

[臨床] 松本歯学 16 : 312~317, 1990

key words : 神経鞘腫 — 鑑別診断 — 頸動脈三角部

臨床診断に苦慮した神経鞘腫の1例

山本雅也, 古澤清文, 藤本勝彦
市川紀彦, 村田智明, 氣賀昌彦

松本歯科大学 口腔外科学第2講座 (主任 山岡 稔 教授)

安東基善

松本歯科大学 口腔病理学教室 (主任 枝 重夫 教授)

Problems in Clinical Diagnosis of Neurilemmoma :
Report of a case

MASAYA YAMAMOTO, KIYOFUMI FURUSAWA, KATSUHIKO FUJIMOTO,
NORHIKO ICHIKAWA, TOMOAKI MURATA and MASAHIKO KIGA

Department of Oral and Maxillofacial Surgery II, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. M. Yamaoka)

MOTOYOSHI ANTOH

Department of Oral Pathology, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. S. Eda)

Summary

We report a case of neurilemmoma of the trigonum caroticum occurring in a 34-year-old female. She was referred to our clinic by a general practitioner because of a painless swelling in the right side of the submandibular region persisting for the previous 10 years. The mass in the submandibular region appeared to be unattached to the skin and freely movable. There were no palpable submandibular lymph nodes. This lesion was clinically diagnosed as a benign tumor of the submandibular gland. The removed mass, measuring 50×30×30 mm, was encapsulated by a thin fibrous membrane. Histopathologically it was diagnosed as neurilemmoma (Antoni of type A and B). No recurrences have been noted for two years after the surgical procedure.

Discussion mainly focuses on the differential diagnosis between neurilemmoma and other lesions of the trigonum caroticum.

結 言

顎下部周辺は顎舌骨筋神経、顔面神経、舌下神経、舌咽神経舌枝などの神経や多くの血管、リンパ節や唾液腺などの器官が結合組織中に複雑に位置するため深在部に発症した病変の性格の把握は困難を伴うことが多い。今回著者らは、顎口腔外科領域では比較的発症頻度が高いとされる神経鞘腫が、顎動脈三角部に発症したため鑑別診断に苦慮した1症例を経験したのでその概要について報告する。

症 例

患 者：34歳，女性。

初 診：1988年3月16日。

主 訴：右側顎下部の腫脹および圧痛。

家族歴：特記すべき事項なし。

既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：約10年前に右側顎下部に軽度の腫脹を認めたため某病院皮膚科を受診し、穿刺吸引生検を受けたが、病理組織学的に異常所見を認めず、その後腫脹は増大傾向を認めなかったため経過観察を行なって来たが、1988年3月初旬より同部に圧痛も伴う様になったため同科より当科を紹介され来院した。

現 症

全身所見：体格中等度，栄養状態良好にて他に特記すべき事項なし。

局所所見：右側顎下腺相当部に境界比較的明瞭で弾性やや硬の腫瘤を認めたものの皮膚との癒着はなく，顎下リンパ節も触知しなかった(図1)。また，口腔粘膜は正常で，両側 Wharton 氏管からの唾液流出にも差異は認められなかった。

臨床検査所見：一般血，血清生化学，尿検査，心電図および胸部X線所見に異常は認められなかった。

X線所見：76%ウログラフィンによる右顎下腺造影において，腺体内の主管のみが造影され，末梢導管は明瞭には造影されなかった(図2)。X線

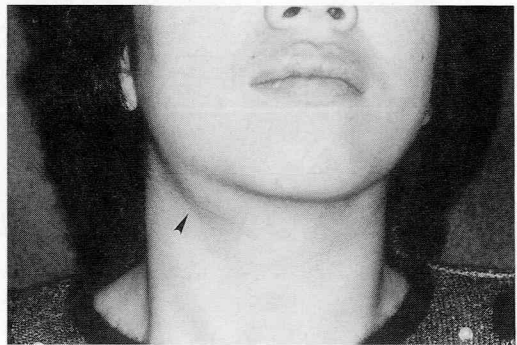


図1：初診時顎下部

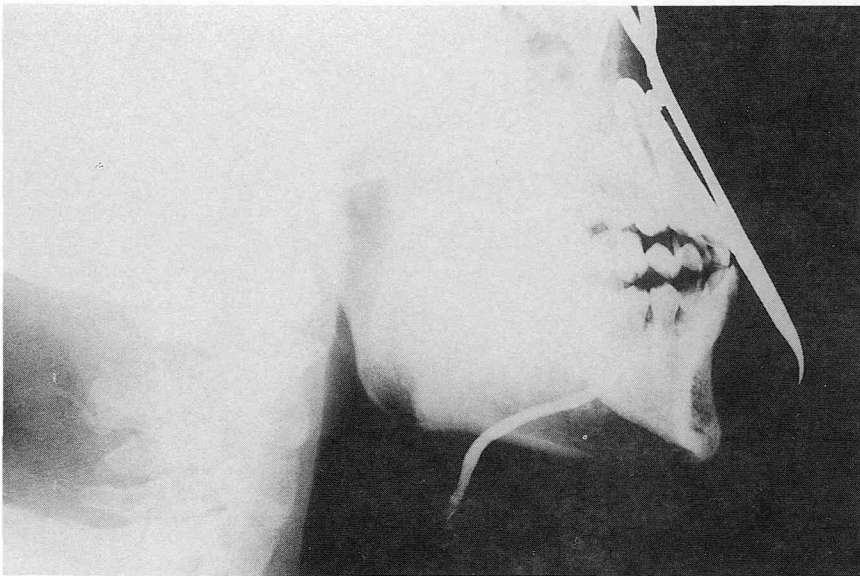


図2：顎下腺造影像(76%ウログラフィン)腺体内の主管のみが造影された。

CTでは、右側顎下部に境界明瞭な low density mass を認め左側顎下腺と同等のCT値を示し、顎下腺の増大所見を得た(図3)。

臨床診断：顎下腺良性腫瘍(右側)

処置および経過：1988年3月31日にGOE全身麻酔下に、腫瘍摘出術を施行した。下顎下縁より約二横指径内側の切開により顎下腺に達し、その

際に腫瘍は顎下腺の内後方に認め、上方は顎二腹筋後腹に、深部は外頸動脈に接し、いわゆる頸動脈三角部に位置していた。腫瘍は薄い被膜に被包され、被膜と周囲軟組織との剝離は比較的容易であったが、顎下腺と蜜に接しており腫瘍の連続性が疑われたために、顎下腺を含めて一塊として摘出した(図4)。なお術中由来神経の確認はできず、

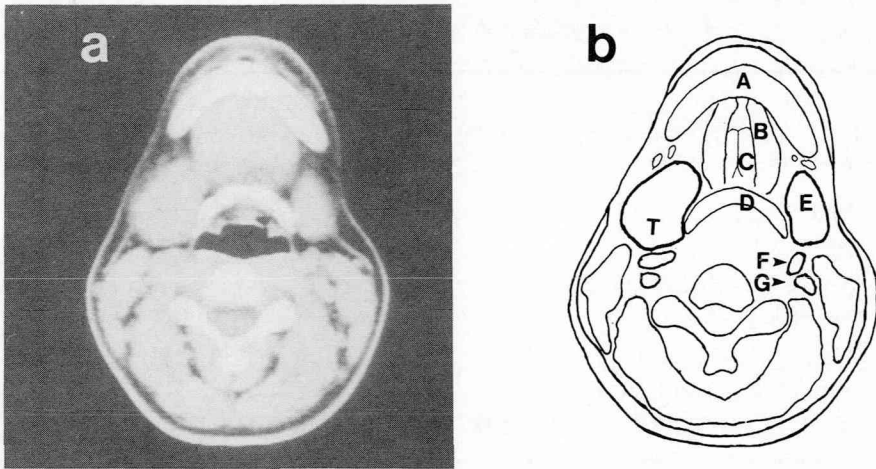


図3：術前CT写真(a)と腫瘍相当部位を示したシエマ(b)

- | | | | |
|-------|----------|-----------|----------|
| A：下顎骨 | B：顎二腹筋前腹 | C：オトガイ舌骨筋 | D：舌骨 |
| E：顎下腺 | F：外頸動脈 | G：内頸動脈 | T：腫瘍と顎下腺 |

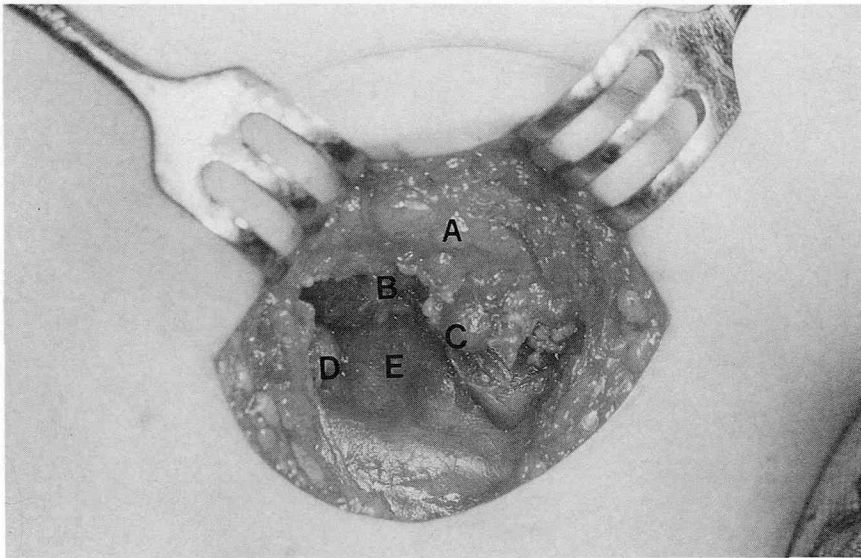


図4：腫瘍摘出後の頸動脈三角部

- | | | |
|--------|----------|----------|
| A：下顎骨 | B：ワルトン氏管 | C：顎下リンパ節 |
| D：外頸動脈 | E：舌骨筋 | |

術直後軽度の舌運動障害を認めたものの約1週間にて軽快した。術後約2年の現在、再発傾向は認めず経過良好である。

摘出物所見：表面は赤褐色の被膜を有する50×30×30 mm 大の類球状の腫瘤で、硬度は弾性軟であった。また割面は充実性で帯黄白色を呈していた(図5, 6)。

病理組織学的所見：腫瘤は、膠原線維から成る被膜を有しており顎下腺に隣接し、顎下腺組織にはとくに変化は認められなかった(図7)。腫瘍は、紡錘形ないし橢円形の核をもつ細胞が、一部では密に柵状の増殖を示し(図8)、その他の大半を占める部分では腫瘍細胞は逆に疎で、粘液腫様の増殖や均質無構造に硝子化している部分もみられた(図9)。またマロリーのアザン染色では腫瘍中に膠原線維はほとんど観察されなかった。また、PAP法によりS-100蛋白について検索したところ、腫瘍細胞は陽性反応を示した。電顕的には、腫瘍細胞から細胞質突起が伸びて複雑に絡み合

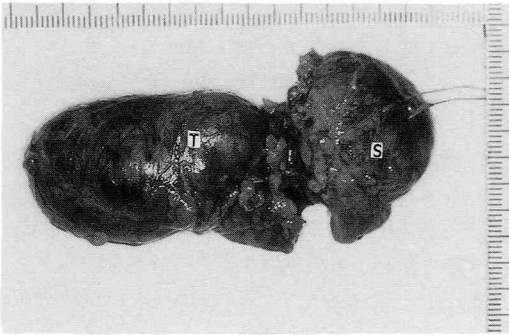


図5：摘出物
S：顎下腺 T：腫瘍



図6：摘出物割面

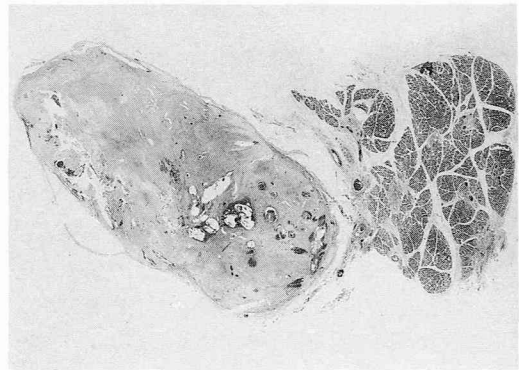


図7：病理組織所見
腫瘍全形(H-E染色, ×1.3)

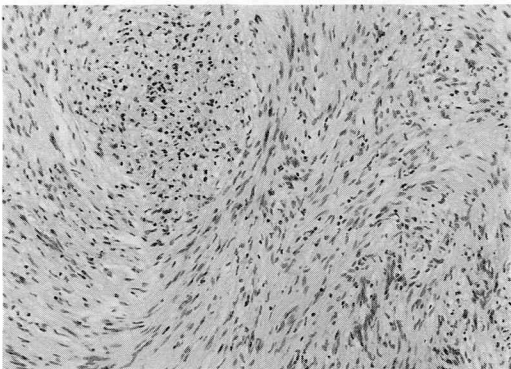


図8：病理組織所見
Antoni A型の増殖部(H-E染色, ×70)

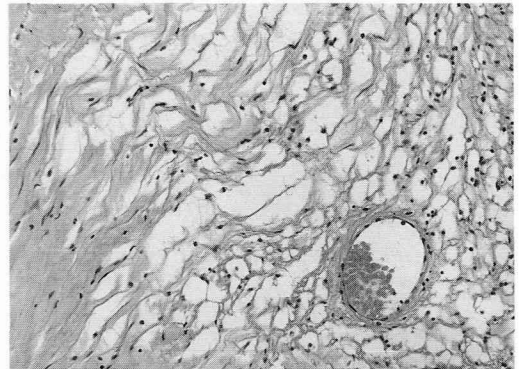


図9：病理組織所見
Antoni B型の増殖部(H-E染色, ×70)

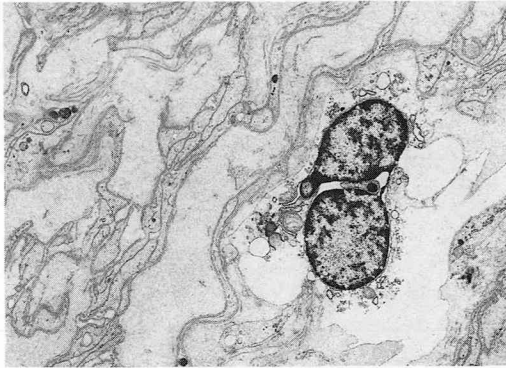


図10：電子顕微鏡像
複雑に絡み合う腫瘍細胞（U-Pb染色，×2,300）

い、それらの周囲には外側板が形成されていた(図10)。以上の所見より、本症例は病理組織学的にAntoni A型、B型混在の神経鞘腫と診断された。

考 察

顎下部に発症した神経鞘腫は、顎下唾液腺炎、皮様嚢胞、側頸嚢胞、嚢胞性リンパ管腫、多形性腺腫、顎下リンパ節炎など臨床的に類似症状を呈するものが多い。自験例でも初診時の臨床診断は顎下腺の良性腫瘍あるいはKüttner氏腫瘍が疑われ、病理組織学的の検査にて初めて神経鞘腫と診断された。その理由としては、腫瘍が顎動脈三角部で増大したため腫脹部は腫瘍により内後方から圧迫された顎下腺そのものであり触診により実態を把握することができず、唾液腺造影所見でも腫瘍による圧迫から腺体内の主管のみが造影され、CT所見においても健側顎下腺と同等のCT値を示し腫瘍の境界は不明瞭であったことによる。さらに10年前に某病院皮膚科における穿刺吸引生検結果が正常顎下腺組織であったことも鑑別診断をより一層困難なものにした。顎部腫瘤における鑑別診断に有用なものとしてMRIがあるが、神経鞘腫そのものの信号強度では特異的な点は比較的少ない¹⁾、X線CTに比較して骨に対してアーチファクトが少ない上、造影剤を用いずに血管と周囲組織の鑑別ができ、任意に前額断、矢状断像が得られるほかに、腫瘍と周囲の筋組織の鑑別に有用との報告²⁾もある。画像診断において腺組織と神経組織の抽出の差を認識することは一般に難しく神経組織のみあるいは細胞増殖に特異的な反応

を示す手段の出現が望まれる。その意味で^{99m}Tc-DTPAシンチグラフィが神経線維腫、神経鞘腫を陽性描画するという最近の報告³⁾が注目される。

顎下部に発症した神経鞘腫に対する手術方法は、術中の由来神経が明瞭で術後重篤な後遺症が危惧される場合に限り被膜下摘出⁴⁾を行うこともあるが、一般的に全摘出術⁵⁻⁷⁾を行う。自験例では、腫瘍と顎下腺が蜜に接していたために顎下腺を含めて摘出術を施行した。著者らが渉猟した範囲では、本症例のように術後の病理組織検査にて顎下腺と腫瘍が被膜で隔てられているのにもかかわらず術中所見から顎下腺を含んで腫瘍を一塊として摘出した報告例は、谷ら⁸⁾・山崎ら⁹⁾・河原ら¹⁰⁾・Maharajら¹¹⁾の4例を認めた。一方、Attieら¹²⁾は顎動脈三角部の神経鞘腫に対して、術中所見で顎下腺と蜜に接していなかったために顎下腺を翻転し腫瘍のみを摘出している。また、臨床的に悪性を疑わしめる所見が得られない症例が多い点に問題がある。Ghoshら¹³⁾は、902例の末梢神経腫瘍のうち115例(12.7%)が悪性神経鞘腫であり、このうち85例(10.6%)がvon Recklinghausen病の非合併症例であることと、被膜の存在する悪性神経鞘腫の報告例¹⁴⁾もあることから、一見良性腫瘍のごとき術中所見を呈する神経鞘腫でも摘出には十分な注意が必要と考える。これらのことは、顎下部における神経鞘腫の術前診断および術中の処置方針決定の難しさを示している。さらに、顎下部に発症した神経鞘腫の由来神経を確認できた症例は少なく¹⁵⁾自験例においては術後約1週間の軽度な舌運動障害を認めたが、術中舌下神経等を確認することができず、この運動障害は術後浮腫による舌下神経障害とも考えられ由来神経の確認まではいたらなかった。

結 語

鑑別診断に苦慮した顎動脈三角部に発生した神経鞘腫の1例を経験したので、同部位に発症した同腫瘍における診断および処置の難しさについて考察した。

稿を終わるに臨み、本稿のご校閲を賜った松本歯科大学口腔病理学教室 枝重夫教授に対し深く感謝の意を表す。

文 献

- 1) 高橋睦正, 坂本祐二, 小島龍太郎, 山下康行, 仏坂博正 (1989) 脊髄腫瘍のMRIによる局在診断. 臨放, 34: 191-198.
- 2) Dillon, W. P., Mills, C. M., Kjos, B., DeGroot, J. and Zawadzki, M. (1984) Magnetic resonance imaging of the nasopharynx. *Radiology*, 152: 731-738.
- 3) Mandell, G. A., Harcke, H. T., Sharkey, C., Brooks, K. M. and MacEwen, G. D. (1987) SPECT imaging of para-axial neurofibromatosis with technetium-99m DTPA. *J. Nucl. Med.* 28: 1688-1694.
- 4) 佐々木裕美, 丘村 照 (1986) 頸部迷走神経鞘腫の診断と被膜下摘出の意義. 耳喉, 58: 1005-1009.
- 5) 日野原 正, 宮下賢次, 吉見充徳 (1970) 耳鼻咽喉科領域の神経鞘腫について. 耳展, 13: 11-17.
- 6) Stout, A. P. (1935) The peripheral manifestations of specific nerve sheath tumor (Neurilemoma). *Am. J. Cancer*, 24: 751-796.
- 7) Conley, J. and Janecka, I. P. (1975) Neurilemoma of the head and neck. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 80: 459-464.
- 8) 谷 一郎, 竹下 剛 (1965) 頸部並びに顎下腺ノイリームの症例. 耳喉, 37: 879-881.
- 9) 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 (1981) 顎口腔領域に発生した神経鞘腫5例. 日口外誌, 27: 968-976.
- 10) 河原健司, 本間義郎, 大塚 亨, 中村昌幸, 田畑利章, 浅野信雄, 葛原 武, 木下鞆彦, 志村介三 (1989) 嚢胞状を呈した顎下部神経鞘腫の1例. 日口外誌, 35: 2770-2775.
- 11) Maharaj, D., Singh, B., Hariparsed, G. and Schemmer, R. (1988) Solitary schwannomas of cranial-nerve origin presenting in the neck. *S. Afr. J. Surg.* 26: 166-168.
- 12) Attie, J. N., Friedman, E. and Rothberg, M. S. (1984) Submandibular and axillary schwannomas not associated with von Recklinghausen's disease. *J. Oral. Max-fac. Surg.* 42: 391-394.
- 13) Ghosh, B. C., Ghosh, L., Huvos, A. G. and Fortner, J. G. (1973) Malignant schwannoma. *Cancer*, 31: 184-190.
- 14) 横谷邦彦, 竹本正幸, 寺井武寿, 中武 稔, 長嶺慎一, 山内陽一 (1977) 頸部迷走神経に発生した悪性神経鞘腫の1例ならびに本邦集計. 外科診療, 19: 578-584.
- 15) 古沢清文, 浦出雅裕, 久保茂正, 美馬孝至, 杉 政和, 宮崎 正, 福田康夫, 石田 武 (1986) 下顎枝内面に著明な骨吸収を示した神経鞘腫の1例. 口科誌, 35: 925-929.