頸部迷走神経由来の巨大な神経鞘腫の一例

林 泰広¹⁾・松井 和夫¹⁾・石田 直人¹⁾
鈴木 郁子¹⁾・松浦由美子²⁾・名倉三津佳³⁾

Huge Schwannoma of the Cervical Vagus Nerve ; A Case Report

Yasuhiro Hayashi, Kazuo Matsui, Naohito Ishida and Ikuko Suzuki
(Seirei Hamamatsu General Hospital)

Yumiko Matsuura
(Hamamatsu University School of Medicine)

Mitsuyoshi Nagura
(Fujinomiya General Hospital)

A 70-year-old male was referred to us because of a constant sensation of a foreign body in the throat. He had undergone a tonsillectomy in another hospital. CT scan and MRI showed a giant and somewhat homogeneous soft tissue mass with fixation to the right sternocleidomastoid muscle. The tumor was removed together with the vagus nerve, and the fresh specimen measured 150×50×30 mm and 80 g. A diagnosis of schwannoma derived from the vagus nerve was made on the basis of anatomic location of this huge tumor and pathological study. His constant sensation in the throat had completely disappeared postoperatively and no symptom was observed except for the persistent hoarseness. Six months later following the tumor extirpation, the patient underwent vocal fold augmentation by intracordal injection of atelocollagen, and his phonatory function improved.

Key words: schwannoma, cervical vagus nerve, MRI,
sensation of a foreign body in the throat

はじめに

頸部迷走神経由来の神経鞘腫は比較的稀な疾患である。通常その主訴の大多数は無痛性の頸部腫瘤であり、腫瘤の圧迫により咳嗽等の迷走神経刺激症状が生じることが特徴とされている。しかし、これらの特徴を有する典型例はむしろ少なく、実際には術前診断は困難なことが多い。

最近我々は、頸部迷走神経由来の巨大な神経鞘腫の一例を経験した。その主訴はいわゆる咽喉頭異常感であり、当初診断に手間どったが、画像診断が非常に有用であった。興味ある症例であるので報告する。

症 例

症例：70歳，男性。

1) 聖隷浜松病院耳鼻咽喉科
2) 浜松医科大学耳鼻咽喉科学教室
3) 富士宮市立病院耳鼻咽喉科

主訴：のどの異物感。

既往歴：高血圧。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成2年9月、咽頭痛と右頸部圧痛を訴え、近医内科を受診した。内服治療により、疼痛は消失したが、のどに何かが引っかかっているような異物感が残ったため、某耳鼻咽喉科を紹介された。慢性扁桃炎の診断にて、平成2年11月に両側口蓋扁桃摘出術を施行された。しかし、異物感が改善しないため、平成3年6月12日、精査を希望して当科を初診した。

初診時所見：中咽頭から下咽頭、喉頭にかけて軽度の発赤が認められ、慢性的な炎症の存在が考えられた。頸部の触診にて、右総頸動脈分岐部付近に圧痛を認めたものの、明らかな腫瘍性病変は触知し得なかった。反回神経麻痺は認めず、頸部の圧迫による咳嗽反射も認めなかった。

一般検査所見：血液生化学的検査、尿検査には異常を認めなかった。胸部単純X線、心電図にも異常を認めなかった。

頸部 CT, MRI 所見：経過が長く、愁訴も強いことより頸部の CT 検査を施行したところ、右胸鎖乳突筋背側に接するように、上限は顎下部から下限は上縦隔に及ぶ、嚢胞状で内部が不均一に造影される巨大な腫瘍性病変が認められた（図1）。さらに MRI 検査により、冠状断において上下方向に紡錘形に伸びる腫瘍を認めた（図2）。この腫瘍は、T1 強調像にて筋肉とほぼ同様の比較的低輝度な信号、T2 強調像にて高信号を有する腫瘍と判明した。腫瘍による内頸静脈と総頸動脈の解離が認められた。画像診断上は、神経鞘腫が考えられた。

以上の所見により、改めて頸部の触診を丹念に行うと、右胸鎖乳突筋裏面に沿って弾性やや硬の腫瘍が触知された。腫瘍は可動性に乏しく、軽度の圧痛を認めた。触診のみでは腫瘍の全貌を把握することは困難であると考えられた。腫瘍が巨大であり、さらに増大した場合には治療が困難になると判断して、平成3年9月27日入

院の上、全身麻酔下に摘出術を施行した。

手術所見：全身麻酔下に右頸部にT字型の皮切をおき、胸鎖乳突筋を露出したのちこれを後方へ圧排すると、内頸静脈、総頸動脈に接して

図1 頸部 CT 所見

右胸鎖乳突筋背側に接して、嚢胞状で内部が不均一に造影される巨大な腫瘍性病変を認める。腫瘍により右総頸動脈と内頸静脈は解離している。

図2 頸部 MRI 所見

T2 強調像、冠状断において右胸鎖乳突筋背側に接するように、上限は顎下部から下限は上縦隔に及ぶ、紡錘形に伸びる腫瘍を認める。

被膜に包まれた乳白色，弾性やや軟の腫瘍を認めた．腫瘍は胸鎖乳突筋の裏面にほぼ全長にわたり，軽度癒着していた（図3）．周囲組織との剝離は比較的容易だった．術中所見より腫瘍は明らかに迷走神経由来であることが確認された．迷走神経の走行を追い，健常部を上下に露出したうえで，これを結紮切断し，腫瘍を摘出した．

図3 術中所見

腫瘍は胸鎖乳突筋の裏面にほぼ全長にわたり，軽度癒着していた．

図4 摘出標本

摘出した腫瘍は，表面平滑で被膜に包まれ，剖面は隔壁を有する嚢胞状の部分と充実性の部分が混在していた．大きさは， $150 \times 50 \times 35$ mm，重量80 gに及んだ．

した．この際心電図，血圧等にとくに異常は認めなかった．摘出した腫瘍は，被膜に包まれ，剖面は隔壁を有する嚢胞状の部分と充実性の部分が混在していた．大きさは， $150 \times 50 \times 35$ mm，重量80 gに及んだ（図4）．

組織学的所見：病理組織像は Antoni A 型と Antoni B 型が混在する典型的な神経鞘腫だった（図5）．悪性所見は認められなかった．

術後所見：手術直後より右反回神経麻痺を認めた．右声帯は副正中に固定し，嗄声が生じた．また術後2日間，軽度の誤嚥が認められたが改善した．術後経過は順調で，主訴ののどの異物感は全く消失した．嗄声に対して平成4年3月13日声帯内にアテロコラーゲンの注入術を行い，現在経過は良好である．

考 察

神経鞘腫は神経線維の最小単位である，軸索を取り囲む Schwann 細胞から発生するとされている．したがって Schwann 細胞の存在する場所であればどの部位においても発症し得る訳であるが，比較的頸部に多く認められる¹⁾．頸部神経鞘腫のうち，頸部迷走神経由来の神経鞘腫は最も多いものとされる²⁾．本邦における頸部迷走神経鞘腫については，多くの詳細な報告

図5 病理組織学的所見

病理組織像は図の左に示す様な，いわゆる観兵式配列 (pallisade arrangement) を呈する Antoni A 型と，右に示す様な，細胞が不規則な網状に吻合して粘液腫様の外観を呈する Antoni B型が混在する典型的な神経鞘腫だった．

がある^{2)~5)}。これらの報告の集計によると、頸部迷走神経神経鞘腫の臨床の特徴はおおよそ以下のようにとまとめられる。

①30歳代から50歳代に多く、男女差は余りない。②罹患側は右側、上頸部がやや多い。③主訴は大多数が頸部腫瘍である。④腫瘍の発育は比較的緩徐である。⑤触診上、表面平滑、境界明瞭、無痛性で、左右前後に可動性は認められるが上下には制限されることが多い。⑥圧迫により咳嗽反射や嚔声の出現をみることがある。

しかし、これらの症状をすべて満たす典型的な症例は少ないようである。したがって、上記の症状を認めた場合にはとりあえず迷走神経由来の神経鞘腫の可能性を疑って診断を進めるべきである。

今回の我々の症例においては、①年齢は70歳、男性。②罹患側は右側。③主訴は咽喉頭異常感。④腫瘍に関しては自覚症状なし。⑤触診上、可動性に乏しく、圧痛を認める腫瘍を触知する。⑥圧迫による咳嗽反応や嚔声の出現なし。以上、上記の臨床の特徴があまり認められない非典型例だった。慢性扁桃炎の存在があったことも診断を困難にした。咽喉頭異常感のみを主訴とした頸部迷走神経症例の報告は非常に稀である。

今回我々の症例で診断の決め手になったのは画像診断であったが、本疾患の画像診断上の特徴としては、CTにて不均一に造影される内部構造が特徴的とされる。Antoni A型とAntoni B型の混在や、嚢胞変性などの病理組織像に由来するものと考えられている⁶⁾。総頸動脈と内頸静脈および内頸動脈と内頸静脈との間に腫瘍が存在していることに注目し、動静脈解離現象を重視する報告もある⁴⁾。MRIではT1強調像にて比較的低輝度な信号、T2強調像にて高信号を有する辺縁明瞭な像が得られることが特徴的である。

外科的な摘出が唯一の治療法である。迷走神経を切断して腫瘍を全摘出するか、被膜下摘出により迷走神経の温存を計るかについては問題がある。理論的には神経鞘腫は腫瘍の内部に神

経束を巻き込まないので被膜下の完全摘出は可能であるはずだが、実際には困難であろうと思われる。とくに腫瘍が大きい場合には悪性転化の懸念もあるので全摘が望ましいと考える。術後の合併症として最後まで問題になるのは、一侧の迷走神経切断による反回神経麻痺のみとされている。耳鼻咽喉科医であれば音声改善術は可能であり、自覚的、他覚的に嚔声の改善が得られない場合には積極的にとりくむべきであると考ええる。今回の症例については腫瘍摘出後、半年経過観察の後、声帯内にアテロコラーゲン注入を行い経過良好である。

最後に、今回の症例の場合、その主訴がいわゆる咽喉頭異常感であり、また慢性扁桃炎、慢性咽喉頭炎のあったことが、診断を遅らせる結果となった。腫瘍摘出後、咽喉頭異常感が消失したことより、神経鞘腫が異常感の原因であったと考えられた。腫瘍が巨大であったことによる単純な圧迫症状だったと考えられるが、経過が長く、また頑固な訴えが続く場合にはいたずらに先入観に捕われることなく、精査を行う必要があると考えられた。

ま と め

1) 咽喉頭異常感を主訴にした、巨大な頸部迷走神経由来の神経鞘腫の一例を報告した。

2) CTおよびMRIが診断に有用であった。

3) 術後の嚔声に対して声帯内にアテロコラーゲン注入を行い経過良好である。

本論文の要旨は第2回日本気管食道科学会認定医大会において発表した。

文 献

- 1) Batsakis JG : Tumors of the Head and Neck 2nd ed. pp 313~315, William & Wilkins, Baltimore, London, 1979.
- 2) 平出文久, 西澤伸志 : 神経系頸部腫瘍. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 MOOK (斎藤 等編). 112~121頁, 金原出版, 東京, 1986.
- 3) 田中憲雄, 宮村健一郎, 猪川 勉, 他 : 頸部迷走神経より生じた神経鞘腫. 耳鼻臨床 75 : 63~72, 1982.

- 4) 古川政樹, 山下耕太郎, 金子まどか, 他: 頸部迷走神経より発生した神経鞘腫の3例. 日耳鼻 **91**: 1256~1266, 1988.
- 5) 小川佳伸, 久保雅世, 山中敏彰, 他: 頸部迷走神経原発の神経鞘腫の一例. 耳鼻臨床 補37: 310~321, 1990.
- 6) Silver AJ, Mawad ME, Hilal SK, et al: Com-

puted tomography of the carotid space and related cervical spaces part-2; neurogenic tumor. Radiology **150**: 729~735, 1984.

(別刷請求先: 林 泰広
〒430 静岡県浜松市住吉2-12-12
聖隷浜松病院耳鼻咽喉科)