

図説脳神経外科

(第26回)

舌咽神経痛

鹿児島大学医歯学総合研究科脳神経外科学

内田 裕之、有田 和徳

広島赤十字・原爆病院脳神経外科

隅田 昌之、竹下 真一郎

はじめに

舌咽神経痛は、三叉神経痛と同様に同神経に対する血管性の圧迫によって、舌の奥、咽頭の痛みが起きるものである。稀に腫瘍性の圧迫でも起こることがある。耳から始まり咽頭に放散する痛みのパターンや咽頭から始まり耳に放散する痛みのパターンもある。痛みは特に嚥下時に誘発されるが、咀嚼、あくび、くしゃみ、会話でも誘発される。

薬物療法としてはカルバマゼピンが用いられる。薬物療法でのコントロールが困難な症例では従来、末梢での神経切断やブロックが行われてきたが、疼痛の再発は裂けられない。近年はMRIによって、圧迫血管の同定が容易となったため、根治療法である神経血管減圧術が行われるようになり、高い治癒率が得られている^{1,2)}。

症例

42歳男性、約3カ月前から左咽頭-喉頭部痛が出現、痛みは次第に増悪した。嚥下によって痛みが誘発され、摂食が困難となっていた。テグレトールの効果は乏しかった。術前MRIでは橋・延髄移行部に食い込むような後下小脳動脈のループが確認された(図1)。嚥下機能は正常であった。

左耳介後部に5cmの弧状切開を加え(図2)、乳様突起後方に長径約3cmの小開頭を行った(図3)。開窓部の前縁にS状静脈洞

下端を露出した。小脳片葉の下方で舌咽・迷走神経と小脳半球前面との間の剥離を進めた。舌咽・迷走神経を脳幹への入口(REZ, root entry zone)まで十分に露出すると(図4)、椎骨動脈から分岐した後下小脳動脈が舌咽神経REZを強く圧迫しているのが認められた(図5)。この後下小脳動脈のループを舌咽神経REZから剥離してゆっくり挙上し、loopにテフロンテープでかけて(図6)、錐体硬膜に固定した。これによって、舌咽神経REZは後下小脳動脈による圧迫から解除された(図7)。手術直後から咽頭・喉頭部痛は消失し、経口摂取が可能になった。MRIでも減圧の達成が確認できる(図8)。

結語

舌咽神経痛の頻度は三叉神経痛の1/10と稀であるが、痛みのために摂食困難に陥ることがあり、早期に根治手術を施行すべきである。

文献

- 1) Resnick D, et al: Microvascular decompression of glossopharyngeal neuralgia. Neurosurgery 36: 64-69, 1995
- 2) Kondo A: Follow-up results of using microvascular decompression for treatment of glossopharyngeal neuralgia. J Neurosurg 88: 221-225, 1998

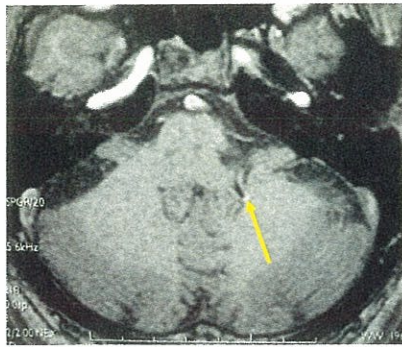


図1. 術前MRI、左後下小脳動脈のループが橋・延髄移行部を強く圧迫しているのが認められる(矢印)。



図2. 皮膚切開(赤線)。点線は乳突切痕

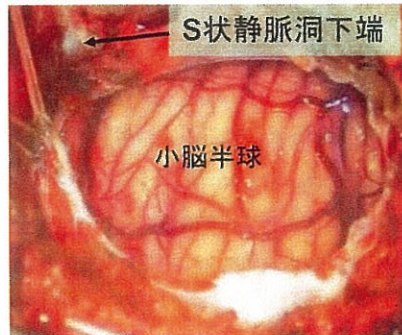


図3. 開頭範囲。開窓部の前方にS状静脈洞が認められる。

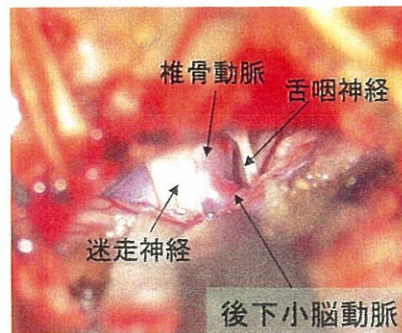


図4. 舌咽神経、迷走神経、後下小脳動脈分岐部が確認できる。



図5. 後下小脳動脈のループが舌咽神経出口(REZ)を圧迫しているのが確認できる。

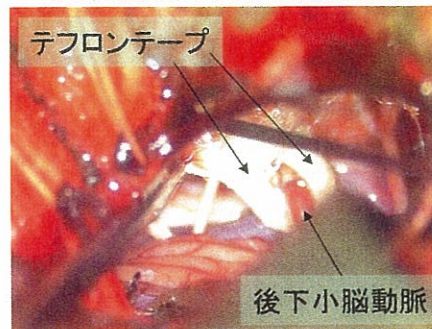


図6. 後下小脳動脈のループを舌咽神経REZから剥離して、テフロンテープで硬膜面に固定。

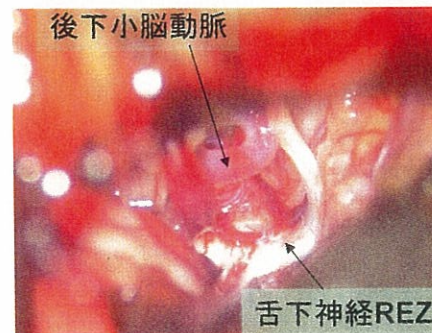


図7. 減圧術後。舌咽神経REZは後下小脳動脈による圧迫から解除されている。

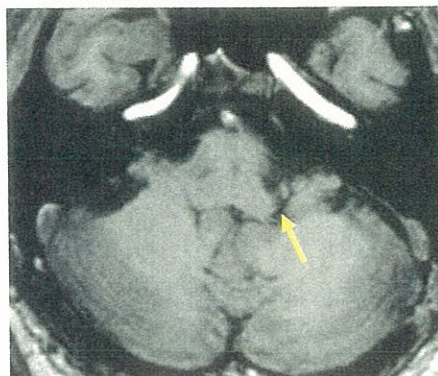


図8. 手術後MRI。左後下小脳動脈のループが橋・延髄移行部から移動されている。