

一 般 演 題 抄 録

13. 血管内手術手技を用いた顔面痙攣における責任血管の術前評価について

住井利寿 内山卓也 赤井文治 新山一秀 種子田護

近畿大学医学部脳神経外科学教室

顔面痙攣とは一側の顔面神経支配筋が発作性、間代性に不随意収縮を起こす疾患である。その原因は脳幹から顔面神経が出る神経根部での血管による圧迫にあるとされる。この顔面痙攣に対する外科的治療として微小神経血管減圧術 (microvascular decompression MVD) が行われており良好な結果が得られている。しかしその責任血管を術前に同定することは困難であり、実際に開頭が行われてから責任血管が確認されるのがほとんどであった。我々は血管内手術手技と電気生理学的検査を併用することで責任血管を同定する方法を考案し、術前評価として実際に顔面痙攣患者4例に対して同検査をおこなった。検査方法は通常の脳血管撮影と同様に大腿動脈から椎骨動脈まで Guiding catheter を挿入し、更に microcatheter で予想される責任血管を Wedge させた。その前後で電気生理学的に顔面痙攣に特徴的な Lateral spread response の変化を記録した。顔面神経の一分枝を電気刺激した際、通常は

その一分枝のみにインパルスは伝導するが、顔面痙攣患者ではインパルスが逆行性に伝導し異なった分枝に興奮が乗り移る。Lateral spread response とは、約10 msec の潜時でこの興奮が各支配筋の反応として記録される事を言う。今回は眼輪筋を刺激し口輪筋での反応を記録した。microcatheter で血管を Wedge させ Lateral spread response の変化を記録し、その消失及び顔面痙攣の消失を確認し得たものを予想される責任血管とした。4例中3例が患側の AICA、1例は患側の AICA より分岐した PICA であった。術中所見ではこれらの血管が神経根部を圧迫しており、責任血管として確認された。術後4例とも顔面痙攣は完全に消失した。以上より、同検査は術前の責任血管同定法として有用であり、微小神経血管減圧術 (microvascular decompression MVD) を行う上でその確実性を更に向上させると考えられた。

14. 視床中間腹側核の慢性刺激による振戦の制御について

木本敦史 内山卓也 中野直樹 高橋光雄* 種子田護

近畿大学医学部脳神経外科学教室

*近畿大学医学部附属病院神経内科

振戦に対する外科的治療として従来より視床腹側核群への破壊術が行われている。しかし最近、視床への侵襲をより少なくするために慢性電気刺激による治療が提案されてきている。そこで我々は薬剤治療に抵抗性を示した振戦例に対し視床中間腹側核への慢性電気刺激を行いその有効性を認めたので報告する。

症例は52才男性。パーキンソン病と本態性振戦を合併しており、薬剤抵抗性の振戦があった。平成8年12月に淡蒼球破壊術を行ったが、振戦の消失は一時的で、すぐに再発した。平成9年12月に視床中間腹側核の慢性電気刺激を行い、その後の振戦のコントロールは良好であった。

当科とフランスの施設における振戦に対する視床中間腹側核への慢性電気刺激の治療成績では、パー

キンソン病における静止時振戦は97%で改善し、本態性振戦例は100%の改善を示した。これに対し動作時振戦を呈する多発性硬化症と外傷後振戦例では、それぞれ65.9%, 33.3%の改善しか得られなかった。また永久的な合併症は認めなかった。脳深部刺激療法には治療の可逆性と制御の調節性という利点がある。視床中間腹側核への慢性電気刺激療法は少なくとも視床破壊療法と同等の効果が得られるだけでなく、より安全に手術を施行することができる。この方法は、パーキンソン病と本態性振戦において、特に両側に症状を呈する症例では視床破壊療法にとって代わる方法であると確信する。また薬物治療に抵抗する動作時振戦の症例に対する外科的治療として、破壊による治療を選択する前に考えるべき治療法であると思われる。