副咽頭腫瘍に対する手術的アプローチ法の工夫

宇 野 欽 哉 杉 浦 友 昭* 富 永 進
米 田 孝 明 深 澤 元 晴 大 道 卓 也
井 口 郁 雄 渡 辺 周 一 増 田 游

論文要旨

女性の副咽頭腫瘍 2 例に対して若干工夫した外切開法により腫瘍を摘出したので、その手術手技を報告した。症例 1 は 53 歳の迷走神経由来神経鞘腫、また症例 2 は 19 歳の横紋筋肉腫であった。いずれも外頭蓋底付近に達する大きさであり、下顎離断を行い術野を確保する必要があったが、顔面に醜形を残さないで種々の機能を温存するように努めた。副咽頭腫瘍に対する手術的アプローチは腫瘍の位置・大きさ・性状に加えて患者の社会的背景をも考慮して、症例ごとに検討すべきである。

Key words: 副咽頭腫瘍 (Parapharyngeal tumor), 神経鞘腫 (Neurilemmoma), 横紋筋肉腫 (Rhabdomyosarcoma), 手術的アプローチ (Surgical approach)

はじめに

副咽頭腫瘍に対する手術的アプローチには口内法と外切開法があり、腫瘍の位置・大きさ・性状等を考慮して手術法を選択することが必要である。一般に広い術野を得るためには外切開法が有利だが、整容的には口内法が優れている。最近我々は女性の副咽頭腫瘍を 2 例経験し、若干工夫した外切開法により腫瘍を摘出したので、その手術手技を紹介する。

症 例

〔症例 1〕 53 歳、女性、スナック経営。

経過：平成 3 年 8 月 27 日、右耳下部腫脹を主訴として来院した。疼痛、開口障害、嚥声等なし。CT・MRI・血管造影にて頸動脈を圧排するが血管影には乏しい 4 × 5 cm の頭蓋底に達する腫瘍が左副咽頭腔に確認された。上内深頸リンパ節の腫脹を認め生検したが反応性のリンパ節腫大であったため、腫瘍摘出術を施行した。

手術手技：図 1 の如く舌骨を通り両側乳様突起尖端に達する横皮切と歯肉外側に沿う下口唇粘膜切開を行い、両側オトガイ神経を切断し咬筋を下顎から剥離することにより、下口唇・咬筋弁を带状に上方へ挙上した。その後下顎正中離断法を用いて術野を展開し、腫瘍の摘出を

行った(図 2)。摘出標本を図 3 に示す。組織診断は迷走神経由来の神経鞘腫であった。

〔症例 2〕 19 歳、女性、学生。

経過：頭痛、右耳下部痛にて発症し、ついで開口障害が加わったため近医耳鼻科を受診。口腔内よりの穿刺吸引細胞診で横紋筋肉腫の診断を受け、平成 3 年 10 月 8 日当科に紹介された。図 4 は初診時の造影 MRI 写真であり、不均一で凹凸不正な腫瘍が右副咽頭腔を占拠している。血管造影では腫瘍血管影は認めなかった。化学療法 (VCR 4.0mg, ACT-D 2.5mg, CPM 700mg) および放射線照射 60Gy を行ったのち根治手術を施行した。

手術手技：まず冠状切開を延長し、耳後部を経て舌骨にいたる皮切を加えた(図 5)。つぎに軟骨部外耳道を輪切りにし、上方は頭蓋骨膜下ついで側頭筋膜下に、下方は下顎骨膜下に挙上、また頬骨弓・下顎骨筋突起および側頭筋下部を切除することにより顔面神経本幹だけで後方とつながる皮膚・耳下腺・咬筋弁を作成した。ここで下顎側方離断を行い下方よりの視野を拡大するとともに、上方では中頭蓋底外骨膜下に剥離を進めながら三叉神経第 3 枝・中硬膜動脈を処理し、内外翼突筋・翼状突起を含めて腫瘍を摘出した(図 6)。その後切除部位の死腔を遊離腹直筋脂肪弁で充填し、頬骨弓と下顎骨を整復して術を終えた(図 7)。図 8 は摘出標本であるが、

岡山大学医学部耳鼻咽喉科学教室、*神戸市立西市民病院耳鼻咽喉科

Kin-ya UNO, Tomoaki SUGIURA*, Susumu TOMINAGA, Takaaki YONEDA, Motoharu FUKAZAWA, Takuya OHMICHII, Ikuo INOKUCHI, Shuichi WATANABE and Yu MASUDA: Surgical Approach to the Parapharyngeal Tumor

Department of Otolaryngology, Okayama University School of Medicine, Department of Otolaryngology, Kobe West Municipal Hospital*

図 1 症例 1 の皮膚切開線

図 3 症例 1 の摘出標本

図 2 症例 1 の術中所見

CCA: 総頸動脈, ECA: 外頸動脈

IJV: 内頸静脈

術前治療が奏功しており組織学的に腫瘍細胞の残存は認めなかった。

図 9 に示した術後 1 か月の CT では死腔は腹直筋脂肪弁で充填されている。また図 10 は術後 4 か月の顔貌である。術後生じた顔面神経麻痺は改善し、形態的・機能的にはほぼ満足のできる状態である。

考 察

副咽頭腔は種々の血管や神経を含んでおり、しかも下

図 4 症例 2 の初診時造影 MRI

顎骨・耳下腺・翼突筋群等に囲まれているため、この部に発生した腫瘍に対する手術的アプローチには様々な工夫がなされてきた¹⁻⁴⁾。一般に腫瘍が小さく内側に位置している場合には整容的に優れた口内法が用いられるが、自験例のような頭蓋底に達する腫瘍、特に悪性腫瘍では術野の確保のため下顎離断を含めた外切開法を選択せざるを得ない。しかし症例は女性であり、スナック経営・学生という職業柄顔面への皮切は極力避けるべきと考えた。

症例 1 で用いた Visor incision⁵⁾ は口腔・中咽頭腫

図 5 症例 2 の皮膚切開線

図 6 症例 2 の術中所見（腫瘍摘出後）
EAC: 外耳道

瘍の際に好んで使用される。これにより術後瘢痕として目立ちやすい下口唇正中部の皮切を加えることなく下顎離断を行うことができる。その反面両側オトガイ神経を切断することとなり、術後に下口唇の知覚麻痺が生じる。この知覚麻痺で食事が口より漏れることはないが、それぞれの利点と欠点を術前に充分患者に説明し術式を決定しなければならない。

症例 2 では術前に悪性腫瘍であることが確認されており、頭蓋底付近の操作を明視下に行う必要があると考えられた。上方の皮膚剥離を頭蓋骨膜下・側頭筋膜下に、

図 7 症例 2 の術中所見（再建終了時）
EAC: 外耳道, RAM: 腹直筋脂肪弁

図 8 症例 2 の摘出標本

下方は咬筋・耳下腺を皮弁に附着させることで顔面神経末梢部を保存した。頬骨弓、側頭筋下半部および下顎骨筋突起を切除することで翼状突起にいたるまでの中頭蓋底の視野は確保されたが、さらに下方よりの術野を得るために下顎骨を側方で離断した。結局顔面神経本幹のみで後方とつながる皮膚・耳下腺・咬筋弁を上下して腫瘍を摘出したが、顔面神経麻痺は術後 4 か月ではほぼ改善した。また術後 2 横指半の開口障害が生じているが日常生活に不自由はない。翼状突起・側頭筋群を含んだ腫瘍摘出後の死腔の充填には腹直筋脂肪弁を用いた。筋肉は術後かなり萎縮するため、死腔の充填の目的では血行のある脂肪を使用する方が良い。

今回 2 症例に対する手術手技を紹介したが、側頭下窩・翼口蓋窩・副咽頭腔を含んだ外頭蓋底付近の複雑な解剖^{6,7)}に精通し、症例ごとに術式を検討していくことにより、適切な手術法を選択することができると考える。

まとめ

女性の副咽頭腫瘍 2 症例（53 歳の神経鞘腫と 19 歳の横副咽頭腫瘍に対する手術的アプローチ法の工夫 283

図 9 症例 2 の術後 1 か月の CT

図 10 症例 2 の術後 4 か月の顔貌

紋筋肉腫)を経験した。それぞれの症例の手術手技を紹介し、若干の考察を加えて報告した。

SUMMARY

Two cases of female parapharyngeal tumors were reported. Case 1 was a 53-year-old vagal neurilemmoma, and Case 2 was a 19-year-old rhabdomyosarcoma.

Both 2 tumors existed just beneath the outer skull base, so we had to divide the mandible to assure better surgical view. Whereas these approaches might preserve facial form and function. We concluded that the surgical approach to these tumors should be considered respectively according not only to the position, size and nature of the tumor but also to the background of the patient.

文 献

- 1) 野々村直文, 五十嵐文雄, 他: 副咽頭間隙の腫瘍性病変と手術的アプローチ, 日耳鼻 92: 468-471, 1989.
- 2) Som P. M., Biller H. F. et al.: Tumors of the parapharyngeal space. Preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. Am Otol Rhinol Laryngol 90 Suppl 80: 3-15, 1981.
- 3) 弓崎 輝, 茂木五郎, 他: 副咽頭間隙腫瘍 一下顎骨正中切断による手術法—耳鼻 31: 493-496, 1985.
- 4) 海野徳二: 副咽頭間隙の腫瘍切除法 JOHNS 3: 1197-1203, 1987.
- 5) Schweitzer R. J.: Surgical approach to intraoral neoplasms without division of lip. Am J Surg 110: 656-659, 1965.
- 6) Goldenberg R. A.: Surgeon's view of the skull base from the lateral approach. Laryngoscope 94 Suppl 36: 1-21, 1984.
- 7) Gaughran G. R. L.: The lateral pharyngeal cleft. Ann Otol Rhinol Laryngol 68: 1082-1096, 1959.