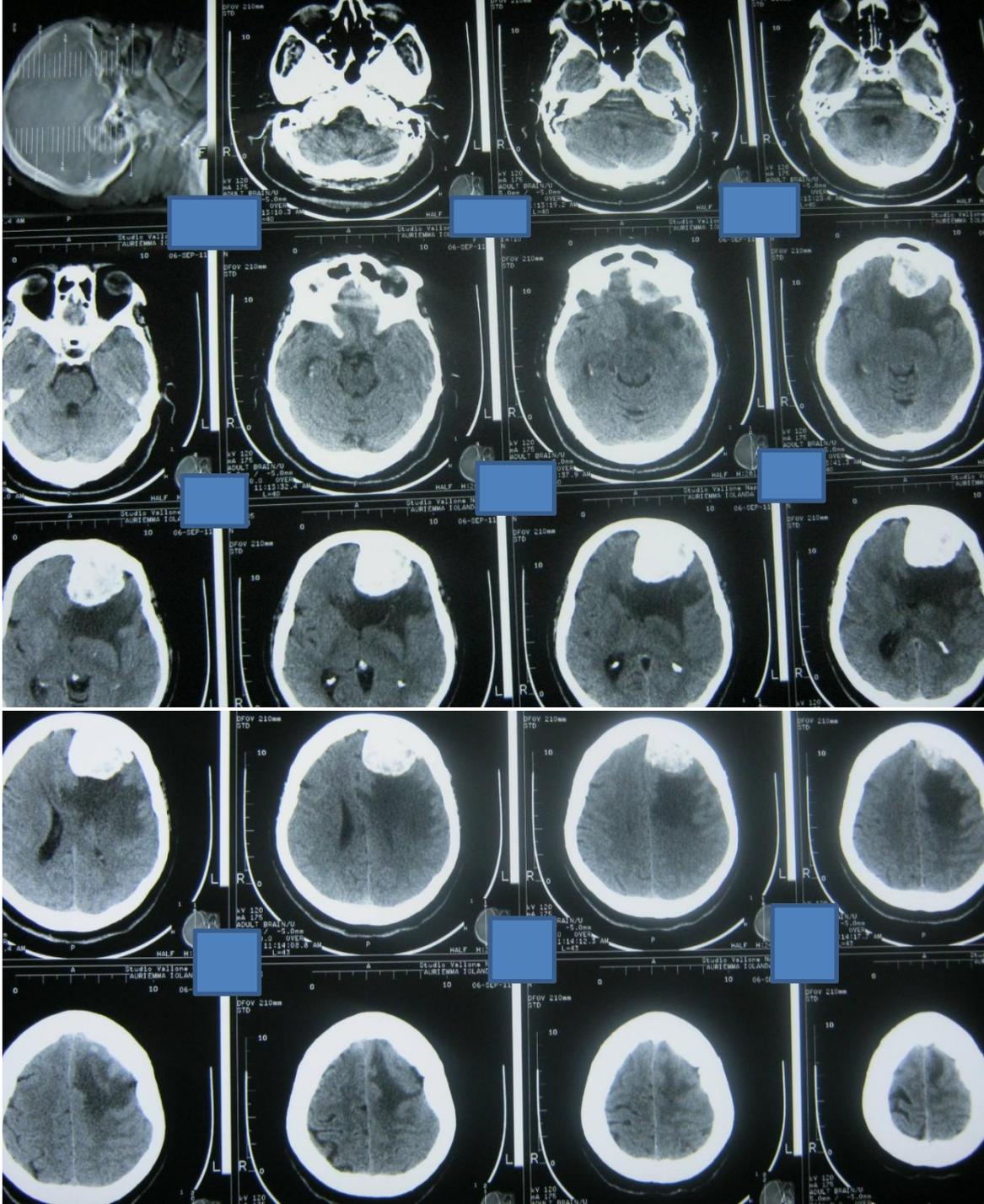
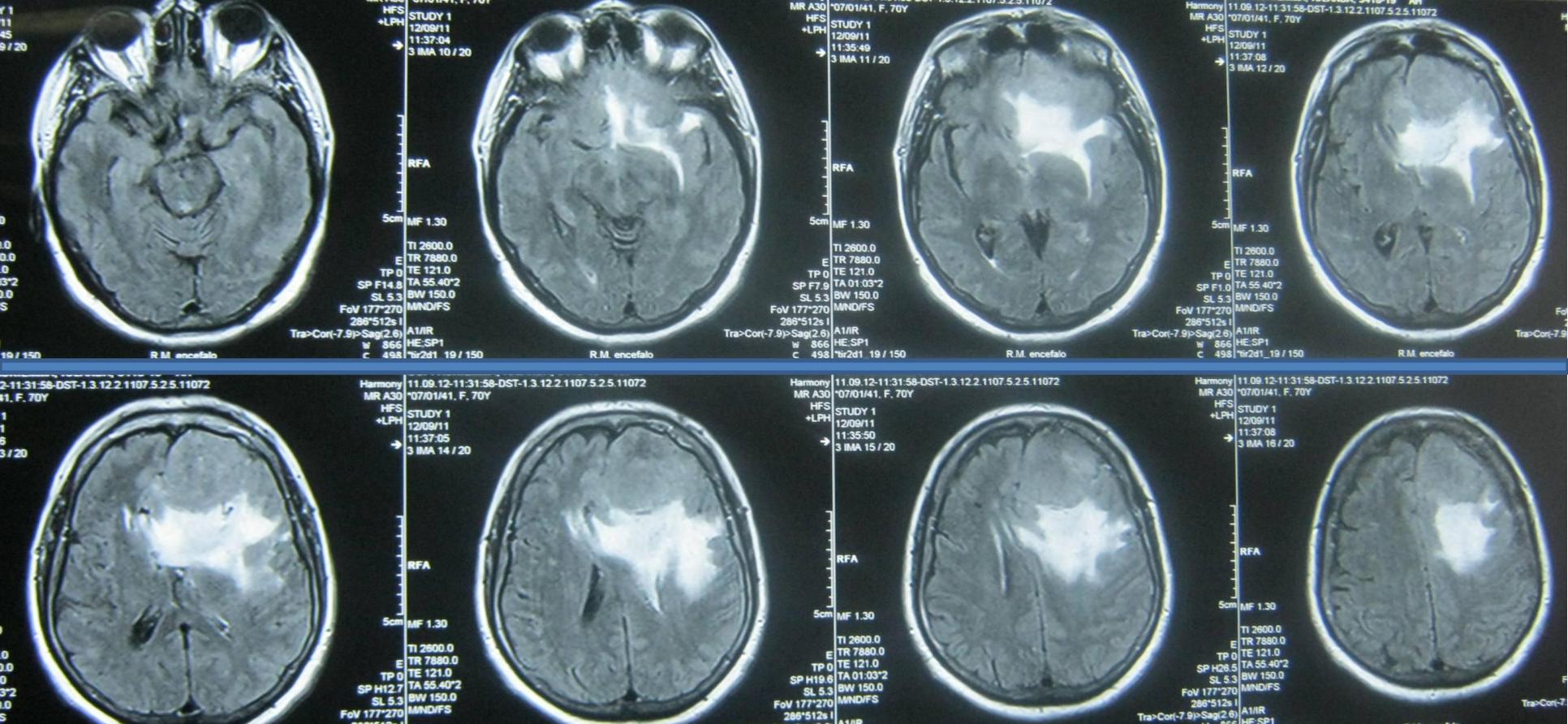


**MENINGIOMA PARASAGITTALE
SINISTRO, 1/3 ANTERIORE**

TC PREOPERATORIA SENZA MDC

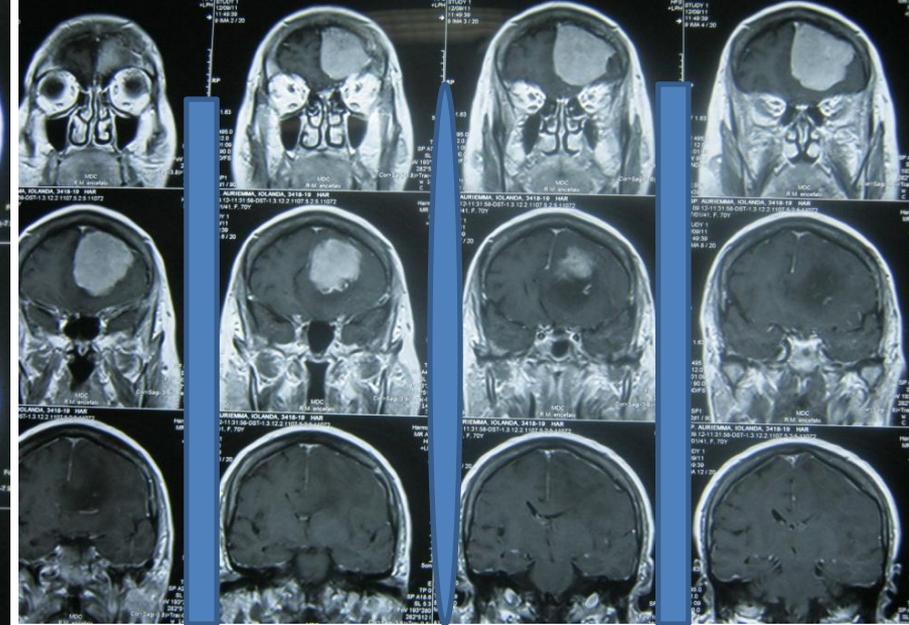
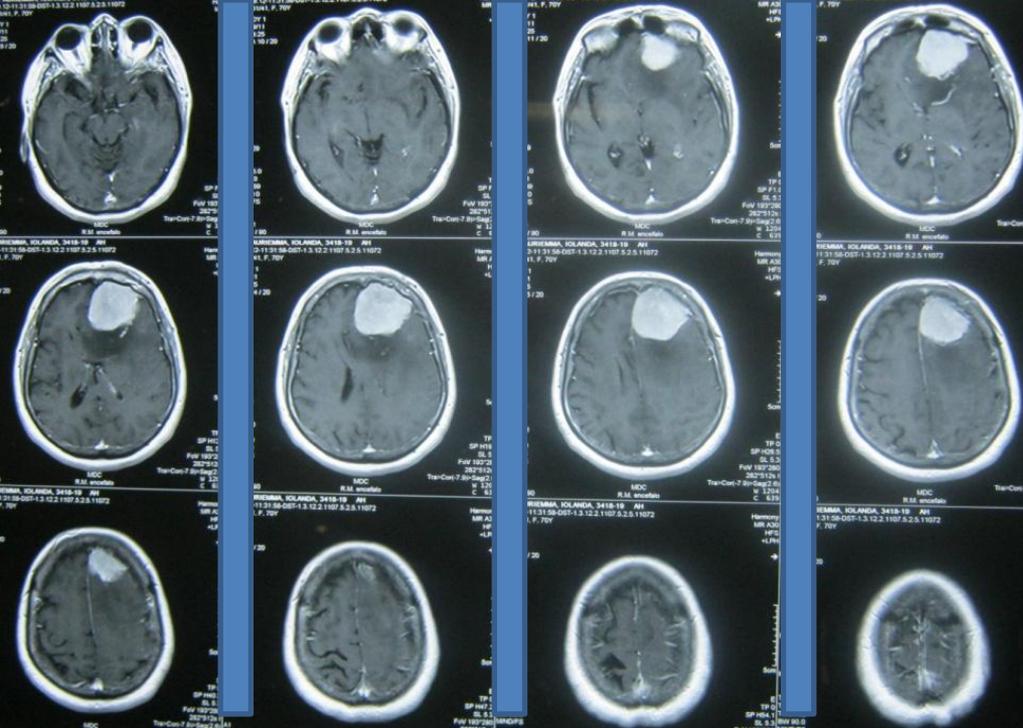
In regione frontale sinistra si apprezza una grossolana formazione espansiva di forma ovale parzialmente calcifica di 50 mm di diametro massimo, di verosimile pertinenza meningea, con ampia area ipodensa perilesionale che determina compressione del III ventricolo e dei ventricoli laterali con shift verso destra delle strutture della linea mediana e spianamento degli spazi periencefalici adiacenti





RISONANZA MAGNETICA ENCEFALICA SENZA CONTRASTO

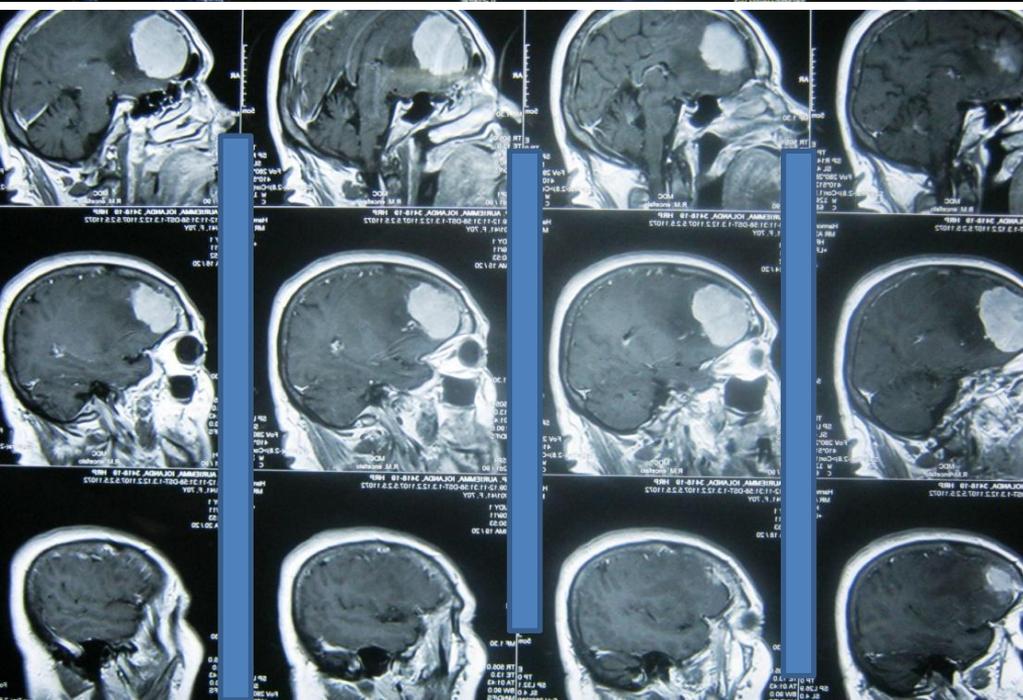
La formazione espansiva presenta segnale isointenso alla corteccia cerebrale in tutte le sequenze di studio. Essa assume rapporti di stretta contiguità con la falce cerebrale a sinistra e con le strutture durali al vertice.

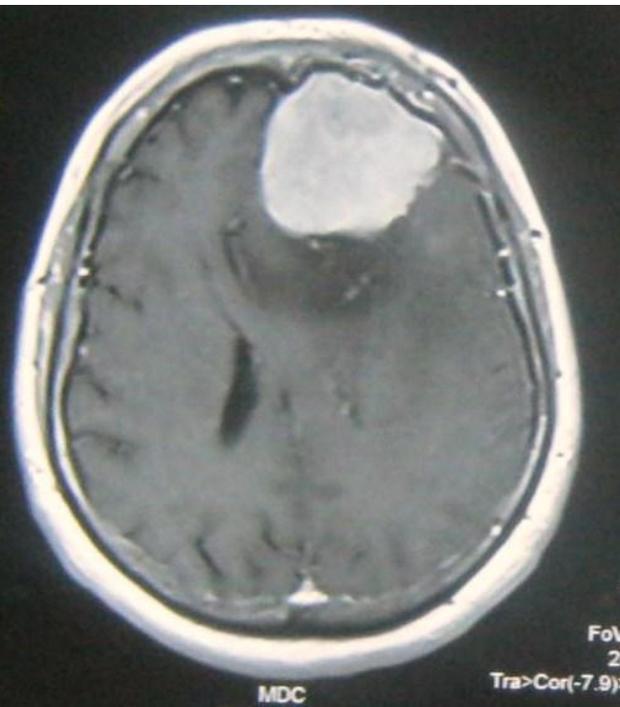
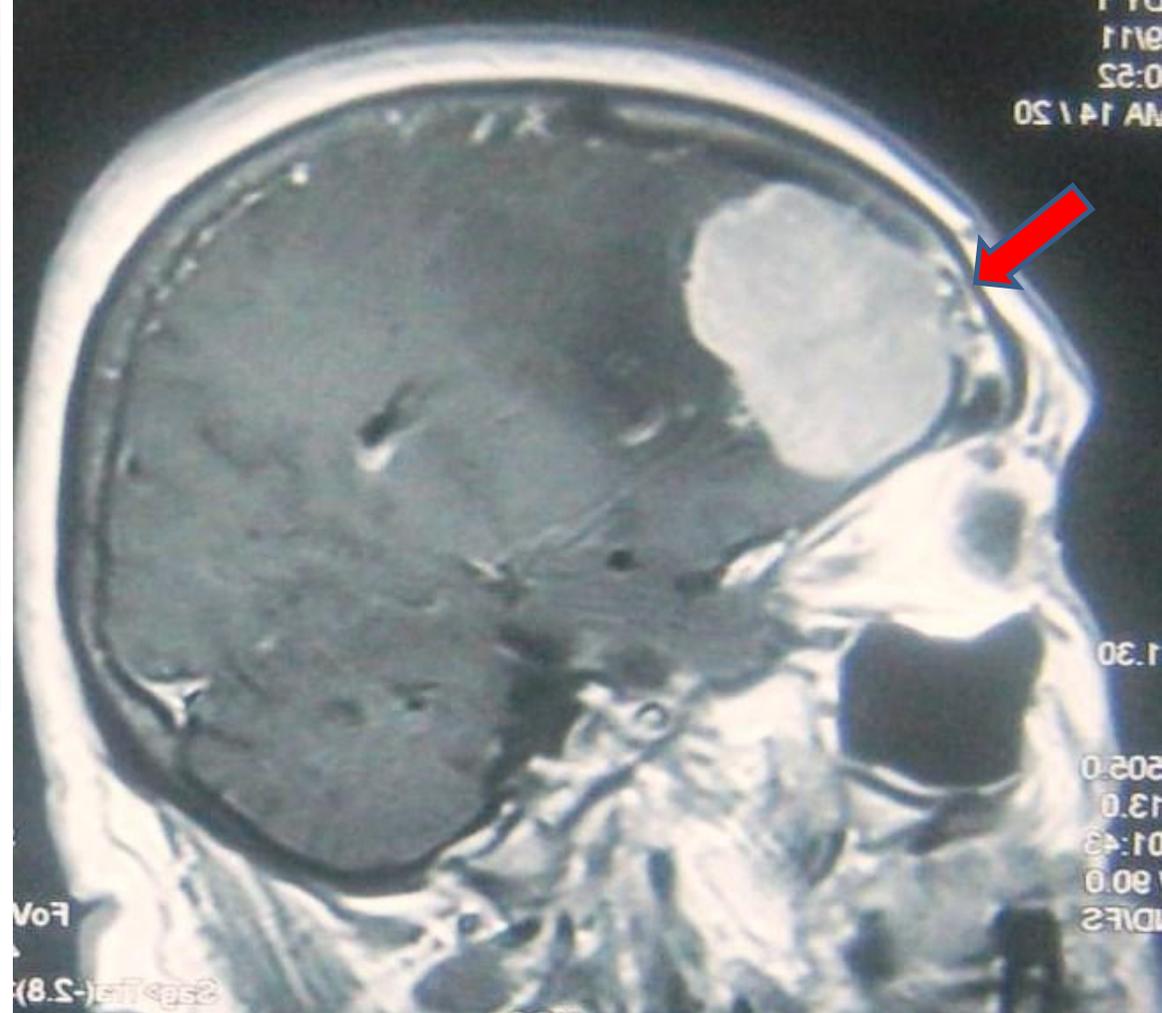
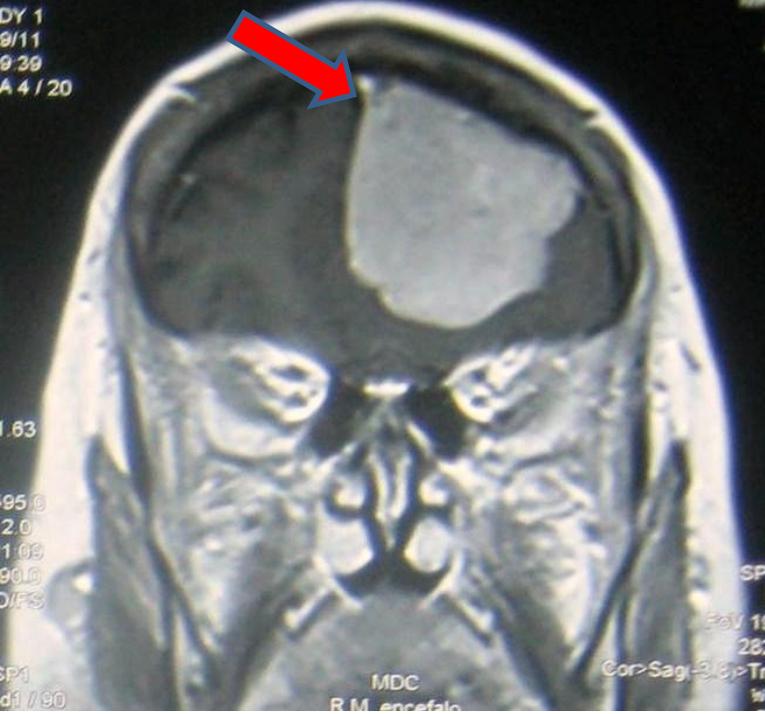


RISONANZA MAGNETICA CON CONTRASTO.

Dopo contrasto la lesione presenta un marcato e disomogeneo enhancement.

Concomita marcato edema perilesionale con compressione sul ventricolo laterale omolaterale e sulle strutture liquorali adiacenti con dislocazione della linea mediana di circa 10 mm.





Si evidenzia una marcata impregnazione della dura che riveste il seno sagittale superiore, soprattutto nella sua porzione fronto-polare (coda durale, freccia) .

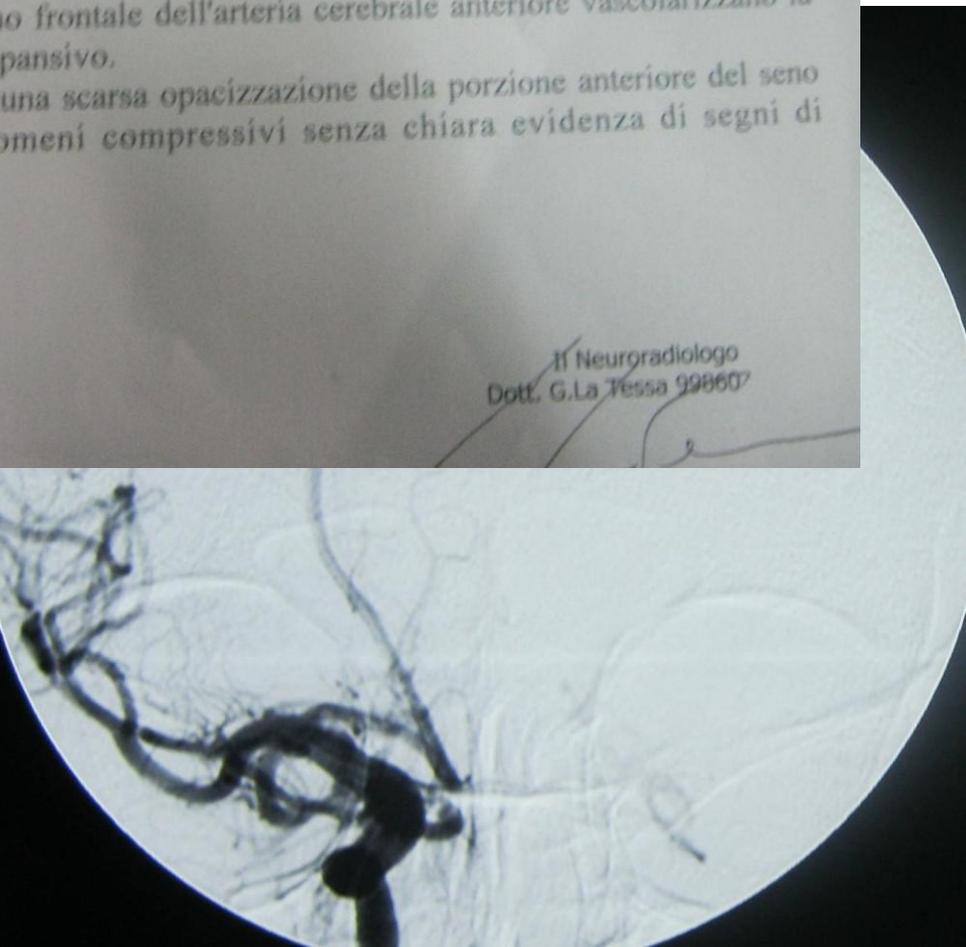
dell'arterie carotidi interne ed esterne, destra e sinistra, e
stato eseguito per cateterismo super-selettivo, per via

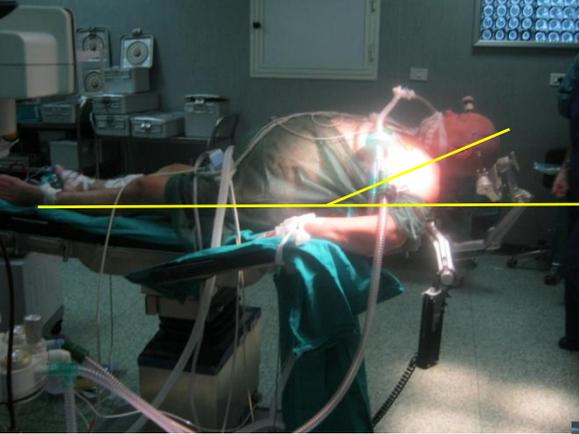
accerebrale del processo espansivo intracranico evidenziando
ramo anteriore dell'arteria meningea media di sinistra e dai
della carotide interna dello stesso lato, che si presenta
no frontale dell'arteria cerebrale anteriore vascolarizzano la
pansivo.

una scarsa opacizzazione della porzione anteriore del seno
omeni compressivi senza chiara evidenza di segni di

Il Neuroradiologo
Dott. G. La Tessa 998607

la dislocazione verso destra delle arterie
anteriori di circa 3 cm.



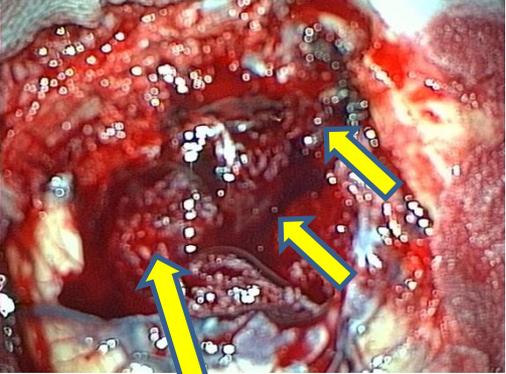


POSIZIONE

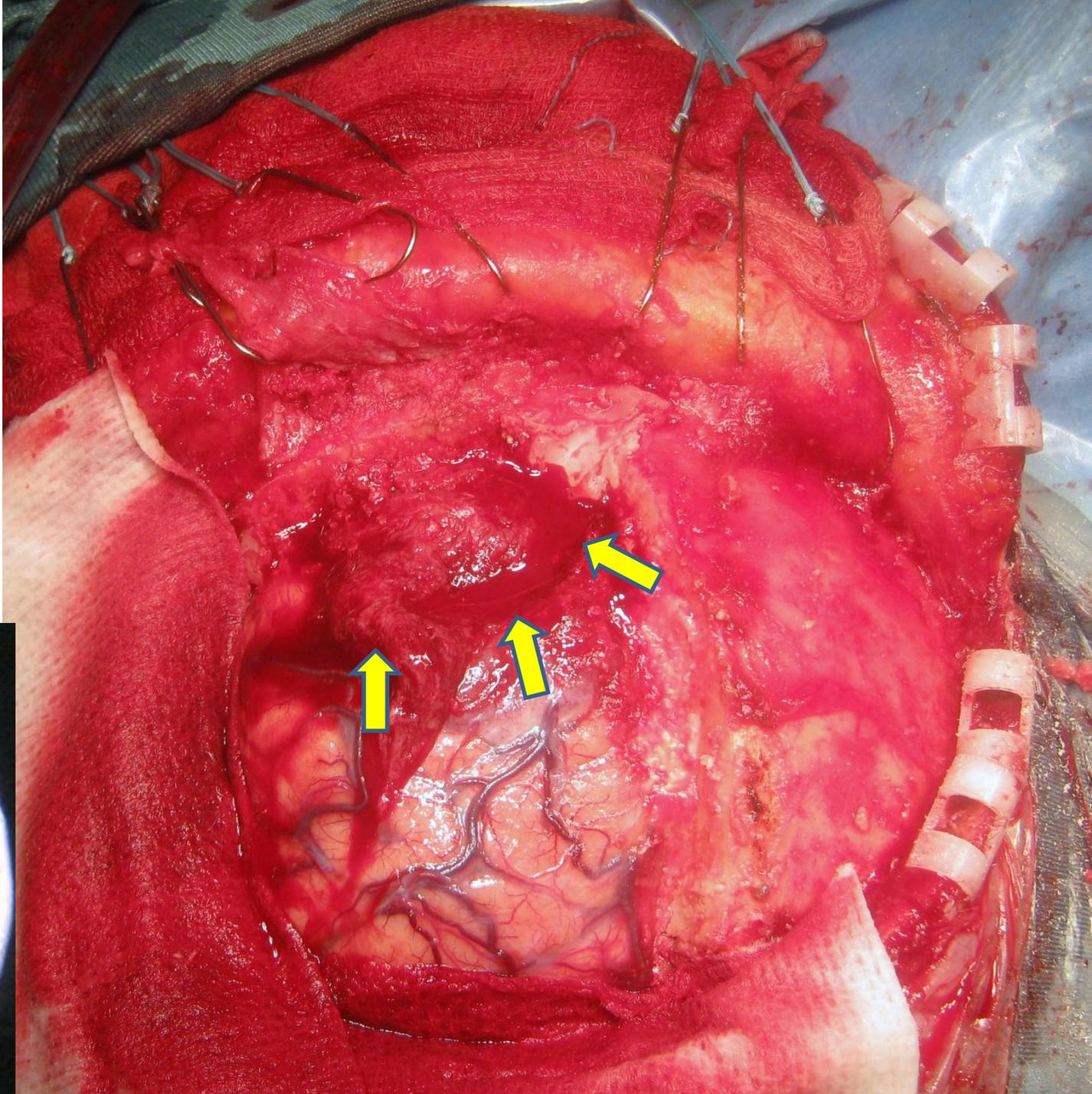
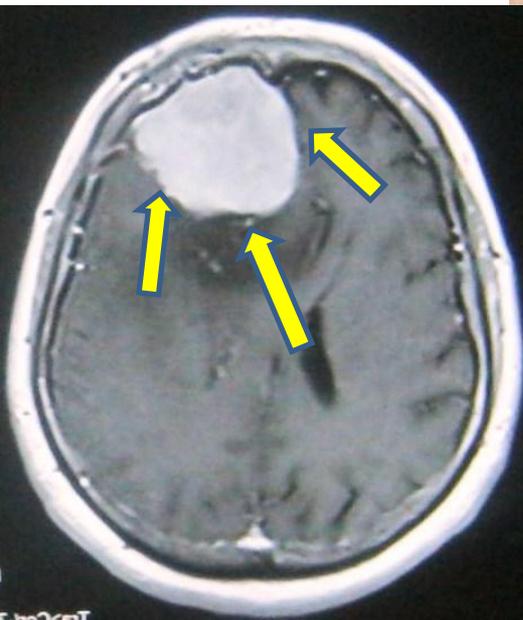
La paziente viene posta in posizione supina con il capo in posizione neutra, fissato alla testiera di Mayfield. Il tronco viene posto in flessione anteriore di circa 30° per favorire il deflusso venoso e d ottenere una soddisfacente esposizione del tumore.

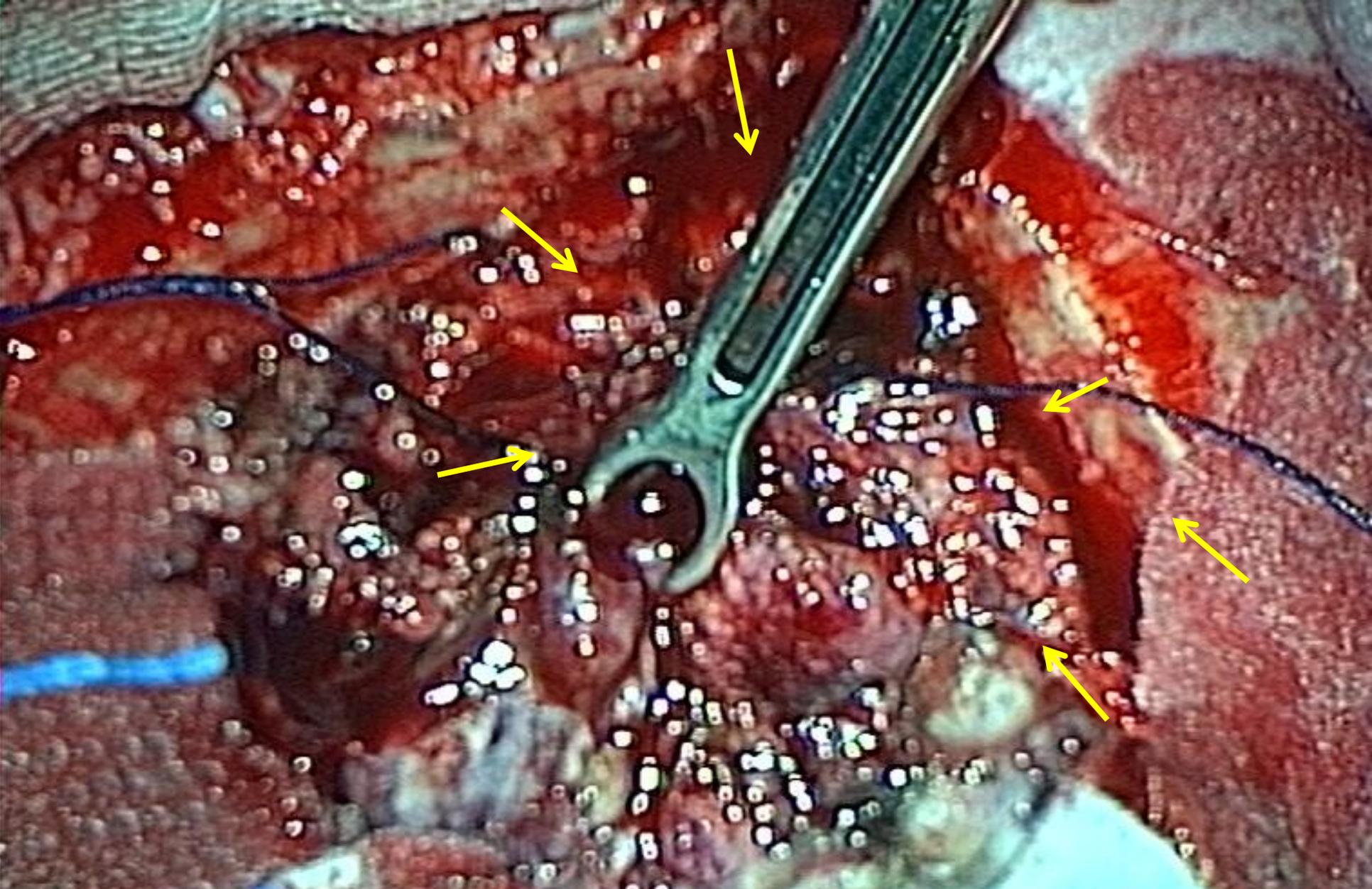
Nella foto in alto si evidenzia l'angolo di flessione del tronco di circa 30° che consente di ottenere una soddisfacente e comoda visione della regione frontale, senza flettere il collo, evitando così di ostacolare il deflusso del sangue attraverso le vene giugulari.



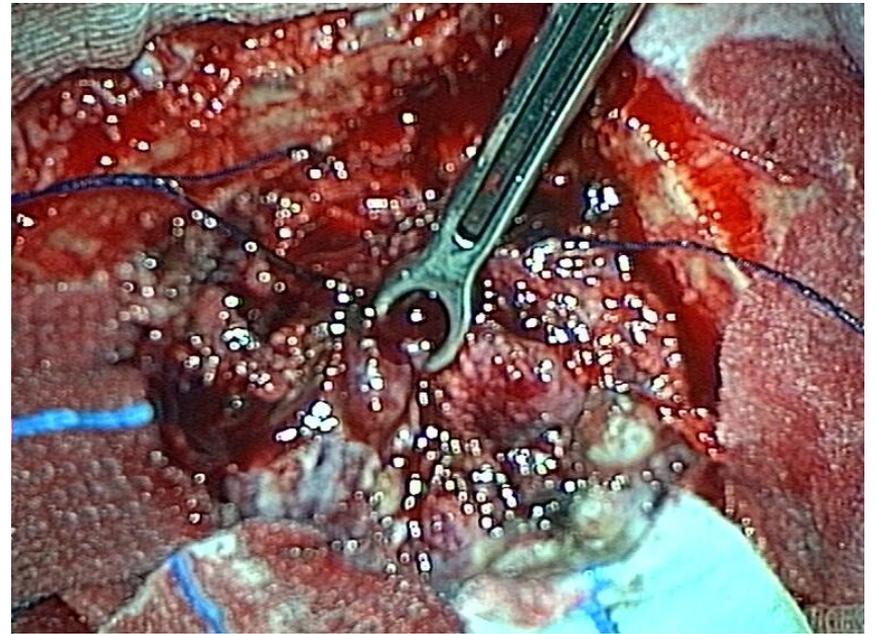
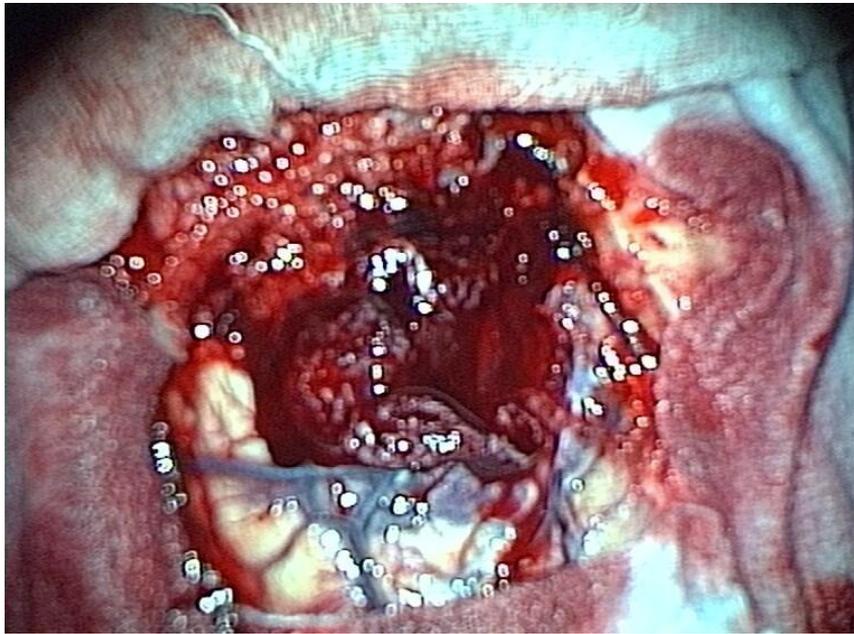


Dopo la craniotomia e l'apertura della dura madre, si espone il tumore che occupa la porzione antero – mediale del lobo frontale sinistro.

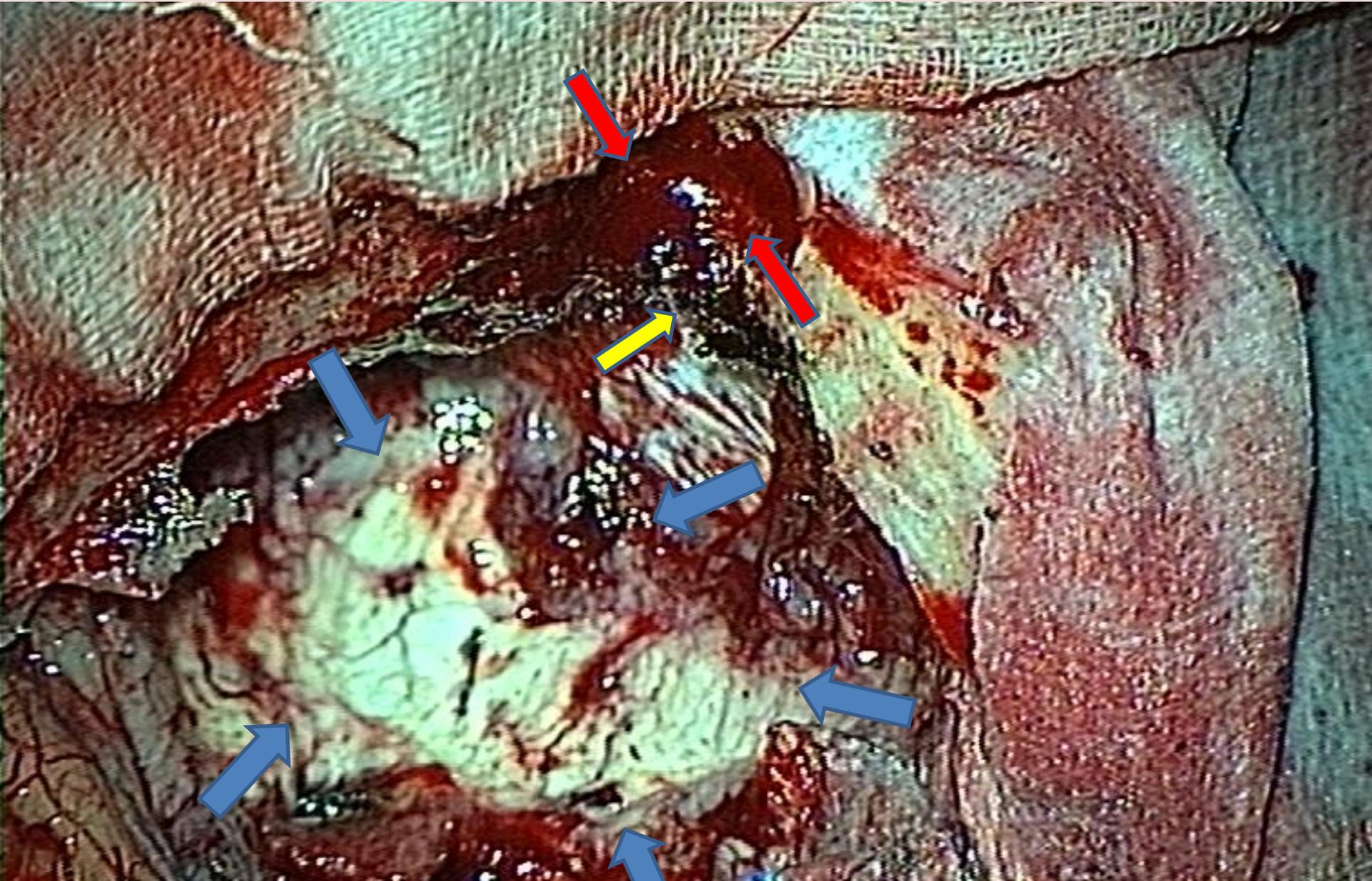




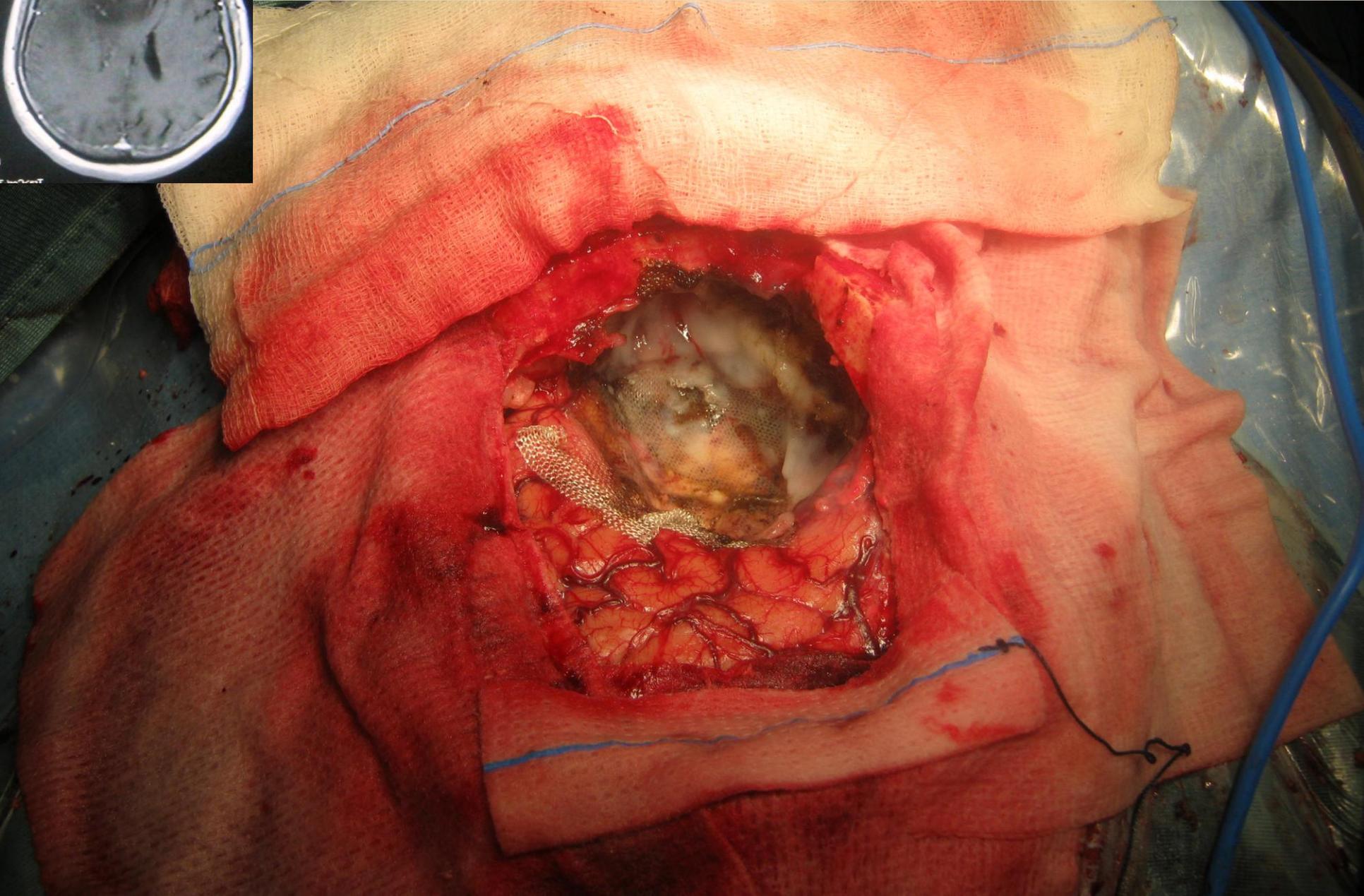
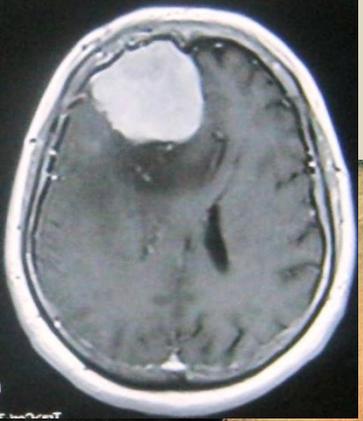
Il tumore viene svuotato progressivamente per consentire il distacco delle sue pareti dalla superficie dell'encefalo. In tal modo si riduce al massimo la sollecitazione chirurgica sul tessuto cerebrale sano.



La completa asportazione del tumore consente di evidenziare il letto della neoplasia (freccia azzurra), la falce dell'encefalo (freccia gialla) e l'impianto del tumore corrispondente alla dura madre che delimita il seno d'agittale superiore (freccia rossa)



Il letto tumorale viene rivestito con surgical e colla di fibrina per ottenere una efficace azione emostatica.



TC
postoperatoria

L'esame eseguito
con mezzo di
contrasto dopo 7
giorni
dall'intervento
documenta la
completa
escissione della
neoplasia
evidenziata nel
 riquadro sotto
dalla RMN
preoperatoria.

