神経移植を要した巨大耳下腺多形腺腫例

小坂 道也・堀 泰高・萩池 洋子・赤木 博文*

Giant Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland ; A Case Report

Michiya Kosaka, Yasutaka Hori and Yoko Hagiike

(Kagawa Rosai Hospital)

Hirofumi Akagi

(Okayama University)

We report a case of giant pleomorphic adenoma of parotid gland. The patient was a 66-year-old female who first noticed the mass 30 years previously, although the mass had not been treated. The tumor gradually enlarged and on examination at our hospital on March the third 1999, the tumor was 13×11×9 cm. The patient underwent total parotidectomy and since the tumor involved a facial nerve, the nerve was resected and we grafted the cervical sensory plexus. Midline mandibulotomy was performed because the tumor extended to the parapharyngeal space. Histopathologically, there was no evidence of malignancy. Facial palsy was gradually improved postoperatively and there has been no recurrence for two years.

Key words : pleomorphic adenoma, nerve graft, facial palsy

はじめに

耳下腺多形腺腫は耳下腺腫瘍のなかで最も頻度が高く¹⁾²⁾、日常診療で比較的多く遭遇する疾患であるが、近年は腫瘍と診断されれば、腫瘍の悪性化、腫瘍の増大による美容的な問題などから、原則的に早期に手術が行われる。

そのため巨大な耳下腺腫瘍に遭遇する機会はまれである³⁾が、今回、30年前に他院で腫瘍と診断されたが、手術を拒否し、30年後に手術を行い、手術に際して顔面神経の切除および神経移植を要した巨大耳下腺多形腺腫を経験したので文献的考察とともに報告する。

症 例

患者：66歳、女性。

主訴：左耳下部腫瘍。

既往歴：交通事故による顔面外傷後の左前額部顔面神

経麻痺(20年前)。

現病歴：約30年前に左耳下部腫瘍に気づき、他院で耳下腺腫瘍と診断され手術を勧められたが、手術を拒否しそのまま放置していた。その後腫瘍は徐々に増大し巨大となってきたため、近医を受診し平成11年3月3日、当科紹介となった。

局所所見：左耳下部から後頸部にかけて11×11 cmの八頭状の隆起性の弾性硬の腫瘍を認めた(図1)。可動性は不良で、皮膚との癒着は認めなかった。口腔所見では左前口蓋弓から口蓋扁桃にかけて腫脹を認めた。腫瘍部の疼痛、圧痛は認めなかった。20年前の交通事故による顔面外傷後の左前額部顔面神経麻痺(完全麻痺)以外に顔面神経麻痺は認めなかった。スコアは40点法⁴⁾で34点であった。頸部にリンパ節の腫脹を認めなかった。開口制限も認めなかった。その他、耳、鼻、喉頭に異常を認めなかった。

図1 入院時所見

左耳下部に巨大腫瘍を認め左前額部顔面神経麻痺(交通事故後)を認める。

検査所見：MRIにて左耳下部から左副咽頭間隙にかけて巨大な腫瘍性病変を認めた(図2)。T1で低輝度，T2で高輝度で，腫瘍は耳下腺深葉から副咽頭間隙にかけてダンベル型を呈していた。頸部に有意なリンパ節の腫脹は認めなかった。穿刺吸引細胞診はクラスⅢbで悪性像はなく，多形腺腫が推定された。一般血液検査に異常を認めなかった。

腫瘍の悪性化，術中顔面神経の切断，下顎離断などの可能性を説明し患者の同意が得られたため，平成11年3

月23日手術を行った。

手術所見：手術は全身麻酔下に経鼻挿管にて行った。耳前部から顎下部にかけてS字状切開を加えた。後方から腫瘍を剥離していき，顔面神経本幹を露出した。腫瘍は娘結節を多数形成し増大しており，そのなかを本幹が貫く形になっていた。末梢で前額枝，頬骨枝，頬枝，下顎縁枝をすべて露出した。末梢においても神経は完全に多数の娘結節の間を貫く形になっており(図3)，腫瘍摘出のためには神経の保存は不可能と判断し本幹と末梢側でそれぞれ神経を切断した。次に額二腹筋後腹，茎突舌筋，茎突下顎靱帯を切断し茎状突起を外側に骨折させ，用手的に副咽頭間隙の腫瘍を剥離していったが最上方の部分で外側の巨大腫瘍が操作の支障となり，血管，神経を保存しての安全な剥離が困難と考え，皮膚切開を延長し下顎正中離断を行い，明視下に腫瘍を全摘した。腫瘍と周囲との癒着は認めなかった。術中病理所見は多形腺腫で，悪性像は認めなかった。切除後，神経刺激装置を用いて，切断した顔面神経の末梢の枝をそれぞれ刺激し眼瞼，上口唇，下口唇が最も大きく動く枝を3枝選び，左大耳介神経を中枢側に剥離していき採取した頸神経叢を用いて本幹とそれぞれの枝の間に8-0ナイロンで神経移植を行った(図4)。神経吻合は神経上膜吻合で行った。余剰皮膚を切除し閉創した。

摘出標本(図5)：腫瘍は13×11×9 cmで，八頭状で断面は黄白色で充実性であった。

図2 MRI T2強調画像(左：水平断，右：冠状断)

左：左耳下部から左副咽頭間隙にかけて巨大な腫瘍性病変を認め，ダンベル型を呈している。
右：腫瘍は頭蓋底へ進展している。

図3 術中所見

顔面神経は本幹から末梢にかけて多数の娘結節のなかを貫く形になっていた。

図6 病理組織所見(HE 染色, ×100)

娘結節の間を顔面神経(矢印)が走行している。

図4 神経移植

左頸神経叢を用いて神経移植を行った。

図7 術後1年6カ月の顔貌

閉眼, 顔の緊張などは良好である。

図5 摘出標本

病理所見：筋上皮と腺上皮が混在しており，基質には広範な粘液産生が観察され多形腺腫と診断した．周囲との境界は明瞭であるが，腫瘍成分が娘結節を形成しつつ周囲に進展しており，顔面神経は娘結節の間隙を走行していた(図6)．悪性化の所見は認めなかった．

術後経過：術後2年たった現在，再発は認めず，顔面神経麻痺は6カ月後より徐々に回復し40点法で18点まで改善した．20年前に交通事故で左前額の完全麻痺があり，術前から34点であったこと，閉眼，顔の緊張などは比較的良好であることから(図7)，患者の満足は得られている．開口障害や咬合不全は認めていない．

考 察

耳下腺腫瘍のなかで多形腺腫は最も頻度の高い腫瘍であり¹⁾²⁾, 日常診療で比較的遭遇することの多い疾患である。進行は緩徐で患者も腫瘤に気付いてから早期に医療機関を受診することが多いことから, 近年巨大な耳下腺腫瘍に遭遇することはまれである³⁾。今回の症例も30年前に他院で診断を受けていたが, 手術による顔面神経麻痺を恐れ, 手術を拒否し放置していた。本症例のごとく非常に巨大な腫瘍で, 長期に放置していたものは多形腺腫内癌の発生を考慮する必要がある。Eneroth ら⁴⁾は発生してから15年以上の症例では9.6%に多形腺腫内癌が発生していたと報告している。また Nagao ら⁵⁾は耳下腺由来の多形腺腫の場合5 cm 以上のものでは悪性化の可能性が急に高くなると報告している。本症例の術前の穿刺吸引細胞診では悪性所見は認めなかったが, このような巨大腫瘍では腫瘍内がすべて悪性ではないと術前に判断することは不可能であり, もし悪性化を認めた場合は術中, 術後に対処せざるを得ない。幸い本症例は術後の病理学的検討で悪性所見は認めなかった。

術式については腫瘍が非常に大きく, 副咽頭間隙に深く進展していたことから, 術前より下顎正中離断と神経移植の準備をして手術に臨んだ。耳下腺悪性腫瘍や, 良性腫瘍でも再発例では顔面神経を合併切除する場合があるが, 良性の多形腺腫で顔面神経を切除せざるを得なくなる症例はまれである。本症例は多数の娘結節を形成して腫瘍が顔面神経を取り込むように成長しており, 神経を温存して腫瘍を摘出するためには腫瘍の一部を削り取らなければ不可能と考えられた。村上⁷⁾はこのような症例では, 「腫瘍を削れば細胞播種は免れないから, 後日多発性再発を覚悟しなければならない。とすればせっかく神経を温存してもいずれは合併切除せざるを得ないことになり, 長い眼でみれば手術に失敗したことになる。そこで, 顔面神経を付けたままの状態で腫瘍の完全摘出を図り, 同時に神経移植による再建を行うことになる。」と述べている。本症例のごとくたとえ良性腫瘍であっても神経を保存できない場合があることを念頭に置く必要がある。

顔面神経を切除した場合は, 顔面神経同士を直接吻合が理想的であるが切除範囲が長い場合は通常神経移植を行う⁸⁾⁹⁾。使用する神経としては大耳介神経, 腓腹神経が多い⁸⁾⁹⁾が, 本幹と末梢の3枝を吻合するために分枝していて比較的長く神経を採取できる頸神経叢¹⁰⁾が有

用であった。麻痺の改善は顔面神経どうしを直接吻合する場合は最も改善率が良く, また若年者で切断されてから修復までの期間が短いほど回復が良い⁹⁾。村上⁷⁾は主幹で顔面神経を切断してから3本に分岐する移植神経を介して再建した場合は, 手技的に完璧を期しても60%前後の回復しかなし得ないと述べている。本症例の麻痺の改善については閉眼可能で口角の動きも良好で顔面の緊張も良いことより, 今のところ患者の満足は得られている。しかし麻痺の改善とともに, 神経移植を行った場合は病的共同運動は必発であり, それに対して今後患者からの訴えがあれば対応していく必要がある。

下顎を離断するかどうかについては, 耳下腺腫瘍の場合, 腫瘍が深葉や副咽頭間隙に進展した症例であっても経耳下腺法で下顎を離断せずに摘出可能な場合が多い。今回の症例では顔面神経本幹を切断し顎二腹筋, 茎突舌筋, 茎突下顎靭帯などを切断することにより, かなりの部分が手動的に剥離可能であったが一塊で腫瘍を摘出するためには頭蓋底付近での盲目的操作による神経や大血管の損傷の危険があると考え, また, 分割切除では腫瘍細胞の播種が危惧されたため, 最終的に下顎正中離断を行った。

結 語

- 1) 巨大な耳下腺多形腺腫を経験した。
- 2) 腫瘍摘出のために顔面神経の合併切除および, 下顎正中離断が必要であった。
- 3) 頸神経叢による神経移植を行い, 良好な麻痺の改善を認めた。
- 4) 巨大な耳下腺腫瘍の場合, たとえ良性腫瘍であっても顔面神経を合併切除せざるを得ない場合があることを念頭に置く必要がある。

本論文の要旨は第26回日本耳鼻咽喉科学会中国四国連合学会(平成12年12月, 岡山)にて口演した。

参考文献

- 1) 村川哲也, 小坂道也, 森 聡人: 耳下腺腫瘍の臨床統計。香川労災病院雑誌 5: 49~55, 1999。
- 2) 井上俊哉, 山下敏夫, 辻川覚志, 他: 当教室10年間における耳下腺腫瘍の統計。耳鼻臨床 82: 245~250, 1989。
- 3) 大谷 巖, 小川 洋: 巨大な耳下腺多形腺腫。耳鼻臨床 93: 184~185, 2000。
- 4) 小松崎篤, 富田 寛, 柳原尚明, 他: 末梢性顔面神経麻痺

- の治療効果判定についての申し合わせ事項試案. *Facial N Res Jpn* 15 : 227~230, 1995.
- 5) Eneroth CM and Zetterberg A : Malignancy in pleomorphic adenoma ; a clinical and microspectrophotometric study. *Acta Otolaryngol* 77 : 426~432, 1974.
- 6) Nagao K, Matsuzaki O, Saiga H, et al. : Histopathologic studies on carcinoma in pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Cancer* 48 : 113~121, 1981.
- 7) 村上 泰 : 顔面神経麻痺の神経移植 —耳下腺腫瘍手術の場合—. *JOHNS* 16 : 439~443, 2000.
- 8) May M : Nerve repair. *The Facial Nerve* (ed by May M and Schaitkin B). pp 571~609, Thieme, New York, 2000.
- 9) 村上信五 : 神経移植のコツ 1 —顔面神経移植—. *JOHNS* 14 : 743~747, 1998.
- 10) 岡本美孝 : 神経移植のコツ 2 —神経移植手技とその要点—. *JOHNS* 14 : 748~752, 1998.

(原稿受付：平成13年2月21日
原稿採択：平成13年4月18日
別刷請求先：小坂道也
〒763-8502 丸亀市城東町3-3-1
香川労災病院耳鼻咽喉科)