文章编号:1000-5404(2010)04-0395-02

短篇论著

神经内镜下手术治疗27例透明隔囊肿

唐荣锐,孟 辉,刘国龙,冯 华 (400038 重庆,第三军医大学西南医院神经外科)

[摘要] **目的** 探讨症状性透明隔囊肿的诊断、手术指征选择、神经内镜手术方法和预后。**方法** 27例症状性透明隔囊肿患者术前均经CT或MRI诊断证实,患者均采用侧脑室额角入路行内镜下透明隔囊肿造瘘术。**结果** 以头痛、头晕为主要症状的24例患者术后症状均完全消失,合并脑积水患者9例均明显缓解,伴有癫痫的7例患者术后,有5例未再发作;复查头颅CT或MRI透明隔囊肿消失21例,明显缩小6例。**结论** 神经内镜下透明隔囊肿造瘘术以其操作简单、疗效可靠、并发症少等优点,已逐渐成为治疗症状性透明隔囊肿的首选方法。

[关键词] 透明隔囊肿;神经内镜;手术
[中图法分类号] R741.05;R742 **[文献标志码]** A

透明隔囊肿分为症状性与非症状性两种,大多数透明隔囊肿无明显临床症状,往往无需处理,而对于症状性透明隔囊肿则需积极手术治疗[1,2]。我院自1999年9月至2008年9月共收治症状性透明隔囊肿患者27例,全部行内镜下经额角透明隔囊肿造瘘术,取得了良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性16例,女性11例,平均27(3~39)岁。术前主要症状、体征:头痛、头晕24例;7例以癫痫为主要表现,其中3例同时伴有头痛;发现头围明显长大1例;27例患者中9例伴有脑积水,1例合并脑积水者有呕吐、意识障碍;合并垂体微腺瘤的2例均有停经、泌乳表现。

1.2 辅助检查

采用美国Medtronic公司Clarus神经内镜系统及德国ZEPPLIN神经内镜系统。临床表现辅以头颅CT或MRI所示CSP宽度>10 mm,排除透明隔腔肿瘤、脓肿,急慢性脑疾病及畸形等[3]。

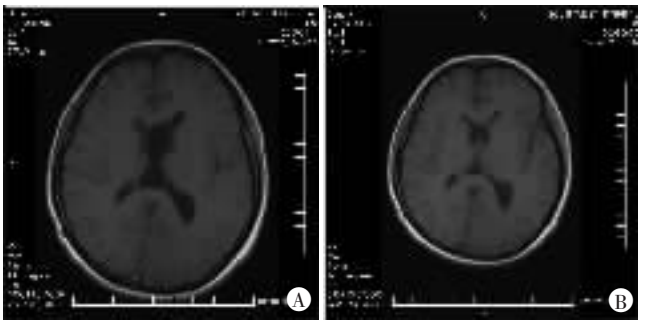
27例患者术前均经计算机断层扫描(CT)或核磁共振(MRI)检查确诊。CT或MRI提示透明隔增宽,横径18~30 mm,囊液密度或信号与脑脊液相同,注药后无明显强化,有9例伴有脑室扩大或脑积水;合并垂体微腺瘤2例,松果体囊肿及枕大池囊肿各1例。脑电图:中线两侧可见多发慢波或棘波。

1.3 手术方法

患者全身麻醉,仰卧位,多采用额角穿刺侧脑室,部分采用双侧额角穿刺,钻孔位置在冠状缝前2.5 cm中线旁3 cm,双极电凝硬膜,尖刀十字切开硬膜,脑针穿刺侧脑室,置入镜鞘,导入内镜,观察右侧脑室内解剖结构及室间孔情况,将内镜进入室间孔,观察三脑室内情况、导水管及对侧室间孔,在室间孔后上方血管稀疏区室壁较薄处使用双极电凝、活检钳及扩张球囊造瘘,瘘口大于1 cm,将内镜通过瘘口,置入囊内,观察囊壁,在对侧囊壁上选择较薄的血管稀疏区再造一个同样的瘘口;内镜通过瘘口,观察左侧脑室。整个过程一直用37 ℃林格液冲洗。如果镜下发现囊壁阻隔室间孔,可切除部分囊壁,并用双极电凝使囊壁皱缩,使室间孔通畅,观察确认无出血后,缓慢退出内镜,硬膜开放,其中16例术中有少许渗血故留置脑室外引流管,其余11未留置脑室外引流管,皮层穿刺道用凝血海绵敷盖,头皮逐层严密缝合。

2 结果

本组27例均一次手术成功,无死亡,总有效率为88.9%(24/27),无效3例。术中仅1例出现穿刺道少量出血,3例术后脑室外引流管中可见淡血性脑脊液,数日后恢复正常。随访最长时间2年,复查CT或MRI,透明隔囊肿消失21例,明显缩小6例;术后头痛、头晕症状24例消失,9例合并脑积水均明显缓解;伴有癫痫患者7例术后有5例未再发作,其中2例患者术后需继续服药治疗,症状未加重;1例合并意识障碍者症状无明显缓解。术后并发症:术后非感染性发热4例,予以激素等对症治疗后好转。合并有垂体瘤、松果体肿瘤患者未予处理,随访观察。图1示33岁中年女性患者,因"阵发性头痛头昏3个月余"入院,诊断考虑症状性透明隔囊肿,术后症状消失,术后1年复查头颅MRI,透明隔囊肿明显缩小。



A:术前;B:术后

图1 症状性透明隔囊肿手术前后头颅MRI表现

[通信作者] 冯 华,电话:(023)68773071, E-mail: Fenghua8888@yahoo.com.cn

3 讨论

透明隔是双侧脑室之间的双层膜结构,为富含神经纤维和灰质细胞的薄膜,位于脑的中线前部,居穹窿和胼胝体之间,其横径 <3 mm 时称透明隔腔或第五脑室。向后扩展即形成 Vergae 腔,称第六脑室,其横径 >3 mm 时,称为透明隔囊肿。根据大宗尸检证实,这种腔性透明隔发生率为为 20.3%,Mott 等[4]通过超声对胎儿进行检查发现:对于小于 36 周孕和 36% 足月胎儿中均可见囊腔的存在。Fratzoglou 等[5]认为小于 5 mm 的透明隔间腔几乎不会产生症状。症状性透明隔囊肿最常见的临床表现为头痛,其他症状包括恶心、呕吐、头晕、耳鸣,癫痫、自主神经功能紊乱、精神行为异常、额叶性共济失调、记忆力减退、感觉运动障碍、月经紊乱等[1]。由于透明隔囊肿的临床表现缺乏特异性,常在怀疑其他颅内疾病,行影像学检查时才被发现。因此,一旦发现透明隔囊肿,确定其症状是来源于囊肿还是源于同时存在的颅内其他疾病尤为重要。有时鉴别相当困难,尤其以癫痫或精神行为异常患者发病原因较为复杂,手术指征应更加严格,术前需认真分析病史及神经系统检查,评估其发病原因。本组 27 例患者中,24 例以头痛为首发症状的患者术后症状均完全消失,而以伴发癫痫的 7 例患者中有 5 例未再发作,1 例合并意识障碍者症状无明显缓解。

目前研究发现症状性透明隔囊肿可能与下列因素有关:①透明隔囊肿引起室间孔堵塞,脑深部血管扭曲移位,下丘脑和视交叉受压[3],引起侧脑室膨胀、脑积水、颅内高压、视野缺损及乳头水肿;②透明隔囊肿压迫供应大脑皮质运动区的血管引起该区缺血缺氧,导致痫性放电;③透明隔囊与外伤有明显关系[6]。

对于症状性透明隔囊肿,排除其他颅内器质性病变后可考虑手术治疗。手术目的是为了引流囊液、降低囊内压、解除或减轻囊肿的占位效应。传统手术方法主要包括直接开颅手术、分流手术、立体定向造瘘术等手术方式。神经内镜下透明隔囊肿造瘘术已成为此类疾病的首选手术方法[2,7]。这种手术创伤小、在直视下操作、操作相对简单、不植入异物、疗效确切,并且其危险性和并发症明显低于其他手术方式。内镜下透明隔造瘘的手术入路通常有:①经前纵裂 - 胼胝体入路;②经额外侧侧脑室额角入路;③经枕外侧侧脑室枕角入路;④侧脑室体部三角区入路。

本组 27 例患者均采取侧脑室额角入路,笔者体会经额角入路操作简单,易于掌握,解剖结构较易辨认,能更好的观察室间孔、第三脑室甚至导水管,且易到达对侧囊壁,手术切口定位较常规经额穿刺侧脑室更偏外侧,主要是为了避免穿刺途径与囊肿壁之间呈锐角,要穿通囊肿壁,尤其是对侧囊肿壁困难。瘘口应尽量选择在对侧三角部的无血管区囊壁进行造瘘,主要是因为其空间大,不易误伤,可减少烧灼及穿刺对脑室结构的损伤,瘘口直径需大于 10 mm,可选择双极电凝或激光造小瘘口,再以扩张球囊扩大瘘口更为安全、方便。术中需注意以 37 ℃林格液持续冲洗非常重要,不仅可以保持术野的清晰、降低电凝时的热损伤,且对于小的渗血有较好的止血效果[8,9]。对于术前无脑积水患者,经额角穿刺往往较困难,可选择神经导航引导下侧脑室穿刺,避免术中造成穹隆、丘脑、内囊、尾状核、隔静脉和丘纹静脉等重要结构损伤;术后患者可能出现发热多系电凝的热效应或冲洗水刺激脑室结构所致,予以激素等对症支持治疗,症状均消失。综上所述,内镜下透明隔造瘘术可作为治疗透明隔囊肿的首选方法。

参考文献:

[1] Flashman L A, Roth R M, Pixley H S, *et al*. Cavum septum pellucidum in schizophrenia: clinical and neuropsychological correlates[J]. Psychiatry Res, 2007, 154(2): 147 - 155.

[2] 唐太昆, 宋黎, 邱学才, 等. 神经内窥镜下手术治疗症状性透明膈囊肿: 11 例报告[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2008, 7(4): 364 - 365.

[3] Kihara T, Miyata M. Brain abscess formed in the cavum septi pellucidi [J]. J Neuro Neurosurg Psychiatry, 2002, 72(3): 411.

[4] Mott S H, Bodensteiner J B, Allan W C. The cavum septi pellucidi in term and preterm newborn infants[J]. J Child Neurol, 1992, 7(1): 35 - 38.

[5] Fratzoglou M, Grunert P, Leite-dos-Santos A, *et al*. Symptomatic cysts of the cavum septi pellucidi and cavum vergae: the role of endoscopic neurosurgery in the treatment of four consecutive cases[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2003, 46(4): 243 - 249.

[6] Pearce J M. Some observations on the septum pellucidum[J]. Eur Neurol, 2008, 59(6): 332 - 334.

[7] Oertel J M, Schroeder H W, Gaab M R. Endoscopic stomy of the septum pellucidum: indications, technique, and results[J]. Neurosurgery, 2009, 64(3): 482 - 493.

[8] 周章明, 涂汉军, 袁先厚, 等. 透明隔囊肿的神经内镜手术治疗[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(12): 1048 - 1049.

[9] 詹升金, 李昭杰. 透明隔囊肿的神经内窥镜治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2000, 5(2): 75 - 77.

(**收稿**:2009-08-12;**修回**:2009-10-13)

(编辑 龙 亮)