顔面神経にもおよぶわけで、本疾患を疑って聴力検査、ステンベルスX線撮影、髄液蛋白の検査へと検索をすすめてゆく。

（原稿到着：昭和46年10月27日
別刷請求先：坂田英治
〒113 東京都文京区本郷2-1-1
順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

聴神経腫瘍を疑う症例に施行する検査について

ほそ み ひて お
細 見 英 男*

W.F.House が聴神経腫瘍に対し、耳神経科学的な手術法を開拓した後、我々の教室では、浅井、雲井らが、これら症例に昭和39年末より手術的治療を手がけるに至った。以来、聴神経腫瘍であることを手術的に確認し得た症例は16例であり、組織的確認に至っていない3例を加えて計19例があった。その他耳内限局型腫瘍を疑い、内耳道を開き、病理的には炎症の存在を推定した2例があった。この間めまい外来の症例数1730例（外来患者総数約43000例—7年間—）で、平衡神経機能に関連した症例のほぼ1%を占める。他の橋隅角腫瘍を包括しても、我々の専門疾患に混在する比率は極めて低率で、一般臨床では更に低いものとなろう。しかし、脳腫瘍症例の頻度では、我国で3位、約10%を占めて居り、その初発症状が耳科的愁訴にあること、従つて経過中必ず耳科医を訪れることを考えると、耳科医の心の一隅にはその認識の座を与えなくてはならない存在といえる。

我々は日頃このような心構えをもって検査にあたっている。そこでいま我々が行っている検査法を本症撰別の立場にたつて略述する。以下に記す諸点に他の執筆の方々の指摘される点と重複するところ多ければ、すなわち診断上重要なポイントを意味すると思われるべきであろう。

1) 病歴聴取について

緩徐に進行した一側性難聴。一側性耳鳴。不

安定感。これら一つ以上を訴える患者には本疾患の可能性が生じる。

2) 視診ならびに聴力検査

鼓膜正常、一側聾あるいは感音系難聴の所見を得ると病歴を参考にして、ここで我々は、まづ聴神経腫瘍の可能性を除外し得るか否かの手段をとる。この操作が温度刺激検査である。

3) 我々の行う温度刺激検査

主に定性検査の意味で施行する。患側外耳道に氷水を充滿し（約1cc）不適位を約10秒間とらせたのち、最適位に置き、Frenzel眼鏡装着下に眼振解発を観察する。直ちに活潑な眼振を100秒前後の間認めれば、原則として後述の検査は不要となる。無反応あるいは少数短時間の眼振のみを認めるとき、引き続き対側に同様の操作を行う。この側に明らかな眼振を確認してのち、5～7分して患耳に同じ検査を繰り返してはじめての所見を確認する。患耳の眼振持続時間が80秒以下の場合は、健耳の反応と眼振パターン、持続時間の二点で比較する。我々の全症例では、無反応が多数で他は非定型の眼振を散発的に認めたに過ぎず、冷刺激検査の重要性が強調されてよい。冷刺激反応異常（無反応、反応低下）例に対して更に撰別して確定診断へ進む必要が生じる。

4. レ線撮影

a) Stenvers 氏撮影

Our Screening Tests for the Acoustic Tumor

Hideo Hosomi

*神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：服部浩教授）

上述の疑いを客観化させる第1の手掛りである。内耳道像で注目すべきは開口部の性状で上縁内側端（くちばし状の部分）が **diverge** の傾向にあるか否か—開大の疑い—を健側と比較しながら精しく視る。径差（2割以上）にも注意すべきであるが本法は開口部の投影を示すもので径の微小差の判定資料にはなり難い。

b) 内耳道前額面断層撮影

内耳道形状を正しく比較するためである。内耳道は骨部外耳道とほとんど同じ前額面にある。外耳道入口部後縁をマークし、これらを結ぶ線を含む前額面を零面とし、この面と前後各5 mm刻みで1.5 cmにわたり計7枚の前額断層を行う。うち2枚に内耳道が撮影され形態変化が捉えられる。錘体先端の形も明らかになる。径差20%以上は病的を疑う。

5) 顔面知覚異常，角膜反射

レ線像に異常を認める際は、特に入念に知覚特に顔面中央部のそれを検査する。外耳道の知覚も検査しておく。角膜反射では、眼瞼の反射的閉鎖よりも感覚の相違の有無を患者にたづねる。これらの検査陽性的の場合、何らかの形で病変が隅角部におよんでいると推定する。発現は後述の眼振より早期である。

6) 味覚検査

患側舌前2/3の味覚減退の有無もその場で検査しておく。耳内腫瘍期の症例にも認められる。電気味覚検査による域値の比較を行えばよいが溶液検査で充分判定し得る。傍証的価値の高い早期診断法の一つであるが、内耳道に腫瘍を認めなかった二症例にも味覚減退があったことを附記する。

以上1)～6)の項目は初診日に施行し終ることが可能であるので一括して行う。4)項レ線検査は確定診断の要素もあるがこれらを撰別第一段階と考えている。

次に診察日を更めて腫瘍進展の程度を大まかに知るべく第二段階の検査を行う。

7) 平衡失調検査

前庭機能廃絶が徐々に進行し、かつ長期に存

在するため中枢性代償の働く時期が長く、一般に平衡失調は軽い。撰別的には閉眼単脚起立を行わせ立直りを観察する。閉眼動作時（足踏、歩行停止時など）に下肢の不安定を認めることが多い。上肢の失調の証明は困難である。撰別的価値はあるが検査を繰返す必要がある。

8) 眼球運動（自発眼振，視標追跡など）

腫瘍の進展が橋隅角におよびその部に固定して、持続的影響を脳幹部に与えているか否かを識別する検査と考える。すなわち、これらの検査が陽性であれば腫瘍は耳内腫瘍の域を出て、何らかの形で脳腫瘍となっていることを示す。我々の耳内腫瘍症例では眼振は全く認められなかった。また、長期観察例で耳内腫瘍期（全聾後5年）異常なく、その後2年を経過し橋隅角部に囊腫形成が確認された時期にはじめて定方向性頭位眼振が認められている。

9) 眼底所見

これまでの耳・平衡神経科学的検査を終了した時点で眼科に依頼する。本所見を欠くことが望ましい。

10) 椎骨脳底動脈写，後頭蓋窩造影

いづれも腫瘍の拡りを確定診断するために重要である。入院せしめ施行する。後者はヨード過敏反応以外の合併症はなく繰返し施行し得る利点がある。その施行技術に習熟を要するが耳内腫瘍診断には不可欠である。

問題点とむすび

1) 難聴の種類

一側性感音系難聴をもって、本症を疑うべきことを更めて強調したい。難聴の型として、しばしば後迷路性を強調する記述をみるが、純粹な内耳性難聴型、移行型など稀ならず観察され後迷路性にのみ拘泥すべきでない。

2) 温度刺激に異常を示さない腫瘍例

このような症例を我々は経験しなかったけれども5～6%の症例にこの可能性がある。従って我々の方式では、撰別に洩れることになるが、Follow up を行い得る態勢をたてておけ

ば解決する問題と考える。

3) 検査順序について

レ線検査を初日に行うべきか、平衡機能検査を第2日に行うべきか異論もあり得る。聴検後温度眼振検査を撰別の第一に置くことは確率的に最も効果の上る方法である。引続き、レ線検査を行う理由はここになんらかの異常を見出したら、その後の検査を進めるにあたりある心構えが生れる点にある。また異常を見出さぬ場合でも、その後の Follow up の資料となり得る利点がある。

なおリコールについての検査は、診断的価値は高くない。蛋白含量が参考になる程度であ

る。

4) むすび

本疾患における最重要点は、いまや、診断特に早期診断にある。その第一歩は、腫瘍が存在し得ることを認識することにはじまる。

この概念のもとに、我々の行う撰別、確定の検査を経れば腫瘍の早期発見、早期治療が可能になる。Follow up の重要性についても併せて強調したい。

(原稿到着：昭和46年10月28日
別刷請求先：細見英男
〒650 神戸市生田区楠町7
神戸大学耳鼻咽喉科学教室)

日常外来における聴神経腫瘍の診断方法

よし
吉

もと
本

ゆたか
裕*

聴神経腫瘍の診断に関して、著者の経験を通じて感じたことを中心にして述べたい。

脳外科などから検査を依頼されて受診してくる聴神経腫瘍の疑われる患者を診察して気付くことは、これらの患者の90%は症状経過中に何度か耳科医の診察のみならず治療（薬物投与など）までも受けていることである。聴神経腫瘍は約80%が耳鳴、難聴、ふらつき、ことに前2者を初発症状としていることなどから考えて、発症後、耳科医を受診することは当然である。それにもかかわらず耳科医を受診中に耳科医の手によって聴神経腫瘍と診断されることはほとんどない。耳鳴、難聴を主訴として耳科医を受診しても、“難聴”、“神経難聴”、“耳管狭窄”、“メニエール症候群”などの診断の下に、ビタミン剤、精神安定剤などの投与、耳管通気などを受け、時を過していることが多い。

その後の経過とともに顔面の異常感、歩行時のふらつき、顔面の表情の異常などがみられるようになって初めて、脳外科医、神経内科医を受診し、そこで聴神経腫瘍の可能性を疑われ、この時点で精査を依頼されて再び耳科医を受診するといった経過をたどるのが聴神経腫瘍の患者のお定まりのコースである。

耳鳴、難聴などで発症した時期、神経難聴などの診断の下に治療をおこなっている時期に、耳科医によつて聴神経腫瘍を診断することはできないか？ 以下、このような観点から聴神経腫瘍に関する診断の要領、問題点などについて述べたい。

1. 多忙な日常外来における聴神経腫瘍の診断方法（日常外来における聴神経腫瘍の簡易的スクリーニング・テスト）

聴神経腫瘍を耳科医自からが発見するために

Diagnostic Method of Acoustic Tumor in Daily Out-Clinic

Yutaka Yoshimoto

*関東労災病院・耳鼻咽喉科、東京大学医学部・耳鼻咽喉科学教室