可逆性胼胝体压部病变综合征1例报告

 河南省焦作煤业集团中央医院神经内科 （454000）

 是明启 成红学 黄宝和

 可逆性胼胝体压部病变综合征（Reversible splenial lesion syndrome，RESLES）又称为伴有胼胝体压部可逆性病灶的临床轻微脑炎/脑病（Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion，MERS），是一种由各种病因引起累及胼胝体部的临床影像综合征，目前国内对该病的报道较少[1]，现将我院诊治的1例报道如下。

1. 临床资料

 患者，男，23岁，因“言语不清、四肢麻木无力4h”于2014年10月13日入院。4h前，患者正在矿井下工作时出现言语不清，感舌根发硬，说话含糊，流涎，四肢麻木无力，以左侧明显，能行走，无头痛、头晕、恶心、呕吐、复视、呛咳、抽搐等症状，约1h前症状缓解，。既往体健，吸烟4年，2支/天，少量饮酒，未婚。体检：体温 36.4℃，脉搏88次/分，呼吸20次/分，血压136/86mmHg，心肺无异常，肝脾未触及。神经系统：神志清，言语清，额纹对称，眼球活动灵活，瞳孔等大,直径3mm，光反射灵敏，口角无歪斜，伸舌居中，面部感觉正常，四肢肌力、肌张力正常，感觉正常，指鼻试验、跟膝胫试验均正常，昂白氏征(-)，腱反射（++），病理征(-)。入院后化验血常规、血糖、肝肾功能、电解质、心肌酶谱、血沉、超敏C-反应蛋白、甲状腺功能正常，抗核抗体谱正常，肿瘤标志物正常，心电图正常。脑脊液：压力115mmH2o，常规，颜色清，细胞数0，潘氏实验阴性，蛋白0.5g/L，糖3.2mmol/L，氯化物119，IgG指数1.01（正常<0.85），24小时鞘内合成率12mg/24h（正常-9.9—3.3mg/24h），寡克隆区带（-），水通道蛋白4抗体（-），髓鞘碱性蛋白1.3μg/L（正常<3.5μg/L）。头颅MRI：双侧颞顶枕白质区、胼胝体干及压部可见对称性斑片样稍长TI、稍长T2信号，FLAIR稍高信号，DWI（b=1000）呈高信号，ADC图呈低信号，增强后未见明显强化（图1）。胸部CT、颈、胸椎MRI无异常。

入院第2d，再次出现言语不清，四肢麻木无力，感觉胸闷，呼吸不畅，伴心慌、出汗，心率140次/分，约3h后症状缓解，因尿潴留，留置导尿。第3d再次发作，不言语，双上肢屈曲，下肢强直，肌张力增高，心率快，130次/分左右，出汗，双侧巴氏征（+），双侧踝阵挛（+），约30分钟后缓解， 24h动态脑电图监测发作期间未见癫痫波及慢波。第4d出现右侧肢体瘫痪，但言语清，左侧肢体活动正常，约5h后缓解。2014年10月18日开始给予甲泼尼龙1000mg，每天1次，冲击治疗5天，症状未再出现，病理征和踝阵挛（-），2014年10月24日头颅MRI病变明显消退（图2），11月1日复查头颅MRI病变完全消失。2014年11月6日出院，最后诊断：RESLES。出院后每3个月随访1次，每次均做头颅MRI无异常，共随访18个月无复发。

2 讨论

 RESLES 是一种常见于前驱感染后的轻微脑炎或脑病，临床症状无特异性，表现复杂多样，如嗜睡、谵妄、共济失调、眩晕和头痛等，在一个月内完全恢复，没有后遗症[2]，黄招君等[1]报道3例，首发表现均有发热，2例有头痛，入院前病情加重，恶心呕吐1例，步态不稳1例，癫痫发作1例。本文报道的1例没有前驱感染病史，发病后症状多变，每次出现症状均在数小时内缓解，如果没有病理征和踝阵挛，也为做MRI检查，临床上误以为是癔病或者TIA，但结合MRI表现及治疗结果，可以诊断为RESLES 。

RESLES 最早做为一种临床放射学诊断，表现为完全可逆的“孤立”的胼胝体压部病变，在MRI检查时发现胼胝体压部为等或稍长T1、长T2信号，FLAIR上稍高信号，DWI上高信号，ADC表现为低信号，一般没有强化。近年也报道，RESLES 中某些患者除了胼胝体压部病变，在额叶白质也有对称性的可逆性病变[3、4]，说明RESLES在影像学的病变范围扩大了，Kitami M等[5]报道1例病变范围波及放射冠和内囊。本文报道的1例除了胼胝体压部还波及其它部位，病变呈双侧对称，于发病10d后复查MRI病灶就明显消退，3周内MRI病灶完全消失，未留软化灶，可以确诊RESLES。

Garcia-Monco[6]等在2011年提出了RESLES的诊断标准:① 患者有神经功能系统受损；② 头颅MRI可见胼胝体压部病变，且在随访过程中完全消失或显著改善；③ 伴有或不伴胼胝体以外的病变。他们认为胼胝体以外的其它部位病变并不排除RESLES的诊断，只要主要病变位于胼胝体压部就需考虑RESLES的可能。

RESLES最常见于病毒感染（轮状病毒、麻疹病毒、腺病毒、尤其是流感病毒），少数为细菌感染[7]。发病机制不清，Tada等[2]推测可能与髓鞘内水肿和炎性浸润有关，治疗方面无特殊性，预后良好。因此，本病的早期诊断取决于早做MRI检查及对RESLES影像学特点的认识，只有认识RESLES的影像学特殊性，才能避免误诊及不适当的治疗，本例在刚入院时根据MRI表现曾考虑肾上腺脑白质营养不良，经治疗及复查后才认识到此病例为RESLES。

参考文献

[1] 黄招君，周美鸿，王博，等.可逆性胼胝体压部病变综合征3例患者临床特点分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志，2014，21：16-19

[2] Tada H，Takanashi J，Barkovich AJ，et al. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion[J].Neurology，2004，63：1854–1858.

[3] Takanashi J，Barkovich AJ， Shiihara T，et al. Widening spectrum of a reversible splenial lesion with transiently reduced diffusion[J]. AJNR Am J Neuroradiol，2006， 27：836–838

[4] Cho JS，Ha SW，Han YS，et al. Mild encephalopathy with reversible lesion in the splenium of the corpus callosum and bilateral frontal white matter[J].J Clin Neurol 2007， 3：53–56.

# [5] Kitami M, Kubo S, Nakamura S，et al. Acute urinary retention in a 23-year-old woman with mild encephalopathy with a reversible splenial lesion：a case report. J Med Case Rep. 2011 Apr 20, 2011 ，5：159.

[6] Garcia-Monco JC，Cortina IE， Ferreira E，et al. Reversible splenial lesion syndrome (RESLES)：what is in aname?[J].J Neuroimaging，2011，21：1—14

[7] Okamoto T，Sato Y，Yamazaki T，et al.Hayashi A. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion associated with febrile urinary tract infection[J]. Eur J Pediatr. 2014，173:533–536.