

図説脳神経外科

(第20回)

開瞼の困難を呈した片側顔面痙攣の一例

鹿児島大学医歯学総合研究科脳神経病態制御外科学(脳神経外科)

久保文克、永山哲也、有田和徳

はじめに

片側顔面けいれんは顔面神経起始部(root exit zone, REZ)での血管による圧迫によって起こる¹⁾。多くは眼輪筋の収縮からはじまり、数ヶ月から数年のうちに口輪筋の収縮が加わる。進行すれば広頸筋の収縮を伴うこともある²⁾。けいれん発作が強い時は、片側の開瞼が制限され、読書や車の運転も困難になる。自験の顔面痙攣63例では、一過性のもも含めれば、一側の開瞼困難は約20%に認められた。今回我々は、ほとんど常時開瞼の困難を呈した症例を経験したので報告する。

症例

62歳女性。7年前から右顔面痙攣が出現。近医を受診したが、手術の合併症を強調されたために放置していた。痙攣は次第に憎悪し、日中の半分以上の時間痙攣が出現し、何かをしようとする意図するときは常に開瞼障害を呈するまでとなった(図1)。MRIで右前下・後下小脳動脈(AICA-PICA)が顔面神経起始部(REZ)に強く圧迫しているのが確認できた(図2)。右耳介後部の5 cm

の皮膚切開、乳様突起後方の長径約3 cmの小開頭を通して神経血管減圧手術を行った。舌咽・迷走神経を小脳片葉と剥離し小脳片葉を挙上すると、AICA-PICAが二本に分岐する部分でloopを形成し、顔面神経REZの最尾側を強く圧迫しているのが確認できた(図3)。このAICA-PICAの分岐部を顔面神経REZから剥離し挙上し、橋とAICA-PICAの分岐部の間にテフロン線維塊を挿入し、フィブリン糊で固定した(図4)。手術直後から顔面痙攣は消失した(図5)。手術による合併症は認められなかった。術後7カ月目の現在、顔面痙攣の再発はない。MRIでも除圧の達成が確認できる(図6)。

文献

- 1) Jannetta PJ, et al: Etiology and definitive microsurgical treatment of facial spasm. Operative technique and results in 47 patients. J Neurosurg 47:321-328, 1977
- 2) 永廣信治: 顔面痙攣 - 診断・手術の基本および合併症 - 近藤明恵 編 脳神経減圧術、サイメッド・パブリケーション、東京、2002, pp31-45

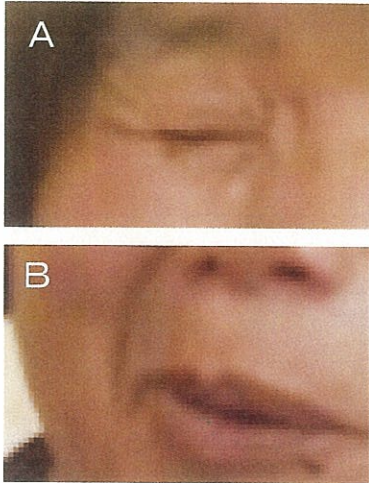


図1. 患者顔貌(術前)。強い痙攣のため、開眼が障害されている。患者の承諾を得て掲載するが、プライバシーに配慮し、眼輪筋周囲(A)、口輪筋周囲(B)のみを呈示する。

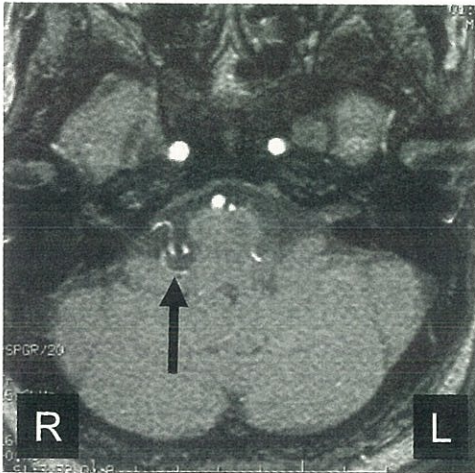


図2. 術前MRI水平断像。顔面神経起始部(REZ)に前下・後下小脳動脈が強い圧迫を加えている(矢印)

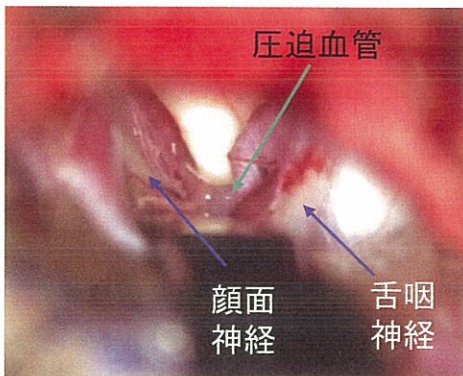


図3. 術中写真。顔面神経起始部(REZ)を動脈のloopが圧迫しているのがわかる

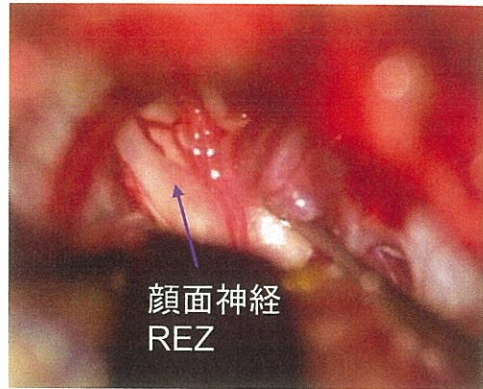


図4. 除圧完成直後、顔面神経起始部(REZ)は動脈の圧迫から解放されている。

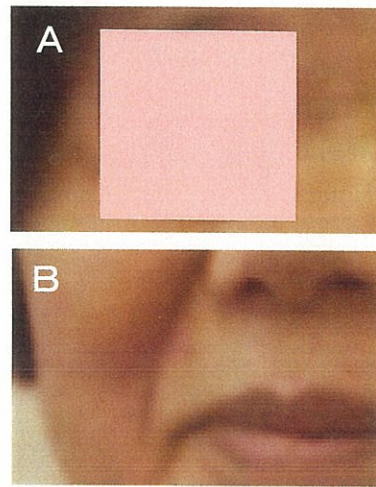


図5. 患者顔貌(術後)。眼輪筋周囲(A)、口輪筋周囲(B)。手術直後から痙攣は認められていない。

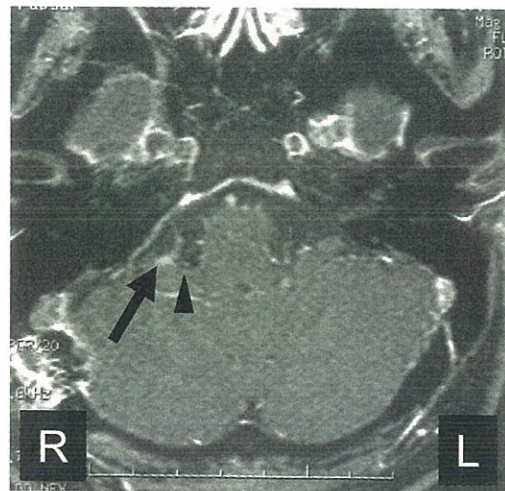


図6. 術後MRI水平断像。前下・後下小脳動脈(矢印)は顔面神経起始部(REZ、矢頭)から外側に移動されている。