

Misc <sup>75</sup> B ~~177~~ / 122. 23

122

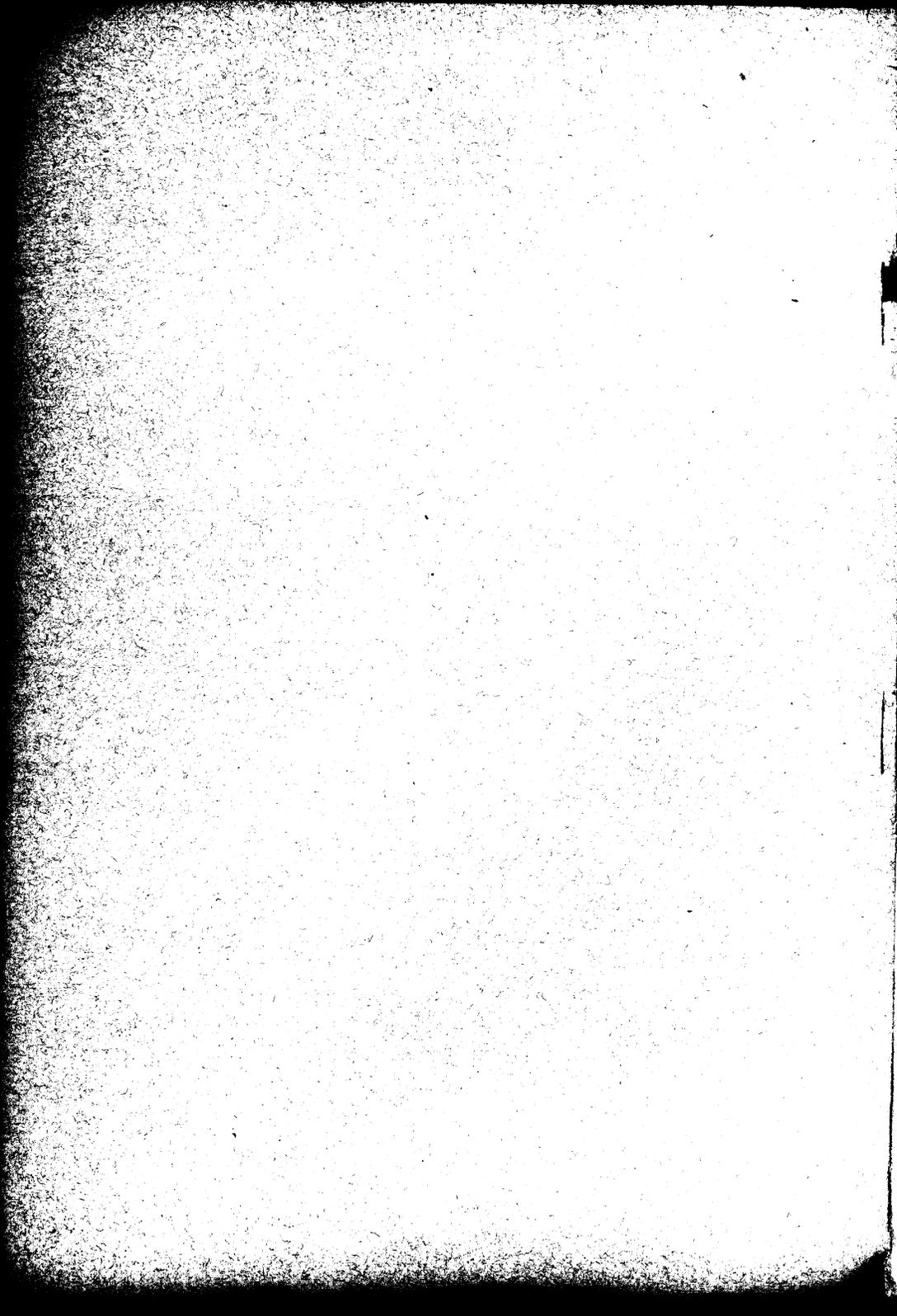
Prof. ANGELO CHIASSERINI

CONTRIBUTO AL TRATTAMENTO  
RADICALE DEI MENINGIOMI PA-  
RASAGITTALI.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI  
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA  
Anno LXVII (1941-XIX) - Fasc. XII



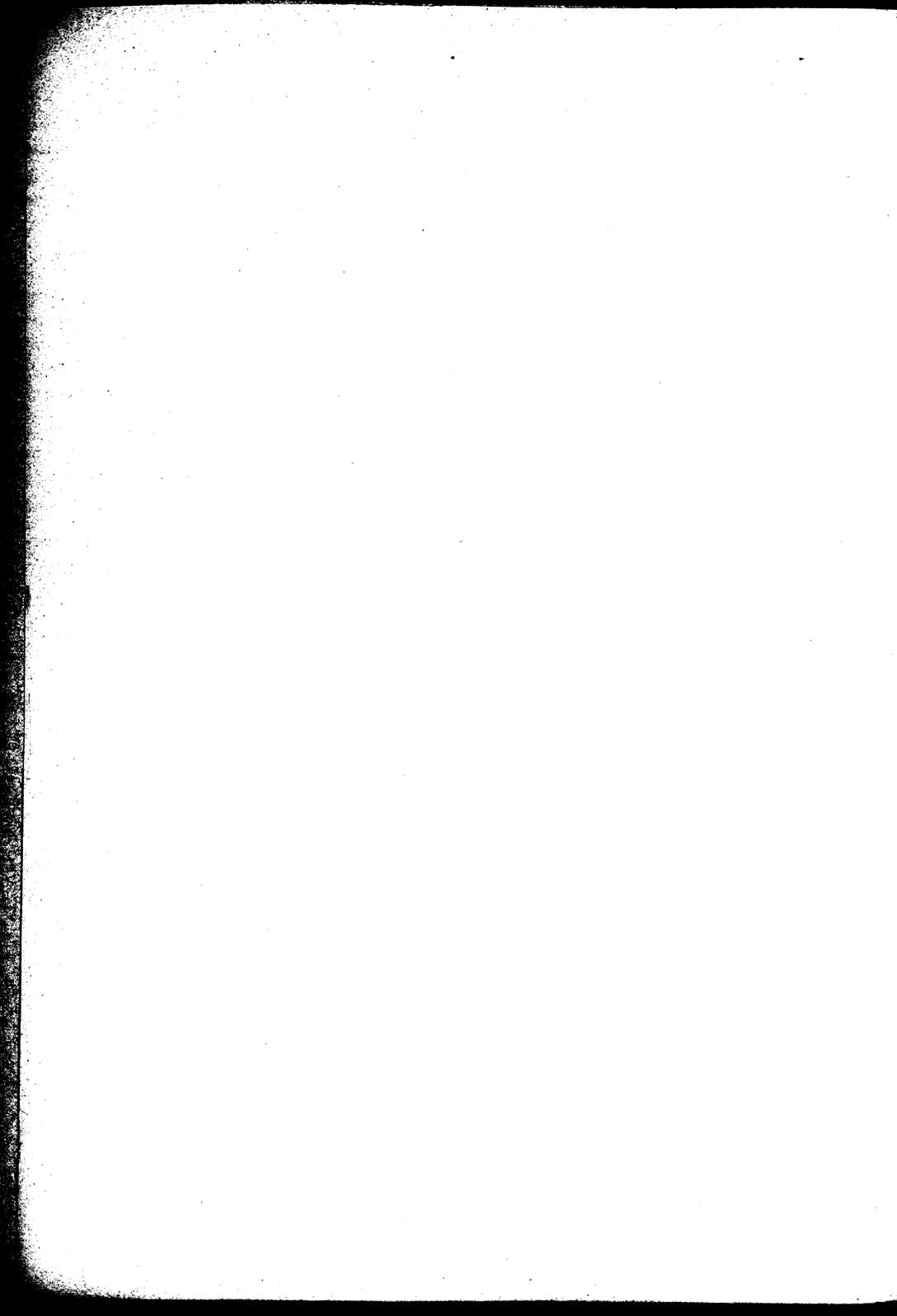
DITTA TIPOGRAFIA CUGGANI  
ROMA - VIA DELLA PACE, 35  
1942-XX



PROF. ANGELO CHIASSERINI  
CHIRURGO PRIMARIO DEGLI OSPEDALI DI ROMA

CONTRIBUTO AL TRATTAMENTO RADICALE  
DEI MENINGIOMI PARASAGITTALI

*Comunicazione alla Seduta del 29 novembre 1941-XIX  
della Reale Accademia Medica di Roma*



In una seduta dello scorso anno di questa Accademia ebbi occasione di riferire su di una serie di meningiomi di varia sede da me operati.

Oggi desidero parlarvi brevemente sul trattamento radicale di una particolare qualità di meningiomi: quelli parasagittali.

Questa denominazione fu data nel 1922 da CUSHING ad alcuni tumori della convessità cerebrale, che affioravano nell'angolo fra corteccia e seno longitudinale, aderendo più o meno largamente alla dura, o al seno longitudinale, o alla falce o anche a più di una di queste strutture.

La frequenza di questi meningiomi è notevole, rappresentando essa dal 20 al 25 % di tutti i meningiomi delle varie sedi. Così nella statistica di CUSHING si hanno 65 meningiomi parasagittali su di un totale di 295 meningiomi.

A seconda del loro aspetto macroscopico e delle reazioni ossee, che possono accompagnarli, si distinguono meningiomi parasagittali globosi non iperostosanti, e meningiomi a placca iperostosanti. I primi sono molto più frequenti dei secondi (51 e 14 della statistica citata).

Questa distinzione è analoga a quella che viene fatta per i meningiomi della parte esterna della sperone sfenoidale, che vengono anche essi distinti in forme globose e forme a placca iperostosanti.

I meningiomi parasagittali da me osservati sono cinque su di un totale di poco più di 20 meningiomi di varia sede da me operati.

Dei primi due casi operati alcuni anni fa dissi qualche cosa nella mia precedente comunicazione. Si trattava di forme assai diffuse e bilaterali, in cui vennero eseguiti degli interventi incompiuti.

Durante gli ultimi sei mesi ho avuto occasione di operare tre altri casi di meningiomi parasagittali della varietà globosa non iperostosante. In questi è stato possibile un trattamento radicale. E su di essi intendo riferire.

CASO I. — *Uomo di 28 anni.*

Si trattava nel 1° caso di un collega di 28 anni, nella cui anamnesi esisteva un trauma del cranio subito nel luglio 1940 in seguito ad incidente automobilistico. Successivamente nel maggio 1941 paresi iniziate dalla mano e dal braccio sinistro; seguita da convulsioni jacksoniane nel territorio del faciale e degli arti di sinistra.

Al momento del ricovero del paziente nel nostro Padiglione esisteva emiparesi sinistra con ipertono.

Radiologicamente fu constatato un notevole aumento della vascolarizzazione diploica in una zona corrispondente alla parte alta del parietale di destra.

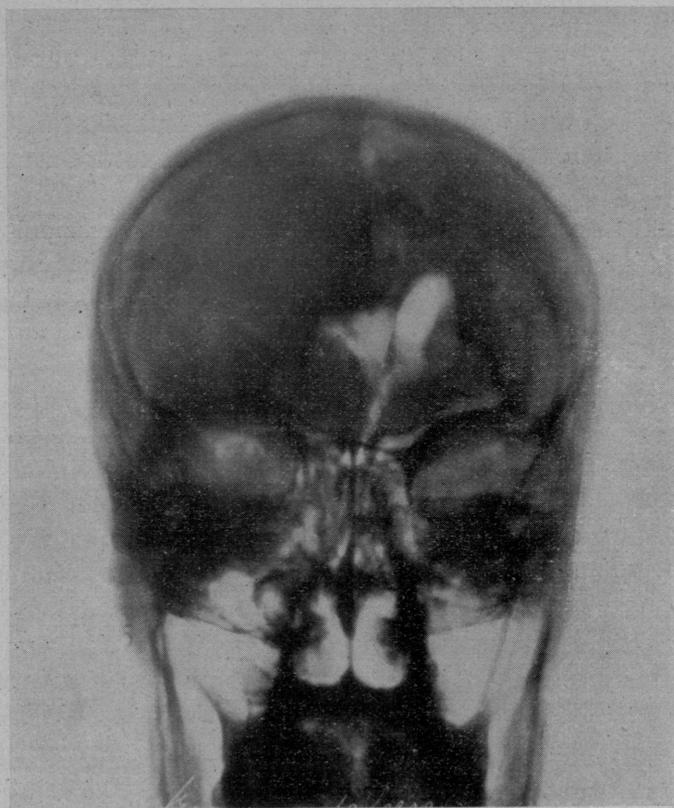


FIG. 1.

Schiacciamento e spostamento verso sinistra della parte anteriore del ventricolo destro. Obliquità del 3° ventricolo.

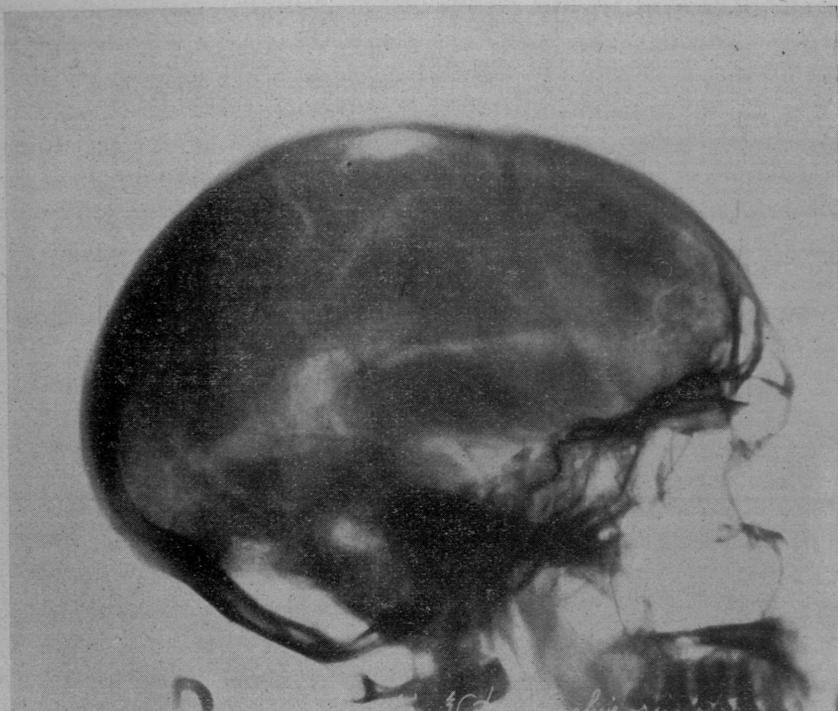


FIG. 2.

Vascularizzazione più intensa del parietale destro. — Cella media del ventricolo destro schiacciata.

Una encefalografia dimostrò: modico idrocefalo; spostamento verso sinistra del sistema ventricolare con difetto della parte alta del corno frontale destro (che appare tagliato a trifoglio); obliquità del terzo ventricolo.

La cella media appare appiattita, il corno occipitale destro abbassato; la parte media e anteriore del ventricolo sinistro schiacciata (figg. 1-2).

Data la esistenza di un trauma cranico verificatosi circa un anno prima, il paziente ci fu inviato con la diagnosi di probabile ematoma cronico della dura madre. Ma due trapanazioni fronto-parietale ed occipito-parietale destra non rivelarono presenza di una raccolta ematica. L'ago da ventricolo avvertì invece un notevole aumento di resistenza a qualche cm. di profondità verso il lobo parietale.

Fu allora posta la diagnosi di meningioma parasagittale destro per i dati neurologici, il reperto ventriculografico e quello della puntura cerebrale.

L'intervento venne eseguito in anestesia locale il 30-6-941. Fu possibile asportare *in toto* un meningioma globoso parasagittale destro corrispondente al terzo medio del seno. Il seno stesso venne allacciato e tagliato nella sua metà anteriore.

Decorso postoperatorio regolare, se si eccettuano degli attacchi di epilessia jacksoniana nel territorio del faciale e della mano sinistra verificatisi in terza e quarta giornata.

Il pezzo asportato pesa gr. 110; ed ha i caratteri macroscopici di un meningioma molle (fig. 3).

Il *deficit* motorio è rapidamente scomparso.

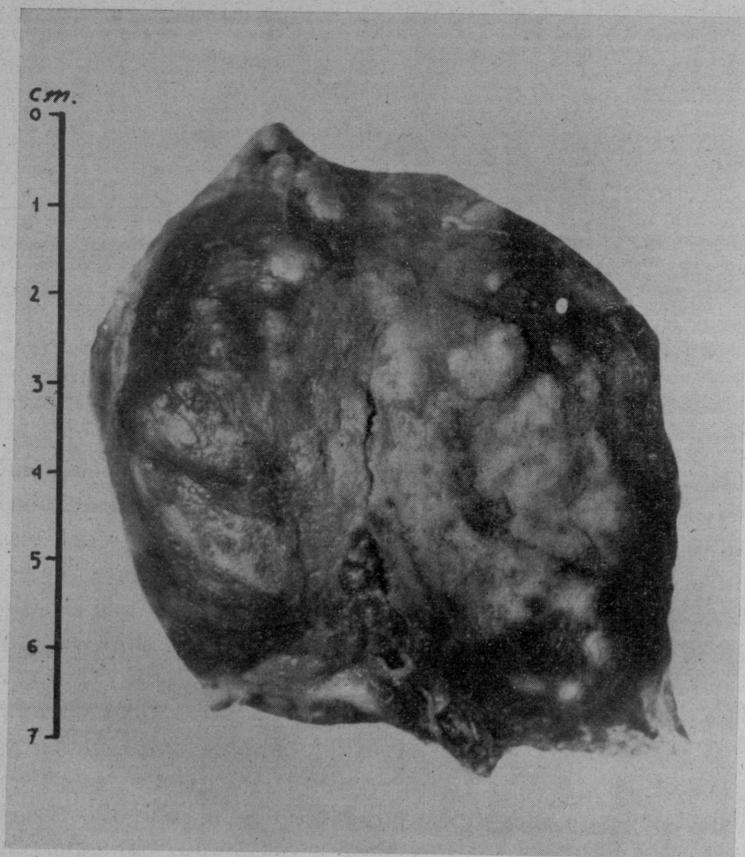


FIG. 3.

Meningioma parasagittale destro. Pesa gr. 110. (CASO I).

COMMENTO.

Il caso non ha bisogno di speciali illustrazioni. Si tratta di un meningioma parasagittale destro corrispondente alla zona centrale, che aveva provocato sintomi di irritazione motoria, e *deficit* motorio a sinistra.

La esistenza di un trauma cranico nelle anamnesi aveva potuto far sorgere il sospetto di un ematoma cronico della dura madre. Ma, a parte la negatività della esplorazione diretta, la quasi normalità del liquor, e la presenza di una zona limitata di maggiore vascolarizzazione nella parte alta del parietale avrebbero dovuto far sorgere il sospetto della vera natura dell'affezione.

Il quadro ventriculografico è tipico per i tumori in questa sede.

L'intervento fu relativamente facile e il tumore poté essere asportato *in toto*, ivi compreso l'attacco al seno longitudinale.

CASO II. — Donna di 56 anni.

Due anni fa cominciò ad avvertire senso di debolezza all'arto inferiore destro. Nell'ottobre 1940 convulsioni a tipo jacksoniano iniziatosi sull'arto inferiore destro e poi diffusesi all'arto superiore e al faciale dello stesso lato. Tali attacchi si sono ripetuti tre volte; ma spesso si verificavano delle scosse di minore intensità, che interessavano i muscoli delle due mani.

Obbiettivamente paresi del faciale inferiore destro, paresi dell'arto superiore e più accentuata dell'arto inferiore dello stesso lato. I movimenti del piede sono completamente aboliti. Esiste ipertonio degli arti di destra, con aumento dei riflessi tendinei.

Una encefalografia eseguita il 6-6-941 non fornisce dati sufficienti.

Una ventriculografia mostra idrocefalo di modico grado; schiacciamento del corno frontale e della cella media del ventricolo laterale sinistro.

Viene posta la diagnosi di meningioma parasagittale sinistro nella zona motoria.

L'intervento eseguito in anestesia locale il 4-7-941 permette di asportare *in toto* un meningioma globoso aderente al seno sagittale nel limite fra terzo medio e posteriore di questo. Il tumore asportato pesa gr. 55 (fig. 4).

Decorso postoperatorio normale nei primi giorni. Si nota tuttavia un aumento del *deficit* motorio di destra.

Improvvisamente in 8ª giornata insorge iperpiressia (40,5) preceduta da brivido intenso. Le condizioni della paziente si aggravano rapida-



FIG. 4.

Meningioma parasagittale sinistro. Pesa g. 55. (CASO II).

mente, ed essa entra in coma nello spazio di due ore. Una puntura lombare dà liquido torbido (con numerosi leucociti disfatti).

Si torna ad esplorare la zona su cui si è svolto il precedente intervento; e si mette in evidenza un ascesso a contenuto putrido, da cui si sprigionano bolle di gas fetido.

Morte dopo qualche ora.

#### COMMENTO.

Questo caso, capitato quasi contemporaneamente al precedente, rappresenta un tipico esempio di meningioma parasagittale globoso, di medio volume, corrispondente alla zona motoria destra.

Esso ha una sintomatologia ed un quadro ventricuigrafico tipici.

L'intervento radicale, svoltosi senza speciali difficoltà, ed il decorso post operatorio normale facevano sperare un esito del tutto favorevole.

La complicazione infettiva, che va certamente riportata ad un inquinamento verificatosi durante l'intervento, dette notizia di sé solo quando l'ascesso putrido provocò una meningite ad andamento veramente fulminante. O per lo meno noi non ce ne accorgemmo fino a quel momento. Poiché non demmo importanza all'aggravamento del deficit motorio, alla

cefalea di cui la paziente si lamentava ed a qualche modico rialzo febbrile, considerandoli come fenomeni transitori in rapporto con l'intervento chirurgico.

CASO III. — Uomo di 44 anni.

Nel 1936 cominciò a soffrire di cefalea frontale. Successivamente diplopia e diminuzione del *visus*; indi diminuzione di forza negli arti di sinistra iniziatasi nell'arto inferiore, e più precisamente al piede.

Nello stesso anno fu operato per tumore cerebrale, ed ebbe un notevole miglioramento. Dopo un anno il *deficit* motorio tornò ad aggravarsi

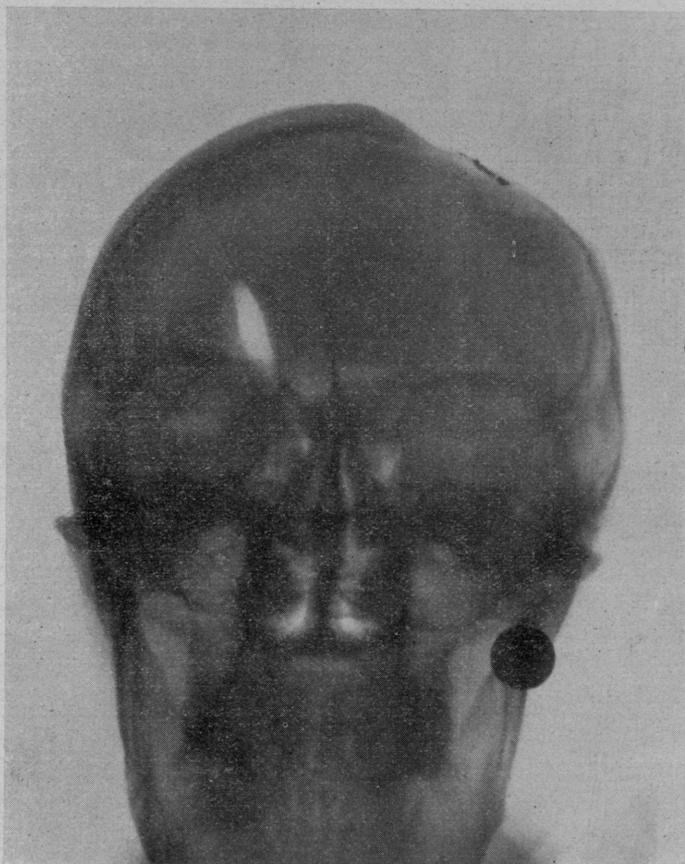


FIG. 5.

Forte spostamento verso sinistra della parte anteriore del sistema ventricolare; obliquità del 3° ventricolo. In alto e a destra perdita di sostanza ossea, esito di precedenti interventi. (CASO III).

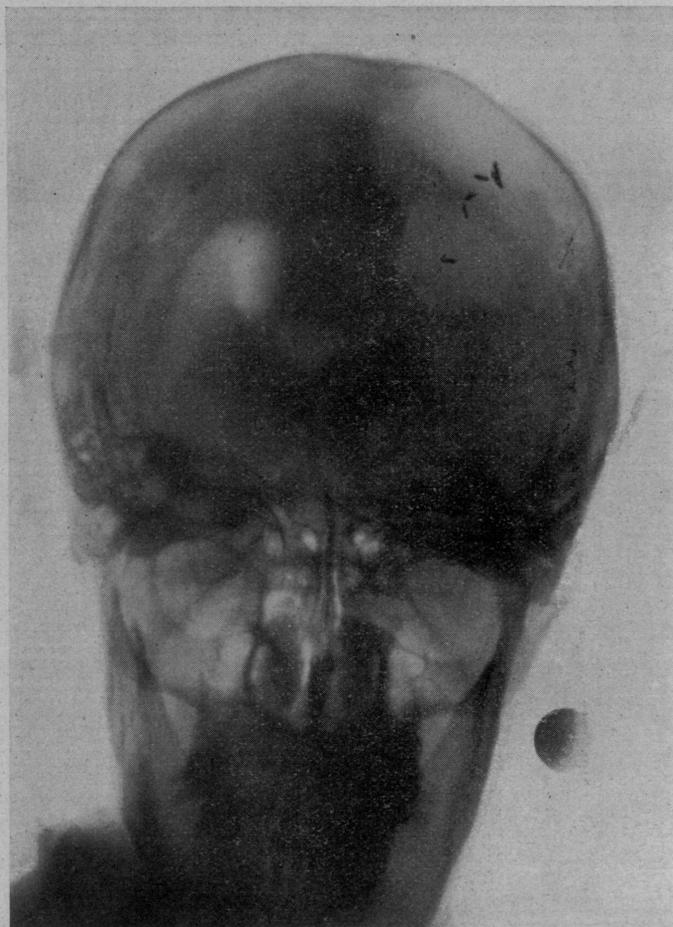


FIG. 6.

Dilatazione del corno occipitale sinistro. Forte schiacciamento della cella media destra. (CASO III).

e si verificarono anche attacchi di epilessia jacksoniana a sinistra. Fu nuovamente operato nel 1939, ma non ebbe vantaggio.

Venuto da noi, osservammo paresi del facciale inferiore sinistro; paralisi spastica dell'arto superiore sinistro (sono possibili solo alcuni movimenti delle dita), e grave paresi spastica dell'arto inferiore dello stesso lato.

Qualche disturbo della sensibilità a sinistra.

Si osservano gli esiti dei precedenti interventi: cicatrice parietale destra con perdita di sostanza ovalare (nel senso antero-posteriore) del tavolo osseo.

Ventriculografia: dilatazione delle cavità ventricolari; spostamento verso sinistra della parte anteriore media del sistema ventricolare; cella media del ventricolo laterale destro fortemente schiacciata dall'alto al basso (figg. 5-6-7).

Diagnosi di meningioma parasagittale destro nella zona centrale.

Il paziente viene operato in anestesia locale il 19-10-941, traverso un ampio lembo osteoplastico fronto-parietale destro.

L'intervento si presenta assai indaginoso, e per la presenza delle aderenze residue ai precedenti interventi, e per la mobilizzazione del voluminoso tumore, che si approfonda nel lobo parietale, aderisce largamente al seno longitudinale, e presenta un ampio peduncolo in corrispondenza della falce.



FIG. 7.

Forte schiacciamento del ventricolo destro. (CASO III).



FIG. 8.

Radiografia presa dopo l'intervento. Clips lungo la falce. Utilizzazione del lembo parieto-temporale, per ricoprire la parte alta della perdita di sostanza residuata a pregressi interventi. (CASO III).

Tutto ciò obbliga a dividere l'operazione in due sedute di alcune ore ciascuna la mattina e la sera dello stesso giorno, e a praticare tre trasfusioni.

È in tal modo possibile di asportare in blocco il tumore, dopo aver resecata la falce tutto intorno ai limiti di inserzione neoplastica, e asportato un segmento del seno longitudinale, che appariva invaso dal tumore. Si asporta anche una piccola propaggine tumorale dalla faccia mediale dell'emisfero del lato opposto. Fu possibile una ricostituzione soltanto parziale del tavolato osseo, dato che un largo tratto di parietale era stato rimosso durante i precedenti interventi (fig. 8).

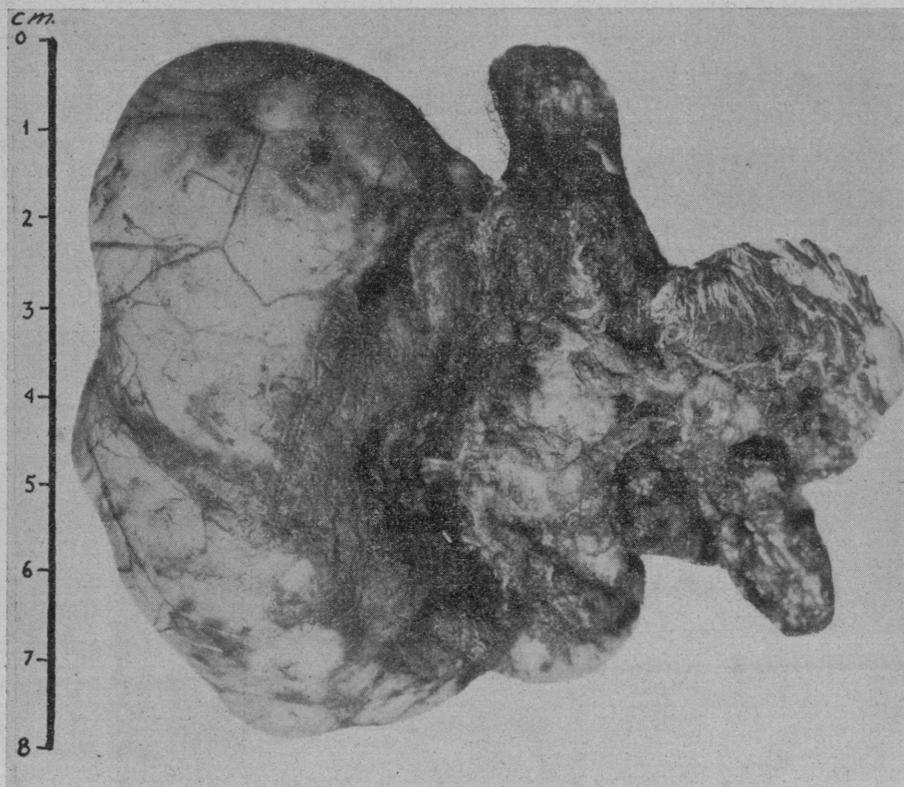


FIG. 9.

Il meningioma parasagittale e della falce asportato nel caso n. 3. Pesa circa gr. 200. Le clips, che si osservano sulla parte destra della figura sono state messe sul segmento di alx cerebri asportato. La propaggine al di sotto di questo segmento rappresenta il nodulo tumorale innicchiato nel lobo parietale del lato opposto.

Il paziente sopportò bene la lunga operazione, ed il decorso postoperatorio è stato assai buono.

Il tumore asportato pesa gr. 200 (fig. 9).

Il deficit motorio è quasi completamente regredito, se si eccettua una paresi nel territorio del peroniero sinistro.

#### COMMENTO.

Questo caso, che non presentava difficoltà dal punto di vista della diagnosi, dati anche i precedenti interventi, presenta notevole interesse sotto altri punti di vista.

Esso dimostra anzitutto gli inconvenienti degli interventi parziali; e poi la possibilità di eseguire interventi radicali anche in casi in cui, e per la estensione del tumore, e per la sua larga base di impianto si è costretti ad operazioni di lunga durata e di meticolosa pazienza. Il risultato è stato quanto mai soddisfacente.

RIASSUNTO. — L'O. espone alcuni dati diagnostici ed operatori a proposito di 3 casi di meningioma parasagittale, che furono asportati radicalmente, insieme cioè con il loro attacco al seno longitudinale e alla falce.

346218

