

図説脳神経外科

(第115回)

類上皮腫による三叉神経痛

¹⁾東 拓一郎、¹⁾大吉 達樹、¹⁾花谷 亮典、²⁾後藤 雄一、²⁾杉浦 剛、¹⁾有田 和徳

¹⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

²⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顎顔面外科

【はじめに】

類上皮腫は胎児期に迷入した表皮細胞から発生する先天性の良性腫瘍であり、緩徐に発育し、経過観察が可能であることが多いが、まれに圧迫や炎症により発生部位に関連した症状がみられることがある¹⁾。小脳橋角部は類上皮腫の好発部位のひとつであり、腫瘍の神経への圧迫により三叉神経痛、難聴、顔面けいれんなどの症状呈することがある^{1,2)}。

【症例】

約1ヶ月前より食事時の右側下顎にびりびりする疼痛があった。近医歯科で治療を受けたが、痛みが改善しないため鹿

児島大学口腔学顔面外科を紹介された。歯科的異常が認められないため、三叉神経痛の原因精査を目的に鹿児島大学脳神経外科へ紹介された。指や髭剃りで上口唇付近に接触するとびりびりとする疼痛が誘発され、会話や食事など口を動かすときに痛みが増強された。

頭部MRI画像検査では右小脳橋角部の脳実質外に、T2強調画像でやや低信号、拡散強調像で高信号を呈し、造影剤で造影されない腫瘍性病変を認め、その上縁を走行する右三叉神経は腫瘍により外側上方に圧排されていた(図1A, B, C)。画像検査所見より類上皮腫による三叉神経痛と診断された。

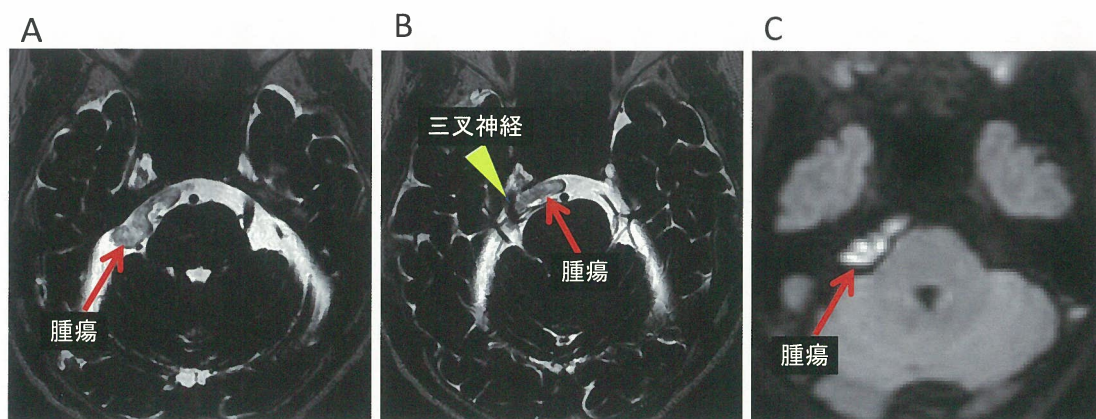


図1. 術前MRI

- A. CISS：髄液に比較してやや低信号の腫瘍が右小脳橋角部から脳幹前面にかけて認められる(矢印)。
 B. CISS：腫瘍(矢印)は右三叉神経(矢頭)を外側上方に圧排している。
 C. 拡散強調像：腫瘍は高信号に描出されている(矢印)。

右後頭下開頭による腫瘍摘出術を行った。乳白色の腫瘍は聴神経从小脳天幕下面にかけて存在し、三叉神経は内側下方から圧排されていた(図2A)。腫瘍被膜を切開して内部の柔らかい石鹼状の嚢胞内容を除去し、腫瘍被膜を周辺の構造

物から剥離して摘出した。腫瘍摘出後、三叉神経の神経根部には腫瘍によって出来た圧迫痕が認められた(図2 B)。術後、三叉神経痛は消失した。頭部MRIでは腫瘍は全摘出され、術前にみられた右三叉神経の屈曲は消失していた(図3 A, B)。

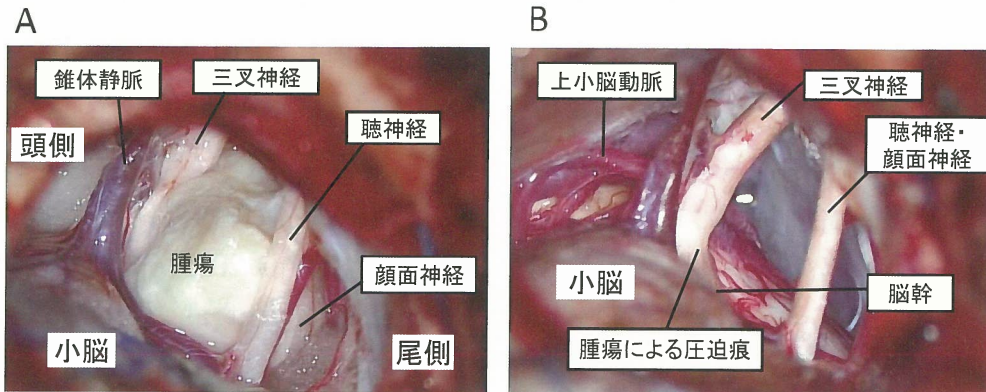


図2. 術中写真

- A. 腫瘍摘出前: 乳白色の腫瘍が三叉神経を下方から圧迫している。
 B. 腫瘍摘出後: 腫瘍被膜も含めて腫瘍を全摘出した。三叉神経には腫瘍による圧痕が残っている。

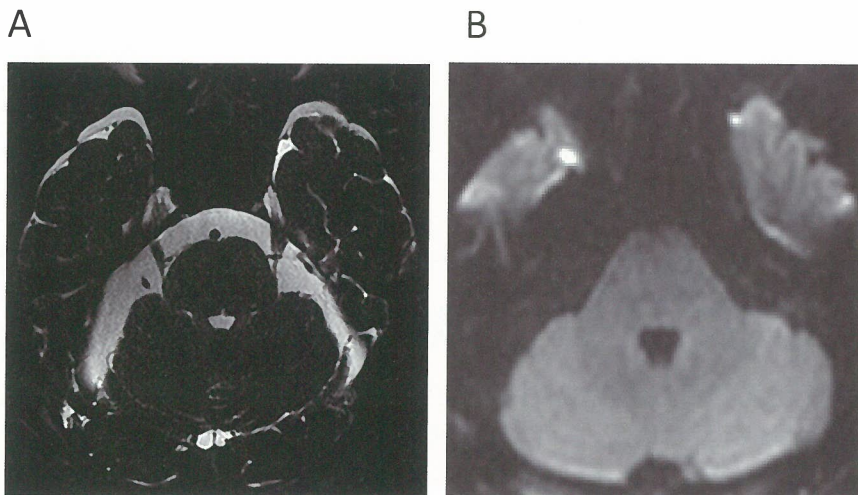


図3. 術後MRI

- A. CISS: 腫瘍像は消失し、三叉神経の屈曲は認められない。
 B. 拡散強調像: 小脳橋角部の高信号は消失している。

【考察】

類上皮腫は胎児期に迷入した表皮細胞から発生する先天性の腫瘍で、全脳腫瘍の0.2～1.4%を占める。小脳橋角部は類

上皮腫の好発部位であり、小脳橋角部に発生する腫瘍のうち5%を占める。

三叉神経痛は上小脳動脈などの血管が三叉神経根を圧迫することで起こる特発

性と、腫瘍や多発性硬化症、脳梗塞などの器質的な病変が原因で起こる症候性とに分けられる。類上皮腫による三叉神経痛は、血管圧迫による特発性三叉神経痛よりも若年で発症し、罹病期間が長い。小脳橋角部の類上皮腫263例のレビューでは、症状としては聴力障害が最も多く37.6%、次いで三叉神経痛29.7%、めまい19.4%、顔面神経麻痺19.4%、頭痛17.9%、片側顔面けいれん4.9%である²⁾。

特発性三叉神経痛と同様に類上皮腫による症候性の三叉神経痛に対してもテグレトールが奏効することがあり、このため類上皮腫の発見が遅れることがある。三叉神経痛の患者では、たとえテグレトールが奏効していても、MRIでの原因精

査を怠ってはならない。

治療は摘出手術である。通常は外側後頭下開頭で実施する。腫瘍による炎症や圧迫のみならず、腫瘍によって動脈が偏位して三叉神経の根部を圧迫していることがある。したがって、腫瘍摘出後は神経根の周囲を十分に観察し、圧迫血管があればこれを剥離し移動する必要がある。

【参考文献】

- 1) 太田富雄. 脳神経外科学改訂第11版. 金芳堂, 京都市, 2012, pp1584-1590
- 2) Kobata H, et al.: Cerebellopontine angle epidermoids presenting with cranial nerve hyperactive dysfunction. *Neurosurgery* 50 : 276-85, 2002