

図説脳神経外科

顔面けいれん

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経病態制御外科学（脳神経外科）

八代一孝、新納正毅、有田和徳

病態

顔面けいれんは片側顔面筋の無痛性の不随意的な間欠的収縮である。中年以降に多く、発生率は人口10万人に対して年間3.5～5人である。男女比は1:2で女性に多い¹⁾。原因のうち圧倒的に多いのは顔面神経起始部(REZ)での血管による圧迫である。原因血管は前下小脳動脈、後下小脳動脈、椎骨動脈などである。まれに腫瘍による圧迫が原因となることがある。

診断

圧迫血管の同定にはhigh resolution MRIを用いたSpoiled Grass(SPGR)法やreversed T2 imageが有用である(図1)。鑑別すべき疾患としては本態性眼瞼痙攣、Meige症候群、麻痺後顔面痙攣などがある。

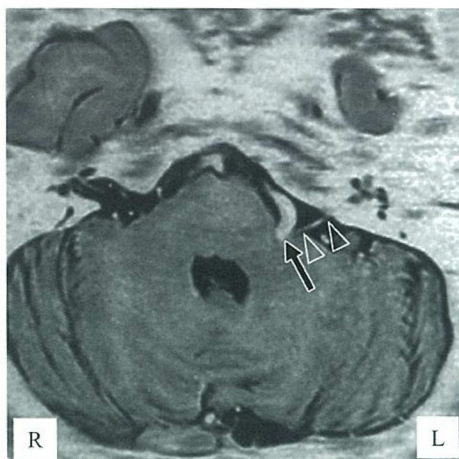


図1. MRI(reverse T2 水平断像)、矢印: 椎骨動脈と後下小脳動脈起始部による顔面神経起始部(REZ)の圧迫。矢頭: 顔面神経。

治療

内服薬としてはminor tranquilizer、抗痙攣剤、パクロフェンなどが用いられることがあるが効果は少ない。顔面神経ブロックは麻痺が生じるため現実的ではない。ボツリヌス毒素の顔面筋内注入は90%の症例に有効であるが、数ヶ月置きに注入を繰り返さなければならない。根治療法は、圧迫血管の剥離、移動、固定による神経血管減圧手術である。約8-9割で長期的寛解が得られる²⁾。合併症としては顔面神経麻痺、聴力障害などがある。

症例

38歳男性。4年前から左顔面痙攣が出現。次第に増悪。MRIで左椎骨動脈ならびに後下小脳動脈の起始部が左顔面神経の起始部(REZ)を強く圧迫しているのが確認できた(図1)。手術は右向き側臥位として、左耳介後部に約4.5cmの皮膚切開を加えた(図2)。乳様突起後方に長径約3cmの橢円形の小開頭を行い、硬膜を切開した(図3)。髄液を吸引しながら頸静脈孔方向に向かい、舌咽・迷走神経を小脳片葉から剥離し(図4, 5)、小脳片葉を挙上すると第8脳神経の奥に椎骨動脈と後下小脳動脈の起始部が認められた(図6)。椎骨動脈をゆっくりと外側下方に移動させると椎骨動脈によって強く圧迫され、菲薄化した顔面神経が認

められた(図7)。椎骨動脈と後下小脳動脈起始部をfibrin糊、Teflon slingで錐体硬膜に付着させ、顔面神経に対する除圧を達成した(図8)。手術後5日目から顔面痙攣は消失している。

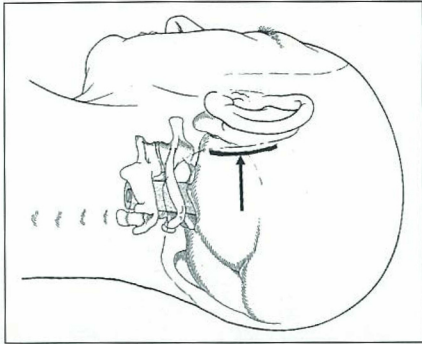


図2. 皮膚切開(矢印)。

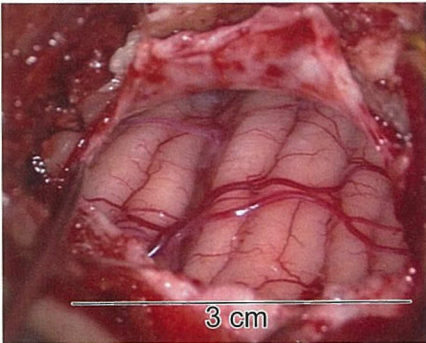


図3. 硬膜切開。

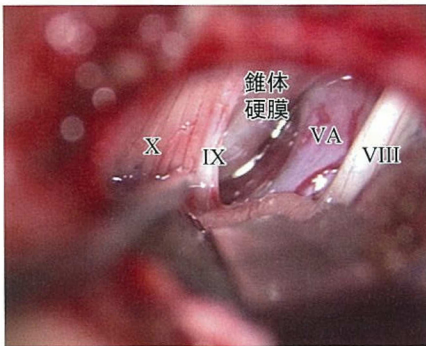


図4. 舌咽・迷走神経と小脳片葉の剥離, VIII: 聴神経、IX: 舌咽神経、X: 迷走神経、VA: 椎骨動脈。

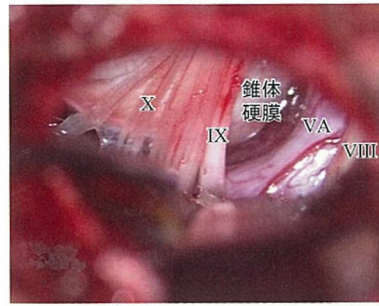


図5. 舌咽・迷走神経と小脳片葉の剥離を進める。

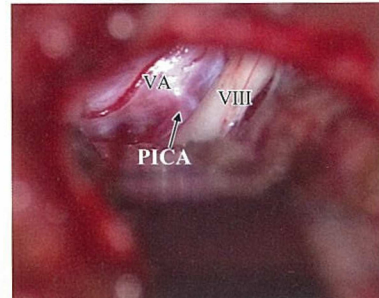


図6. 聴神経(VIII)の前方で後下小脳動脈(PICA)起始部をとらえる。

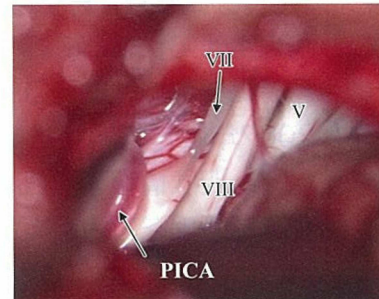


図7. 椎骨動脈を外側下方に移動すると、圧迫されていた顔面神経が認められた。V: 三叉神経。VII: 顔面神経

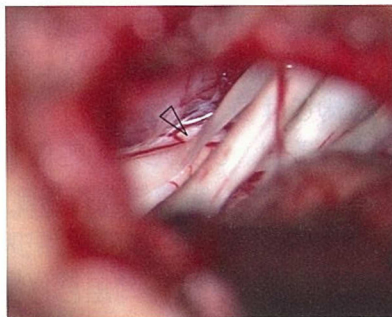


図8. 顔面神経に対する除圧を完成。矢頭: 顔面神経上に残った圧痕。

文献

1) Auger RG, Whisnant JP: Hemifacial spasm in Rochester and Olmsted County, Minnesota, 1960 to 1984. Arch Neurol 47: 1233-1234, 1990

2) Kondo A: Follow-up results of microvascular decompression in trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. Neurosurgery 40: 46-51, 1997