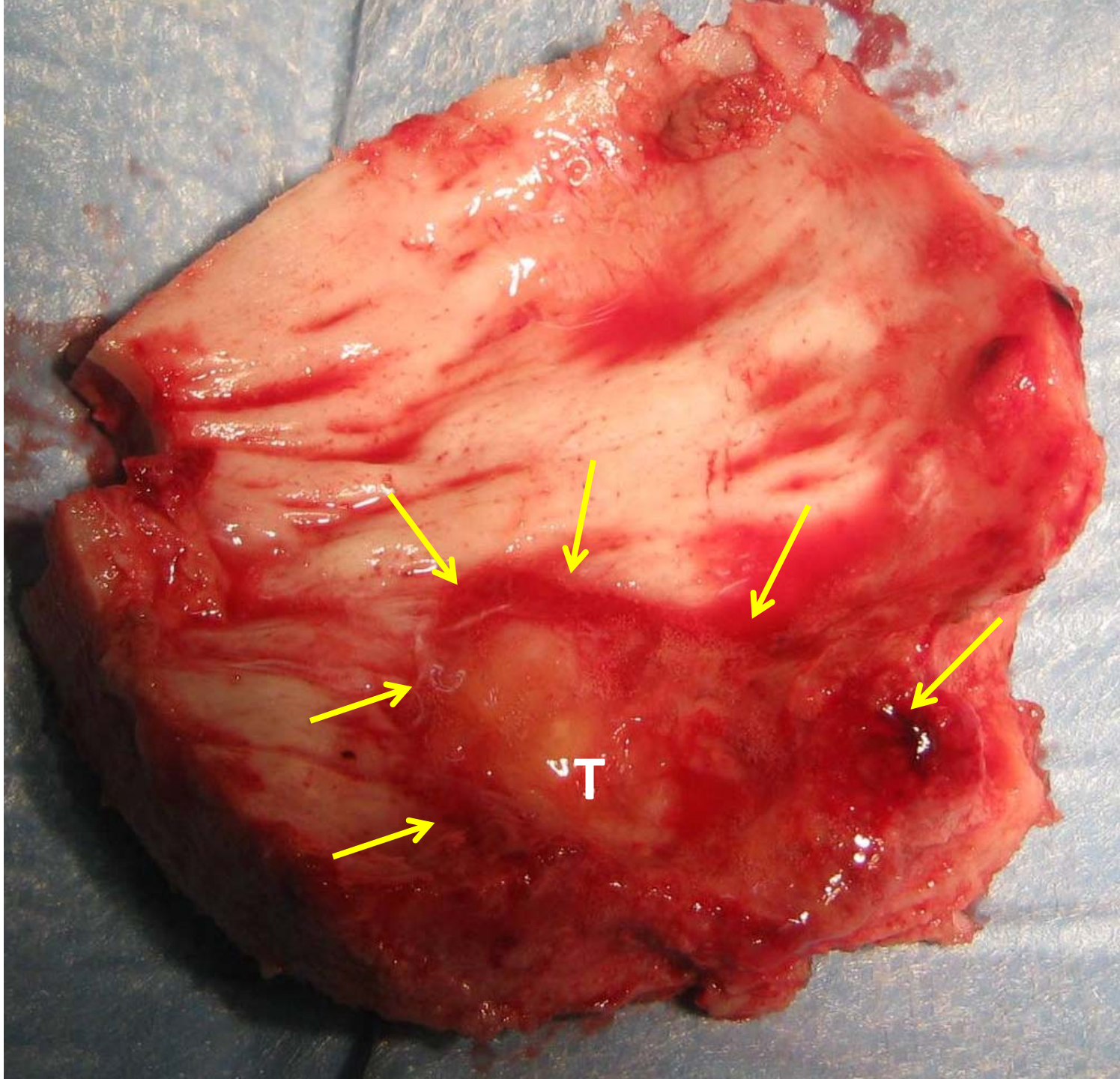


Mediante un foro di trapano praticato sul processo zigomatico del frontale di destra, si effettua un lembo pterionale il cui distacco mette in evidenza il tumore (T) che affiora ed aderisce intimamente alla faccia interna dello sportello osseo (frecce)





Il volet osseo  
presenta l'ampia  
impronta del  
tumore sulla  
squama del  
temporale (frecce)

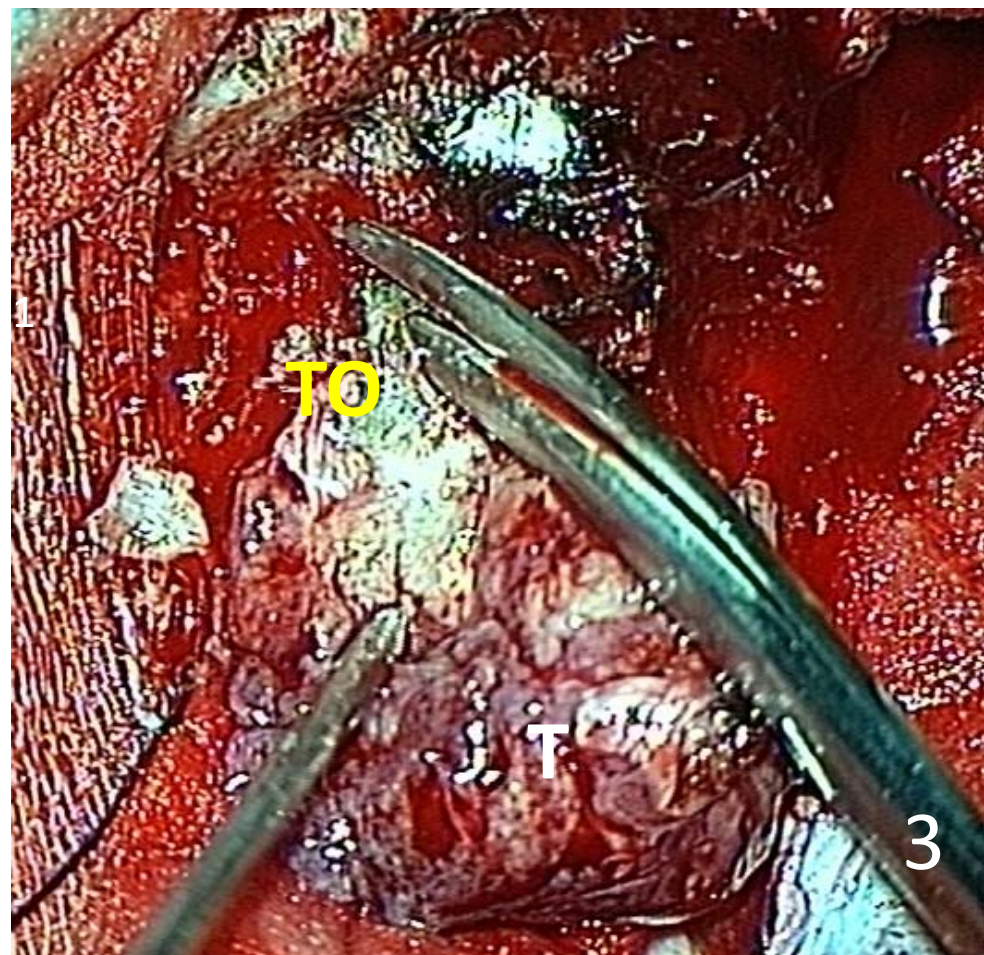
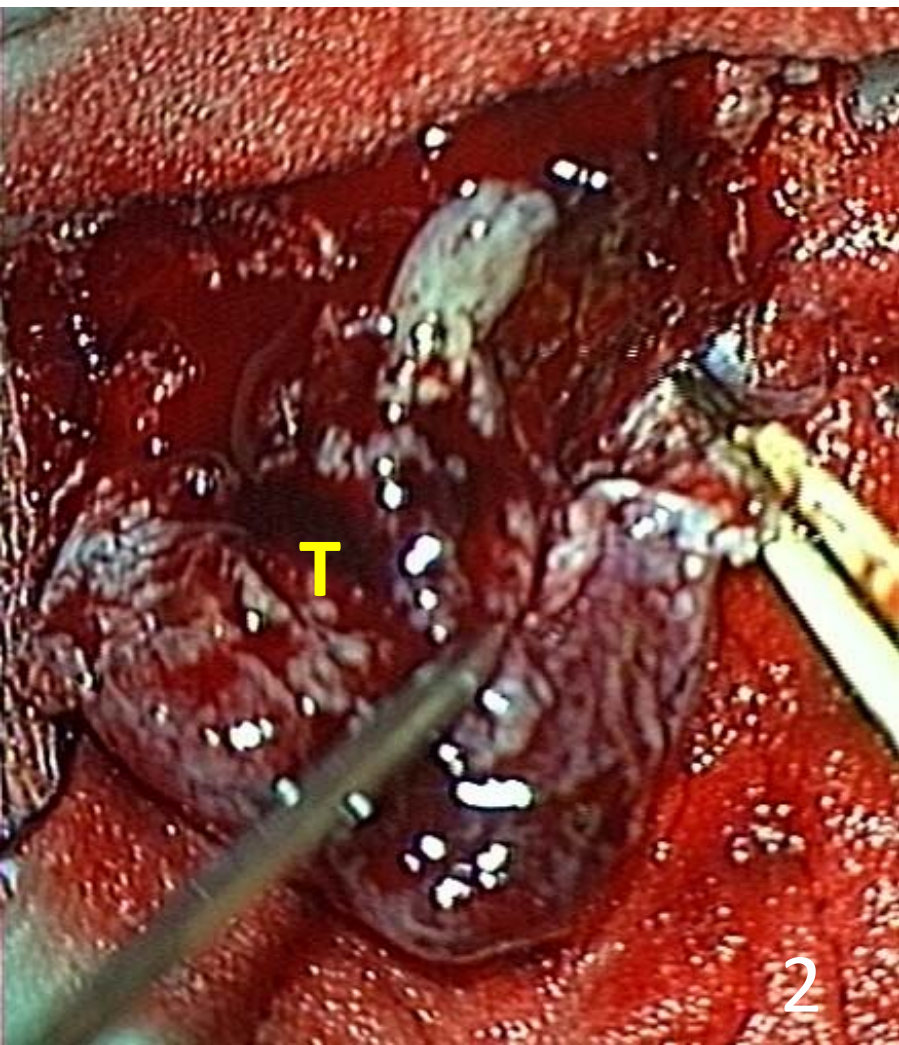




(1 – 2) Esposto completamente il tumore si procede al suo svuotamento intracapsulare rimuovendo tutta la componente temporale (LB) e frontale basale (LF).

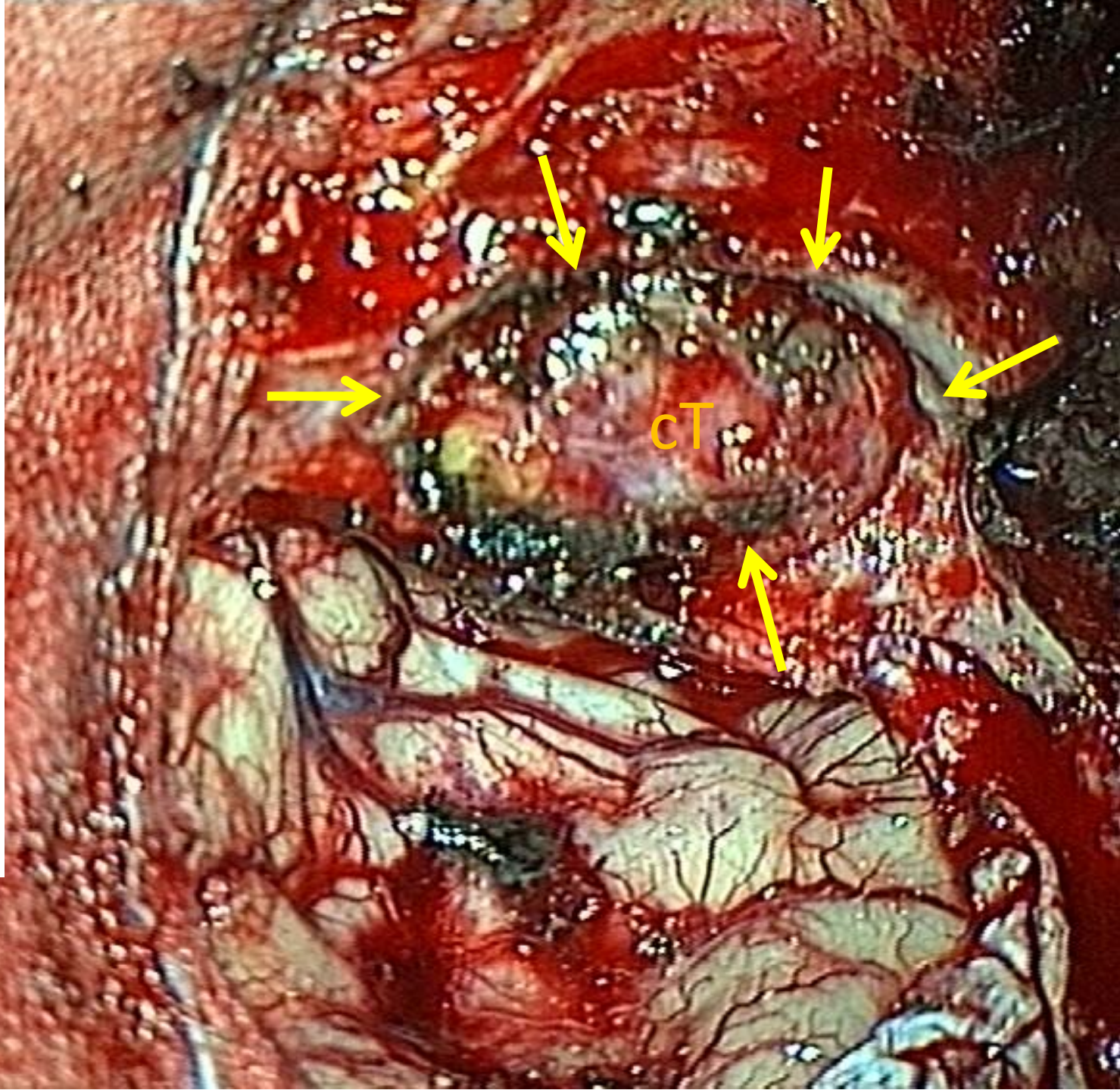


(3) Rimossa la componente basale del tumore si rileva che questo penetra nell'orbita (TO) attraverso un'ampia area osteolitica presente nel tetto dell'orbita.

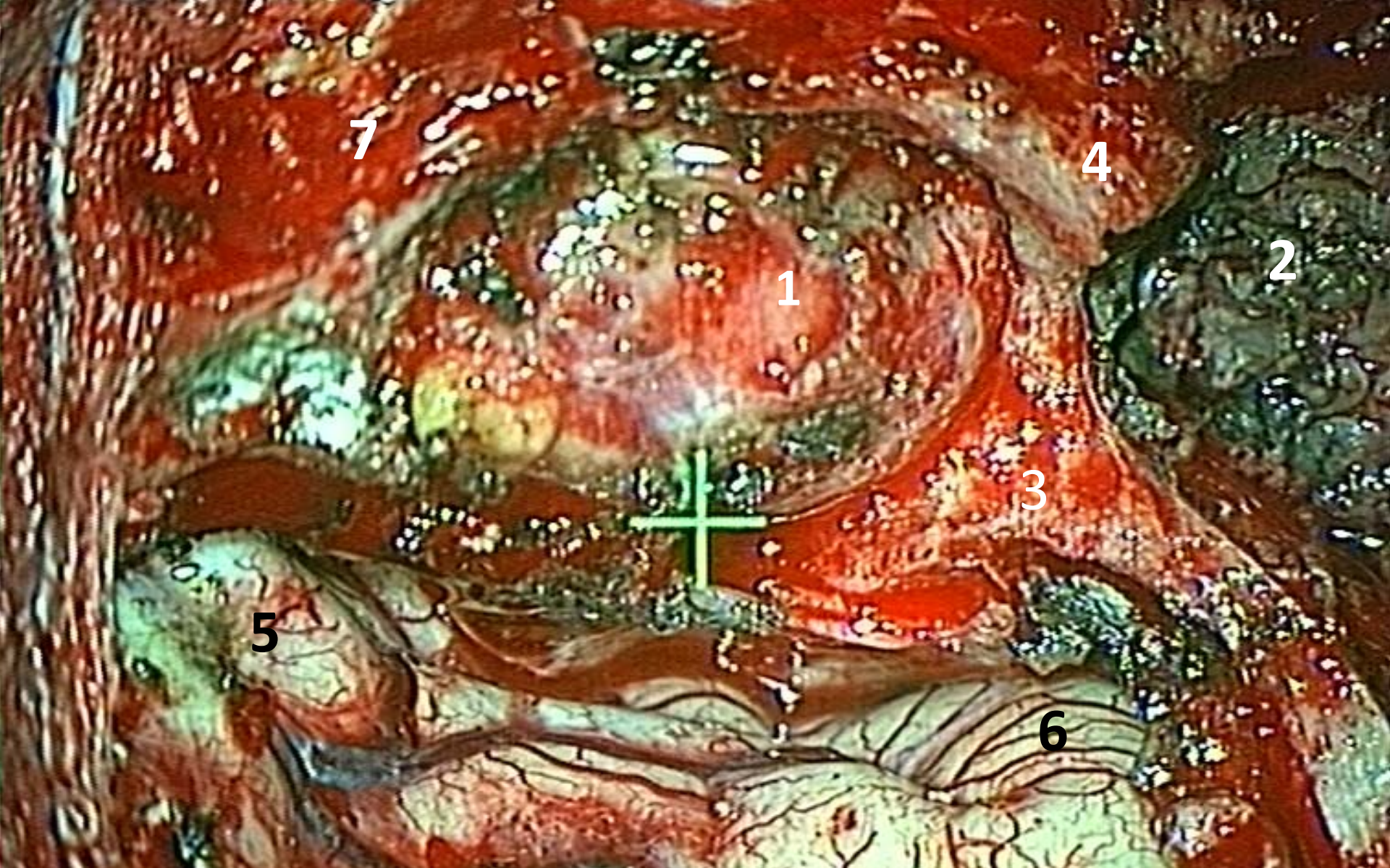




(4) La rimozione completa del tumore consente di evidenziare bene l'ampia area osteolitica presente nel tetto dell'orbita (freccie) attraverso la quale si vede la capsula di Tenone (cT) che riveste il bulbo oculare.





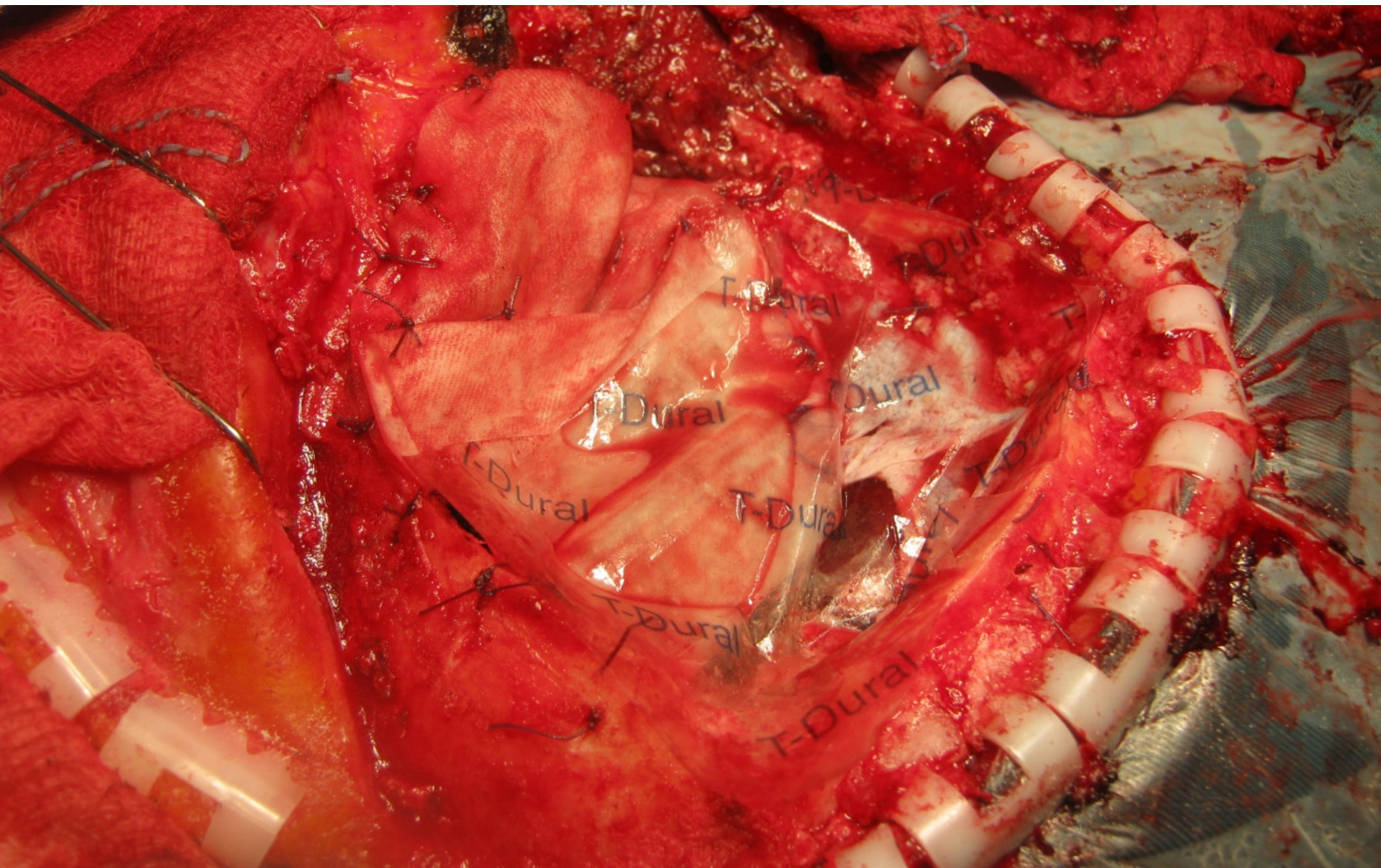


In questa immagine si evidenziano bene tutte le strutture coinvolte in questo intervento.

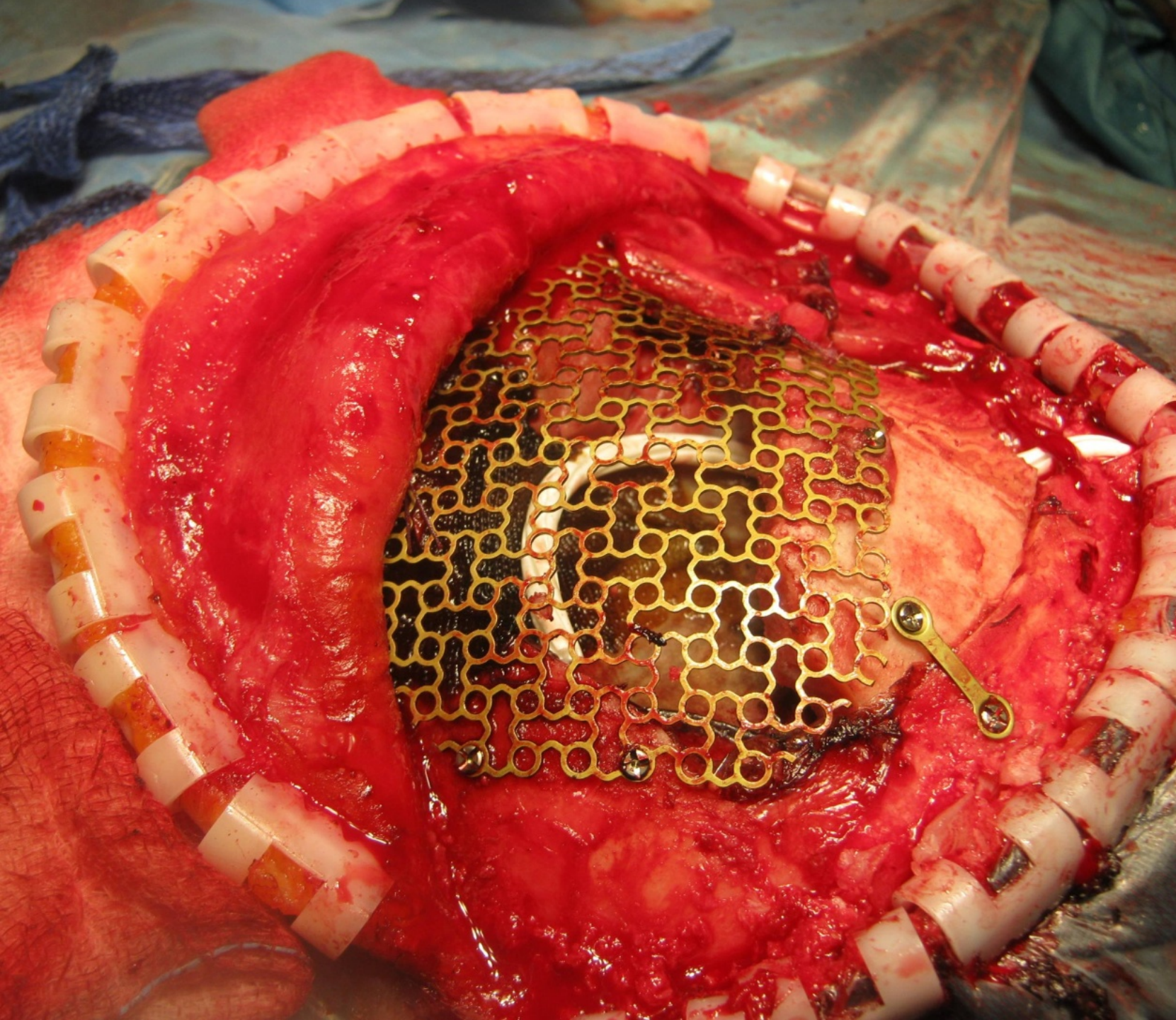
1. orbita rivestita dalla capsula; 2. muscolo temporale nella fossa infratemporale; 3. pterion; 4. processo zigomatico del frontale dx; 5. lobo frontale; 6. polo temporale; 7. tetto dell'orbita



In fase di chiusura la dura madre, rimossa con il lembo osseo, viene rimpiazzata con dura madre sintetica impermeabilizzata con Tissudura (T dural)



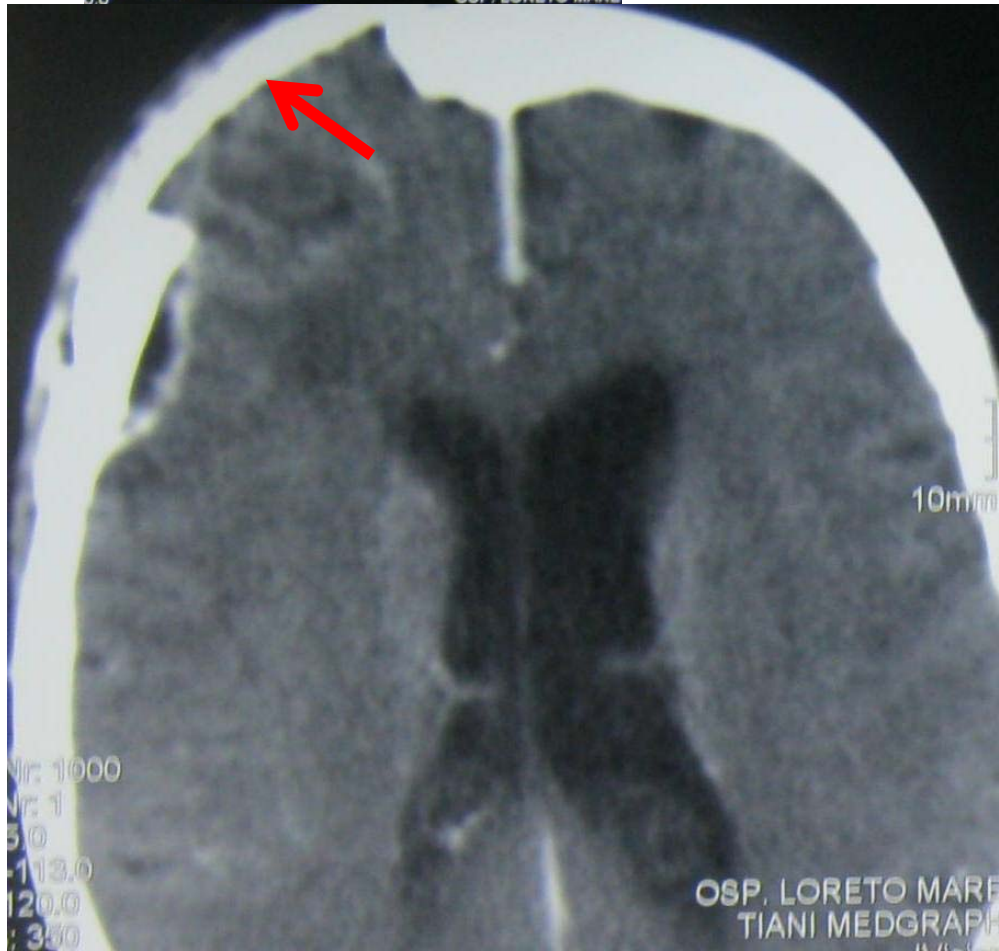
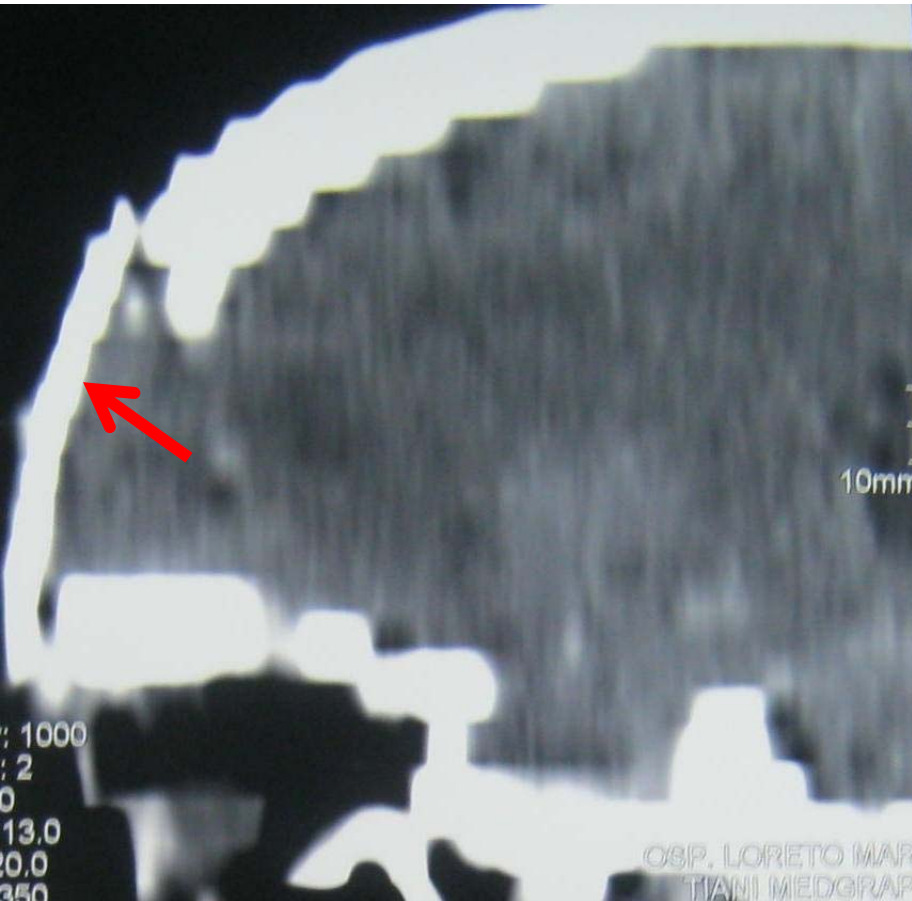




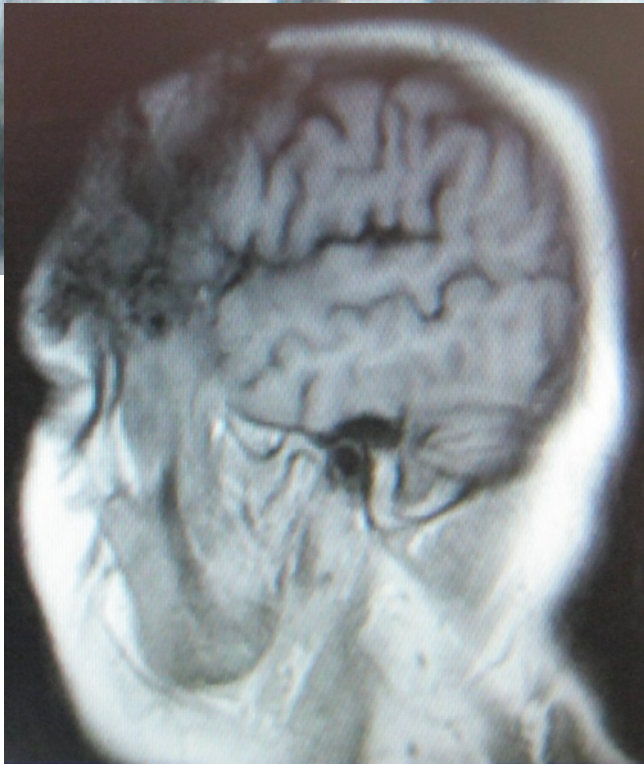
L'osso viene invece sostituito con rete in titanio fissata al cranio con placche e viti sempre in titanio (quick flap)



La TC postoperatoria mostra un'area di disomogenea ipodensità frontale corticale destra. Dopo somministrazione di contrasto non si rilevano aree di impregnazione patologica. Le frecce indicano la protesi di titanio impiegata per la chiusura del difetto osseo seguito alla eliminazione del lembo osseo infiltrato dal tumore.







La RMN postoperatoria evidenzia la completa asportazione della formazione meningiomatosa ed il buon risultato estetico e funzionale ottenuto con la plastica di ricostruzione





Il confronto tra la TC preoperatoria e la TC e la RMN postoperatorie conferma la completa asportazione della massa neoplastica e conferma il buon risultato funzionale ed estetico prodotto dalla plastica durale ed ossea.

