術後顔面神経麻痺を残した耳下腺 Neurofibroma の一症例

中島 徹 ・ 高橋 宏明

Case of Parotid Neurofibroma Resulting in Postoperative Permanent Facial Palsy.

Toru Nakajima and Hiroaki Takahashi

(Osaka Med. College)

Neurofibroma in the parotid gland is a rare disease. We recently experienced the disease in a 33-year-old male. Surgical removal resulted in permanent facial palsy, although the main trunk of the facial nerve was not included in the tumor isolated from the superficial lobe of the parotid. The necessity of preoperative estimation of such a complication in the parotid surgery was emphasized.

1. は じ め に

Neurofibroma は頭頸部領域においては聴神経腫瘍として発生することが多く、また鼻腔、咽頭、喉頭、頸部などに発生した報告も少なくはないが、耳下腺部 Neurofibroma の報告は比較的稀^{1)~9)}である。このたび我々は、術後顔面神経麻痺をきたした耳下腺部 Neurofibroma の一症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

2. 症 例

患 者：33才，男性

主 訴：左側耳介下部の腫脹

家族歴：母 糖尿病

父 脳血栓にて死亡

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：昭和51年11月頃より左側耳介下部の腫脹に気付いていた。昭和51年12月25日大阪医大耳鼻科を受診。左側耳介下部に拇指頭大腫瘤を触知し、耳下腺造影によって左側耳下腺浅葉

の後下部に陰影欠損を認めた。良性腫瘍として経過観察を行っていたが、以後腫瘤は増大傾向を示し、また圧痛も加わってきたため、昭和52年7月15日摘出の目的で入院した。

入院時所見：

全身所見：

身長160cm，体重66kg，全身状態は良好で、皮膚に色素斑，腫瘤など特別の変化を認めない。胸部，腹部も正常である。血液化学的諸検

査、胸部レ線、EKGなどに異常を認めない。

局所所見：

左側耳介下部に、表面平滑で弾性硬の拇指頭大の腫瘤を触知する。同部の皮膚は正常で腫瘤と皮膚との癒着はない。顔面神経麻痺は認めない。耳下腺の圧迫により Stenon 氏管開口部より漿液性の唾液の流出を認める。耳鼻咽喉に著変なく、頸部リンパ節も触知しない。耳下腺造影では、導管の軽度拡大と耳下腺浅葉に腫瘤の存在部位に一致して陰影欠損を認めた。

以上の所見より、左側耳下腺浅葉に局限する良性腫瘍又は囊腫様病変の存在を考え、摘出することとした。

手術所見：

昭和52年7月21日、GOF麻酔下に摘出術を行なった。耳前部から上頸部に達するS字状切開を加えた。本症例は外頸動脈の枝がすべて通常より高位にあったため顔面動脈は視野に出現せず、このため舌動脈の頭側にて外頸動脈を二重結紮した。つづいて耳下腺の下端を周囲組織から遊離せしめた。腫瘤は浅葉の後下部に存在することが触診上確認でき、最初は浅葉の健常部を含めて摘出するつもりであったが、操作中乳様突起の直前方に黄白色の表面平滑な腫瘤体を発見し、(図2)それ以後は腫瘤のみを摘出した。腫瘤には数本の索状物が周囲から侵入していた。摘出後乳様突起の裏面に茎状突起を触知し、両者の間で一応顔面神経本幹を確認しようとしたが、顔面神経は視野に出現せず、これ以上深部を剝離するのは無用の操作と考えてこの段階で手術を終了した。

覚醒時には顔面神経麻痺は認めなかった。

摘出腫瘍：

腫瘍の大きさは $3 \times 3 \times 2.5$ cmで重量は13gであった。剖面は充実性で、柔かい黄白色の均一性物質が充満していた。

病理組織学的所見：(図3)

ヘマトキシリン・エオジン染色で細長い線維性細胞が流れる様に走行しており、Neuro-fibroma と診断された。

図1

図2

図3

術後経過：

手術翌日から左顔面神経麻痺をきたした。然し手術時に顔面神経は視野に出現せず、また覚

醒時に麻痺は全くなかったことから、局所の出血などによる一過性のものであろうと考えて副腎皮質ホルモン製剤、ビタミン剤、神経賦活剤

3. 考

末梢神経起源腫瘍について

末梢神経起源腫瘍には Neurofibroma, Neurinoma, (Neurilemmoma), 自律神経起源の Ganglioneuroma, がある。

1882年, V.Recklinghausen は、皮膚に多発する線維腫とそれまで Neuromaと呼ばれていたものが同一疾患であり、中胚葉起源によるとして、Neurofibroma と名づけた。その後1910年 Verocay が本腫瘍は神経の結合組織成分によるものではなく、固有成分である Schwann 鞘細胞より発生する外胚葉起源のものであるとして、Neurinoma と名づけた。1935年, Staut は、本腫瘍を Neurilemmoma と呼び、また1960年, Willis¹⁰⁾は本腫瘍は Neurilemmal cell より発生するので、神経線維より発生する事を示す Neurinoma より Neurilemmoma の名称が適切であるとした。現在、Neurinoma (Neurilemmoma)と Neurofibroma は、本質的には同一である¹¹⁾が、病理組織像、臨床像は異なることが多いとされている。すなわち臨床的に Neurinoma は比較的太い神経より発生し、独立性のことが多く、被包されているが、Neurofibroma は末梢に近く、皮下に多発性の結節として触知されることが多く、被包されていない。他方病理組織像は、Neurinoma は核の柵状配列または、鰐兵式配列を示したり Verocay body を作ったりする Antoni A 型と、繊細な線維性基質が交叉して網状をなし、間質が二次的変性をきたし粘液腫状になった Antoni B 型に分類され、Neurofibroma は本例の如く細長い線維性の細胞が流れる様に走行し、線維腫とよく似た組織像を呈する。この意味で、以下本稿では、Neurofibroma, Neurinoma を神経腫と呼ぶ事にする。

耳下腺部神経腫について

の投与を行なったが、その後EMGにて electrical silent の状態であり、現在もお麻痺が持続している。

按

発生頻度は、北村ら¹²⁾によると昭和26年から昭和45年までの耳下腺腫瘍症例 306例中、良性腫瘍は 207例で、そのうち神経腫は 8 例ときわめて稀であり、発生年齢は、0～9才2名、10～19才2名、20～29才2名、30～39才2名で比較的若年者に多く、性差は男：女＝3：5で多少女性に多いと報告している。症状は、他の耳下腺腫瘍と同様、耳下腺部の腫脹である。診断は組織診断による他なく、鑑別診断として他の全ての耳下腺腫瘍があげられる。

顔面神経の神経腫について

発生年齢は、今野ら¹³⁾の報告によると、15～20才6例、20～30才10例、30～40才12例、40～50才8例、50～60才5例であり又、J.Conleyら¹⁴⁾の報告では17例中0～9才1例、10～19才2例、20～29才2例、30～39才5例、40～49才5例、50～59才2例であって、耳下腺部の神経腫より少し高年齢となる。性差は、今野ら¹³⁾は男：女＝18：23 J.Conleyら¹⁴⁾は、9：8、千葉らは2：9と報告しており、やはり多少女性に多い様である。発症部位は、今野ら¹³⁾によれば、側頭骨内では顔面神経水平部11例、垂直部18例、腫瘍が大きく発症部位不明なもの9例、部位の記載のないもの10例、耳下腺内発症17例であり、J.Conleyら¹⁴⁾によれば、17人中3人に多発し、計23箇所中、側頭骨内では中耳6例顔面神経管内3例、耳下腺内では本幹部5例、末梢部9例である。多発例は末梢部に多い。初発症状は発症部位により異なり¹⁵⁾¹⁶⁾、側頭骨内発症^{17)～21)}では難聴、耳鳴、耳痛、進行性、または突発性あるいは反復性の顔面神経麻痺などであり、耳下腺部発症は耳下腺部腫脹により気づかれることが多く、圧迫が少ないため麻痺が初発症状であることはない。診断は組織診断による他なく、J.Conleyら¹⁴⁾によれば17名中3

名のみに術前診断が可能であったと云う。鑑別診断として、Ganglioneuroma,²²⁾ Glomus Jugulare Tumor, ベル麻痺等の各種末梢性顔面神経麻痺, 一次性真珠腫, 聴神経腫瘍, その他側頭骨内腫瘍, 他種の耳下腺腫瘍などがあげられる。予後としては再発も悪性化も稀であり, 生命に関する予後は良い。治療は外科的摘出による。

さて, 本例において術後永続的な顔面神経麻痺を残した事は重大であり, その成立機転について特に考案を加え, 反省する必要がある。腫瘍は大きさ3cm×3cm×2.5cm, 重量13grの比較的小さいもので, 浅葉内に存在していた。耳下腺内に存在する Neurofibroma が顔面神経原発であるとは限らないが, 術後顔面神経麻痺を来した以上やはり本神経由来のものであったと考えるのが妥当であろう。然し手術操作は顔面神経本幹の深さまでは達していない。従って部分麻痺なら理解出来るが, 全麻痺を来した原因は不明である。また術直後の覚醒時に麻痺が全く存在せず翌日に発症したため局所の出血あるいは反応性浮腫などによる一過性のものであろうと考えて治療を続けたが, 結局麻痺の改善が得られなかったのも理解し難い。

我々は本例の術前に腫瘍が Neurofibroma

であるとは全く予測しておらず, このため患者には今回の手術によって顔面神経麻痺を来する事ではなく, 放置して腫瘍が増大し麻痺を来すのを予防出来ると説明した。このため患者は術後麻痺に対して強い不満を抱いている。

すなわち本症例の教訓として, たとえ頻度が低くともこのようなものが存在する以上, 何らかの手段で術前に組織診断を行う必要があると考えられる。然し一般に被膜を有する耳下腺腫瘍から試切を行なう事は禁忌とされており, その他の手段たとえばCT像, シンチグラム, 超音波診断などでも組織像まではわからないのも事実である。

とすれば, 耳下腺腫瘍摘出に際しては, たとえ浅葉内の小腫瘍であっても術後性顔面神経麻痺が起り得る可能性を患者に説明し, 了解を得ておく事が必要であると痛感した。なお, 文献的には耳下腺内 Neurofibroma の摘出に際し, 腫瘍と顔面神経が剝離出来た症例においてもほぼ全例に一過性の顔面神経麻痺が認められ, また顔面神経の切断を余儀なくされた例においては, 大耳介神経の神経移植術, また, 側頭骨内腫瘍では顔面神経と舌下神経との吻合術等が行なわれている。

4. 結 語

術後, 顔面神経麻痺をきたした顔面神経由来と思われる耳下腺部 Neurofibroma の一例を報告すると共に, 文献的考察を行なった。

稿を終るに臨み御校閲を賜った武田一雄教授に深謝する。

尚, 本論文の要旨は, 第 184回日本耳鼻咽喉科学会大阪地方連合会で口演した。

文 献

- 1) Stevens, G.V. : Parotid Neurilemmoma. Arch. otolaryngol. 81 : 87~90, 1965.
- 2) Budhraj, S.N. Perianayagam W. j. : Neurilemmoma of facial nerve presenting as parotid grand tumor. a case report. Indian J. cancer 10 : 107~110, 1973.
- 3) Kruse, C.G. Pirsig, W. Neumann, O.G. : Benign and malignant intraparotid schwannoma of the facial nerve. H.N.O. (Berl.) 21 : 107~110, 1973.
- 4) De costa, V. Camilotti, T. U. : Neurinoma of the parotid grand. Presentation of a case Rev. Bras. Otorhinolaryngol. 39 : 23~26, 1973.

- 5) 平出文久, 他 : 耳下腺ノイリノームの1症例. 耳鼻 20 : 506~510, 1974.
- 6) Aston, S.J. Sparks, F.C. : Intraparotid Neurilemmoma of the facial nerve. Arch. surg. 110 : 757~758, 1975.
- 7) Daniilidis, J. Petropoulos, P. Kersmidas, G. : Schwannoma in Oto-Rhino-Laryngology. Laryng. Rhinol. Otol. Grenzgeb. 54 : 1011~1021, 1975.
- 8) Mabogunje, O.A. : Benign intraparotid neurilemmoma of the facial nerve. J. Pediatr. Surg. 12 : 577~579, 1977.
- 9) Polayes, I.M. Robson, M. G. : Neurilemmoma presenting as a tumor in the tail of the Parotid. Plast. Reconstr. Surg. 61 : 225~230, 1978.
- 10) Willis, R.A. : Pathology of tumors, 3rd Ed., London, Butterworths, 321~349, 1960.
- 11) 赤崎兼義 : 病理学総論・399, 1966.
- 12) 北村武, 他 : 耳下腺腫瘍の臨床. 耳鼻臨床 64 : 1286~1301, 1971.
- 13) 今野昭義, 他 : 顔面神経原発神経鞘腫の臨床的観察. 日耳鼻 73 : 379~388, 1970.
- 14) Conley, J., et al. : Neurilemmoma of the facial nerve. Plast. Reconstr. Surg. 52 : 55~60, 1973.
- 15) Pulec, J.L. : Symposium on surgery. -II. facial nerve neuroma. Laryngoscope 82 : 1160~1176, 1972.
- 16) Neely, J.G., et al. : Facial Nerve Neuromas. Arch. Otolaryngol. 100 : 298~301, 1974.
- 17) 高橋良, 他 : 顔面神経 Neurinoma の1例. 耳展 10 : 289~294, 1967.
- 18) 千葉庸夫, 他 : 顔面神経より発生したと思われる巨大な神経鞘腫の1例. 外科診療 14 : 58~61, 1972.
- 19) 王置弘光, 他 : 顔面神経原発腫瘍の2例. 耳鼻臨床 65 : 717~723, 1972.
- 20) 藤村直樹, 他 : 顔面神経原発と思われる側頭骨内 Neurilemmoma の1例. 耳鼻臨床 70 : 31~35, 1977.
- 21) 岸本誠司, 他 : 麻痺を伴わない顔面神経鞘腫. 耳鼻臨床 71 : 817~824, 1978.
- 22) 小倉脩二, 他 : 耳下腺腫瘍を疑わしめた側頬部 Ganglioneuroma の1例. 耳喉 39 : 501~505~1967.

原稿到着 : 昭和55年9月10日
別刷請求先 : 中島 徹
〒569 高槻市大学町2-7
大阪医科大学耳鼻咽喉科学教室