

べき点が推察されたので報告した。

症例は59歳(初診時)女性。4年前左眼瞼けいれんが出現, 進行しHFSとなり, 平成13年(2001年)3月29日当科紹介受診。頻回に開眼できないくらいの左顔面けいれんを認める。HFS以外, 聴覚を含め神経学的に特記すべき所見なし。CT, MRにて器質的病変なし。脳血管撮影ではAICAのループがREZの位置にあるように思えた。平成13年6月26日MVD施行。REZにAICAが圧迫しているのを確認し, AICAとbrain-stemの間にTeflon Feltを当て, 少量のFibrin glueにて固定, AICAから顔面神経(VII n.) REZを減圧した。術直後からHFSは全く消失。聴覚を含め神経学的に異常なし。約2年10ヶ月後の平成16年4月頃より左眼瞼, 左口角のけいれんが再度出現。次第に増強。5月11日当科再受診。聴覚を含め神経学的に特記すべき所見なし。CT上, Teflon Feltの位置は前回術後と変わらず。ご本人, ご家族の強い希望あり, 同年7月13日再手術。ABR以外に今回はAMR monitoringも施行。2回目の手術所見では, 初回手術でのVII n. REZの減圧は完全になされていたが, REZより遠位部で, 初回手術で移動したAICAがVII n.を改めて圧迫していた。この血管をAMR monitoringしながらVII n.から離すと, それまで出ていたAMRが消失。ここが原因と考えられた。この部でVII n.とAICAの間にTeflonを入れて減圧し, 手術を終えた。術後軽度の末梢性顔面神経麻痺が認められたが, 徐々に回復。HFSは消失。現在(平成16年12月)のところHFSなし。初回手術のビデオを検討したが, 今回の圧迫部位は初回手術時には完全に神経から離れていた。文献的に術後再発MVDの報告を渉猟したが, 同じような報告は見あたらなかった。

【まとめ】2年10ヶ月後に再発したHFS症例の初回と2回目のMVD手術ビデオ所見を比較したところ, 再発は初回のREZではなく, 初回完全に移動された同じ血管が年齢と共に徐々に移動し, REZより遠位部でVII n.を改めて圧迫したことが原因と考えられた。再発させる機序として, REZより遠位部での再度の圧迫があることを念頭に入

れておくべきなのかもしれない。この責任部位の確認には術中AMR monitoringが非常に有効であった。

10 脳神経減圧術のDos and Don'ts

川口 正・小林 勉・富川 勝
村上 博淳・福多 真史*・高尾 哲郎*
田中 隆一*・佐藤 光弥**
長岡赤十字病院脳神経外科
新潟大学脳研究所脳神経外科*
北日本脳神経外科病院脳神経外科**

脳神経減圧術は, すでに機能外科であり治癒率100%, 再発・合併症なしが要求される。そのためには診断, 手術適応, 手術手技の精度が重要である。近年の画像進歩で血管撮影は不要になり, MRI-CISS, 3DCTAが主流であるが, 適応はあくまでも臨床診断が優先される。特に三叉神経痛では動脈の圧迫のほか, 静脈の関与も少なくなく, 周囲のくも膜の癒着, 神経軸の変位も原因として重要視されている。かつてはREZでのprosthesisによるinterpositionが主流であったが, 再発の原因になることが多く近年では責任血管のtranspositionが主流であり, その方法はいろいろ工夫されている。術中のABRは必須のモニタリングである。また顔面けいれんでの困難例(椎骨動脈が関与している場合や末梢での圧迫(貫通型)例)では異常筋電図モニターが有用である。またcyanoacrylate使用例での解離性動脈瘤・偽動脈瘤による死亡例が報告されている。GKSによる三神経痛の治療も盛んに行われているが, その治療効果はまだ十分ではない。今後も脳神経減圧術はより一層の工夫と手術の習熟が重要である。