

Giải Phẫu Động Kinh (Epilepsy Surgery)

Giải phẫu vẫn thường được xem là cách điều trị cuối cùng. Tuy nhiên, điều này không đúng và giải phẫu có thể giảm bớt được nhiều hoặc kiểm soát được những cơn động kinh cho các bệnh nhân đã được đánh giá chọn lọc kỹ để thực hiện phương thức này. Giải phẫu vẫn chưa được áp dụng nhiều trong việc kiểm soát động kinh cho cả người lớn lẫn trẻ em.

Giải phẫu kiểm soát động kinh là gì?

Đây là loại giải phẫu nhằm giảm bớt hoặc kiểm soát những cơn động kinh. Có thể thực hiện nhiều loại giải phẫu. Thông thường nhất là cắt bỏ một khu vực vỏ não (focal cortical resection) gây động kinh. Nếu phải giải phẫu cắt bỏ trọn một thùy não thì gọi là lobectomy. Nếu khu vực não gây động kinh gồm nhiều hơn một thùy não hoặc một bên não (bán cầu não) thì cần giải phẫu nhiều hơn gọi là cắt bỏ đa thùy hay cắt bỏ bán cầu. Cắt bỏ bán cầu gồm cắt rời một bên não (cắt bán cầu chức năng), hoặc cắt bỏ một khu vực vỏ lớn ở một bên não (hemidecortication), hoặc trong một vài trường hợp hiếm khi phải thực hiện là cắt bỏ hoàn toàn một bán cầu (anatomic hemispherectomy). Tại đa số các trung tâm giải phẫu kiểm soát động kinh ở Canada, cắt bán cầu chức năng là loại giải phẫu thông thường nhất. Ở các bệnh nhân bị động kinh xuất phát từ nhiều khu vực não bộ, và nhất là các bệnh nhân bất ngờ té ngã trong những lúc lên cơn động kinh thì sẽ được giải phẫu cắt rời bán cầu trái ra khỏi bán cầu phải và được gọi là cắt ngõ liên lạc giữa hai bán cầu (corpus callosum). Loại giải phẫu này có thể cắt rời hai phần ba ngõ liên lạc ở phía trước hoặc toàn bộ ngõ liên lạc giữa hai bán cầu.

Nếu động kinh phát xuất từ một khu vực quan trọng của não bộ như khu vực kiểm soát ngôn ngữ hoặc chức năng bàn tay thì không thể cắt các khu vực này và có thể thực hiện một phương thức được gọi là multiple subpial transections (MSTs) (cắt những đường dây thần kinh ngang ở lớp não ngoài). Cách này cắt đứt ngõ truyền điện gây động kinh nhưng không ảnh hưởng đến chức năng, do đó loại giải phẫu này không làm mất chức năng ngôn ngữ hoặc bàn tay.

Bệnh nhân nào thích hợp cho việc giải phẫu kiểm soát động kinh?

Nói chung, các bệnh nhân thích hợp cho việc cắt bỏ một khu vực trong não là bệnh nhân bị động kinh phát xuất từ một khu vực não có thể cắt bỏ được an toàn mà không gây vấn đề gì quan trọng cho bệnh nhân. Điều quan trọng là bệnh nhân phải được một bác sĩ chuyên khoa thần kinh đánh giá kỹ lưỡng và bác sĩ này được huấn luyện đặc biệt về động kinh và giải phẫu kiểm soát động kinh. Tại BC có các chương trình giải phẫu kiểm soát động kinh tại Bệnh Viện Nhi Đồng BC và Bệnh Viện Vancouver cho người lớn. Trong đa số trường hợp, bệnh nhân được đánh giá bằng cách theo dõi EEG bằng video khi nhập viện trong nhiều ngày để ghi lại những cơn động kinh tiêu biểu để bác sĩ chuyên khoa thần kinh có thể thẩm định khu vực nào trong não gây động kinh. Rọi hình cộng hưởng từ tính (MRI) có độ phân giải rõ nét là một phương tiện quan trọng giúp nhìn thấy chi tiết của cơ cấu não bộ. Tâm lý gia thần kinh có kinh nghiệm về động kinh cũng thẩm định về tâm lý thần kinh kỹ lưỡng về chức năng của não bộ như ngôn ngữ, trí nhớ, chú ý, và nhiều công việc khác. Khi thẩm định cho giải phẫu kiểm soát động kinh, bác sĩ tâm thần cũng được tham khảo, vì có thêm rủi ro bị trầm cảm, lo âu, và các chứng rối loạn tâm thần khác ở những người bị động kinh. Trong một số trường hợp, nếu những lần thẩm định sơ khởi này không cho biết được rõ ràng, bác sĩ chuyên khoa thần kinh sẽ đề nghị những loại thẩm dò khác như nội soi single photon emission computed tomography (SPECT) trong khi bị động kinh và trong thời gian giữa những lúc bị động kinh và đây là một phương tiện khác giúp nhận biết khu vực nào trong não gây động kinh. Phương pháp nội soi positron emission computer tomography (PET) cũng được dùng cho một số bệnh nhân nào đó. Có thể cần rọi MRI về chức năng cho một số bệnh nhân để thẩm định bán cầu chi phối ngôn ngữ và địa điểm trong bán cầu đó của những ngõ liên lạc ngôn ngữ, khu vực kiểm soát chức năng bàn tay, và ngõ liên lạc thị lực.) Có thể cần thử nghiệm sodium amytal (WADA) nếu có rủi ro đến trí nhớ khi giải phẫu. Sau khi đánh giá, toán giải phẫu kiểm soát động kinh sẽ họp để thảo luận kết quả và xét xem cách giải phẫu nào là tốt nhất. Ở đa số bệnh nhân, giải phẫu được hoạch định trong giai đoạn một.

Ở khoảng 20% bệnh nhân thì có thể không giải phẫu kiểm soát động kinh được vào lúc này. Đối với các bệnh

nhân này thì có thể cần phải giải phẫu để theo dõi EEG bằng cách dùng khung dưới màng cứng hoặc điện cực ghi EEG sâu bên trong não. Cách này là đặt các điện cực EEG trên mô não để tìm chính xác khu vực não gây động kinh.

Giải phẫu kiểm soát động kinh có các rủi ro gì?

Mỗi loại điều trị y khoa và giải phẫu đều có thể gây các tác dụng phụ. Mỗi bệnh nhân đều khác nhau và cần phải thẩm định tỷ lệ giữa lợi ích/rủi ro của mỗi bệnh nhân. Chứng động kinh khó điều trị y khoa có các rủi ro bị hoành hành liên tục và tử vong nên cần phải cân nhắc các rủi ro về giải phẫu với các rủi ro khi không kiểm soát được chứng động kinh nếu vẫn tiếp tục dùng thuốc.

Có các rủi ro chung có thể xảy ra trong bất cứ loại giải phẫu nào như bị biến chứng khi gây mê, chảy máu, và nhiễm trùng. Để tối giảm các rủi ro của việc truyền máu, bệnh nhân có thể tự hiến tặng máu của mình (truyền máu của chính bệnh nhân). Rủi ro nhiễm trùng khi giải phẫu não gồm có rủi ro viêm màng não (nhiễm trùng những lớp màng bao bọc não bộ). Sau khi giải phẫu có thể bị sưng não và đưa đến nhức đầu, ít chất muối (sodium) trong máu, và khó chịu. Bác sĩ giải phẫu có thể kê toa thuốc để giảm rủi ro bị sưng sau khi giải phẫu. Có trường hợp tuy hiếm khi xảy ra là bác sĩ giải phẫu có thể lỡ tay làm hư một mạch máu và do đó có thể gây đột quỵ. Giải phẫu kiểm soát động kinh cũng có các rủi ro cho riêng mỗi bệnh nhân tùy theo khu vực não bộ được cắt đi. Thí dụ, cắt thùy thái dương là một trong những loại giải phẫu kiểm soát động kinh thông thường nhất và có rủi ro bị suy yếu trí nhớ sau khi giải phẫu. Nếu ngõ liên lạc của khu vực thị lực cũng dính vào khu vực cắt đi, bệnh nhân có thể bị khiếm khuyết khu thị lực gồm một phần nhỏ, một phần tư, hoặc nửa khu thị lực (hemianopia). Nếu giải phẫu ở khu vực kiểm soát chức năng ngôn ngữ hoặc bàn tay, các chức năng này có thể bị khiếm khuyết sau khi giải phẫu. Nói chung, sẽ không giải phẫu khu vực não bộ quan trọng trong việc kiểm soát chức năng tiếng nói hoặc bàn tay trừ phi các rủi ro của những cơn động kinh gây ra nhiều đến mức khi giảm được những cơn động kinh đó thì có thể có ích lợi hơn nhiều so với các rủi ro. Ở trẻ nhỏ, khu vực não bộ kiểm soát tiếng nói có thể được cắt bỏ và ngôn ngữ có thể chuyển sang bán cầu hoặc bên kia của não. Cũng có rủi ro bị trầm cảm và hiếm hơn là bị rối loạn tâm thần sau khi giải phẫu một số loại nào đó để kiểm soát động kinh và một số người có thể có khuynh hướng di truyền phát bệnh tâm thần.

Sau khi giải phẫu bao lâu thì tôi biết được là có hiệu quả?

Những cơn động kinh xảy ra trong vài tuần hoặc tháng đầu sau khi giải phẫu không có nghĩa là giải phẫu không thành công. Nếu vẫn xảy ra những cơn động kinh sau khi giải phẫu từ ba đến sáu tháng, thì có thể cuộc giải phẫu đó đã không thành công hoàn toàn. Sau khi giải phẫu thì lâu dần sẽ có rủi ro lại bị động kinh lại và tình trạng này dễ xảy ra hơn nữa nếu nguyên nhân động kinh là một chứng rối loạn phát triển não bộ như loạn sản vỏ não (cortical dysplasia).

Quý vị có thể gia nhập BC Epilepsy Society để hưởng tất cả các quyền lợi về chương trình và dịch vụ.

#2500-900 West 8th Avenue, Vancouver, BC V5Z 1E5

Điện Thoại: (604) 875-6704 Fax: (604) 875-0617 info@bcepilepsy.com www.bcepilepsy.com