

図説脳神経外科

(第37回)

再発三叉神経痛に対する手術療法

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

花谷 亮典、永山 哲也、有田 和徳

はじめに

三叉神経痛の大部分は、三叉神経が脳幹に入る部分(REZ: root entry zone)に対する動脈性圧迫が原因となって起こる。三叉神経痛に対する根治治療は、REZに対する動脈性の圧迫を除去する神経血管減圧手術である。顕微鏡下、圧迫血管を三叉神経REZから剥離し、小脳天幕側に大きく移動して固定すれば根治が得られる。この方法をdislocation法と呼び、現在本邦で広く普及している方法である。しかし、Janetta PJの神経血管減圧手術の原法は、圧迫血管をあまり移動することなく、圧迫血管と三叉神経REZの間に詰め物(prosthesis)を挿入する方法であった。本邦でも、10年ほど前までの神経血管減圧手術では、prosthesisを挿入する方法が主流であり、欧米では未だに多くの術者が、この方法を採用している。しかし、この方法では、prosthesis自身が、圧迫要素となって、三叉神経痛が再発しやすいことが知られている。他院で行われたprosthesis法による神経血管減圧手術の数年後に再発した症例の治療経験を報告する。

症 例

56歳男性。13年前に左三叉神経痛に対し、北陸地方の脳外科病院で神経血管減圧

手術が施行され、その2年後に再発したために、同院で再手術を受けた。その後、再び顔面痛が出現したために、ガンマナイフによる三叉神経根に対する定位放射線治療(80Gy)を受けたが、最近、再び顔面痛が出現してきた。MRIでは左三叉神経REZに対する動脈性の圧迫は認められなかったが、三叉神経REZの内側にprosthesisと思われる陰影が認められた(図1, 2)。再々度の手術では先行の手術痕を利用して左耳介後部に長径約3cmの小開頭を行った。小脳水平裂を開放すると(図3)、三叉神経REZに食い込むようにテフロン線維塊が認められた(図4)。このテフロン線維塊は三叉神経に固着していたが、顕微鏡下、三叉神経と脳幹から丁寧に剥離し、除去した(図5, 6, 7)。手術後、顔面痛は消失した。手術後のCTでもprosthesisの消失が確認できる(図8)。

結 語

旧来の方法で実施された三叉神経痛に対する神経血管減圧手術では、挿入されたprosthesis自身が三叉神経痛再発の原因になることが知られている^{1, 2)}。Prosthesisは周囲に肉芽組織伴い、三叉神経や脳幹に強く固着していることが多いが、精緻な手術を行い、prosthesisを除去することによって、再度の寛解を得る事が可能である¹⁾。

文献

1) Amador N, et al: Repeat posterior fossa exploration for patients with persistent or recurrent idiopathic trigeminal neuralgia. J Neurosurg 108:916-920, 2008.

2) Kureshi SA, et al: Posterior fossa reexploration for persistent persistent or recurrent trigeminal neuralgia of hemifacial spasm: surgical findings and therapeutic implications. Neurosurgery 43: 1111-1117, 1998.



図1. 手術前CT: 左三叉神経内側に不整形の高吸収域が認められる(矢印)



図2. 手術前MRI: 左三叉神経REZに食い込む線維塊が認められる(矢印)

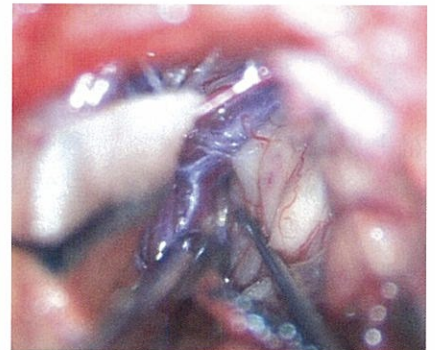


図3. 手術所見: 左小脳半球の水平裂を開放

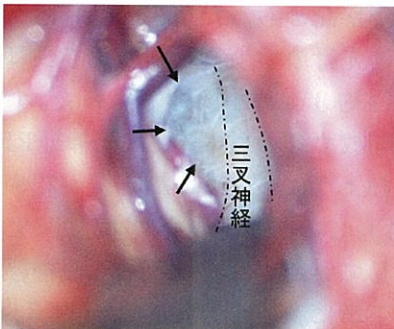


図4. 手術所見: 左三叉神経の根元(REZ)(破線)に食い込むテフロン線維塊(矢印)が認められる

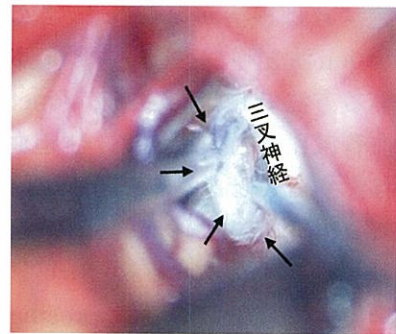


図5. 手術所見: テフロン線維塊(矢印)を三叉神経から剥離

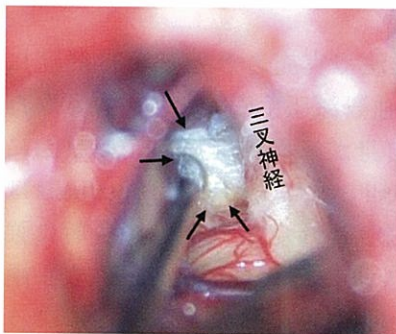


図6. 手術所見: テフロン線維塊(矢印)を三叉神経から切除

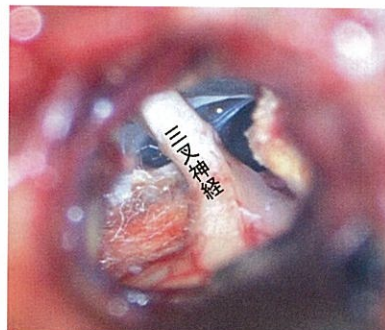


図7. 手術所見: 手術終了時. 三叉神経周囲に圧迫要素は認められない



図8. 手術後CT: 手術前に認められたテフロン線維塊の高吸収域は消失している