ベル麻痺に対する経乳突的減荷手術

柳 原 尚 明

ベル麻痺は保存的治療で良く治る疾患である。重症例でも保存的治療に全く反応しない事は稀で、発症後6ヶ月迄には程度の差はあっても或る程度の麻痺の回復が期待出来る。ただしその15%程度に後遺麻痺や病的共同運動などの後遺症が強く認められ、これが生涯にわたって患者を悩ませる事は周知の事実である。この15%の不治例に対して手術的治療が有効であるとする主張と、手術は不要であるとする主張が対立し、ベル麻痺に減荷手術が行われる様になってから現在に至る迄、ほぼ30年近くの間、その時代、時代に依じて種々の角度から議論がなされて来た。特に近年の研究によって、もう一度新しい視点から減荷手術のあり方について検討しなければならぬ事実が明らかにされて来た。ベル麻痺の減荷手術の至適時期を考える場合に、手術適示についての考え方の過去と現在について述べておく必要がある。

I. 減荷手術の適示に関する考え方の変遷

Karsten Kettel の *Peripheral facial palsy* (1959年), Adolf Miehke の *Die Chirurgie des Nervus facialis*. 第一版 (1960年) は顔面神経外科のパイオニア的業績を集大成したものであるが、これらによると、当時は以下の点で意見の一致を見ていた事が分る。1) ベル麻痺は *angiospasm* による *ischemia* により発症し、これに続発する神経の浮腫による圧迫は更に *ischemia* を悪化させ浮腫は更に増悪する。この悪循環により麻痺が成立する (*ischemic theory*)。2) 神経浮腫は主として茎乳突孔附近に起る。3) 発症後2ヶ月を経ても麻痺改善

の徴がなければ、顔面神経垂直部から茎乳突孔迄を減荷手術すれば、麻痺改善に効果的で、時には即効的效果がある。4) 将来より早く予後不良例を摘発出来る診断法が開発されれば手術は発症早期に行われるべきである。

クロナキシー測定や筋電図などしか実用化されておらず、脱神経の早期診断が不可能であった当時としては当然の意見である。1960年代に入って神経興奮性検査、誘発筋電図検査が実用検査として登場し、脱神経の診断はより早期に確実に行われる様になった。顔面神経が切断された時には神経興奮性は48~72時間で消失する。従ってベル麻痺の場合もこれらの検査で発症後数日にして脱神経例、すなわち予後不良例を摘発出来る。予後不良例に対しては緊急的に減荷手術を行えば、進行する神経変性を予防出来、これによって麻痺の完全回復が期待しうるとする説が認容された。

私もこの考えに従って出来る限り緊急的に減荷手術を行う様に努力したが、垂直部のみの減荷だけでは充分の成果が挙らない例のある事が分った。また、ベル麻痺における神経変性の進行は、神経切断時の様に急速に起るものでない事、発症早期に行う手術と2~3ヶ月を経た例に行う手術では手術の意味が異なる事も明らかになった。

II. 近年の研究成果と減荷手術

(i) 病巣部について

あぶみ骨筋反射の検出や流涙テストを行うとベル麻痺の発症初期にはあぶみ骨筋神経分岐部、膝神経節より中枢に病巣がある例が少から

Transmastoid decompression in Bell's palsy : technique, indication, result.

Naoaki Yanagihara

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ずある。Fisch は経中頭蓋窩的に顔面神経の迷路部、内耳道部を開き、この部に神経の腫脹を認めた。また二、三の新鮮ベル麻痺の組織学的検索では病巣は顔面神経の側頭骨内全体に及んでいる事が認められている。臨床的研究でも、高度脱神経例では病巣範囲は顔面神経の側頭骨内全体に広がっていると推定される場合が少くない。

(ii) ベル麻痺における脱神経について

神経興奮性検査、強さ一時間曲線、誘発筋電図検査などを行うと、多くの例で脱神経は1～2週間の間進行し、神経切断の時の様に2～3日で完全脱神経所見を示す事は少ない。これらの検査で完全脱神経かまたはそれに近い高度脱神経のある症例では、麻痺の回復は不完全で、病的共同運動を強く伴う。この様な症例が手術の対象となる。

(iii) ベル麻痺の成因

ベル麻痺は *angiospasm* による *local ischemia* によるとする説は現在でも妥当性を持つが、ベル麻痺のうちにはウィルス感染、特に *Varicella Zoster*, *Herpes simplex virus* の感染によるものがある事が明らかになって来た。

(iv) ベル麻痺の保存的治療

抗浮腫、抗炎症作用を持つステロイドホルモンの投与は、脱神経の予防に有効で予後を改善する。

以上の様な一連の研究成果に対して、減荷手術は論理的妥当性を持っていなければならない、と同時にその効果についても十分な検討がなされねばならない。

III. 減荷手術の時期

新鮮例については保存的治療を先づ優先さす。特に全麻痺例ではステロイドホルモン、血管拡張剤、*Vitamin B₁*, *B₆*, *B₁₂*, *ATP* など合理的と考えられる薬物投与を精力的に行い、その間、電気診断検査、筋電図、部位診断検査を行い経過を観察する。脱神経が進行し、誘発筋電図、神経興奮性検査で *scale out* する例には速やかに手術を行う。発症後1ヶ月以内に手術

を行うのが望ましい。

すでに発症後、2～3ヶ月が経過して麻痺の回復のはかばかしくないもので、高度の脱神経所見を示すものは、直ちに手術に踏切る。手術により麻痺の回復が促進される可能性は充分にある。特に筋電図により *NMU discharge* を認めるものは手術により即効的な効果が期待出来る。術後の即効的回復効果は亜急性期手術の一つの特長である。

発症後4～5ヶ月を経過すると、手術による効果は殆んど期待出来ない。この時期における手術の成績と保存治療の成績を比較すると殆んど差が認められない。特に6ヶ月以上を経たものには手術の効果は疑問である。患者の強い希望があれば最後の手段として手術を行う事もあるが、むしろ手術によって他の疾患、例えば神経鞘腫などが発見される事があり、慢性期手術はこの意味の方が大きい。

V. 減荷手術の範囲

病巣部を含めてその末梢を充分広く開放しなければ減荷の効果は挙がらないと考えられる。あぶみ骨筋反射が消失している例では水平部減荷を行っている。涙分泌の低下している例では迷路部や内耳道迄減荷する全減荷手術が必要であるが、私は現在の所、開頭手術による全減荷手術をベル麻痺に行う事を躊躇している。経乳突的に膝神経節下端迄減荷するに止めている。残余の4～5mm病巣がどのような意味を持つか今後の検討課題と考えている。

VI. むすび

顔面神経減荷術は極めてデリケートな手術である。神経に損傷を与える事なく、最大の減荷効果を得るには不断の努力を要し、効果の判定には気長い *follow-up* が必要である。これによって始めて術者がその効果に確信が持てる様になる。

原稿到着：昭和54年1月30日

別刷請求先：柳原尚明

〒791-02愛媛県温泉郡重信町大字志津川

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室