カ ラ ー 図 説

神経血管減荷術

Neurovascular Decompression

齋 藤 春 雄

顔面神経が血管などにより圧迫されると顔面痙攣がおこることは前世紀末から知られていた。Gardner と Sava が1962年に神経から血管を剥離して好成績をあげた。1970年に Jannetta は顔面痙攣，耳鳴，めまいに応用した。Jannetta らが1976年に顕微鏡手術として発表した顔面痙攣症の手術は Jannetta 手術として爆発的ともゆえる勢いで脳神経外科にひろまった。最近，脳神経外科は耳鳴，難聴，めまいにもこの手術の適合範囲をひろげている。神経血管減荷術には難聴，めまいの合併症があることと，側頭骨内病変でもこれらの症状が発現するので，知識，検査法ともに豊富にもっている耳鼻咽喉科医もこの手術を行うべきであると考えている。1980年より必要な症例には主に後頭蓋法を行っている。

図1は後頭蓋窩法で見える解剖指標の略図である。術中写真を図2以後に示す。まず，脳硬膜を切開し髄液を十分に吸引したのち，小脳を軽く後上方に圧排すると，まず，Ⅳ，Ⅹ脳神経群が視野にはいる。くも膜を切開すると神経と

責任血管が見えてくる（図2）。小脳を少し圧排すると顔面神経起始部（root entry zone）が視野に入る。聴神経に比し青い色調であり容易にそれと分かる（図3）。聴神経が脳幹から斜めに出ている部位に当たっているものが責任血管である。これを移動させて非吸収性スポンジの小片などで元にもどらないようにする（図4）。まれには，図5の如く過度のループ形成があったり，移動すると迷路動脈が伸展されるために十分な減荷が出来ない例もある。

先にも述べた如く側頭骨内の腫瘍でも痙攣が起こるので，少しでも疑いのある例では後迷路法を採用するとよい。図6に略図を示した。

参考文献

- 1) Saito H : Neurovascular decompression for hemifacial spasm. Acta Otolaryngol Suppl 419 : 149~157, 1985.
- 2) 齋藤春雄，竹田泰三，田島和幸：顔面痙攣症に対する経乳様突起神経血管減荷術。耳鼻臨床 80 : 229~234, 1987.

図1 後頭蓋窩法模式図。

図2 くも膜を切開した時点の術野。Ⅸ、Ⅹ神経群に続いてⅦ、Ⅷ神経群が見えてくる。

図3 顔面神経起始部。聴神経に隠れて青みがかったみずみずしく見える部位が root entry zone である。

図4 脳幹と責任血管との間にスポンジをはさみ、再び血管が神経に触れないようにする。

図5 複雑なループ形成のため、血管を移動すると迷路動脈が伸展し、移動が難しい例もある。

図6 後迷路法略図。迷路後方の蜂巣を十分に削開し、脳硬膜を切開して root entry zone に達する。