頭蓋内腫瘍に起因した症候性三叉神経痛の2例

新 富士雄・亀山 忠光・豊福 司生・江崎 誠治
村瀬 宏・稗田 照雄・朱雀直道

Two cases of false trigeminal neuralgia due to with intracranial tumor

Fujio TAKIGI・Tadamitsu KAMEYAMA・Shisci TOYOFUKU
Seiji ESAKI・Hiroshi MURASE・Teruo HIEDA
Chokudo SUJAKU

Abstract: Two Cases of False Trigeminal Neuralgia due to Intracranial Tumor.

Case No. 1 was a 29-year-old male who visited our department with a main complaint of masticatory pain on the right temporomandibular joint region. CT scanning in the department of cerebro surgery revealed a high density mass in the right cerebropontine angle region. Under the suspicion auditory neurinoma, resection was done, which was then confirmed histopathologically.

Case No. 2 was a 56-year-old male who visited our department with a striking pain on the right buccal region. CT scanning revealed a high density lesion in the parasellar. Under the suspicion of cerebral tumor, biopsy from the mass and trigeminal tractotomy were done and the histopathological diagnosis was metastatic adenoid cystic carcinoma. Although a detailed examination was performed, the primary lesion of this carcinoma could not be found.

Key words: intracranial tumor, trigeminal neuralgia, computerized tomography

緒 言 症

口腔および顔面の疼痛は種々の病変によって引き起こされる¹⁻⁴⁾。そのなかでも、症候性三叉神経痛は、われわれ歯科医にとって重要な疾患の1つである。

その原因疾患としては、種々あげられ歯科病変もその1つではあるが、他科領域の病変が本疾患の原因として関与することもあり、そのなかの1つとして頭蓋内腫瘍の報告がみられる⁴⁻⁹⁾。

最近われわれは、三叉神経痛を疑わせた頭蓋内腫瘍の2例経験したので報告する。

症例1

患 者：29歳 男性。

初 診：昭和58年10月■日。

主 訴：右側顎関節部の咀嚼時疼痛。

家族歴・既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：昭和58年8月■日洗顔中、右側顎関節部に疼痛を自覚する。この疼痛は食事時、歯磨き時にも起こり1分間程持続した。8月■日、某歯科受診、7)の根管治療を受けたが疼痛に変化なく某歯科へ転医したところ、右側顎関節部が原因で歯と関連がないといわれ放置する。しかし疼痛発作が頻回となり増大してきたため、9月下旬に某外科受診し当科を紹介される。

現 症：全身所見は異常なく顔面左右対称で右側顎関節部の腫脹はなく同部皮膚に接触痛を認めた。開口障害はなく25 mm 開口時に右側顎関節部にクリック音を認

久留米大学医学部口腔外科学講座

(主任：朱雀直道教授)

Department of Oral Surgery, Kurume University
School of Medicine(Chief: Prof. Chokudo Sujaku)

受付日：昭和61年11月18日

写真1 症例1のオルソパントモ像

写真3 症例1の病理組織像

写真2 症例1のCT像

写真4 症例2のオルソパントモ像

めた。また同時に同部の疼痛と右側への顎の偏位を認めた。口腔内には21|1の齲蝕以外、歯髄炎を思わせる歯牙所見はなく、その他粘膜にも異常はなかった。

臨床検査所見：血液検査、尿検査に異常は認められなかった。

X線所見：オルソパントモグラフィーおよび顎関節部オルビトラムス、側方閉開口時において特記すべき著変は認められなかった(写真1)。

臨床診断：右顎関節症の疑い。

処置および経過：上記にて消炎剤の投与と理学療法を開始したところ疼痛増大のため表面皮膚に局麻を行ったところ疼痛の消失をみたため、三叉神経痛も否定できず脳外科へ紹介する。脳外科にて神経検査で右側の聴力障害、CT検査にて右小脳橋角部に Contrast enhance される high density mass がみられ、なお小脳および橋が内方へ軽度圧迫されている所見(写真2)より聴神経鞘腫の疑いの下、脳外科にて摘出手術を受ける。術後ただちに疼痛は消失し何ら障害を残すことなく治癒した。

摘出物の病理組織学的診断は聴神経鞘腫であった(写真3)。

症例2

患者：56歳 男性。

初診：昭和58年6月■日。

主訴：右側顔部のビリビリ感。

家族歴・既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：昭和58年3月頃より右側眼窩下部、右側上唇部、右側鼻翼部および右側頬部にかけて急にビリビリとした違和感を覚える。ただちに某歯科受診し、1週間程投薬を受けたが変化がないため放置する。

しかし、1日に10回程電気が走る感じが続くため、5月上旬某歯科に転医し、当科を紹介され受診する。

現症：全身所見は異常なく顔面左右対称で左右上唇部において、麻痺感、接触痛は認められない。また右側眼窩下部の圧痛もない。開口障害はなく口腔内には $\frac{7+6}{32}$ が動揺度2度で全体に軽度の歯周病を認めるのみで歯髄炎を思わせる歯牙所見、根尖性歯周組織炎の急性症状もなかった。

臨床検査所見：血液検査、尿検査に異常は認められなかった。

X線所見：オルソパントモグラフィー、顔面正面において特記すべき著変は認められなかった(写真4)。

臨床診断：三叉神経痛の疑い。

処置および経過：初診日よりネオビタカインによる右側眼窩下孔へのブロックを行い7回目にして疼痛発作が完全に消失したため6月■日にブロックを終了した。ところが8月にまた同様の疼痛発作が起きてきたため当大麻酔科を受診し、同じく三叉神経痛の診断のもと、星状神経節ブロックを5〜6回受けた。しかし疼痛消失しな

写真 5 症例 2 の CT 像 (horizontal section)

写真 6 症例 2 の CT 像 (coronal section)

写真 7 症例 2 の病理組織像

いため59年2月14日当大脳外科を受診し、CT 検査にて脳腫瘍が疑われる。すなわち horizontal section の contrast enhancement CT で右の parasellar に high density mass がみられ、錐体骨が一部破壊されている(写真5)。

また、coronal section でも同様の所見がみられ頭蓋底骨が破壊され頭蓋外にも進展している像が得られた(写

真6)。

ただちに脳外科へ入院となり三叉神経、第2、3枝神経切断術と生検を受ける。

病理組織学的検査の結果、腺様嚢胞癌(写真7)の転移性癌と診断された。術後、放射線照射を行い、疼痛消失し現在右側顔面の知覚麻痺を認めるが、腫瘍の増大もなく順調に経過している。

なお、原発巣は検索されたが発見することはできなかった。

考 察

三叉神経痛は、三叉神経の分布領域もしくはその走行路に沿って起こる発作性の電撃様疼痛として認められるものであり、発作時の激烈なる痛みは他に類をみない程であるといわれている。

本症は原因不明の特発性三叉神経痛と症候性三叉神経痛に分けられている。前者は、その原因として Neurovascular compression theory^{10,11)} が考えられている。また後者の原因としては植松ら⁹⁾ が種々列挙しているように、歯科的要因に基づくものと隣接領域疾患の要因によるものと大きく分けられ、歯科的要因が多く存在するため、その鑑別にあたり、われわれのところを訪れる症例も多い。しかし他の領域の原因も数多く、その鑑別に当たっては、隣接部位の原因についても熟知しているにこしたことはない。そのなかで、頭蓋内腫瘍に起因する症候性三叉神経痛は重要なものの1つである。原因の探求をおこたり、対症療法のみで終始することは慎みすべきことで、今回の症例2では大いに反省すべきものと考えている。

頭蓋内腫瘍による症候性三叉神経痛は、中頭蓋窩あるいは後頭蓋窩に生じた腫瘍による知覚根の圧迫または浸潤によって起こるとされている^{5,12,13)}。事実 Dandy¹⁴⁾ は215例の三叉神経痛患者の開頭手術を行い、5.6%が腫瘍が原因であったとしている。また、Revilla¹⁵⁾ も473例中24例(5.1%)に後頭蓋窩の腫瘍をみている。さらに Gardner¹⁶⁾ は三叉神経痛の中で、腫瘍に起因するものとして、中頭蓋窩の腫瘍によるもの1%、後頭蓋窩の腫瘍によるものが5%程度存在するものと推定している。

この領域にできる腫瘍としては髄膜腫、神経鞘腫もしくは類上皮腫等がある^{5,8,14,17-19)}。

事実、Dandy¹⁴⁾ の開頭結果でも聴神経鞘腫と類上皮腫であったとされている。本邦での植松ら⁹⁾ の報告も類上皮腫4例、髄膜腫2例、聴神経腫瘍が1例となっている。

われわれの症例では、症例1が聴神経鞘腫で従来の報告通りであったが、症例2では転移性腫瘍であった。

転移性脳腫瘍の頻度は高く、脳腫瘍の中で30%を占めるとされている^{20,21)}。1952年 Stortebecker²²⁾ は150例に

上の転移性脳腫瘍の神経学的観点からの報告を行っており、また本邦でも石森²³⁾が50例におよぶ症例を報告している。

それによると、脳転移の局在は、主に前頭葉にもっとも多く、頭頂葉、側頭葉がこれにつづくとしている。

この前頭葉、側頭葉は頭蓋底面では、前述の中あるいは後頭蓋窩に位置し、転移性腫瘍による三叉神経知覚根への浸潤は十分考えられる。

しかし、本症例のような腺様嚢胞癌の転移例については、組織型の記載がないため明確でない。一方、中頭蓋窩、後頭蓋窩における原発性腫瘍による神経症状は、神経麻痺、頭痛、耳鳴り、難聴、めまい等があり、多くの場合、これら2～3の症状を随伴して起こるとされている。すなわち、三叉神経の障害による顔面や口腔の知覚鈍麻、聴神経障害による聴覚低下、耳鳴り、めまい、さらに顔面神経障害による顔面麻痺や味覚脱出を伴うとされている。しかも疼痛の性質としては、今回の症例1のように発作性疼痛は少なく、脳圧亢進による普通持続的な片頭痛様疼痛が主であるといわれている。

また、転移性脳腫瘍による神経症状は、Stortebecker²²⁾は脳圧亢進を半数に、精神症状を36%、片麻痺を34%、Jackson 痙攣を28%に認めたとし、石森は50例中28例に片麻痺を、うっ血乳頭を24例、精神症状は13例にみられたとしている。石森は、この神経症状の出現は急速に起こり、これが一般の脳腫瘍と異なる点で、本疾患の1つの特徴としている。すなわち高度の脳圧亢進を示すとし、三叉神経痛様症状をしめすのはまれである。

われわれが経験した症例2では、脳圧亢進症状は少なく、腫瘍の浸潤による神経症状が強く出たことを考え合わせると、その組織型からみて、副鼻腔癌の頭蓋への浸潤と考えると興味深い。

しかし今回経験した症例のように、これら神経学的異常所見を欠如する報告例もみられる^{7,17)}。そこで今回の2症例で真性三叉神経痛と異なる点を考えてみると、症例1では疼痛が顎関節部皮膚にみられたことと、当科では見落としていたが、右側の聴力低下がみられたことで、症例2では、疼痛の Trigger point が全くなかったことである。

しかし、数か月後の脳外科受診時にはすでに、2, 3, 4, 5, 6, 7の神経の麻痺が認められている。しかしながら随伴症状を伴わない脳腫瘍による症候性三叉神経痛の診断は容易ではない。そのためにはCT検査がきわめて有用な検査法であると考えられる。

以上のことより、三叉神経痛様疼痛を主訴としてきた場合は、まず脳などに疼痛の原因となる器質的变化がないかをみるために、神経症状のチェックを行うと同時に脳外科での精査を行うべきと考えている。

そのうえ、三叉神経の根治的療法としては、後頭蓋神経減窩術しかなく、その適応の判別もかねて、また診断

の確定のため当科では、脳外科紹介を必ず行うことにしている。

結 語

頭蓋内腫瘍（聴神経鞘腫、転移性腫瘍）による症候性三叉神経痛の2例を経験したので報告した。

稿を終えるにあたり、種々ご指導、ご助言をいただきました本学脳神経外科学教室渡辺光夫助教授に深甚なる謝意を表します。

本論文の要旨は、第30回日本口腔外科学会総会にて発表した。

引用文献

- 1) Friedman, A.P. and Finley, K.H.: Classification of headache. Arch Neurol 6: 173-176 1962.
- 2) 若杉文吉, 中崎和子: 顔面痛の種類と鑑別診断. 歯科ジャーナル 18: 811-818 1983.
- 3) 植松 宏: 症候性三叉神経痛. 歯科ジャーナル 18: 827-835 1983.
- 4) Weisenburg, T.H.: Cerebello-pontile tumor diagnosed for six years as Tic Douloureux: Symptoms of irritation of ninth and tenth cranial nerve. JAMA 54: 1600-1604 1910.
- 5) McCurdy, J.A., Pitkethly, D.T., et al.: Central nerves system epidermoids presenting as trigeminal neuralgia. Surg Neurol 2: 147-150 1974.
- 6) 種子田護, 長尾 勇, 他: 三叉神経症状を呈した adenoid cytic carcinoma の2症例. 脳神経外科 10: 1005-1010 1976.
- 7) 上田 孝, 呉屋朝和, 他: 三叉神経痛を呈した epidermoid cyst の1症例. 神経外科 23: 375-380 1983.
- 8) Hori, I. and Numata H.: Trigeminal pain caused by a paraspontine epidermoid cyst. Surg Neurol 19: 517-519 1983.
- 9) 植松 宏, 奥村ひさ, 他: 頭蓋内腫瘍による三叉神経痛について. 日歯麻誌 12: 646-656 1984.
- 10) 福島孝徳: 三叉神経痛の外科的治療. 神経進歩 26: 982-991 1982.
- 11) 植松 宏, 奥村ひさ, 他: 特発性三叉神経痛に対する三叉神経減圧手術について. 日歯麻誌 12: 540-549 1984.
- 12) Hamby, W.B.: Trigeminal neuralgia due to radicular lesions. Arch Surg 46: 555-563 1943.
- 13) 太田富雄, 西村周郎: 脳腫瘍の臨床症状. 第3版, 金芳堂, 京都 1978, 350頁.
- 14) Dandy, W.E.: Concerning the cause of trigeminal neuralgia. Amer J Surg 24: 447-455 1934.
- 15) Revilla, A.G.: Tic Douloureux and its relation-

- ship to tumors of posterior fossa: Analysis of cases. J Neurosurg 4: 233-239 1947.
- 16) Gardner, W.J.: Concerning the mechanism of trigeminal neuralgia and hemifacial spasm, J. Neurosurg 19: 947-958 1962.
- 17) Nijensohn, D.E., Araujo, J.C., et al.: Meningioma of meckel's cave. J Neurosurg 43: 197-202 1975.
- 18) Baumann, C.H.H. and Bucy, P.C.: Paratriginial epidermoid tumors. J Neurosurg 13: 455-468 1956.
- 19) 藤田勝三, 江原一雄, 他: 後頭蓋 epidermoid cyst の臨床学的考察. 脳神経外科 5: 1335-1341 1977.
- 20) Anderson, W.A.D. and Rissane, J.M.: Pathology II, 7th Ed, Mosby Co, St Louis, 1977, p 2137-2138.
- 21) 今井 環監修: 病理学, 第4版, 医学書院, 東京, 1984, 773頁.
- 22) Stortebecker, T.P.: Metastatic tumors of the brain from a neurosurgical point of view. J Neurosurg 11: 84-111 1954.
- 23) 石森彰次: 転移性脳腫瘍. 脳と神経 19: 757-764 1967.