頸部迷走神経より生じた神経鞘腫

— 1 症例報告および本邦例集計 —

田 中 憲 雄・宮 村 健一郎

猪 川 勉・石 川 哮

Neurinoma of the Cervical Vagus Nerve

— A Case Report and Analysis of 35 Cases —

Norio Tanaka, Kenichiro Miyamura,
Tsutomu Ikawa and Takeru Ishikawa
(Kumamoto University)

A 74-year-old man with a firm asymptomatic tumor in the upper left lateral neck visited our department on March 5, 1979. At surgery under local anesthesia, it was confirmed that the tumor originated from the vagus nerve. The tumor was removed together with the vagus nerve. The neurinoma of Antoni type A and B was diagnosed on microscopic tissue examination. Virtually no symptom or sign was observed post-operatively except for tachycardia of short duration and persistent hoarseness.

Neurinoma of the cervical vagus nerve is a rare growth. Statistical observation was made on 35 cases, including ours, reported in Japan from 1926 to 1980. Our comments on neurinoma of the cervical vagus nerve are as follows.

- 1) The age at diagnosis ranged from 23 to 74 years with an average of 45 years.
- 2) The incidence was slightly higher in men than in women.
- 3) The incidence was considerably higher on the right side than on the left at a ratio of 2:1.
- 4) It is relatively difficult to make a correct preoperative diagnosis of this tumor.
- 5) The statistics show better prognoses for complete removal of the tumor together with the vagus nerve than intracapsular removal.

緒 言

頸部迷走神経に発生する神経鞘腫はまれである。最近著者らはその1例を経験したので症例の臨床経過を報告するとともに、1926年から1980年までに本邦で報告された34例の集計を行ない、若干の文献的考察を加えた。

症 例

患者: 74才・男性

初診: 昭和54年 3 月 5 日

主訴: 左側頸部腫脹

既往歴: 昭和44年痔核にて手術

家族歴: 肺結核(長男)

現病歴: 昭和54年 2 月初旬無痛性の左頸部腫脹に気づき近医受診し, 抗生剤, 消炎剤等の投与を受けたが腫脹は軽減せず当科を受診した。なお局所的には腫脹を除けば何らの自覚症状もないが, 腫脹に気づいた頃より時々鮮血便があるとのことであった。

初診時所見: 両耳, 鼻腔, 咽喉頭に異常所見を認めず, 左頸部に孤立性の腫瘤を触知した。腫瘤は左下顎角下部, 総頸動脈分岐部付近で胸鎖乳突筋下に触知し, くるみ大, 弾性硬, 表面平滑, 境界鮮明で, 腫瘤そのものには拍動を触れず, その内側に頸動脈の拍動を触れ, 皮膚および周囲組織との癒着はなく, 可動性は左右には良く上下には不良であった。また腫瘤圧迫による疼痛その他の症状の出現は認めなかった。

体格中等度で栄養状態良, 胸腹部に異常所見なく, 左頸部腫瘤の他には腫大リンパ節を触知しなかった。脈拍は 60/min. で整, 血圧は 120/70 mmHg であった。

臨床検査成績: 胸部レ線, 心電図, 血清蛋白, 血清電解質, 肝機能検査, ヘモグラム, 出血素因検査, 尿検査で異常なく, 血清梅毒反応, HBs 抗原, ツ反は陰性であった。

上部消化管透視では異常を認めなかったが, 注腸造影およびコロソファイバーにてS状結腸と直腸の移行部に良性の小ポリープを認めた。内外痔核も認められ, 時々生じていた鮮血便の原因であると診断された。

手術時所見: 昭和54年 4 月 3 日, 局麻下に左頸部腫瘤摘出を試みた。腫瘤直上で胸鎖乳突筋前縁にそって約 6 cm の皮切をいれ, 軟部組織を剝離し, 胸鎖乳突筋前縁を露出して外側に圧排すると, 腫瘤はその下極が総頸動脈分岐部の高

さにあり, 周囲との癒着はなく, 内頸静脈・内頸動脈と接して内頸動脈をその深部後方より押し上げるような形で存在していた。腫瘤は上下が索状物となり迷走神経に連続しており, 迷走神経由来の腫瘍であることが確認できた。索状物は腫瘍表面に分枝した形で広がっていた。そこで麻酔医立会いのもとに索状物の上下で迷走神経を切断し腫瘍を摘出した。迷走神経切断時患者は一過性の強い局所痛を訴えやや頻脈となったが心電図波形には変化を認めなかった。

摘出標本は卵円形を呈し, 大きさは 3.5×2.5×2.5cm で重量 10g であった。黄白色の線維性被膜に被れ弾性硬であり, 索状物が表面に分枝して付着している部分を除けば表面平滑であった(図1)。割面は不規則なオレンジ色を混じた灰白色でほぼ実質性であるが, 中心部には暗赤色の貯留液を含んだ嚢胞形成が認められた(図2)。

図1 摘出標本

図2 摘出標本の割面

図3 Antoni A型の部分 ×100

図4 Antoni B型の部分 ×100

摘出標本の組織学的所見：紡錘形，卵円形の核と好酸性の細胞質をもつ細胞が束状に走り，核がその長軸を平行に周期的間隔で横列するいわゆる隊列状配列 *parade arrangement* を呈する Antoni A 型の部分（図3）と細胞の分布が疎で細胞が網状に吻合し粘液腫様の外観を呈する Antoni B 型の部分（図4）が混在していた。

術後経過：術中迷走神経切断時より嘔声は出

現したが舌麻痺，Horner 症候群等はその後もみられなかった。また術後の心電図波形に変化はみられなかったが，脈拍 70-80/min.，血圧 150/80 mmHg と術前に比してやや頻脈，血圧上昇があり約10日間続いたが，漸次術前値にもどっていった。

術後2年以上経過した現在，左反回神経麻痺は認められるが腫瘍の再発は認めていない。

考

神経鞘腫は一般的には Neurinoma, Neurolemmoma, Schwannoma が同義語として用いられており Schwann 細胞より発生するといわれている。腫瘍の発生は神経束の外縁で起りやすく，固有の被膜に包まれて発育する。起源となった神経が細い場合にはその神経と腫瘍とを鑑別できないが，神経が太い場合には腫瘍は外方へ膨脹性に発育し，神経線維は腫瘍表面に広がって付着し，神経が腫瘍のなかにまき込まれることはない¹⁾²⁾³⁾。自験例も迷走神経本幹に連続する上下の索状物は腫瘍表面を分枝した形で広がっていた。本腫瘍は特に知覚神経に発生しやすく，脊髄神経根についてはその背側根に，脳神経では第8脳神経に発生しやすい⁴⁾。Gore ら⁴⁾は389例の本腫瘍を検討し，聴神経腫瘍228例を含む65%が中枢神経系に発生し，それ以外では頭頸部，上肢，下肢の順に発生をみるとしている。このように本腫瘍は耳鼻咽喉科領域では聴神経腫瘍として最も多くみられる。

按

頸部では本腫瘍は交感神経，迷走神経，頸神経叢，副神経，舌下神経などに発生し，自験例のごとく卵円形で弾性硬の腫瘍が上頸部に孤立性に触知されることが多いが，腫瘍内の囊胞形成のために波動を触れる場合もある。富樫ら⁵⁾は1966年～1975年の10年間に熊本大学耳鼻咽喉科で手術された頸部良性腫瘍は55例あり，そのうち4例（7.3%）が本腫瘍であったと報告している（表1）。これには良性あるいは悪性の甲状腺腫瘍や唾液腺腫瘍は含まれておらず，それらの頻度の高さを考えれば本腫瘍が頸部に発生する頻度の低さがうかがいしれよう。本腫瘍が頸部に生じ，しかも術前に何らの神経脱落症状あるいは刺激症状も呈していない場合，それが下位にあれば術中に由来神経を確認することはさほど困難ではないが，上頸部それも副咽頭間隙のものであれば術中の由来神経の確認は容易ではない。結局術後の神経脱落症状で由来神経を診断することが多いが，摘出術中に由来神

表1 頸部良性腫瘍の病理組織診断 (富樫⁵⁾)

median cervical cyst	19
lateral cervical cyst	3
lipoma	1
dermoid cyst	4
lymphadenitis colli	9
lymphadenitis colli tbc	9
neurinoma (schwannoma)	4
cystic hygroma	1
foreign body	1
hemangioma	4
total	55

経以外の神経を損傷している可能性があるため、あくまでも推測の域を出ないこととなる。Rosenfeld ら⁶⁾ が頸部神経原性腫瘍32例のうち起源の判明したものは19例であったと報告しているように、由来神経の確認できるものは比較的少ないものである。

さて頸部に生じた本腫瘍中、迷走神経より生じたものの報告例はさらに少ない。Rosenfeld ら⁶⁾ は 17 例の頸部神経鞘腫のうち 2 例が迷走神経由来であったと報告している。1973 年に Reddick ら⁷⁾ が報告した頸部迷走神経由来の本腫瘍39例の集計では、年齢は14才～82才で30才台が最も多く、平均年齢は43才であり、男21例・女18例でやや男性に多く、患側は右25例・左14例で右側に多いとされている。本邦では著者らの調べ得た限りでは1926年の関口ら⁸⁾ の報告以来1980年までに自験例を含めて35例が報告されている (表2)。なお明らかに迷走神経より生じていたとは判断できないもの⁵⁾³⁵⁾、年齢・性別・存在側・組織学的診断などの記載が不十分なもの³⁶⁾³⁷⁾³⁸⁾、von Recklinghausen 病に伴ったもの³⁹⁾、神経線維腫と記載されているもの⁴⁰⁾は集計より除外した。また淵本ら⁴¹⁾の報告は渡辺ら²²⁾の報告の第1例目と同一症例である

ことを確認してこれを除外した。鈴木ら³⁷⁾の報告例も田中ら¹⁸⁾の報告例と同一症例と思われる。なお田中らの報告の第2例目は多発性の神経鞘腫でまれなものである。頸部迷走神経の外に神経鞘腫の多発した例は Gore ら⁴⁾、Altany ら⁴²⁾が報告しているが、本邦での報告はこの1例のみである。神経線維腫も神経鞘腫も広い意味の Schwann 細胞に由来する同一の腫瘍であるとする有力な説が有り、事実 von Recklinghausen 病ではその病変の一部として多発性の神経線維腫の他に神経鞘腫が出現することはよく知られている。しかし、神経線維腫と神経鞘腫はその形態のみをとりあげてもかなり相互に差のある腫瘍であり、その臨床像も異なる点があるため、医療上は今後共、別々の名称で区別して取扱うべきものであると武川⁴⁾は、述べている。田中らの第2例目では全身皮膚の色素沈着、母斑などはみられていない。

集計した35例を検討してみると、年齢は23才～74才で30才台が最も多く、平均年齢は45才であり、男19例・女16例でやや男性に多く (表3)、患側は右23例・左12例で右側に多く、Reddick ら⁷⁾の報告と同じ傾向を示しているといえよう。自験例は74才で本邦報告例の最高年齢であった。

頸部迷走神経由来の神経鞘腫は自験例のごとく症状に乏しく、無痛性の頸部腫脹を主訴とし

表3 頸部迷走神経鞘腫の年齢と性

Age in decades	Males	Females	Total
20～29	3	0	3
30～39	8	4	12
40～49	3	4	7
50～59	2	5	7
60～69	2	2	4
70～79	1	1	2
Total	19	16	35

表2 頸部迷走神経鞘腫症例

症例	報告者 年度	年齢	性	患側	主 訴	術前所見	手術	術 後 所 見 () : 一時的所見	そ の 他
1	関 口 ⁸⁾ 1926	39	M	R	頸部腫瘤	圧迫→咳嗽	全 摘 局 麻	反回神経麻痺	malignant, ピロカルピン試験(－), アドレナリン試験(+)
2	永 沢 ⁹⁾ 1941	39	F	L	同 上	嘔気, 偏頭痛	全 摘	同 上	radiation (術前), 術中迷走神経牽引による咳嗽, 徐脈
3	及 川 ¹⁰⁾ 1941	41	F	L	同 上		全 摘		radiation (術前), ピロカルピン試験(－), アドレナリン試験(－)
4	岩 本 ¹¹⁾ 1956	33	M	R	同 上	咳嗽発作	全 摘 局 麻	反回神経麻痺 (頻脈, 嚥下障害)	malignant radiation (術後)
5	石 橋 ¹²⁾ 1958	36	M	R	同 上	圧迫→咳嗽, 心拍・呼吸数の変化	全 摘 全 麻	反回神経麻痺 (呼吸困難, 嚥下困難, 頻脈)	Aschner 試験(+). ピロカルピン試験(++)・アドレナリン試験(－)
6	折 田 ¹³⁾ 1959	46	M	L	同 上	咳嗽刺激		反回神経麻痺	
7	宮 石 ¹⁴⁾ 1960	46	F	R	同 上		全 摘	同上, 嚥下障害 (呼吸困難)	radiation (術前)
8	河 田 ¹⁵⁾ 1961	38	M	R	同 上		被膜下	反回神経麻痺	radiation (術前)
9	馬 場 ¹⁶⁾ 1962	25	M	L	同 上		被膜下 全 麻	同 上	
10	川 淵 ¹⁷⁾ 1964	39	M	R	同 上		被膜下 局 麻	嚥 声	radiation (術前)
11	〃	60	M	R	同 上	圧迫→咳嗽	被膜下	同 上	C. A. G.
12	田 中 ¹⁸⁾ 1967	50	F	L	同 上 脳腫瘍疑い	V・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ・Ⅺ 脳神経障害, 小脳症状	全 摘	同上, 舌・口輪筋の運動障害	C. A. G.
13	〃	36	F	R	頸部腫瘤 右大腿部腫瘤	圧迫→右眼, 右下顎への放散痛	全 摘	反回神経麻痺	多発性神経鞘腫
14	〃	50	M	R	頸部腫瘤	圧迫→咳嗽	全 摘	同 上	
15	曲直部 ¹⁹⁾ 1968	35	M	R	同 上	圧迫→咳嗽	全 摘	嚥 声	
16	亀 井 ²⁰⁾ 1968	30	F	L	口蓋弓部腫脹 頸部腫瘤		被膜下 全 麻	反回神経麻痺 (軟口蓋不全麻痺, 嚥下困難)	radiation (術前) C. A. G.

17	糸 井 ²¹⁾ 1970	52	F	R	喉頭異物感 頸 部 腫 瘤		全 摘		malignant
18	渡 辺 ²²⁾ 1970	43	M	R	頸部腫瘤	嚥 下 痛	被膜下 全 麻	反回神経麻痺	
19	〃	70	F	R	同 上		全 摘 局 麻	同 上	神経切断時顔面・全身に多量の発汗
20	〃	56	F	R	同 上		全 摘 局 麻	同 上	
21	時 田 ²³⁾ 1972	66	F	L	口蓋扁桃 部腫脹	嚥 下 困 難	全 摘 全 麻	同上, Horner 症 候群, 舌の左方偏 位	
22	Narita ²⁴⁾ 1974	23	M	R	頸部腫瘤		全 摘	反回神経麻痺 嚥 下 困 難	試験穿刺
23	〃	65	F	R	同 上		被膜下		
24	法 水 ²⁵⁾ 1974	54	M	R	同 上	圧迫→咳嗽, 咽 頭異物感, その他	全 摘 全 麻	反回神経麻痺 局所圧迫→咳嗽発作	C. A. G. 試験穿刺・切除
25	坂 堂 ²⁶⁾ 1976	54	F	R	耳下部腫脹			反回神経麻痺 舌下神経麻痺	唾液腺シンチグラム
26	新 山 ²⁷⁾ 1976	33	M	R	頸部腫瘤		被膜下	反回神経麻痺 局所圧迫→咳嗽発作	
27	横 谷 ²⁸⁾ 1977	54	F	R	同 上	反回神経麻痺 圧迫→咳嗽, 疼痛	全 摘 全 麻	反回神経麻痺	malignant radiation (術後), 再発
28	深 沢 ²⁹⁾ 1977	47	F	R	同 上		部分切除		甲状腺シンチグラム
29	平 出 ³⁰⁾ 1977	48	F	L	同 上	上咽頭腫瘍放射 線治療12年後	全 全 全 麻	反回神経麻痺 (咳 嗽発作, 頻脈, そ の他)	radiation (術前), 神経端々吻合術
30	〃	26	M	R	同 上	圧迫→咳嗽, 嘔 気, 嘔吐	全 全 全 麻	反回神経麻痺	
31	吉 田 ³¹⁾ 1977	35	F	R	同 上		全 全 全 麻	同 上	Aschner 試験陰性 生検
32	牧 ³²⁾ 1978	44	M	L	同 上		被膜下 全 麻	同 上 (頻 脈)	
33	古 川 ³³⁾ 1979	35	M	L	同 上	Ⅸ・Ⅹ・Ⅺ脳神経 麻痺	全 摘		再発, 悪性化
34	川 端 ³⁴⁾ 1980	67	M	L	同 上	反回神経麻痺 上半身発汗, 局 所熱感	全 全 全 麻	反回神経麻痺 (嚥下障害)	C. A. G.
35	田 中 (自験例)	74	M	L	同 上		全 局 全 麻	反回神経麻痺 (頻脈, 血圧上昇)	神経切断時局所疼痛

て受診することが多い。しかし Leichtling ら⁴³⁾の報告にあるような腫瘍圧迫による咳嗽発作はかなりしばしばみられる。この上喉頭神経による反射と考えられる咳嗽発作は集計例中にも7例とかなり高頻度に認められる。また自然咳嗽も2例にみられている。Paul⁴⁴⁾は圧迫により頻脈をきたした症例、圧迫による同側の眼球と心窩部への放散痛をきたした症例の報告をしているが、集計例でも圧迫により心拍・呼吸数の変化をきたした症例¹²⁾、右眼、右下顎への放散痛をきたした症例¹⁸⁾、飲みこみにくい感、胃のつかえた感を訴えた症例²⁵⁾、嘔気・嘔吐をきたした症例³⁰⁾が報告されている。Hardy ら⁴⁵⁾が報告している術前の反回神経麻痺は悪性の場合に生じやすいことが指摘されており⁴⁶⁾、集計例では4例に術前の反回神経麻痺が認められており、うち1例²⁸⁾は悪性であり、1例³³⁾は再発し悪性化した症例である。その他まれなものとしては発汗をきたす症例が報告されている³⁴⁾。また術前の嚥下困難には口蓋扁桃部の腫脹のためと思われるもの、神経麻痺のためのものがそれぞれ報告されている。このような術前の諸症状を鑑みれば、上頸部に孤立性の腫瘍を触知した場合、①腫瘍内側に頸動脈の拍動が触れ、②可動性は左右に良く、上下に不良であり、③圧迫すると迷走神経刺激症状が出現するようなものであればまず迷走神経由来の神経鞘腫を考えてもよいであろう。勿論鑑別診断としては悪性腫瘍の頸部リンパ節転移、悪性リンパ腫、頸部リンパ節結核、側頸嚢胞、頸動脈瘤、carotid body tumor などがあげられる。なかでも頸動脈瘤、carotid body tumor との鑑別診断にはC.A.G. が有用であることはこれまでの多くの報告が指摘しているところである。また集計例にもしばしばみられる術前照射の施行は鑑別診断の困難さを物語るものであろう。自験例では術前に血便があり、悪性腫瘍の頸部リンパ節転移も考え、消化管の精査をしている。ところで関口ら⁸⁾の報告にはピロカルピン試験陰性、アドレナリン試験陽性で交感神経緊張状態を認め

たと記載してあり、石橋ら¹²⁾の報告にはピロカルピン試験(++)、アドレナリン試験(-)、Aschner 試験(+)で副交感神経の機能亢進が認められたと記載してある。しかし自律神経機能は多数の他の因子により左右されるので臨床的にその機能障害としての評価は困難であり、近年このような自律神経機能検査は次第に施行されなくなっている。一般に頸部迷走神経の神経鞘腫は症状に乏しく、術前に確定診断のつくことは少なく、術前・術後の組織学的検査によって確定診断がつくことが多い。とはいえ術前の組織切片検査はむしろ施行すべきではないというのが著者らの見解である。それは①周囲組織の損傷の可能性、②悪性腫瘍の場合の腫瘍細胞の撒布の可能性、③例えば混合腫瘍では部分診断のみが得られる可能性などがあるからである。

治療に関しては放射線治療が無効であるため外科的摘出がなされている。集計例での術前照射はすべて無効であった。腫瘍摘出は腫瘍上下での迷走神経切断による摘出(表2では全摘と記載)と被膜下摘出とがある。著者らは①集計例でも組織学的に悪性所見を示したものが4例もあること、②術中、腫瘍が悪性か否かを肉眼的に判断することが困難であること、③被膜下摘出では再発が多いという報告⁴²⁾があること、④被膜下に摘出しては反回神経麻痺はまず必発であり、後述するように一側の迷走神経切断では一過性の神経脱落症状にとどまる場合が多いこと、⑤全摘後の切断端と思われる上下2ヶ所よりの局所再発例²⁸⁾、局所再発とも考えられる例³³⁾があることなどより被膜下摘出にこだわるべきではなく、腫瘍上下の迷走神経を腫瘍より充分離して切断し、出来れば神経の断端吻合あるいは神経移植を施行するのがよいと考えている。Conley⁴⁷⁾は2cm以内の神経欠損には断端吻合を、2cm以上の場合には神経移植を施行すべきであると述べており、端々吻合術による反回神経麻痺回復の報告⁴⁸⁾、大耳介神経移植による反回神経麻痺回復の報告⁶⁾もみられる。しか

し本邦でも断端吻合施行例³⁰⁾, 神経移植施行例⁴⁰⁾はあるがいずれも成功していない。

Conley⁴⁷⁾ は迷走神経の高位切断は嚥下障害, 食道・心・幽門の痙攣, 声帯・軟口蓋麻痺あるいは咽喉頭粘膜の知覚障害などを引き起こし, これらに嚥下性肺炎, 心悸亢進, 呼吸器障害等の合併症が加わり複雑な症状を呈してくると述べている。集計例では反回神経麻痺の他に一過性の頻脈, 嚥下障害, 呼吸困難, 軟口蓋麻痺, 発汗, 咳嗽発作などが術中術後にみられているが, 運動神経切断による症状以外はほとんどのものが術後まもなく改善している。自験例でも迷走神経知覚枝の切断によると思われる切断時一過性の局所疼痛, 反回神経麻痺, 頻脈, 血圧上昇が認められたが, 術後10日以上残ったのは反回神経麻痺のみであった。このように一側のみの切断では通常一過性の神経脱落症状を呈するだけであるとはいえ, 迷走神経切断直後の心停止症例の報告 (Bruckschwaiger, 1947)⁴²⁾もあるので特に局麻下での手術の際には注意が必要である。神経切断前に腫瘍の圧迫あるいは神経の結紮などを行って呼吸器・循環器系の状態の変化を検討することも必要であろう。富樫

ら⁵⁾, 平出ら³⁰⁾ は腫瘍摘出にあたり迷走神経支配下の臓器に急激な変化が起きないように, 迷走神経への局麻の使用も念頭に置くべき手段であると述べている。

Das Gupta ら⁴⁹⁾ は 303例の頭蓋外に生じた孤立性神経原性腫瘍 (神経鞘腫および神経線維腫) 症例のうち, 実に49例 (16.1%) が末梢神経と無関係な悪性腫瘍を有しており, うち22例が神経原性腫瘍治療前に悪性腫瘍の治療を受けたことがある例, 16例が神経原性腫瘍と診断された時点で悪性腫瘍を合併していた例, 11例が後年に悪性腫瘍が見い出された例であったと報告しており, Mair ら⁵⁰⁾ は頸部迷走神経より生じた孤立性神経鞘腫の摘出 1 年後に胃癌 (adenocarcinoma) が発見された症例を報告している。集計例では, 神経鞘腫のために受診した12年前に上咽頭細網肉腫で放射線治療を受けたことのある症例³⁰⁾がみられる。神経原性腫瘍が Das Gupta らの報告のように高率に悪性腫瘍を合併することを鑑みれば, われわれが神経鞘腫・神経線維腫に出会った場合には, 全身の精査と術後の厳重な経過観察が必要と思われる。

結 語

74才男性の左頸部迷走神経より生じた神経鞘腫の 1 例につきその臨床経過を報告した。あわせて自験例を含めた本邦報告例35例の集計を行ない, 文献的考察を加えた。

1) 自験例は局麻下で摘出術を施行し, 患者は迷走神経切断時に一過性の局所痛を訴えた。反回神経麻痺は現在も残っているが, 術後より生じた頻脈・血圧上昇は約 10日間で回復した。なお現在も腫瘍再発をみていない。

2) 集計した35例を検討すると, 年齢は 23才~74才で30才台が最も多く平均年齢は45才であり, 男19例・女16例でやや男性に多く, 患側は右23例・左12例で右側に多かった。自験例は 74才で最高年齢であった。

3) 一般に, 術前の組織切片検査は施行すべきではない。

4) 腫瘍摘出に際しては被膜下摘出にこだわるべきではなく, 腫瘍上下の迷走神経を腫瘍より充分分離して切断し摘出するべきである。

5) 神経原性腫瘍は高率に他の悪性腫瘍を合併するという報告もあるので, 全身の精査と術後の厳重な経過観察が必要である。

本論文の要旨は熊本・鹿児島・宮崎地方部会合同学術講演会 (熊本県第14回) にて口演した。

文

献

- 1) 武川昭男：神経線維腫・神経鞘腫。耳喉 49 : 777~786, 1977.
- 2) Kragh, L. V., et al. : Benign and malignant neurilemmomas of the head and neck. Surg. Gynec. Obstet., 111 : 211~218, 1960.
- 3) Putney, E. J., et al. : Neurogenic tumors of the head and neck. Laryngoscope, 74 : 1037~1059, 1964.
- 4) Gore, D. O., et al. : Parapharyngeal neurilemmoma. Surg. Gynec. Obstet., 103 : 193~201, 1956.
- 5) 富樫紀彦, 他 : 頸部腫瘍, 熊本大学耳鼻咽喉科における過去10年間 (1966~1975年) の手術統計. 耳鼻 22 : 499~505, 1976.
- 6) Posenfeld, L., et al. : Primary neurogenic tumors of the lateral neck. Ann. Surg., 167 : 847~855, 1968.
- 7) Reddick, L. P., et al. : Neurilemmomas of the cervical portion of the vagus nerve. A collective review and two case report. Am. J. Surg., 125 : 744~747, 1973.
- 8) 関口蕃樹, 他 : 迷走神経腫瘍の手術治験例並に其病理組織的所見について. 日外会誌 27 : 885~894, 1926.
- 9) 永沢正二郎, 他 : 頸部迷走神経腫瘍摘出治験例. 日外会誌 42 : 1381, 1941.
- 10) 及川円治 : 頸部迷走神経腫瘍摘出治験例. 日外会誌 42 : 1381~1382, 1941.
- 11) 岩本彦之丞, 他 : 悪性像を示した頸部ノイリノーム症例. 耳鼻 3 : 118~121, 1956.
- 12) 石橋孝雄, 他 : 稀有なる頸部迷走神経腫瘍の一治験例. 臨床外科 13 : 119~121, 1958.
- 13) 折田二男, 他 : 頸部ノイリノームに就て. 日耳鼻 62 : 1120, 1959.
- 14) 官石成一 : 頸部ノイリノームの1例. 日外会誌 61 : 304, 1960.
- 15) 河田政一 : 迷走神経の腫瘍及び異物例. 日耳鼻 64 : 1641, 1961.
- 16) 馬場正三, 他 : 迷走神経に発生した Neurinoma の1治験例. 外科診療 4 : 86~89, 1962.
- 17) 川淵純一, 他 : 頸部迷走神経鞘腫の2例. 神経進歩 8 : 76~77, 1964.
- 18) 田中輝彦, 他 : 頸部迷走神経鞘腫の3手術治験例. 脳と神経 19 : 983~988, 1967.
- 19) 曲直部寿夫, 他 : 頸部迷走神経腫瘍の1例. 日外会誌 69 : 1081, 1968.
- 20) 亀井民雄, 他 : 頸部血管異常を中心に, 内頸動脈の著明なる走行異常を惹起した側咽腔神経鞘腫の一症例. 日耳鼻 71 : 673~681, 1968.
- 21) 糸井俊一 : 咽頭ノイリノームの一症例. 日耳鼻 73 : 563, 1970.
- 22) 渡辺政徳, 他 : 頸部迷走神経に発生した神経鞘腫の3例. 外科 32 : 201~203, 1970.
- 23) 時田喬, 他 : 迷走神経腫瘍症例. 日耳鼻 75 : 514, 1972.
- 24) Narita, H., et al. : Five cases of neurilemmoma. Bulletin of the Osaka Medical School 20 : 14~18, 1974.
- 25) 法水正文, 他 : 迷走神経より発生した頸部神経鞘腫の1例. 耳展 17 : 583~589, 1974.
- 26) 坂堂正生, 他 : 迷走神経由来と思われる巨大な Neurinoma 症例. 日耳鼻 79 : 348~349, 1976.
- 27) 新山宏二 : 頸部神経鞘腫の1例. 日耳鼻 79 : 1030, 1976.
- 28) 横谷邦彦, 他 : 頸部迷走神経に発生した悪性神経鞘腫の1例ならびに本邦集計. 外科診療 68 : 578~584, 1977.
- 29) 深沢高士, 他 : 頸部迷走神経より発生したノイリノームの1例. 日耳鼻 80 : 91~92, 1977.
- 30) 平出文久, 他 : 頸部迷走神経ノイリノーム, 2症例報告ならびに文献的考察. 耳喉 49 : 209~216, 1977.
- 31) 吉田英晃, 他 : 右頸部迷走神経より発生した神経鞘腫の1例. 夸医誌 28 : 667~672, 1977.
- 32) 牧孝, 他 : 頸部迷走神経鞘腫症例. 日耳鼻 81 : 626, 1978.
- 33) 古川裕, 他 : 興味ある経過をとった頸部迷走神経原発の腫瘍. 日耳鼻 82 : 596, 1979.
- 34) 川端一嘉, 他 : 迷走神経ノイリノーム症例. 日耳鼻 83 : 329, 1980.
- 35) 調賢哉 : 頸部に於けるノイリノーム(Neurinoma)について. 耳喉 29 : 942~945, 1957.
- 36) 坂井藤吉 : 頸部迷走神経腫瘍摘出治験例. 日外会誌 42 : 1382, 1941.

- 37) 鈴木二郎, 他 : 迷走神経腫瘍の 3 症例. 癌の臨床 10 : 71, 1964.
- 38) 中村正, 他 : 頸部神経鞘腫の 2 症例. 日耳鼻 83 : 999~1000, 1980.
- 39) 森本重利, 他 : Von Recklinghausen 病に伴う神経肉腫 (malignant Schwannoma) と甲状腺癌の重複腫瘍の 1 例. 外科診療 17 : 1496~1502, 1975.
- 40) 小林明, 他 : 頸部迷走神経線維腫の 2 例. 外科宝函 31 : 681, 1962.
- 41) 瀧本悍, 他 : 頸部迷走神経に発生した神経鞘腫の 1 例. 日外会誌 74 : 89, 1973.
- 42) Altany, F. E., et al. : Neurilemmoma of the vagus nerve in the neck. Arch. Surg., 73 : 793~800, 1956.
- 43) Leichtling, J. J., et al. : Neurilemmomas of vagus nerve in the neck. A significant diagnostic sign. J. A. M. A., 183 : 143~145, 1963.
- 44) Paul, M. : Nerve sheath tumours of the vagus nerve in the neck. Aust. N. Z. J. Surg., 19 : 34~37, 1949.
- 45) Hardy, A. E., et al. : Neurilemmoma of the vagus nerve in the neck. N. Z. Med. J., 74 : 247~250, 1971.
- 46) Penido, J. R. F., et al. : Tumours of the vagus nerve. Proc. Mayo Clin., 32 : 239~249, 1957.
- 47) Conley, J. J. : Neurogenic tumors in the neck. Arch. Otolaryng., 61 : 167~180, 1955.
- 48) Bales, H. W., et al. : Neurilemmoma of the vagus nerve. New York J. Med., 62 : 105~107, 1962.
- 49) Das Gupta, T. K., et al. : Benign solitary schwannomas (neurilemmomas). Cancer, 24 : 355~366, 1969.
- 50) Mair, I. W. S. : Solitary schwannoma of the cervical vagus nerve. O. R. L. Digest, 38 : 344~349, 1976.

原稿到着 : 昭和56年 7 月31日

別刷請求先 : 田中憲雄

〒860 熊本市本荘 1 丁目 1 番 1 号

熊本大学医学部耳鼻咽喉科学教室