

あった。術中に AMR の消失が確認できた症例が 53 例、振幅が減少したものの残存した症例が 6 例、全く変化がなかった症例が 1 例であった。AMR が消失した 53 例中 50 例 (94%) で、振幅が減少した 6 例中 5 例 (83%) で、それぞれ術後に HFS が完治した。1 例は術中 AMR が変化しなかったにもかかわらず、術後に HFS は消失した。以上の所見より、術中 AMR 所見と予後の関係においては sensitivity が (55/59, 93%)、false negative が (1/56, 1.8%) であった。個々の症例においては、顔面神経末梢部での圧迫例や複数の責任血管が関与する例で術中 AMR の所見が確実な減圧の指標となった。HFS に対する血管減圧術中の AMR モニタリングは治療成績を向上させる上で有用であると思われた。

36 若年性顔面痙攣に対する手術治療

畑山 徹・伊藤 勝博*・鈴木 重晴*
青森市民病院
同 脳神経外科*

【目的】片側顔面痙攣の若年発症は稀であるが、頭蓋骨奇形に伴って発症し、Microvascular decompression (MVD) にて治癒した 16 歳女性の症例を経験したため、その特異的な所見と治療方法について検討した。

〔症例〕生下時より Klippel-Feil 症候群および片肺無形成などの合併奇形が指摘されていたが、知能や発育には問題なく、普通高校に進学していた。14 歳頃より右顔面痙攣が出現し、次第に増悪したため、発症より約 2 年後に当科を受診した。痙攣症状は典型的であったが、画像所見では頭蓋骨の非対称な変形と右後頭蓋窩の狭小化を認め、手術は右外側後頭下開頭にて行い、硬膜切開後に小脳表面の著しい膨隆を認め、lateral cerebellum-medullary cistern の開放に難渋した。後頭蓋窩には異常な骨棘も認め、小脳橋角部槽の構造物が通常より以上に近接化していた。顔面神経の root exit zone は前下小脳動脈の分枝によって圧迫されていたため、この動脈を錐体骨側硬膜に固定して顔面神経を減圧した。術後に痙攣は消失

し、新たな神経学的症状の出現も認めなかった。

【結論】動脈硬化性変化のない若年者に、顔面痙攣などの脳神経圧迫症候群が発症することは稀であるが、狭頭症やクモ膜肥厚などの関与によって、成人例と同様の機序での痙攣症状が起こりうる。その際の MVD は、狭小化した空間での操作となるが、適切な減圧操作が行われれば、成人と同程度の高い治療効果が得られるものと思われた。

37 顔面痙攣手術における手技の工夫 特に鋭的な広範囲くも膜切開法について

斎藤伸二郎・嘉山 孝正・毛利 渉
片倉 康喜

山形大学医学部脳神経外科

顔面神経の root exit zone (REZ) を展開する際の過度の retraction 避けるために行っている我々の広範囲くも膜切開法の方法について紹介する。

体位は腹臥位とし、S 状静脈洞に沿った縦長の骨窓を設け、より尾側からアプローチした。くも膜切開を大槽から錐体静脈周囲まで鋭的・広範囲に行った後、cerebello-medullary junction を開放し、舌咽・迷走神経の REZ まで完全に開放し、小脳片葉と聴神経背面のくも膜を尾側から剥離した。脳莖は手前頭側向きに引いた。また、血管移動を容易に行うため、圧迫血管の剥離も可及的広範囲に行った。穿通枝を温存すべく、これらの操作は鋭的に行い、神経の減圧はスポンジ片を血管と脳幹の間に挿入した。

6 年間に 25 例の顔面痙攣例に本法を行った。全例、無理なく REZ が展開され、確実な減圧が可能であった。特に、椎骨動脈を移動させる必要のある例、圧迫血管が pontomedullary sulcus に食い込んでいる例および再手術で癒着の強い例などに有用であった。

本法は必ずしも全症例に必要なではないが、どの症例でも安全確実に神経減圧術を行うためには良い方法と考えられる。