

28. 対側下顎縁枝切断に広頸筋・口角下制筋離断を加えた顔面神経麻痺形成術の長期経過

形成外科学

鈴木康俊, 朝戸裕貴

【はじめに】陳旧性顔面神経麻痺に対する神経血管柄付き遊離筋肉移植手術は、頬部の動的な再建術式として確立した方法となっている。しかし顔の表情は決して画一的ではなく、顔面神経麻痺においては、口角や下口唇を引き下げる動きの麻痺により、下口唇領域が非対称的でアンバランスな表情を呈することが少なくない。我々は、健側の下口唇領域の動きを抑制する手術を行ない、良好な結果を得ているので報告する。

【方法】健側の下口唇領域の動きを減弱するために、広頸筋の切離、顔面神経下顎縁枝（以下下顎縁枝）の選択的切除、口角下制筋の切離を行なった。広頸筋を下顎骨下縁で前縁まで切離した後、下顎縁枝を2-4本程露出し、口角下制筋の支配枝であることを確認した後に5-7mm幅で切除した。また症例により下顎骨前面皮下で口角下制筋を直視下に同定し、筋体を下顎縁付着部より切離した。

【結果】当科において5例の手術を施行した。2例で広頸筋切離と下顎縁枝切除を、3例でさらに口角下制筋の切離を行った。術後の経過観察期間は、9～17ヵ月である。術後いずれの症例でも、健側下口唇を意図的に下方に牽引する力が弱められ、顔表情運動時の下口唇の対称性が改善した。また安静時の形態で、左右のバランスが崩れた症例はなかった。手術後の顔表情運動を、顔表情運動解析システムFEMAS-1を用い、客観的に評価した。イーと歯を見せる動きと、口をへの字に曲げる動きにおける、上口唇領域あるいは下口唇領域の、左右シンクロ率、上下シンクロ率、スコア（測定部位での移動量と方向の一致度）は改善し、動きの対称性が向上したことが、客観的に示された。

【考察】当術式は、小さな皮切からすべての手術操作を行うことができ、少ない侵襲で比較的良い効果を得ることができた。また下顎縁枝の神経切断を単独で行った場合に見られる動きの回復を抑制することができ、治療効果の維持に有用であると考えられた。

29. 内眼炎における前房水中ATPの測定

眼科学

鈴木重成, 高山 良, 妹尾 正

【目的】内眼炎の病勢の評価には定量的検査が望まれる。現在、臨床の場で用いられている方法は、細隙灯顕微鏡による細胞数の計測とレーザーフレアセルメーターによる蛋白濃度測定である。前者は客観性に乏しく、後者は急性炎症を客観的に評価するが、血液眼柵が破綻し前房内の蛋白量が増える慢性炎症を評価することは難しい。ATP (Adenosine Triphosphate) 量は、in vitro において細胞数や細菌数と対数比例することが知られる。ATP量の測定は、炎症により前房内に増加する細胞を定量的化し、眼内炎症の病勢の評価指標となると考えた。

【対象】健常人の内眼手術時に採取した前房水(75例83眼)をコントロールとし、転移性眼内炎・急性網膜壊死・サルコイドーシスなどの内眼炎患者(12例14眼)と比較検討した。

【方法】バイオルミネッセンス法を用い、前房水中の総ATP量と抽出ATP(ATPaseにて前房水中に遊離したATPを消去し得られる細胞と微生物の持つATP)を測定した。

【結果】総ATP量はコントロール群で $5.6 \times 10^{-9} \pm 1.0 \times 10^{-8}$ M、内眼炎患者群では $4.2 \times 10^{-5} \pm 1.4 \times 10^{-4}$ Mであった ($P < 0.05$ Mann-Whitney's U test)。抽出ATP量はコントロール群で $1.9 \times 10^{-9} \pm 5.1 \times 10^{-9}$ M、内眼炎患者群では $3.8 \times 10^{-5} \pm 1.4 \times 10^{-4}$ Mであった ($P < 0.05$ Mann-Whitney's U test)。

【結論】内眼炎患者では前房水中ATP量が上昇していた。ATPの定量は内眼炎における炎症の病勢の評価指標となる可能性が示唆された。