

甲状軟骨の内外にまたがった喉頭神経鞘腫の1例

○田中 久美子、宇野 光祐、塩谷 彰浩

神経鞘腫はSchwann細胞を有する神経から発生する良性腫瘍である。喉頭に発生することは稀で、その中では上喉頭神経内枝由来が最も多いとされている。今回、我々は甲状軟骨の内外にまたがった喉頭神経鞘腫の1例を経験したため報告する。

症例は19歳男性で、2年前からの咽喉頭異常感、嗄声、前頸部腫脹を主訴に紹介受診となった。身体所見上、左前頸部に約5cm、弾性軟の腫瘍を触知し、喉頭内視鏡検査では左仮声帯および左梨状陥凹に粘膜下隆起を認めた。血液検査では甲状腺機能は正常で、悪性腫瘍、リンパ腫を疑う所見はなかった。頸部造影CTでは左傍声帯間隙から同側の輪状甲状靱帯を經由して甲状軟骨外側に進展し、下方は甲状腺左葉を圧排する50mm大の腫瘍を認め、同部はMRIのT2WIで著明な高信号を呈していた。穿刺吸引細胞診を行ったが確定診断に至らず、局所麻酔下生検を行い神経鞘腫の診断を得た。自覚症状も強かったため手術加療の方針としたが、腫瘍が甲状腺左葉と連続していると考えられたため、頸部外切開による神経鞘腫摘出術および甲状腺左葉の合併切除術を行う予定とした。また一部、腫瘍を経口的に摘出することも考慮に入れた。頸部外切開で甲状腺左葉を半切し、上極に付着する腫瘍の剥離を進めた。腫瘍は甲状軟骨下端から傍声帯間隙に進展していたが、鈍的剥離が可能であり、結果的に一塊摘出が可能であった。由来神経については同定することができなかった。喉頭展開して咽喉頭を観察したところ、左仮声帯および梨状陥凹の膨隆は消失し、出血や浮腫による気道狭窄も認めなかったため、気管切開は行わず手術終了とした。術後経過は良好で、病理組織学的には甲状腺左葉背側へ進展する形で増殖する神経鞘腫であった。術後3か月の喉頭内視鏡検査では、左仮声帯、梨状陥凹の粘膜下の膨隆は消失し、嗄声も改善した。現在術後1年半ほど経過するが再発所見はない。

喉頭神経鞘腫の治療は、腫瘍の大きさ、局在、腫瘍到

達深度により術式（アプローチ方法）を決定し、術前の十分な準備のもと合併症に留意しながら、対応することが重要と考えられる。甲状軟骨の内外にまたがる喉頭神経鞘腫では、他部位にも神経鞘腫が発生している可能性が高いと報告されており、本症例も聴神経鞘腫を認めたため、現在精査加療中である。

当科で経験した小脳梗塞18例の検討

○久保木 諒、野村 文敬、渡邊 愛

末梢性めまいと中枢性めまいを鑑別することの重要性は従来より強調されているが必ずしも容易とは言えず、とりわけめまい以外の症状に乏しい小脳梗塞の早期診断はめまい診療における大きな課題の一つである。本報告では当科で経験した小脳梗塞症例を対象とし、初診時に正しく診断された症例（正診例）と誤診された症例（誤診例）の比較を通じてその臨床的特徴を検討し文献的考察を加えた。当科では2018年5月から2021年4月の間に24例の中枢性めまいを経験したがそのうち18例（75%）が小脳梗塞であった。過去の市中病院でのめまいの統計では小脳梗塞は脳血管障害が原因のめまい症例の9.9%にすぎず、末梢性めまいを疑われ耳鼻咽喉科に紹介されためまい症例の中では小脳梗塞が高頻度である可能性が示唆された。初診時に正しく診断された症例は18例中8例（44.4%）であった。70歳未満の症例は正診例では8例中1例（12.5%）であったのに対し、誤診例では10例中5例（50%）を占め、女性の症例も同様に正診例では8例中1例（12.5%）であったのに対し、誤診例では10例中5例（50%）であった。若年および女性は一般的な脳梗塞のリスクが低いことから過小評価された可能性があり、実際に小脳梗塞の誤診例を対象にした過去のケースシリーズでも同様の傾向を認めていた。小脳梗塞の原因として椎骨動脈解離が知られており、若年女性に好発する傾向があるため注意が必要である。また初診時に呈した症状に着目すると嘔気・嘔吐を呈した症例が正診例では8例中8例（100%）であったのに対し、誤診例では10例中5例（50%）に留まっており、嘔気・嘔吐がない症例は重症感に乏しいことから過小評価された可能性があると考えられた。神経学的異常所見に関しては歩行障害を含む体幹失調を18例中14例（77.8%）と最も高頻度に認めたものの単独で小脳梗塞を除外するにはやや感度不足であった。小脳梗塞の神経学的異常所見としては体幹失調に加え指鼻指試験異常、回内回外試験異常が典

型的とされており、今回対象とした症例ではいずれかの異常を18例中17例（94.4%）と高率に認めた。このことからこれらの3つの所見を組み合わせると高い感度で小脳梗塞を除外できる可能性が示唆された。