

· 个案报告 ·

立体定向海马-杏仁核损毁术治疗难治性 癫痫致右动眼神经麻痹1例

邱 勇 乔 旭 蔡永庆 徐海龙

【关键词】 难治性癫痫;立体定向;海马杏仁核损毁术;动眼神经麻痹

【文章编号】 1009-153X(2018)08-0570-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 742.1; R 651.1*1

1 病例资料

女性,26岁,因反复发作反酸伴意识丧失14年入院。病人12岁起,反复出现发作性反酸,继之愣神、咂嘴、摸索、呼之不应,1~2 min后意识丧失、口吐白沫、四肢抽搐,持续数分钟,单独或联合服用苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠等药物无效,几乎每天都发作,多时每天6~7次。神经系统检查及头部MRI未见异常,长程视频脑电图监测到癫痫发作,发作期右颞叶首先出现棘-慢波并向双侧扩散,发作间期可见双侧慢波。诊断:难治性癫痫,颞叶内侧型癫痫。术前评估符合立体定向颅内核团射频损毁术标准:经两种及两种以上抗癫痫药物系统、规律、足量治疗两年以上,效果不佳;无严重精神衰退和脑萎缩,CT或MRI检查未见明确病灶;不适合或不接受癫痫灶切除手术治疗。手术方法:1.5 T MRI扫描(层厚3 mm,层距0),图像输入计算机工作站,气管插管全麻后安装深圳安科公司ASA-602立体定向框架,行CT薄层轴位扫描,CT、MRI图像数据以Dicom格式输入BrainLAB iplan Stereotaxy手术计划系统,对CT、MRI图像和人脑图谱使用互感式点对点融合技术行靶点定位:右侧杏仁核X=21 mm,Y=8 mm,Z=-13.5 mm;右侧海马X=20 mm,Y=26 mm,Z=0 mm,术中通过COSMAN RFG-1A射频治疗仪粗电极测电阻抗值辅助定位。使用2.1×7 mm射频电极毁损靶点,温度75℃,时间60 s,毁损灶大小约10 mm×10 mm×12 mm。术后右上睑上抬无力,右眼球向外下方斜视,不能内收,外展功能正常,右眼球会聚不能,右瞳孔直径5 mm、直接和间接对光反射迟钝,视物重影,视力及视野检查正常。头部CT示靶点位置正常,但毁损灶较预期大。诊断:右侧动眼神经麻痹。给予营养神经、针灸等治疗。30 d后,右上睑、右眼球运动及瞳孔大小恢复正常。术后随访1年,按Engel标准评价为Ⅱ级,继续

服用抗癫痫药物治疗。

2 讨论

动眼神经麻痹主要表现为病侧上睑下垂、瞳孔散大、对光反射减弱或消失,病侧眼球除向外下运动外,其他各方向运动均麻痹,出现斜视、复视。动眼神经与杏仁核、海马头部在解剖上关系密切,动眼神经从大脑脚内侧发出,经钩回内侧进入海绵窦上壁。杏仁核构成钩回前段的绝大部分,到达前段上部的内侧面,海马头部的内侧面构成钩回后段的上部,前段和后段的汇合点即为钩回尖端,指向动眼神经。在海马-杏仁核损毁术中,一旦因定位误差、脑脊液流出所致脑组织移位、毁损参数的误差、个体差异等原因致使毁损范围超出预期大小或靶点位置出现偏差,使动眼神经容易受到热损伤。本文病例由于毁损灶偏大造成右侧动眼神经不全麻痹。为避免类似情况发生,我们提出预防措施如下:①熟练掌握手术计划系统,确实实现CT与MRI图像融合,既克服CT图像分辨率低、影像不清晰的缺点,又避免MRI图像漂移带来的定位误差,使术前靶点定位成为真正意义上的可视靶点,提高颅内毁损靶点定位的准确性,把损伤重要神经传导束及功能部位的可能性降至最小;②设计手术入路时,尽量避免穿刺通道经过侧脑室,减少脑脊液流出,降低脑组织移位误差;③靶点定位个体化,当颞叶脑组织较小时,要调整电极或调整毁损参数,避免毁损灶相对较大;④采用局部麻醉,在清醒的状态下施行手术或先给予电刺激予以验证,一旦出现异常情况,立即停止毁损,将损伤降至最小。立体定向射频毁损术操作简单、定位准确、损伤小。对颞叶癫痫部分性发作继发全身性发作的病人,尤其对癫痫发作伴有冲动、攻击行为,海马-杏仁核联合毁损术疗效比较肯定,动眼神经损伤的发生率很低,一旦发生,目前临床治疗原则除改善循环、消除水肿、神经营养外,针灸也有较好疗效。癫痫灶的准确定位对于提高手术疗效、降低副损伤具有决定性意义。

(2018-04-13收稿,2018-05-25修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.08.022

作者单位:150080 哈尔滨,中国人民解放军第211医院神经外科(邱勇、乔旭、蔡永庆、徐海龙)