臨床ノート

ベル麻痺に於ける手術適示決意のポイント

—担当 小池吉郎 教授—

—最近の趨勢について—

小 池 吉 郎

ベル麻痺に対する神経減荷手術の適示に就ての問題は、1970年、大阪で第2回、国際顔面神経外科会議で討論されて以来、数年間の間に、手術時期或はその手術効果等に就て多くの論争が行われて来た。元来ベル麻痺は、保存的治療で大多数が比較的良好に治癒するものであるが、約10%前後の症例で予後不良例が存在する事実から、この不良症例を如何にして改善すべきかと云ふ問題を外科的療法によって少しでも成績を向上させようとする為に考えられ手術法が顔面神経減荷術である。減荷術の発想は、顔面神経外科のパイオニアである Kettel, Miehke 等の当初のベル麻痺発症原因としての考えとして何らかの原因によって起った側頭骨内の顔面神経支配血管領域に於ける *angiospasm* による *ischemia* によるものであり、この浮腫による圧迫は、更に側頭骨内顔面神経管内の *ischemia* を助長し、更に血行状態の悪化を来す。しかもこの神経浮腫は主として莖乳突起の附近を中心とするので、発症後2ヶ月経過しても麻痺改善の徴候がなければ神経管垂直部の神経鞘露出により減圧が行われるべきであると云ふのが当初の支配的意見であった。然しながら、

その後の多くの人々の手術追試や、保存的療法との成績の比較、或は神経変性の早期診断法の発展から多くの問題が提示されて来た。又一方に於てベル麻痺の発症原因に関しても、*vasospasm* 説より *virus* 説や、多原因説も述べられる様になっておる。従って減荷手術の適用に関しても、当初 Miehke 等の述べる2ヶ月後説も、既に大部分神経変性が進展した時点での減圧効果を疑問視する人々が多くなって来た事実である。減荷手術法が、耳鼻咽喉科学に適用されて以来約30年の間にその適用の考え方に多くの変遷が起って来た。本項では、以上の事を踏まえて、多くの顔面神経の治療を経験されておる講師の方々に減圧術の適示に関する現時点に於ける各人の御意見を述べて戴くこととした。

読者の方々に御理解をしやすい様にする為に、過去約10年間に於て報告されておるベル麻痺の成因、早期診断並びに治療、減荷手術の適用の問題点等に就て最近の世界の動向に就て若干御紹介してみる。

1. ベル麻痺の成因に関して

1976年スイスのチューリッヒで行われた第三

The timing of facial nerve decompression in Bell's palsy.

Yoshiro Koike

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

回顔面神経外科会議でのベル麻痺の etiology 及び pathogenesis に関する panel discussion で、9年前、日本の大阪で行われた論争よりかなりの変遷が各論者より述べられており、何らかの原因により生じた側頭骨内顔面神経の ischemia 説は認められておるが、その引きがねとなる vasospasm の原因に就ては結論は出されていない。唯この discussion で注目されるのは、ビールス説がかなり有力視されつつある発言が多く、多くの成績が述べられておる。moderator の Mc Govern は、Dr. Proctor の病理組織学所見等から、ベル麻痺には、二つのタイプがあり、一つは interstitial neuritis の型と edematous neuropathy の型があり、これが臨床所見より区別出来ないと云ふ注目すべき発言がなされておる。Dr. Sáde は、ベル麻痺は、単一原因に基く疾患ではなく、忽ろ syndrome と考えるべきであり、これに関与する因子としては、ビールス感染、潜在性糖尿病、動脈硬化症等の血管病変が関与すると述べた。又過去に於て報告された減荷術に於ける病理組織所見からは、垂直部より膝状神経節までの浮腫状腫張及び出血、或は逆に全く所見のないもの等区々の報告があり、これ等が成因に関する疑問点の対象となっておる様である。

2. 診断及び治療に関して

古くから問題となるのは、難治症例の予測がベル麻痺発症早期に可能かと云ふ事であるが、現時点で、NET や electroneuronography (NEG) で成績が良好なものは、早期に回復するといふ事は、既に明確化されており問題はない。然し、これ等の検査が予後不良と診断されたもの（臨床的には約20%）が保存療法で、後遺症を多く残すか否かと云ふ問題となると、実際症例をみると、15~20%の予測不良群でその半数の10%位が後遺症を多く残すが、残りは、治癒期間は遷延するが、終局的には改善がかなり良好な群も存在する事も事実である。この約10%の予後不良群が減圧術の対象となるのか、若し対象となるとすればその手術時期は如何という

事が問題となる。保存的療法で効果があると云われるものの第一はステロイドの早期投与が一般的に認められており、統計的観察でも立証されておる。

3. 減荷術の手術適示とそのタイミングについて

Miehlke は2ヶ月を経ても回復しない症例を適応とし、Jongkees, McCabe, Hilger 等も手術適応には積極的である。しかし、1976年のチューリッヒの討論をみると、自然治癒過程との関連で反省が生じ、Taverner がステロイドの有効性を統計的に証明して以来、Jongkees 等はかなり慎重な発言をしておるが、早期手術に対する考えは変えていない。Adour はステロイドの効果を重視し、Ramsay-Hunt に対しても危険なしと述べておる。西ドイツでは、Miehlke 等は保存療法より手術の方が良いと述べておるが、ベル麻痺に対しては、大勢的には賛成する人が少ない様である。しかし、Pulec 等は、晩期手術を含めてベル麻痺に対する減圧療法を肯定して多く施行しておる。Fisch, Esslen 等はベル麻痺発症後7日目に90%以上の脱神経所見がNGである場合は適応としておる。その他 Alford はNETで脱神経所見発見後48時間以内に手術すべきであるとしておる。我が国では、柳原が3週間以内を手術時期としておる。

この様に手術時期に関しては2ヶ月と云ふ昔の考え方から、殆どの人々が、更に早期手術論に変換しておる様であり、脱神経所見が完成された後は減荷手術の効果は少いとの考えに変わりつつある様である。一方、別のアプローチ法として顎下腺の唾液分泌量や pH から手術適示を決めておる人々もあるが、ベル麻痺に対する減圧術の適示は、最近はかなり限定的であり各人の経験より決められておるのが現況であろう。

原稿到着：昭和54年1月30日
別刷請求先：小池吉郎
〒990 山形市蔵王飯田字西の前
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室