



図説脳神経外科

(第78回)

再発片側顔面痙攣に対する微小血管減圧術

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

菅田 淳、田中 俊一、菅田 真生、花谷 亮典、有田 和徳

【はじめに】

片側顔面痙攣は、顔面神経の支配筋に痙攣性の不随意運動が片側性・発作性に生じる疾患である。顔面神経への動脈圧迫が原因となることが多く、責任血管として後下小脳動脈や前下小脳動脈の頻度が高い。顔面けいれんが生じるのは、脳幹から顔面神経が分岐する部位 (root exit zone: REZ) を血管が圧迫している場合に限られる。これは解剖学的に REZ は神経鞘を有さないため、圧迫が神経への電気信号として入力されるためと考えられている。したがって、顔面神経末梢部の動脈圧迫があっても顔面痙攣を生ずることはない。治療は、抗てんかん薬を用いた薬物療法、及び対症療法としてボツリヌス毒素治療があるが、その効果の程度・期間は限られる。圧迫血管が確認された場合、手術が根治的な治療となり、微小血管減圧術により90%程度の寛解率が得られる[1]。

一方で5～9%の術後再発率が報告されており、再発時期については様々な報告がなされている。再発の原因として、1) 顔面神経 REZ と圧迫血管の間に挿入されたテフロンなどのプロテーゼによる癒着、2) 圧迫血管の REZ からの遊離が不十分、3) 圧迫血管が複数存在、などが想定される[2]。再手術は、癒着等の問題によってリスクが高くなることが知られているが、症

状によって社会生活が大きく制約される場合もあり、患者自身の要望をよく拝聴して手術適応を検討している。

【症 例】

30歳代、女性。20歳頃から右眼瞼・口角周囲の痙攣が出現し、薬物療法にも関わらず症状が増悪した。片側顔面痙攣の診断を受け、20歳代に他院脳神経外科で微小血管減圧術が施行され、顔面神経 REZ を圧迫する右前下小脳動脈を移動し、硬膜面にテフロン繊維で固定されている。術直後より痙攣は消失し、以後10年間の症状再発は認めなかった。初回手術より8年が経過した頃に髄膜炎を罹患し、その2年後(初回手術から10年後)頃から、前回同様の右眼瞼・口角周囲の痙攣を自覚。徐々に発作頻度が増悪したため、当院に紹介受診となった。頭部 MRI では、右後下小脳動脈による右顔面神経 REZ の圧迫が明らかであった(図1)。本人より再手術の強い希望があり、2回目の微小血管減圧術を施行した。術中所見では、初回手術後に加えて、脳炎後の状況に相応するくも膜の肥厚と癒着が認められた。前回の固定痕と、右後下小脳動脈の REZ への陥入が確認された(図2、3)。髄膜炎を契機に、くも膜の癒着が生じて責任血管が牽引されることにより、固定が解除され再度 REZ へ圧迫が加わった事が推測された。

同血管を錐体骨硬膜面に移動し、テフロン繊維とフィブリン糊を用いて固定した(図4)。手術終了時点より顔面痙攣は消失し、現在も再発は認めていない。

【参考文献】

- [1] Barker FG 2nd, et al. N Engl J Med 334: 1077-1083, 1996
- [2] 近藤 明恵. 脳神経外科ジャーナル 14: 93-98, 2005

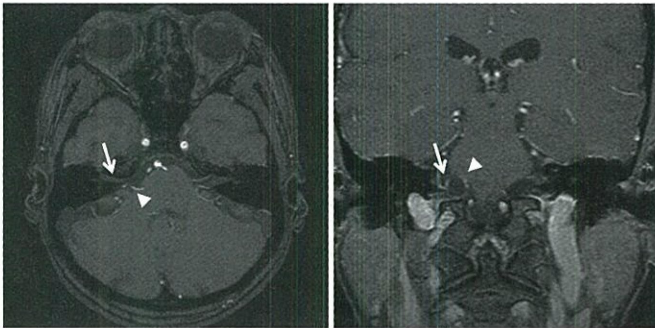


図1. 術前MRI
右後下小脳動脈(矢頭)により、顔面神経流出部が強く圧迫される(矢印)。

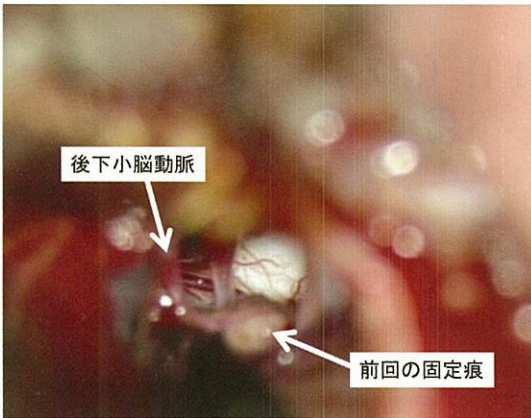


図2. 前回の固定痕が確認される。

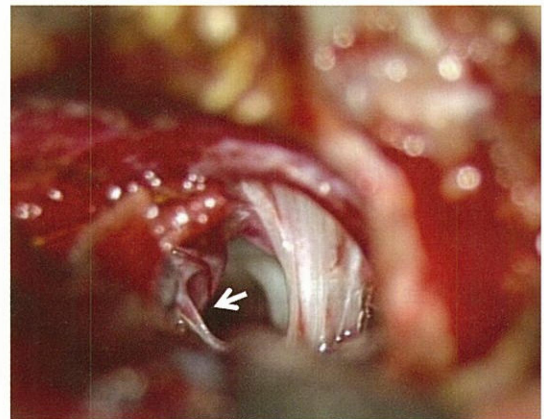


図3. 右後下小脳動脈(矢印)のREZへの陥入が確認された。

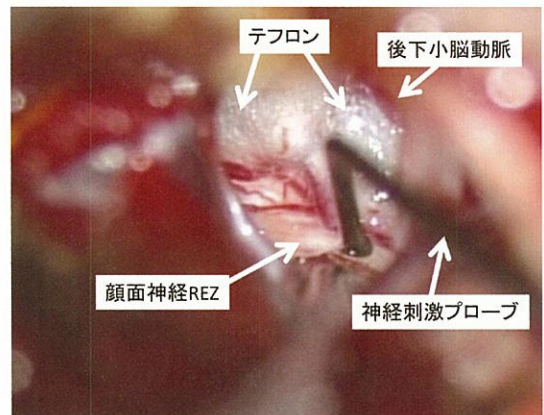


図4. REZへの圧迫血管である右後下動脈を移動し、錐体骨硬膜面に固定。電気刺激により顔面神経REZを同定し、完全に圧迫が解除されていることを確認した。