

# 図説脳神経外科

(第130回)

## 鉄亜鈴型神経鞘腫

森 正如、山畑 仁志、新納 忠明、花谷 亮典、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】

脊髄腫瘍の発生頻度については幾つかの報告があるが、おおよそ人口10万人あたり1～2人程度と考えられる。すなわち、脳腫瘍のおおよそ1/10～1/5程度の発生頻度である<sup>1)</sup>。脊髄腫瘍の分類方法の一つとして、脊髄とこれを包む硬膜と腫瘍の横断面での位置関係から脊髄腫瘍を分類する方法があり、具体的には、硬膜外腫瘍、硬膜内髄外腫瘍、髄内腫瘍、および特殊なタイプとして拡大した椎間孔を通して脊柱管の内外に伸展する鉄亜鈴型腫瘍(砂時計型腫瘍)に分けられる。転移性腫瘍を除外して考えた場合に、脊髄腫瘍は脳腫瘍と比べて、髄内腫瘍の大部分を占めるグリオーマ系腫瘍の頻度は低く、硬膜内髄外腫瘍である良性の神経鞘腫と髄膜腫の頻度が高いことが際立った特徴であり、こうした神経鞘腫や髄膜腫が鉄亜鈴型の進展を示すことがある。

鉄亜鈴型神経鞘腫は、硬膜内外・脊柱

管内外・神経根管内外・脊柱内外など鉄亜鈴様に2ヵ所以上の解剖局在にまたがって存在する腫瘍で、Edenにより4型に分類される(図1)<sup>2)</sup>。摘出に際しては、硬膜内の残存腫瘍の確認や腫瘍の増大による椎間関節の破壊を伴うこともあり、場合によっては固定などの再建を検討する必要がある。

### 【症例】

60歳代男性。急に左手の痺れがあり近医脳神経外科を受診。頭部MRIでは異常所見は認められなかったが、その後、下肢の脱力による歩行障害が進行した。前医にて施行された頸部MRIにて、C1/2レベルで脊柱管内から左椎間孔に向けて伸びる腫瘍が指摘され(図2)、当科を紹介受診となった。左上下肢脱力は急激に進行し、左上肢の拳上や独歩が困難な状態であった。MRIでは鉄亜鈴型に進展する腫瘍性病変により頸髄が圧迫されており、

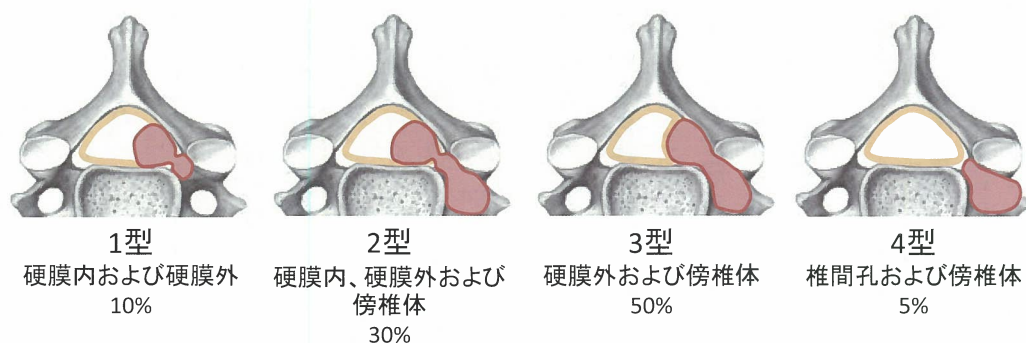


図1：鉄亜鈴型神経鞘腫の分類

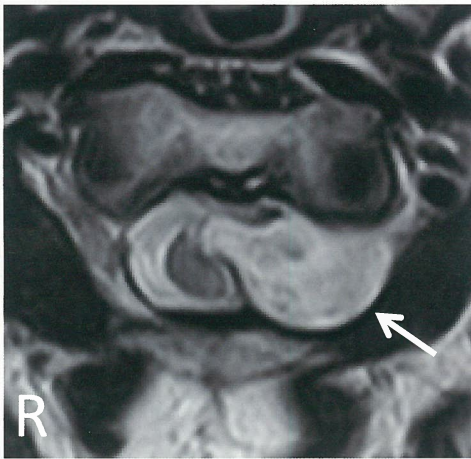


図2：術前MRI (C1/2レベル)  
 脊柱管内から左椎間孔に向けて鉄垂鈴型に伸展する腫瘍性病変(矢印)によって頸髄が圧迫されている

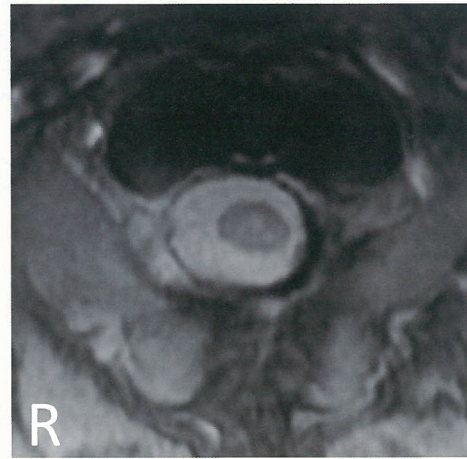


図4：術後MRI (C1/2レベル)  
 腫瘍は摘出され、頸髄への圧迫も改善されている

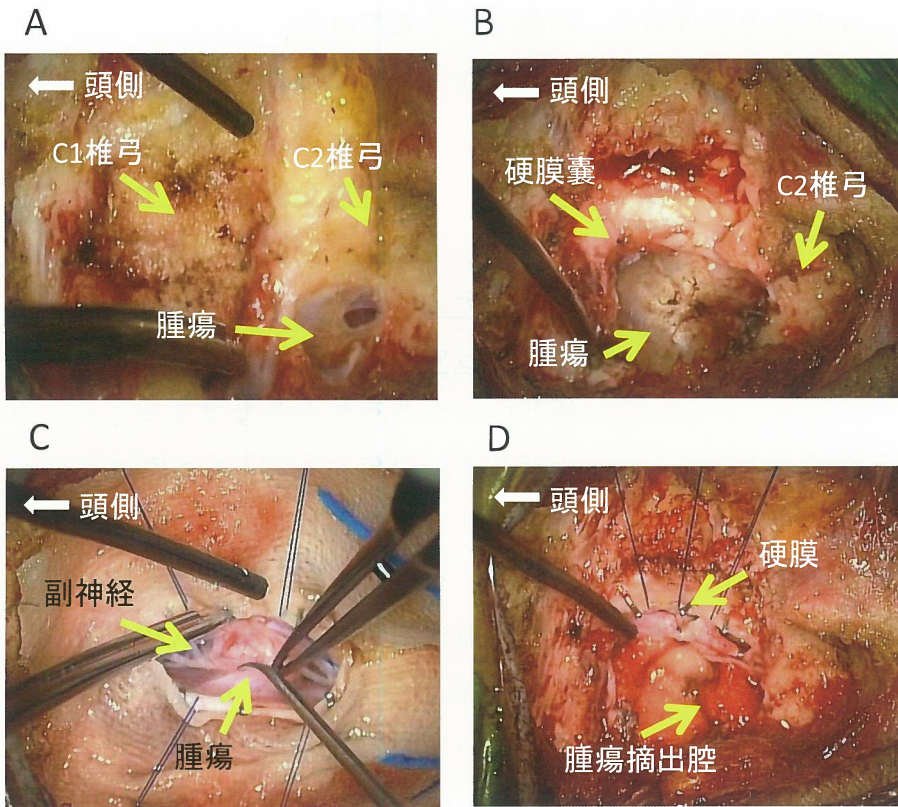


図3：術中所見  
 A.C1/2椎間に腫瘍の一部が認められる  
 B.C1椎弓の片側を削開。硬膜囊の一部は腫瘍により圧排されている  
 C.硬膜切開後。硬膜内の腫瘍に接する副神経を剥離  
 D.腫瘍摘出後

ご本人の希望も考慮した上で摘出術を施行した。C1椎弓切除ならびにC2左半分の部分椎弓切除を行い、硬膜を切開すると腫瘍が直下に認められた(図3A、B)。腫瘍に絡んでいた神経を丁寧に剥離して腫瘍を摘出した(図3C、D)。腫瘍の病理診断は神経鞘腫であった。術後MRIでは、腫

瘍は摘出され、脊髄の圧迫も改善していることが確認された(図4)。症状も、歩行や左上肢の挙上が可能なまでに改善した。

【参考文献】

- 1) 脳神経外科学(改訂11版) 2132-2170
- 2) Eden K : Br J Surg 1941 ; 28 : 549-569