

. 个案报告 .

微血管减压术中应用脑膜补片治疗复发面肌痉挛1例

王 晶 徐 武 姜成荣 梁维邦

【关键词】 面肌痉挛;微血管减压术;术后复发;脑膜补片

【文章编号】 1009-153X(2019)08-0512-01

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 745.1⁺2; R 651.1⁺1

1 病例资料

66岁女性,因左侧面肌痉挛术后3年、复发半年入院。3年前,在我院因左侧面神经痉挛行显微血管减压术,术后面部抽搐消失。半年前,左侧面部再次出现抽搐,症状同第一次手术之前,严重影响病人生活,遂再次来我院行手术治疗。入院后,头颅CTA及MRI薄层平扫,并与首次手术检查进行对比,评估手术难度及复发可能原因。通过影像学检查,发现面神经根部距离粗大椎动脉有一定距离(图1A),猜测复发原因可能是椎动脉张力高,通过变形的垫棉传导至神经根或是面神经根周围粘连。MRI T₂像发现蛛网膜下隙延续至乙状窦后,同时蛛网膜下腔间隙无明显狭窄,颅后窝无拥挤(图1B),可行二次手术。根据术前影像学检查发现责任血管可能为粗大的椎动脉,考虑血管张力高,操作空间有限,且为二次手术,术区粘连明显可能。术前临时应用甘露醇250 ml,使脑组织回缩,增加面神经根部的视野暴露,减少对脑干及小脑组织的压迫,为面神经充分减压提供好的条件。取侧卧位,沿原手术切口,取出回置的骨瓣,修整骨窗边缘,扩大骨窗至3 cm²,U形剪开硬脑膜。显微镜下仔细分离硬脑膜与小脑之间的粘连,缓慢释放脑脊液,自后组颅神经周围锐性分离粘连组织,并继续向内上牵拉小脑,辨认相关结构,锐性分离面听神经根部。术中发现首次手术减压时推移椎动脉放置的Teflon棉片并未移位,且与面神经根出脑干区有一定满意的距离(图1C),与术前影像学评估相符。在面、听神经根出脑干区之间有一通过的小动脉(图1C),通过调取手术录像发现,首次手术放置于面神经根部与穿越血管之间的Teflon棉片已移位,致穿越血管与面神经根部再次接触。将脑膜补片裁剪成特定形状,成功放置隔离穿越的小动脉与面神经根部后(图1D、1E),异常肌电反应消失。术后面肌痉挛症状消失,无听力下降及迟发性面瘫等并发症。

2 讨论

显微血管减压术是目前唯一根治特发性面肌痉挛的方

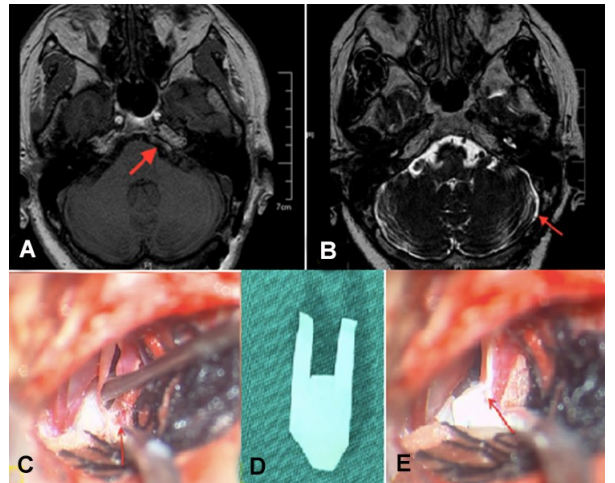


图1 微血管减压术中应用脑膜补片治疗复发面肌痉挛病人影像及术中表现

A. 头颅MRI T₁像,显示椎动脉与面神经根部有一定距离(↑示); B. 头颅MRI T₂像,显示蛛网膜下腔延续至乙状窦后(↑示); C. 术中发现穿动脉跨越面神经根部和听神经之间; D. 脑膜补片裁剪形状; E. 术中应用裁剪的脑膜补片隔离面神经和穿动脉

法,但仍有6.98%的复发率。如果责任血管为穿动脉,恰好位于面、听神经根出脑干区甚至环绕面神经根部,应用普通的垫棉减压较困难,而将其置于面神经根与血管之间,极易脱落移位,或造成面神经根部新的粘连压迫,易导致复发。本文病例再次手术中发现责任血管为穿动脉,之前置于面神经根和血管之间的垫片已移位,所以面肌痉挛复发。再次手术中,我们应用一种硬脑膜修补材料。此材料具有一定韧性,表面比较光滑,与脑组织不粘连,化学性质稳定,不易吸收,无急性炎症反应,不产生免疫反应。为避免其发生脱落、移位,我们裁剪成“?”形状,将其环绕面神经根部,既能将其固定,又能隔离穿动脉与面神经,术中减压后异常肌电反应消失,术者也未再对面听神经周边过度操作及分离。术后面部抽搐症状消失,未发生听力障碍、迟发性面瘫及吞咽困难等并发症。所以,应用脑膜补片可为责任血管为穿动脉的面肌痉挛提供一种新型的有效减压方法。

(2018-06-09收稿,2018-09-24修回)