両側性顔面神経麻痺の1症例

森 良樹・宮脇 浩紀・木村 信次
田頭 宣治・多田 渉*

A Case of Bilateral Facial Palsy

Yoshiki Mori, Hironori Miyawaki, Shinji Kimura and Nobuharu Tagashira

(Hiroshima Red Cross and Atomic-Bomb Survivors Hospital)

Wataru Tada

(Hiroshima Matsuda Hospital)

A review of the literature indicated that peripheral facial palsy was not rare, but that bilateral facial palsy occurred very rarely. We report here a 74 year-old man was treated for bilateral facial palsy. In this case, right facial palsy began 46 days after the onset of a palsy. The left side palsy did not recover in spite of our treatment. Therefore, we decided to perform a decompression on the left side. The left facial palsy recovered to about 70% after the operation.

Therefore, facial nerve palsy showing denervation should be considered for a decompression.

Key words : bilateral facial palsy, denervation, decompression

はじめに

片側性顔面神経麻痺は日常診療で時々経験する疾患で決してまれではない。しかし、両側性となるとその数は少ないが系統的全身疾患の部分症状として、またベル麻痺の場合にもまれに見られることが報告されている^{1)~3)}。今回我々は両側性顔面神経麻痺の1症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

症 例

患者：74歳、男性。

主訴：左側顔面麻痺。

現病歴：平成9年1月頃より左耳痛を時々自覚するも放置。7月2日に左顔面麻痺および後頭部痛を自覚し某病院耳鼻科を受診。受診時顔面スコア4点の麻痺と左鼓室に貯留液を認めた。味覚検査では右6dB左14dBと左の域値上昇を認めた。末梢性顔面神経麻痺に対してブ

レドニン30mg漸減療法、ATP、メコバラミン等の内服処方された。また1週間後に左耳にチューブ留置を施行された。20日に及ぶ治療にもかかわらず左顔面神経麻痺および左の耳漏が持続するため精査加療目的にて当科を平成9年7月24日に受診した。

既往歴、家族歴に特記すべき事はない。

入院時現症：耳介、外耳道に皮疹は認めず左鼓膜にはチューブが留置されており多量の耳漏を認め、当科での菌検の結果はグラム陰性杆菌である *acinetobacter* が検出された。右耳は滲出性中耳炎の疑いがあった。また、顔面スコアは0であった。

入院時検査所見

(1) 神経学的一般検査

顔面神経麻痺以外の他の脳神経症状を認めなかった。Guillain-Barre 症候群 (GBS) も疑って神経内科的立場から髄液検査も実施したが、GBSを示唆する所見は認め

広島赤十字・原爆病院耳鼻咽喉科

* 広島マツダ病院耳鼻咽喉科

なかった。

(2) 神経耳科学的検査

a. 聴覚的検査

聴力像(図1)は、右側は浸出性中耳炎による中等度の混合性難聴を、左側は高度の感音難聴を認め中耳炎による左の内耳障害が疑われた。

当科受診時耳小骨筋反射は貯留液があるため測定不可能であった。

b. 平衡神経学的検査

病歴上平衡障害はなく、異常自発眼振も認めなかった。

図1 初診時聴力

c. 顔面神経学的検査

図2は左顔面神経麻痺発症後42日目の筋電図である。

1.4 mV 刺激により右側の眼輪筋に 0.9 mV, 口輪筋に 2.6 mV で反応があったが左側は反応がほとんど見られなかった。

(3) 画像検査

平成9年7月24日当科入院時の中耳CT(図3)では両側の乳突洞内に貯留液を思わせる low density area を認め鼓膜所見および耳漏の存在と併せて左側の乳突洞炎および右側の滲出性中耳炎と考えた。

(4) 血液生化学検査

異常を認めなかった。

治療および経過：平成9年7月24日当科入院しCT所見、細菌感染を伴った耳漏の分泌のあること等より化膿性中耳炎に伴う左末梢性顔面神経麻痺と考えステロイド(サクシゾン 300 mg)に併せて抗生剤の点滴静注を7日間、ATP、メコバラミンの点滴静注を17日間施行した。星状神経節ブロックも併用していたところ、8月18日に突然、右の顔面神経麻痺が発症した。

図4は右顔面神経麻痺発症時のものである。この写真のように両側とも完全な閉眼は不能であった。また、口笛を吹くような口輪筋の動き、額の皺寄せは全く不能で顔面スコアは0の状態であった。

右側の顔面神経麻痺が出現したため再びステロイドをはじめ同様の薬剤と両側の星状神経節ブロックによる治療を行ったが、顔面神経麻痺は不変で長期にわたる抗生剤投与にもかかわらず漿液性の分泌物が続くため鼓室乳突洞の清掃と併せて8月20日に左顔面神経減荷術を施行した。

図2 顔面麻痺発症42日目の筋電図

図3 中耳CT

両側の乳突洞内に貯留液を思わせる low density area を認める。

図4 右顔面神経麻痺発症時

手術所見：左乳突洞内は炎症性の肉芽で充満しており強い炎症後の変化が見られた。顔面神経管は全長にわたり骨欠損はなかった。手術により露出させた顔面神経鞘は線維性に肥厚しており、この神経鞘を垂直部から水平部にわたって切開すると顔面神経は水平部で浮腫状であった。

手術を行った左側の麻痺は術後30日目より改善の兆しが見われ現在では70%程度回復している。右側も加療13日後より改善の兆しが見われたため減荷術は行わず、現在では60%程度回復している。

考 察

両側性顔面神経麻痺の頻度は、例えば、杉山ら⁴⁾、中村ら⁵⁾の報告では、それぞれ顔面神経麻痺681例中12例(1.8%)、1856例中42例(2.3%)であった。

両側性顔面神経麻痺の分類は、安田ら⁶⁾、柳原ら⁷⁾によると左右の顔面に麻痺がほとんど同時に起こる場合と左右の顔面麻痺が異なった時期に起こる場合とがある(表1)。今回の症例は左側に麻痺が起こり46日後に右側の麻痺が起こっているため時期の異なる場合に当たる。

両側性顔面神経麻痺の原因(表2)として、松本ら²⁾はベル麻痺、外傷性、中耳炎性、Hunt 症候群、中枢神経疾患、多発性硬化症等多くの原因を挙げているが本症例ではヘルペス疹はなく、血液学的検査も異常を認めなかった。また、血清ウイルス学的検査ではヘルペス IgG

表1 両側性顔面神経麻痺の分類

- 左右の顔面麻痺の発症時期がほとんど同時である場合
- 左右の顔面麻痺の発症時期が異なる場合

(柳原ら⁷⁾: 1980より引用)

表2 両側顔面麻痺の原因

1. 先天性	4. 外傷性
2. 感 染	5. 非炎症性
A. 中枢性	○多発性硬化症など
B. 末梢性	6. 代謝性
○中耳炎性	7. 特発性
○流行性耳下腺炎	○両側性ベル麻痺など
○帯状疱疹	8. その他
3. 新生物	

(松本ら²⁾: 1979より引用)

抗体は80倍であったが、ヘルペス IgM 抗体陰性であったことから最近のヘルペス感染は否定された。さらに、他の神経症状を認めず頭部 MRI でも異常を認めなかった。両側同時性顔面神経麻痺の髄液検査で蛋白細胞解離を示す例では Guillain-Barre 症候群 (GBS) を疑う報告もある。例えば、川井田ら⁸⁾は、両側同時性顔面神経麻痺では予後良好なこと、上気道感染が先行すること、一側性顔面神経麻痺の髄液検査ではみられない髄液での蛋白細胞解離を認めたことに注目し、両側同時性顔面神経麻痺を GBS の純脳神経型と考えている。今回の両側麻痺の原因については髄液検査では異常を認めず両側非同時性顔面神経麻痺であることより GBS は考えにくく、左耳より多量の耳漏が認められたこと、および手術所見から左側については中耳炎性と考え、右側の麻痺については疑問はあるがベル麻痺といったように異なった原因による両側顔面神経麻痺と考えた。

中耳炎性顔面神経麻痺の治療については松本ら²⁾は保存的治療が優先するが、回復の兆しがない時は、積極的に乳突洞開術および顔面神経減荷術を行うことを方針としている。今回の症例のように左側顔面神経減荷術を施行した後70%程度回復していることを考えると治療の選択は重要で、回復の兆しがない場合、脱髄所見のある時は、時をうつさぬ乳突洞開術および顔面神経減荷術が肝要である。

ま と め

74歳男性の両側性顔面神経麻痺を経験した。最初は左

側に麻痺を生じ46日後に右側に顔面神経麻痺を生じた。本症例は左側は中耳炎性麻痺によるものと考えられ右側については疑問はあるがベル麻痺といったように左右異なった原因によるまれな両側性顔面神経麻痺と考えた。

参考文献

- 1) 森 充広, 平松 隆, 海田健宏: 両側同時性顔面神経麻痺例. 耳鼻臨床 88: 1263~1268, 1995.
- 2) 松本 康, 柳原尚明, 丘村 熙: 急性中耳炎による両側同時性顔面神経麻痺の2症例. 耳鼻 25: 805~810, 1979.
- 3) Weintraub M: Facial Diplegia. Arch Otolaryng 102: 311~312, 1976.
- 4) 杉山茂夫, 玉置弘光, 中島礼士: 家族性の反復性顔面神経麻痺症例. 日耳鼻 76: 829~832, 1973.
- 5) 中村光士郎, 松本 康, 柳原尚明: 両側性および反復性顔面神経麻痺の統計的観察 —その1原因について—. 耳鼻臨床 73: 1673~1678, 1980.
- 6) 安田宏一, 池田雄祐, 光安如成: 両側同時ベル麻痺の一例. 耳鼻 24: 370~375, 1978.
- 7) 柳原尚明, 西村宏子, 陌間啓芳: 顔面神経麻痺程度の判定基準に関する研究. 日耳鼻 80: 799~805, 1977.
- 8) 川井田政弘, 神崎 仁, 岡本亮二, 他: 末梢顔面神経麻痺の背景因子の検討 —ウイルス, 耐糖能, サルコイドーシス, 髄液異常等との関連について—. Facial N Res Jpn 5: 127~134, 1985.

(別刷請求先: 森 良樹
〒730-0052 広島市中区千田町1-9-6
広島赤十字・原爆病院耳鼻咽喉科)