

脳神経外科

(第103回)

三叉神経鞘腫

木部 明理、花田 朋子、花谷 亮典、平野 宏文、時村 洋、有田 和徳
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

【はじめに】

三叉神経鞘腫は、全脳腫瘍の10.3%を占める神経鞘腫の中でも0.8～8%と稀な疾患であり、WHO分類でgrade Iの良性腫瘍として扱われる。40歳前後の女性に好発し、三叉神経症状としての三叉神経痛、顔面のしびれ等の異常感覚や咀嚼筋力低下で発症し、腫瘍の進展に伴う頭痛、複視、視力障害や聴覚障害などを伴うこともある¹⁾。

治療は手術摘出と定位放射線治療とに分けられる。手術に際しては、腫瘍の主座による分類に応じて手術アプローチが検討される。後頭蓋窩を主座とするP型(18.5～31.7%)は小脳橋角部腫瘍の形となり外側後頭下開頭によるアプローチ、中頭蓋窩を主座とするM型(14.8～50.8%)に対しては前方錐体アプローチが用いられる。頭蓋外(extracranial)に進展するE型(3.7～7.8%)には眼窩内と翼口蓋窩、側頭下窩にそれぞれ進展する場合があります、特に後者は症状を呈しにくい。また、各タイプが組み合わさる場合には、

外転神経麻痺、蝸牛神経障害による聴力低下、顔面神経麻痺等が問題となり、正常神経組織を可能な限り残すことが重要である²⁾。

放射線治療としては、主に手術後の残存や開頭手術が躊躇される全身状態の高リスク群に対してガンマナイフが行われてきたが、近年になり第1選択としての有用性も報告されている³⁾。

【症例】

10歳代女性。生後11ヶ月でインフルエンザ脳炎に罹患し、以降複雑部分発作を生じていた。頭頸部痛とてんかん発作を主訴に受診した前医MRIにて右錐体骨部大型腫瘍を指摘され、当院紹介となる。神経学的所見としては、軽度体幹失調を認めるのみで明らかな四肢の麻痺や感覚障害は認めなかった。造影MRIにて右海綿静脈洞から外後方に突出する、60×30×32mmの境界明瞭で内部が不均一に造影される病変が認められた(図1)。メッケル腔内から頭蓋内へ進展する三叉神経鞘腫を疑った。

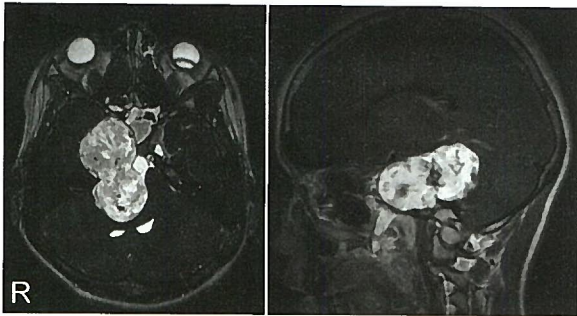


図1. 術前造影MRI

海綿静脈洞内から中頭蓋底と後頭蓋窩にかけて、内部がやや不均一に造影される腫瘍を認める。後頭蓋窩に突出する腫瘍により脳幹は著明に圧迫されている。

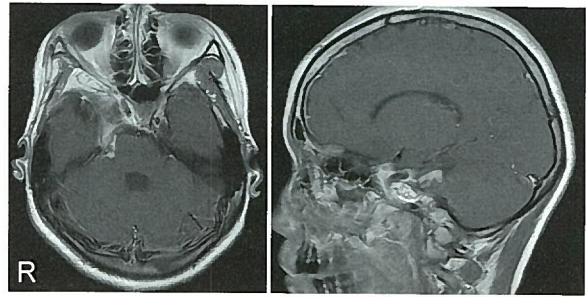


図3. 術後造影MRI

脳幹に付着した腫瘍被膜の残存を認めるが、大部分の腫瘍は摘出されている。

術を行った。本例はM+P型に分類されるため、前頭側頭開頭硬膜外アプローチによって、海綿静脈洞内と脳幹周囲の腫瘍を摘出した。組織診断でも神経鞘腫で

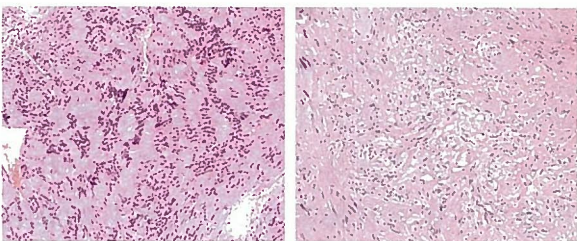


図2. 病理組織 (HE染色)

左：紡錘形細胞の柵状配列が中心の核のない領域を囲むVerocay bodyの形成がみられる (Antoni A type)。

右：比較的まばらな細胞成分と間質を有し、小血管の血管壁が硝子化がみられる (Antoni B type)。

あることを確認した(図2)。術後MRIでも十分な摘出が行い得ていることを確認した(図3)。術後に軽度の動眼神経麻痺と三叉神経第1枝領域のしびれがみられたが、複雑部分発作は消失している。

【参考文献】

- 1) Yoshida K, et al. : Trigeminal neurinomas extending into multiple fossae: Surgical methods and review of the literature. J Neurosurg 91 : 202-211, 1999
- 2) Chen LF, et al. : Operative management of trigeminal neuromas: an analysis of a surgical experience with 55 cases. Acta Neurochir (Wien) 156 : 1105-1114, 2014
- 3) Yianni J, et al. : Stereotactic radiosurgery for trigeminal schwannomas. Acta Neurochir (Wien) 154 : 277-283, 2012