

審 査 の 結 果 の 要 旨

氏 名 竹 腰 英 樹

本研究は小耳症・外耳道閉鎖症の側頭骨内顔面神経走行において、片側小耳症、両側小耳症、Treacher Collins 症候群による疾患の差、小耳症程度による差、側頭骨発達による差を把握するため、側頭骨高分解能 CT を用いて定量的に測定を試みたものであり、下記の結果を得ている。

1. Treacher Collins 症候群症例は正常症例と比較して、a)内耳道と迷路部顔面神経のなす角度で平均 20 度鈍角、b)顔面神経第 1 膝部のなす角度で平均 20 度鈍角、c)鼓室部顔面神経の長さが短い、d)鼓室部顔面神経と基準線のなす角度が鋭角であることから、顔面神経は前庭窓より下方にて平均約 2mm 外側、約 3mm 前方走行することが示された。
2. 頭蓋骨外側面から顔面神経までの距離は、Treacher Collins 症候群症例では正常症例と比較し約 10mm 短いことが示された。
3. 片側小耳症、両側小耳症の顔面神経は正常症例と比較し、鼓室部顔面神経の長さが短いため前庭窓から蝸牛窓の位置にかけて約 3mm 前方に存在する傾向が示された。

4. 片側小耳症、両側小耳症症例の顔面神経は正常症例と比較し外側を走行している傾向は認められなかった。
5. 片側小耳症、両側小耳症症例は、側頭骨奇形を評価する Jahrsdoerfer 分類 5 点以下と 6 点以上では顔面神経の走行に明らかな違いは認められなかった。
6. 片側小耳症、両側小耳症症例は、耳介奇形を評価する Marx 分類 Grade I と比較して Grade II, Grade III は顔面神経が約 2~3mm 前方を走行することが示された。
7. 片側小耳症、両側小耳症症例は、耳管鼓室陥凹の分化度を評価する TR 分類にて顔面神経走行に明らかな TR 群間の違いは認められなかったが、TR I 群と比較して TR II 群、TR III 群は約 1mm 外側を走行する傾向が示された。
8. 顔面神経第 2 膝部は、疾患群間で有意差を認めなかったが、小耳症症例は正常症例と比較して約 20 度鈍角である傾向が示された。

以上、本研究にて小耳症症例の顔面神経走行を定量的に示し耳介奇形や側頭骨奇形との関連を示したことは、顔面神経走行の把握を容易にさせ、外耳道形成術において顔面神経損傷を予防する観点から臨床的に意義が高く、学位の授与に値するものと考えられる。