顎口腔領域に発生した神経鞘腫 5 例

山崎 正・武田 進・倉科憲治・峯村俊一
吉沢邦一・木村茂夫・小谷 朗

Neurilemmoma in the oral and maxillofacial regions : Report of 5 cases

Tadashi YAMAZAKI・Susumu TAKEDA・Kenji KURASHINA・Shunichi MINEMURA
Kuniichi YOSHIZAWA・Shigco KIMURA・Akira KOTANI

I. 緒 言

神経鞘腫は Schwann 細胞より発生するといわれており、理論的には Schwann 細胞を有する神経の分布領域において、いずれの部位にも発生する可能性がある。特に中枢神経系に多くみられ、頭蓋内における神経鞘腫の発生頻度は全脳腫瘍の約10%を占め、その多くは小脳橋角部における聴神経鞘腫であるといわれている^{1,2)}。頭蓋内および脊髄以外の頭頸部領域における神経鞘腫の発生頻度は一般に少ないといわれてきたが³⁻⁶⁾、Conley⁷⁾ (1955) は末梢神経由来の神経鞘腫の約 25% が頭頸部に発生したものであると述べており舌、顎部、鼻腔、頬粘膜、咽喉頭部などの部位に数多くの報告がある。今回われわれは比較的発生頻度の少ないといわれている、顎下腺部、頬骨弓内側部における 2 症例を経験したので、当科における最近13年間の 3 症例を加え、その概要とともに渉猟し得た文献についての考察を加えて報告する。

写真 1 正面顔貌 (症例 1)

II. 症 例

症例 1

患 者：19歳 女性。

初 診：1968年 7 月■日。

主 訴：左側顎関節部腫脹。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往歴：特記すべき事項はない。

現病歴：約 6 か月前より、左顎関節部の腫脹ならびに開口時関節雑音が生じ、某医院を受診、顎関節の異常を

写真 2 エックス線像

左頬・骨弓の外方への拡張がみられる (症例 1)

信州大学医学部歯科口腔外科学教室 (主任：小谷朗教授)

Department of Dentistry and Oral Surgery, Shinshu University School of Medicine (Chief: Prof. Akira Kotani)

受付日：昭和56年 2 月25日

写真3 術後側貌（症例1）

写真4 病理組織学的所見（症例1）

指摘され、同医より紹介され当科に来院した。

現 症：全身の所見；体格・栄養状態ともに中等度。

口腔外所見；左側耳前部に4×3 cm 大の半楕円形の腫脹があり、境界明瞭で周囲組織との癒着もなく、可動性で弾性軟、圧痛はみられなかった。開口障害、下顎骨偏位、顔面神経麻痺はなく、開口時に左顎関節に軋轢音が認められた（写真1）。

口腔内所見；左側歯肉頬移行部および頬粘膜に異常はみられなかった。

エックス線所見；頭部軸位撮影により、左頬骨弓の外方への彎曲突出が認められた（写真2）。

臨床診断：左側頬骨弓内側部良性腫瘍。

処置ならびに経過：GOF 麻酔下にて、左耳前部上方側頭部に顔面神経を避け長さ約6 cm の弧状切開をくわえ、腫瘍を一塊として摘出した。なお周囲組織との癒着はみられなかった（写真3）。

術後約12年経過した現在、開口障害、顎関節雑音、顔面神経麻痺はなく良好である。

摘出物肉眼的所見：大きさ4.6×3.6×3.2 cm 大、卵円形、重さ22.8 g、表面は比較的平滑で薄い被膜に覆われ、淡黄褐色を呈し、弾性に富み、滑面は充実性で黄色を帯びていた。

病理組織学的所見：クロマチンに富む楕円形あるいは紡錘形の核は観兵式様配列を示し、長紡錘形細胞はverocay bodyを作り、細胞と平行に走る線維が多数存在し一部に硝子様変性・粘液変性を示す像がみられた（写真4）。

病理組織学的診断：神経鞘腫（Antoni A 型）。

症例 2

患 者：12歳 女性。

主 訴：下口唇腫脹。

初診日：1977年1月■日。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往歴：特記すべき事項はない。

現病歴：約4年前より、下口唇右口角部内側粘膜の腫

写真5 病理組織学的所見（症例2）

脹に気づくが、無痛性のため放置していたところ、4か月前頃より腫脹が次第に増大傾向を示したため、某院外科を受診、紹介され当科来院。

現 症：全身の所見；体格・栄養状態ともに中等度。

口腔外所見；下口唇右口角赤唇部に軽度のびまん性腫脹があり、表面皮膚は健康色を呈し、口唇の閉鎖不全はみられなかった。

口腔内所見；下口唇右口角部内側粘膜に境界明瞭な大豆大の腫脹があり、可動性で被覆粘膜は滑沢で健康色を呈し、触診により、表面やや凹凸のある類円形の腫瘍が触知され、弾性硬で圧痛はなかった。

臨床診断：下口唇部良性腫瘍。

処置ならびに経過：局所麻酔下にて、下口唇内側粘膜に長さ1.5 cm の横切開を加え、腫瘍を一塊として摘出した。なお腫瘍は周囲組織との癒着もなく容易に摘出することができた。術後約4年経過の現在再発もなく良好である。

摘出物肉眼的所見：10×5×5 mm 大、楕円形、黄白色を示し、表面は比較的平滑で弾性硬を呈した。割面は充実性で出血はなく黄色を帯びていた。

病理組織学的所見：腫瘍細胞は細長い紡錘形を呈し、

写真 6 正面顔貌 (症例 3)

写真 7 右顎下腺造影所見 (症例 3)

写真 8 摘出物断面肉眼所見 (症例 3)

写真 9 病理組織学的所見 (症例 3)

核は大小不同で楕円形あるいは紡錘形を示し、線維束に平行して並び、観兵式様配列を呈し、空胞形成、硝子様変性、粘液変性を示す像はみられなかった (写真 5)。

病理組織学的診断：神経鞘腫 (Antoni A 型)。

症例 3

患者：55歳 男性。

初診日：1977年9月■日。

主訴：右顎下部腫脹。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往歴：特記すべき事項はない。

現病歴：約6年前より右舌根部付近に異和感を感じ某歯科医を受診。同医にて右顎下腺部から唾液の流出のないことを指摘されるが、機能障害などないため放置していたところ、5年前頃より右顎下部に無痛性の腫脹が生じ、次第に増大傾向を示したため当科を受診した。

現症：全身の所見：体格・栄養状態ともに中等度。口腔外所見：右顎下部に8×5cm大、境界明瞭な腫瘤を認める。腫瘤は周囲組織との癒着もなく、可動性で、弾性軟を示し、圧痛はなかった (写真 6)。

口腔内所見：右側口腔底遠心部に直径約2cm 境界比較的明瞭な半球形腫脹があり、被覆粘膜は健康色を呈し、癒着、圧痛などはみられなかった。

右舌下小丘顎下腺開口部よりの唾液の分泌量は左側に比べ少なかった。

エックス線所見：顎下腺造影により、右顎下腺体は外下方に著しく圧平された像を示し、主導管の拡張がみられた。造影剤の注入は比較的容易であり、腺体内末梢導管も観察された。

臨床診断：右顎下腺部良性腫瘍。

処置ならびに経過：GOF 麻酔下にて、右顎下部より摘出術を施行。腫瘍は顎下腺の内上方に位置し薄い被膜により腺体とともに被包されていたため、顎下腺とともに一塊として摘出した。

摘出物肉眼の所見：腫瘍は顎下腺との癒着なく、分離可能であり、7×5×5cm大、重さ67g、楕円形を呈し、表面は平滑で一層の被膜に覆われ、赤褐色を示し弾性硬

写真 10 正面顔貌 (症例 4)

写真 11 エックス線像 (症例 4)

写真 12 腫瘍摘出後の口腔内所見 (症例 4)

であった。断面は充実性で淡紅色を呈し、中央に赤褐色を示す部分が認められた (写真 7, 8)。

病理組織学的所見：薄い線維性の被膜に被包され、腫瘍細胞は長紡錘形で、核は典型的な観兵式様配列の像を呈し細胞間には細胞と平行して走る線維が多数みられた。なお顎下腺体には軽度のリンパ球浸潤が認められた以外、異常を思わせる所見はみられなかった (写真 9)。

病理組織学的診断：神経鞘腫 (Antoni A 型)。

症例 4

患者：41歳 女性。

初診日：1978年 5 月 日。

主 訴：左頬部腫脹。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往歴：特記すべき事項はない。

現病歴：1年前頃より、左側頬部の腫脹に気づくが無痛性のため放置していた。その後次第に同部に異和感を

感じ、また歯磨き時に左側頬部に神経痛様疼痛をきたすようになり、某歯科を受診、紹介され当科に来院した。

現 症：全身の所見；体格・栄養状態ともに中等度。

口腔外所見；顔貌左右非対称。左側上頬部に 4×3 cm 大の半球形のびまん性の腫脹があり、弾性軟で圧痛を認め、被覆皮膚面は健康色を呈していた。左側顎下リンパ節は小指頭大に腫脹したものを 1 個触れ、可動性で軽度の圧痛を認めた (写真 10)。

口腔内所見；開口時左側頭部に神経痛様の疼痛がみられた。上顎左大臼歯部歯肉頬移行部に長径 2 cm 大、円形の腫脹があり、被覆粘膜との癒着はないが、非可動性で弾性軟を呈し、圧痛はなく触診により偽波動を触れた。

エックス線所見：左上顎骨側壁部に、そら豆大の境界不明瞭な煙雲状エックス線不透過像があり、骨吸収像はみられなかった (写真 11)。

臨床診断：左上顎結節部良性腫瘍。

処置ならびに経過：GOF 麻酔下にて、左側臼歯部歯肉頬移行部より、上顎結節遠心部にかけて長さ約 5 cm の切開を加え、腫瘍の摘出を行うが、腫瘍被膜を損傷、実質の逸脱が生じたため、残存のないよう、周囲頬部脂肪組織などとともに摘出した。摘出後、上顎骨側壁に直径約 3 cm、深さ 5 mm 程度の腫瘍の圧迫によると思われる陥凹が認められた。腫瘍摘出創には圧迫タンポンガーゼを挿入して開放のままにし経過を観察した。術後約 2 年 6 か月経過した現在、開口障害、腫瘍の再発はみられていない (写真 12)。

摘出物肉眼的所見：被膜は薄く比較的容易に剝離され、腫瘍実質の破片は帯紅灰色で弾性軟を呈し、一部に

黄褐色の壊死様組織を含んでいた。

病理組織学的所見：長紡錘形細胞が渦巻状に配列した verocay bodies を示し、核は卵円形を呈し、間質に硝子様変化が認められた（写真13）。

病理組織学的診断：神経鞘腫（Antoni A 型）。

症例 5

患 者：43歳 男性。

初診日：1978年7月■日。

主 訴：舌尖部腫脹。

家族歴：特記すべき事項はない。

既往歴：特記すべき事項はない。

現病歴：約3年前より、舌尖部の腫脹に気づくが、疼痛はなく発音・摂食などの機能障害もみられないため放置していたところ、3か月前頃より、次第に増大傾向を示したので、本院外科を受診、紹介され当科を訪れた。

現 症：全身の所見：体格・栄養状態ともに中等度。

口腔外所見：特に異常を思わせる所見は認められなかった。

口腔内所見：舌尖部から左側舌縁にかけて境界明瞭、直径約1.5mmの球状を呈する腫瘍がみられ、可動性で圧痛はなく、弾性硬を呈し、被覆粘膜に軽度の発赤が認められた。

写真 13 病理組織学的所見（症例4）

写真 14 病理組織学的所見（症例5）

表 1

症 例	1	2	3	4	5
年齢・性	19・♀	12・♀	55・♂	41・♀	43・♂
初 診 日	1968・7・■	1977・1・■	1977・9・■	1978・5・■	1978・7・■
主 訴	左顎関節部腫脹	下口唇腫脹	右顎下部腫脹	右頬部腫脹	舌腫脹
自覚から当科来院までの期間	6か月	4 年	6 年	1 年	3 年
発 現 部 位	左頬骨弓内側	下口唇口角部	右顎下腺部	右頬部	舌尖部
現 症	左側頭部腫脹 左顎関節部疼痛 左関節雑音	下口唇部腫脹	右顎下腺腫脹 右顎下腺からの唾液排泄不良	右頬部腫脹 頬側部の神経痛様疼痛 顎下リンパ節の腫脹	舌尖部腫脹
手 術 法	口外法	口内法	口外法	口内法	口内法
摘 出 物	4.6×3.6×3.2 cm 重さ 22.8g 卵円形	10×5×5mm 楕円形	7×5×5cm 重さ 67g 楕円形		直径 1.5cm 球 状
病理学的診断	Antoni A 型	Antoni A 型	Antoni A 型	Antoni A 型	Antoni A 型
予 後	良 好	良 好	良 好	良 好	良 好

処置ならびに経過：局所麻酔下にて、左舌縁部に長さ約 2 cm の水平切開を加えた。腫瘍は周囲組織との癒着もなく容易に一塊として摘出できた。

摘出物肉眼的所見：腫瘍は薄い被膜を有し、直径約 1.5 cm 大の球形を呈し、灰白色、弾性硬で割面は充実性で黄色を帯びていた。

病理組織学的所見：円形あるいは楕円形を呈する核が散在性に存在し、一部に観兵式様配列を示す像がみられた。細胞は細長く紡錘形を呈し、細胞境界の不鮮明な束状増殖がみられた（写真14）。

病理組織学的診断：神経鞘腫（Antoni A 型）。

III. 小 括

最近13年間の神経鞘腫 5 症例は、性・年齢別では女性 3 名、男性 2 名であり、最低 12 歳、最高 55 歳（平均 34 歳）であった。

主訴は全例腫瘍形成による腫脹で、症例 4 に神経痛様疼痛が伴っていた。症状自覚から当科来院までの期間は最短 6 か月、最長 6 年（平均 2.9 年）であった。現症は全例に腫脹がみられ、境界比較の明瞭、弾性軟あるいは弾性硬を呈する症例が多く、腫脹増大による二次的な機能障害を伴うものが 3 例（症例 1, 3, 4）にみられたが腫脹の大きさ、発現部位が異なるため、その症状に共通性はみられなかった。発生部位は全例軟組織であった

が、舌部、顎下腺部などおのの部位が異なっていた。全例単発性腫瘍であった。臨床診断は腫瘍の組織由来について不明であったので、非歯原性の良性腫瘍と診断した。処置はすべて摘出術を施行し、現在にいたるまで再発はなく経過良好である。摘出物所見は類球形で被膜を有し、充実性、褐色あるいは黄色調を帯びた白色を呈していた。病理組織学的所見においてすべて Antoni A 型、神経鞘腫と診断した（表 1）。

IV. 考 案

神経鞘に由来する腫瘍としては神経鞘腫と神経線維腫があり、古くは神経系に発生する主構成成分が真性神経線維でない線維性腫瘍をすべて中胚葉性のものと考え、一括して neurofibroma と名づけられていた。Jose Verocay (1910)⁸⁾は神経外胚葉性の Schwann 氏鞘細胞の増殖により発生する腫瘍を neurofibroma、または neurofibromatose から新腫瘍群として独立させ neurinoma（神経鞘腫）と命名した。それ以来、腫瘍細胞の起源について多くの病理学者により種々論議され、Herxheimer (1914)⁹⁾は外胚葉成分を主とするものを neurinoma、中胚葉成分の多く混在している場合を neurofibroma と区別した。

一般には Schwann 氏鞘細胞に由来すると考えられる外胚葉性の腫瘍を neurinoma（神経鞘腫）、Schwann 氏

表 2 頭頸部領域における神経鞘腫の発現部位別報告

報告者 年 代	Hatziotis ²¹⁾	Oberman ²³⁾	Das Gupta ¹⁹⁾	Gallo ²²⁾	百 井 ²⁰⁾	日野原 ²⁴⁾	梶 山 ²⁵⁾
部 位	1967	1967	1969	1977	1955	1970	1975
頸 部		9	60		8	36	
喉 頭			8			27	
咽 頭						32	
口 腔	10	1	1	14		3	6
顎下部・顎下腺		}	4		1		7
耳 下 腺			10			2	
下 顎 骨				18		4	4
上 顎 骨				2			
口 唇	6		3	7		2	4
軟・硬口蓋	11		6	12		5	10
口 腔 前 底	5			5			
舌	61	2	8	71	4	40	50
歯 肉	7		1	7		3	2
頬・頬粘膜	10		9	21			4
鼻・副鼻腔			4		1	22	4
耳・外中耳			2		1	14	
そ の 他			20		1	5	3
	110	15	136	157	16	195	96

表 3 顎下部・頬部・口唇部に発生した神経鞘腫の報告例

顎下部(顎下腺*)		頬・頬粘膜部		口 唇	
報告者	症例数	報告者	症例数	報告者	症例数
Stout (1935) ¹⁵⁾	2	Gallo (1977) ²²⁾	21	Stout (1935) ¹⁵⁾	1
Das Gupta (1969) ¹⁹⁾	4*	Das Gupta (1969) ¹⁹⁾	9	Hatziotis (1969) ²¹⁾	6
				Das Gupta (1969) ¹⁹⁾	3
				Cherrick (1971) ²⁰⁾	1
百井 (1955) ²⁰⁾	1	伊集院 (1963) ³⁷⁾	1	清水 (1968) ⁴¹⁾	1
生田 (1960) ³⁰⁾	1	林 (1967) ³⁸⁾	1	荻野 (1970) ⁴²⁾	2
谷 (1965) ³¹⁾	1	岡野 (1970) ³⁹⁾	1	南 (1971) ⁴³⁾	1
谷 (1965) ³¹⁾	1*	岸村 (1977) ⁴⁰⁾	5	症例 5	
太田 (1965) ³²⁾	1	症例 4			
川平 (1969) ³³⁾	1	症例 1			
宮川 (1973) ³⁴⁾	1				
高井 (1977) ³⁵⁾	1*				
立松 (1978) ³⁶⁾	1				
症例 3	1				
計	16		40		16

鞘細胞のみならず神経鞘の間葉系細胞も関与して生じる腫瘍を neurofibroma (神経線維腫)と考えられている。両腫瘍の肉眼像、病理像には多くの相違がある。神経鞘腫は脳・脊髄神経の根または比較的太い神経より発生し、神経束の外縁に起こりやすく、発育は神経束を側方に圧排しつつ増大し、固有の被膜に包まれ、硬度は線維性に硬く、孤立性の場合が多い。一方神経線維腫は皮下に多発することが多く、神経束の内部に発生し、神経束を膨大する形に発育し、被膜はなく、軟らかいなどの特徴がある。また病理組織像において、神経鞘腫は紡錘形の核をもった腫瘍細胞が柵状あるいは観兵式状配列をとるのが特徴であり、Schwann 氏鞘細胞から発生した長紡錘形の細胞が渦巻状または玉葱状に配列した Verocay body を作る。

Antoni はこのような典型的なものを A 型、非定型で繊細な線維性基質が交錯して網状を呈し、間質組織が二次的に硝子様変性、脂肪変性をきたし、空胞または mucin を含む小囊胞を形成するものを B 型に分類してい

る。しかし両型が混在した腫瘍も数多く認められている。一方神経線維腫は細胞構造が粗で粘液様基質に Schwann 細胞が分散し、腫瘍細胞は細長い、先端の尖った突起をもっている。

しかしながら神経鞘腫も神経線維腫も広い意味の Schwann 細胞に由来する腫瘍であり、両腫瘍間には移行型も存在するため、本質的には同一のものであるとする説もある。以上のような点から、神経鞘腫に対する名称も諸家によって異なり、perineural fibroblastoma, lemmoma など多様である¹⁰⁻¹⁴⁾。

Stout (1935)¹⁵⁾ は神経鞘由来の腫瘍を包括して never sheath tumor を意味する neurilemmoma と名づけ提唱した。また、Masson (1932)¹⁶⁾ は Schwann 細胞に由来するとの考えから schwannoma と命名。Willis (1961)¹⁷⁾ は neurilemmoma あるいは schwannoma が名称として適当であると報告した。本邦においても neurinoma, schwannoma, neurilemmoma の3つの名称の妥当性について議論されているが概念的には同義語として用いられている。

本腫瘍の顎・口腔領域における発生頻度について Bruce (1954)⁸⁾ 1.5%, Kragh (1960)¹⁸⁾ 4.6% と以前は著しく低いといわれていた。しかしながら Das Gupta ら (1969)¹⁹⁾ は1926年から1963年における末梢神経由来の単発性腫瘍 303 例を報告し、内136例が頭、頸部領域に発生したと述べ、本邦における百井 (1955)²⁰⁾ の報告においても38例中14例が同領域に発生したとしている。本腫瘍の発生部位別の統計的報告としては Hatziotis ら (1967)²¹⁾ による自験例を含めた110例、これに自験例など47例を追加した Gallo ら (1977)²²⁾ の157例、Oberman ら (1967)²³⁾ の15例、などがあり、本邦においては日野原ら (1970)²⁴⁾ の195例、梶山ら (1975)²⁵⁾ の96例、など表2に示すごとく数多くの報告²⁶⁻²⁸⁾ があり、また現在にいたるまでの1例報告、口述発表を加えるとその数は決して少ないものではなく、さらに未発表のものを入れると相当数の症例があると類推される。

本腫瘍の性差、発現年齢について Das Gupta ら (1969)¹⁹⁾ は末梢神経より発生した全身の単発性腫瘍 303 例において131:172で女性に多く、30歳から60歳が約63%を占めていたと述べている。また脳神経根より発生する症例においても中年期に多く、女性に発生頻度が高いといわれている。頭頸部領域において、Hatziotis ら (1967)²¹⁾、Cherrick ら (1971)²⁰⁾、日野原ら (1970)²⁴⁾、梶山ら (1975)²⁵⁾ の集計では10~40歳の間に多くみられると報告しており、他領域と比較し若年層に多い傾向がみられる。これについては腫脹による顔貌の変化それに伴う審美、機能上に障害が生じるため、症状自覚までの期間が短いと推論されている。男女比に関して Hatziotis ら (1967)²¹⁾、Oberman ら (1967)²³⁾ は全身の各部と同様に女性に多いと述べているが、梶山ら (1975)²⁵⁾ は性

差を認めないと報告しており、著者らも有意の性差はないものと考えている。

頭頸部領域における発現部位は神経の分布と同様、多岐にわたっているが、頸部ならびに舌部に発生したものが群を抜いて多く、諸家の報告の半数以上を占めている。次いで咽喉頭および鼻部、口蓋部、頬部あるいは頬粘膜における報告が多いようであるが、報告者により発現部位の表現、分類方法が異なり、明確な数を知ることには困難であった。顎下部あるいは顎下腺、頬部あるいは頬粘膜部、口唇部に発生した症例は表3に示すごとくであり、いずれの部位においても15症例以上の報告があり、先人の述べるように顎口腔領域における発現頻度は低いものでないと判明した。また本腫瘍は被膜に被われ周囲組織との癒着があまりないので、舌、口唇、口腔粘膜などに発生した場合、容易に剝離摘出ができるため、文献として報告されないものも数多くあると思われる。日常に診療に際しても本腫瘍の存在を十分に考慮する必要があると考える。

本5症例においては術中に由来神経を確認することができず、術後麻痺などの神経障害が生じなかったので、発生母組織となった神経については不明である^{44,45)}が、発生部位から、症例1では三叉神経第3枝深側頭神経、症例2では三叉神経第3枝オトガイ枝、あるいは顔面神経、症例3では顔面神経、または舌下神経、症例4では三叉神経第2・3枝、または顔面神経、症例5では三叉神経第3枝、舌咽、迷走、舌下神経などが考えられる。諸家報告例においても顎口腔領域では由来神経を確認したものは少なく、これを明確にすることはむずかしいようである⁴⁶⁾。

本腫瘍の大きさは部位によって異なり、顎下部および口腔底部に発生する場合は大きく、立松ら(1978)³⁶⁾は7.0×6.4×4.8 cm, 110 g を報告、当科における症例3も7×5×5 cm, 67 g ときわめて大きい。坂堂(1976)⁴⁷⁾は右頸部における10×7×4 cm, 160 g を報告しているが、他の部位における報告例の多くは直径2～3 cm 前後の類球形を呈するものが多い。また腫瘍の進展が遅く、経過が長いことから症状自覚から来院までの期間の長いもの、高齢者に大きな腫瘍がみられる傾向にある。

病理組織型は前述したように当科の5症例は全例 Antoni A 型であったが、諸家における報告の多くも A 型あるいは A : B 混合型であり、梶山ら(1975)²⁵⁾の舌における集計においても87.8%が A 型であったと述べている。

予後に関しては本来良性な腫瘍であり、手術的に全摘出した場合、再発はほとんど認められていないが、まれに悪性経過をとるものが報告されている。本5症例は手術後1.5年～12年を経て経過良好であるが、症例も少なく、術後の経過も短いものが多いので、さらに経過観察

を続ける予定である。

ま と め

過去13年間に当科において経験した神経鞘腫5症例を報告した。

1) 臨床的には男性2名、女性3名、10歳代2名、40歳代2名、50歳代1名、全例が腫脹を主訴としており、症状自覚より来院までの平均は2.9年。発生部位は頬骨弓内側、口唇、舌、顎下腺部、頬部であった。病理組織学的には Antoni A 型であった。

2) 文献を渉猟した結果、顎口腔領域における発現頻度は高く、以前いわれていたほどまれな疾患ではないと考えられる。

本論文の一部は昭和44年10月、第14回日本口腔外科学会総会、昭和53年5月、第32回日本口腔科学会総会において発表した。

引 用 文 献

- 1) 山口宏也、他：三叉神経鞘腫に関する神経耳科的考察。耳喉 51: 83 1979.
- 2) 山口宏也、他：聴神経腫瘍の臨床的ならびに文献的考察(その3)。耳喉 50: 673 1978.
- 3) 松田 登、他：神経鞘腫の症例とその電顕所見について。口科誌 25: 445 1976.
- 4) 山城正宏、他：上顎骨に生じた神経鞘腫の1例。日口外誌 26: 767 1980.
- 5) 上野史郎：口腔領域の腫瘍および嚢胞に関する統計的組織学的観察。口外誌 5: 38 1959.
- 6) Bruce, K.W.: Solitary neurofibroma (neurilemmoma, schwannoma) of the oral cavity. OS OM OP 7: 1150 1954.
- 7) Conley, J.J.: Neurogenous tumors in the neck. Arch Otolaryng 61: 167 1955.
- 8) Verocay, J.: Zur Kenntnis der "Neurofibrome". Beitr. path Anat 48: 1 1910.
- 9) Herxheimer, G., Roth, W.: Zum Studium der Recklinghausen'schen Neurofibromatose. Beitr. path Anat 58: 319 1914.
- 10) 武川昭男：神経線維腫・神経鞘腫。耳喉 49: 777 1977.
- 11) 鈴江 懐、小林忠義編：病理学各論Ⅱ。第1版、医学書院、東京、1967、1313頁。
- 12) Shafer, W.G., Hine, M.K., Levy, B.M.: A Textbook of Oral Pathology. ed 3, W.B. Saunders Co, Path Philadelphia, 1974, p 192.
- 13) Gorlin, R.J., Goldman, H.M.: Thoma's Oral Pathology II. ed 6, Mosby Co, St Louis, 1970, p 874.
- 14) 石川悟朗、秋吉正豊：口腔病理学Ⅱ。第2刷、

- 永末書店, 京都, 1973, 1001頁.
- 15) Stout, A.P.: The peripheral manifestations of the specific nerve sheath tumors (neurilemmoma). *Am J Cancer* 24: 751 1935.
 - 16) Masson, P.: Experimental and spontaneous schwannomas (peripheral gliomas). *Am J Path* 8: 367 1932.
 - 17) Willis, R.A.: *Pathology of Tumors*. ed 6, Butter worths, London, 1960, p 842.
 - 18) Kragh, L.V., et al.: Benigen and malignant neurilemmomas of the head and neck. *Surg Gynec Obst* 111: 211 1960.
 - 19) Das Gupta, T.K., et al.: Benign soitary schwannomas (neurilemmomas). *Cancer* 24: 358 1969.
 - 20) 百井一郎: 神経鞘腫の病理学的研究. *新潟医誌* 69: 737 1955.
 - 21) Hatziotis, J.C., Asprides, H.: Neurilemmoma (schwannomas) of the oral cavity. *OS OM OP* 24: 510 1967.
 - 22) Gallo, W.J., et al.: Neurilemmoma: review of the literture and report of five cases. *J Oral Surg* 35: 235 1977.
 - 23) Oberman, H.A., Sullenger, G: Neurogenous tumors of the head and neck. *Cancer* 20: 1992 1967.
 - 24) 日野原 正, 他: 耳鼻咽喉科領域の神経鞘腫について. *耳展* 13: 11 1970.
 - 25) 梶山 稔, 他: 舌神経鞘腫の1例. *日口外誌* 21: 80 1975.
 - 26) Katz, A.D., et al.: Neurogenous neoplasms of major nerves of face and neck. *Arch Surg* 103: 51 1971.
 - 27) Wright, B.A., Jackson, D.: Neural tumors of the oral cavity. *OS OM OP* 49: 509 1980.
 - 28) Gore, D.O., et al.: Parapharyngeal neuilemmoma. *Surg Gynec Obst* 103: 139 1956.
 - 29) Cherrick, H.M., Eversole, L.R.: Benign neural sheath neoplasm of the oral cavity. *OS OM OP* 32: 900 1971.
 - 30) 生田信孝, 他: 顎下部に発生した神経鞘腫 Schwannoma の1例. *口外誌* 6: 189 1960.
 - 31) 谷 一郎, 他: 頸部並びに顎下腺ノイリノームの症例. *耳喉* 37: 879 1965.
 - 32) 太田 舜, 他: 顎下部 Neurinoma の1例. *口科誌* 15: 389 1966.
 - 33) 川平 淳, 他: 顎下部に発生した神経鞘腫の1例. *日口外誌* 15: 131 1969.
 - 34) 宮川公文, 他: 顎下部にみられた神経鞘腫症例. *日耳鼻* 76: 410 1973.
 - 35) 高井克憲, 他: 顎下腺に発生した Neurinoma の1例. *日口外誌* 23: 521 1977.
 - 36) 立松憲親, 他: 右顎下部に発生した神経鞘腫の1例. *口科誌* 27: 296 1978.
 - 37) 伊集院淳一, 他: 側頭下窩に生じた神経鞘腫の1例. *口外誌* 9: 293 1963.
 - 38) 林 進武, 他: 頬部に発生した Neurinoma の1例. *口科誌* 14: 83 1968.
 - 39) 岡野光雄, 他: 頬骨弓下に発生した神経鞘腫の1例. *口科誌* 19: 418 1970.
 - 40) 岸村真澄, 他: 頬部に発生した神経鞘腫の1例. *口病誌* 44: 471 1977.
 - 41) 清水正嗣, 他: 口唇に生じた神経原性腫瘍5例について. *日口外誌* 14: 222 1968.
 - 42) 荻野益男, 他: 舌, 口唇に発生した神経鞘腫の3例について. *口科誌* 19: 418 1970.
 - 43) 南 正史, 他: 下口唇にみられた Neurilemmoma の1例. *口外誌* 7: 509 1971.
 - 44) 平出文久, 他: 頸部迷走神経ノイリノーム. *耳喉* 49: 209 1977.
 - 45) 黄川田 徹, 他: 顔面神経Neurinoma—3症例の報告—. *耳喉* 49: 899 1977.
 - 46) 中野富夫: 鼻前庭に発生せる神経鞘腫 (Neurinoma) の1例. *耳鼻臨床* 58: 18 1965.
 - 47) 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 1976.