舌下神経麻痺を契機に発見された肺腺癌の1例

藤 武智¹⁾・山家 誠¹⁾・萩原純孝²⁾
渡邊和代³⁾・鶴迫伸一⁴⁾
上田 実²⁾

A case of lung adenocarcinoma with the incipient symptoms of paralysis of the hypoglossal nerve

TOH Taketomo¹⁾・YAMBE Makoto¹⁾・HAGIWARA Sumitaka²⁾
WATANABE Kazuyo³⁾・TSURUSAKO Shinichi⁴⁾
UEDA Minoru²⁾

Abstract: A case of lung adenocarcinoma with incipient symptoms of paralysis of the hypoglossal nerve is reported, with an emphasis on clinical features.

A 52-year-old woman presented with disturbance of tongue movement at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Komaki City Hospital. The tongue deviated towards the right on protrusion. The clinical diagnosis was paralysis of the hypoglossal nerve with suspicion of a lesion in the base of the skull. On CT and MRI of the head, a bone defect with a tumor was observed in the base of the skull. Bone scintigraphy revealed several hot spots in the thoracic vertebrae. Multiple bone metastases were suspected. A thoracoabdominal CT scan and chest roentgenogram showed a mass in the left lower lobe. The patient was finally given a diagnosis of primary lung adenocarcinoma and multiple bone metastases. Respecting the patient's will, we performed palliative therapy. The lung adenocarcinoma with metastases to the brain and bone has recently grown. The number of patients with cranial nerve disorders caused by metastatic lung adenocarcinomas, is considered to be increasing. Therefore, oral and maxillofacial surgeons should closely observe patients, taking into account important general diseases related to oral symptoms.

Key words: paralysis of the hypoglossal nerve (舌下神経麻痺), multiple bone metastases (多発性骨転移), lung adenocarcinoma (肺腺癌)

緒 言

歯科口腔外科を受診する患者の訴える症状はさまざまで、時には診断がきわめて困難な症例に遭遇することがある。また、口腔顎顔面領域の症状から、身体他部位の病変を見出しうることもしばしば経験する^{1～10)}。舌に現れる症状や病変はきわめて多様で、発育異常、炎症性病変、腫瘍性病変および機能障害などが認められる^{2, 4～8)}。今回わ

れわれは、舌下神経麻痺による舌の運動障害を初発症状として当科を受診した症例において、頭蓋底部に腫瘍の存在を確認し、以後の精査にて、原発性肺癌、多発性骨転移と診断された症例を経験したので、その概要を報告する。

症 例

患 者：52歳、女性。

¹⁾ 小牧市民病院歯科口腔外科
(主任：山家 誠部長)

²⁾ 名古屋大学大学院医学系研究科頭頸部感覚器外科学講座
(主任：上田 実教授)

³⁾ 名古屋第二赤十字病院歯科口腔外科
(主任：林 康司)

⁴⁾ 社会福祉法人精霊会精霊病院歯科口腔外科
(主任：鶴迫伸一)

¹⁾ Department of Dentistry and Oral Surgery, Komaki City Hospital (Chief: YAMBE Makoto)

²⁾ Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine (Chief: Prof. UEDA Minoru)

³⁾ Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Nagoya Daini Red Cross Hospital (Chief: HAYASHI Yasushi)

⁴⁾ Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Holy Spirit Hospital (Chief: TSURUSAKO Shinichi)

受付日：2004年11月22日

採択日：2007年4月24日

初 診：2003 年 5 月 7 日.

主 訴：舌運動障害.

家族歴：特記事項なし.

既往歴：30 年前, 虫垂炎にて手術.

現病歴：2003 年 5 月より, 舌に違和感を認める. 舌を前突させると右方へ偏位することを自覚したため, 当科を受診した.

現 症：

顔貌および口腔内所見：顔貌では, 視診上異常はなく,

写真1 初診時顔貌写真
舌前突時, 舌尖の右方への偏位を認める.

皮膚の触診にて知覚の低下は認められなかった. 舌を前突させると, 右方へ偏位するのが認められた (写真1). 舌の知覚異常, 形態異常は認められなかった. 口腔粘膜などに異常は認められなかった.

X 線所見：パノラマ X 線写真では, 特に異常は認められなかった. CT 検査にて, 右側頭蓋底の骨破壊が認められた (写真2-A).

臨床診断：舌下神経麻痺, 頭蓋内病変の疑い.

処置および経過：上記臨床診断にて, 初診日に当院脳神経外科へ対診した. 翌日の脳神経外科の MRI 検査にて, 延髄右前方に異常陰影を認めた. 異常陰影により延髄は圧迫を受けていた. 以上の所見より, 斜台部骨腫瘍と診断された (写真2-B). 全身精査のため, 胸部 CT 検査, 骨シンチを施行した. 胸部 CT 検査にて第8胸椎の骨破壊が認められた. 骨シンチにて胸椎に RI 集積亢進が認められた (写真3-A). 以上の結果より, 転移性骨腫瘍の疑いと診断された. これらの検査を行う間に, 右僧帽筋の下垂や右軟口蓋の下垂, 嚥下障害など新たな症状が出現した. そこで早急に当院整形外科での生検を予定したが, 患者の希望により中止となった. 以後, 当院通院も途絶えた. 同年9月3日, 胸部痛にて当院内科を受診した. 胸部 X 線像にて左肺下葉に陰影が認められたため (写真4-A), 9月26日, 胸腹部 CT 検査を施行した. 同検査にて, 左肺 S₁₀ に径 30mm 大の腫瘍が認められた (写真4-B). 呼吸器内科にて経気管支鏡的肺生検予定するも, 患者の希望により施行されなかった. 11月頃より背部痛出現. 12月1日, 疼痛増大し歩行困難となったため, 当院救急外来へ救急搬送され, 同日, 整形外科

写真2 初診時の CT および MRI 写真
A : CT 像 斜台部の骨破壊像を認める.
B : MR 像 延髄右前方に異常陰影を認める.

科を主科として緊急入院となった。患者より全身精査の希望があり、CT検査、骨シンチ、経気管支鏡的肺生検を行った。頭部CT検査では、頭蓋骨斜台部に骨破壊が認められた。同部の骨破壊は、以前に比べ増大していた(写真5-A)。胸腹部CT検査では、第2, 8, 11, 12胸椎に骨転移が認められた。特に第2, 8胸椎では著しい骨破壊を認め、脊柱管

の狭小が認められた(写真5-B, C)。肺野条件では、左肺S₁₀に径30mm大の結節影が認められた(写真5-D)。これは9月撮影のCT像と比較し著変は認められなかった。また、右肺野に径5mm以下の小結節の散在が認められた。縦隔条件では、大動脈傍、大動脈下にリンパ節の腫大が認められた。また気管周囲の不透過性は亢進しており、リンパ節転移を疑う所見であった。腹部では特記事項を認めなかった。骨シンチでは、前回と比較して胸椎へのRI集積が増加していた(写真3-B)。経気管支鏡的肺生検の結果、肺腺癌に特異的に発現するthyroid transcription factor 1 (TTF-1)陽性であり、低分化型肺腺癌との病理組織学的診断を得た(写真6)。以上の結果より、原発性肺癌、多発性骨転移と診断された。患者は化学療法等を希望せず、疼痛管理などの対症療法を希望され、2004年1月、ホスピスへ転院となった。

考 察

舌下神経麻痺の原因としては、腫瘍や嚢胞が最も一般的である。報告によれば腫瘍の頭蓋底や頸部への転移、舌下神経管に生じた病変、舌の腺様嚢胞癌、舌下神経由来の神経鞘腫などである⁵⁾。その他の原因では、頭頸部の外傷、内頸動脈に生じた動脈瘤や血管の蛇行、ウイルス

写真3 骨シンチグラフィー

- A：初診時 胸椎にRI集積亢進を認める。
B：初診7か月後 胸椎に複数のRI集積亢進を認める。

写真4 初診4か月後のX線およびCT検査

- A：胸部X線像 左肺下葉に陰影を認める。
B：胸腹部CT像 左肺S₁₀に径30mm大の腫瘍を認める。胸椎の破壊を認める。

写真5 初診7か月後のCT写真

- A：頭部 CT 像 斜台部に骨破壊を認める。
 B：脊椎部 CT 像 第2胸椎の著しい骨破壊を認める。
 C：脊椎部 CT 像 第8胸椎の著しい骨破壊を認める。脊柱管の狭小を認める。
 D：胸部 CT 像 左肺 S₁₀ に径 30mm 大の結節影を認める。右肺野に径 5mm 大以下の小結節の散在を認める。

感染、結核や関節リウマチの報告がある⁵⁾。舌下神経麻痺の原因には、以上のように生命にかかわる疾患もあるため、原因の検索はきわめて重要である⁴⁾。

舌下神経の麻痺は舌の運動障害を生じる。舌下神経障害が核上性であった場合、舌は患側とは反対側に曲がる。核性および核下性障害であれば舌は患側に曲がる。また比較的まれではあるが舌下神経障害が長期にわたると患側の舌の萎縮を生じ、左右非対称となる^{11～13)}。これは核上性の障害の場合は不動性萎縮により、核性および核下性障害であれば神経原性萎縮により生じると考えられている¹⁴⁾。本症例では舌前突時、舌が右方へ偏位したが舌の萎縮はみられなかった。これは転移性骨腫瘍による舌下神経の障害が核性あるいは核下性であり、障害が生じてから比較的早期に当科を受診したことを示している。当科初診後、精査のため当院脳神経外科通院中、右僧帽筋の下垂、右軟口蓋の下垂、嚥下障害が認められるようになった。これは転移性骨腫瘍により、副神経、迷走神経、舌咽神経の障害が生じたためと考えられる。舌下神経麻痺は、単独で出現す

写真6 初診7か月後の肺生検の病理組織像、免疫染色像

- A：線維化を伴って腫瘍細胞の増生を認める。乳頭状に増生し、充実性に近いところもある。核内には好酸性の核小体が明瞭なところと、濃染状クロマチンのところがある。比較的低下分化な腺癌の像（H-E 染色，×200）。
 B：免疫組織化学染色では TTF-1 陽性を示した（×200）。

ることはまれで、ほとんどが副神経、迷走神経、舌咽神経の麻痺と合併して出現する、いわゆる後位第4脳神経障害として生じるといわれている⁴⁾。今回、舌下神経麻痺を初発症状とし全身検索中に、舌咽神経、迷走神経、副神経の麻痺が出現したことから、転移性腫瘍による脳神経障害の初期の段階で当科初診となったと考えられる。

肺癌はわが国において、1998年から悪性腫瘍死の第1位となった¹⁵⁾。肺癌自体は自覚症状が現れにくく、原発巣の発見が遅れる場合がある¹⁶⁾。本症例でも原発巣由来の症状は認められず、肺癌と診断された時点ですでにT2N2M1のstage IVの進行癌となっており、5年生存率は1%の状態となっていた¹⁵⁾。

肺癌は早期に転移する特性があり、肺癌の70%以上は発見時すでに進行癌であったとの報告もある¹⁵⁾。肺癌の好発転移臓器は同側または対側の他肺葉、肝臓が最も多く、ついで脳、腎臓、骨、副腎などである¹⁷⁾。今回、転移性骨腫瘍は、小脳橋角部、延髄前方に存在し、頭蓋骨斜台部を破壊、周囲組織へ浸潤していた。延髄には脳神経核や、自律神経の中核があり、生命維持上きわめて重要な役割をもっている¹⁸⁾。そのため、延髄が障害されると、脳神経由来の神経症状や呼吸抑制など生命にかかわる症状が出現することとなる。

口腔外科医が取り扱う口腔顎顔面領域は多数の脳脊髄神経の支配を受けているため、何らかの原因で中枢神経が障害された場合、さまざまな神経症状が出現する。本症例では舌下神経麻痺から転移性腫瘍、肺腺癌が発見されたが、舌下神経麻痺に関する本邦口腔外科からの報告は少ない。渉猟しえた範囲では特発性舌下神経麻痺の報告は数例あるが^{4, 6)}、舌下神経麻痺から中枢神経疾患などが発見された報告は、椎骨動脈瘤や神経鞘腫などの報告のみである^{7, 8)}。口腔外科からの報告が少ない理由として舌下神経麻痺が出現した場合、口腔外科ではなく耳鼻科や脳神経外科を最初に受診している可能性がある。

近年、脳や骨を好発転移臓器とする肺癌は増加の傾向にある^{15, 19)}。肺癌は初期症状を呈しないことが多く、遠隔転移による症状から発見されることもある。そのため、肺癌の転移による脳神経障害が口腔顎顔面領域に生じた場合、これらの症状を主訴として歯科口腔外科を受診する患者も増加することが考えられる。したがって、われわれ歯科医師も日常臨床において口腔顎顔面領域の運動障害や知覚障害、神経痛様疼痛などに関して慎重に患者観察を行い、重要な全身疾患の存在や、その可能性を発見できるよう注意しなければならない。

結 語

今回われわれは舌下神経麻痺を契機に転移性腫瘍、原発

性肺腺癌が発見された症例を経験したので、その概要を報告した。

謝辞

稿を終えるにあたり、貴重な御助言を頂きました小牧市民病院病理科五島岸子先生に深く感謝いたします。

引 用 文 献

- 1) 安田真也, 西田光男, 他: 口腔症状から発見された聴神経鞘腫の1例. 日口外誌 45: 339-341 1999.
- 2) 三上隆浩, 吉村安郎, 他: 舌の知覚異常を初発とした脳梗塞の1例. 日口外誌 5: 210-214 1992.
- 3) 福村吉昭, 吉田博昭, 他: 三叉神経痛様疼痛から脳腫瘍が発見された1例. 日口外誌 47: 615-618 2001.
- 4) 道念正樹, 尾田充孝, 他: 突発性片側性舌下神経麻痺による舌半側萎縮の1例. 日口外誌 47: 362-365 2001.
- 5) Omura, S., Nakajima, Y., et al.: Oral manifestations and differential diagnosis of hypoglossal nerve palsy: report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 84: 635-640 1993.
- 6) 佐々木隆子, 鈴木正二, 他: 突発性舌下神経麻痺の1例 (抄). 日歯麻誌 31: 469 2003.
- 7) 中山秀樹, 金本政樹, 他: 舌筋の線維束性萎縮により椎骨動脈瘤が発見された片側性舌下神経麻痺の1例. 日口外誌 51: 264-267 2005.
- 8) 森広宏則, 北川善政, 他: 舌下神経麻痺を伴った神経鞘腫の1例 (抄). 口科誌 43: 317 1994.
- 9) 阪本博文, 土井恵理子, 他: 三叉神経痛様疼痛を契機として脳腫瘍が診断された3例. 日口外誌 51: 59-62 2005.
- 10) 立石 晃: 脳疾患のため顎口腔領域に諸症状を発現した4例. 口科誌 53: 87-90 2004.
- 11) 太田富雄, 西村周郎: 脳神経外科学. 第4版, 金芳堂, 東京, 1986, 52頁.
- 12) 内田安信, 河合 幹, 他: 顎口腔外科診断治療大系. 第1版, 講談社, 東京, 1991, 729頁.
- 13) 上野 正, 伊藤秀夫: 最新口腔外科学. 第3版, 医歯薬出版, 東京, 1989, 854頁.
- 14) 山村雄一: 図説臨床内科講座 第10巻 神経. 第2版, メジカルビュー社, 東京, 1980, 154-155頁.
- 15) 福岡正博, 佐川元得, 他: 肺癌. 総合臨床 50: 2215-2337 2001.
- 16) 田中理子, 澤田めぐみ, 他: 肺癌肉肉転移例の臨床的検討. 肺癌 39: 323-329 1999.
- 17) 正岡 昭: 呼吸器外科学. 第2版, 南山堂, 東京, 1997, 113-157頁.
- 18) 相川直樹, 青木継行, 他: 医学大辞典. 17版, 南山堂, 東京, 1990, 208-209頁.
- 19) 川崎雅之, 原 信一, 他: 肺癌骨転移の検討. 肺癌 30: 359-364 1990.