

主要症例で学ぶ

連載 \ ナースが知りたい! /

企画・林 健太郎 (長崎大学 脳神経外科)

脳神経外科疾患の病態・治療・術後ケア

脳神経外科の患者さんをケアするには、疾患とその治療について知らないとはまらない！
基本中の基本の症例を通して、ナースが知っておくべき知識を実践的かつビジュアルに解説します。

第16回

神経鞘腫 (前庭神経鞘腫)

はじめに

神経鞘腫は原発性脳腫瘍の10.4%を占め、神経のシュワン細胞から発生する良性腫瘍である。ほとんどは第Ⅷ脳神経の前庭神経より発生する前庭神経鞘腫である。第Ⅷ脳神経以外の神経由来の神経鞘腫としては、三叉神経鞘腫、頸静脈孔部神経鞘腫（舌咽、迷走、副神経）、顔面神経の順で頻度が高い。ここでは頻度の高い前庭神経鞘腫について述べる。

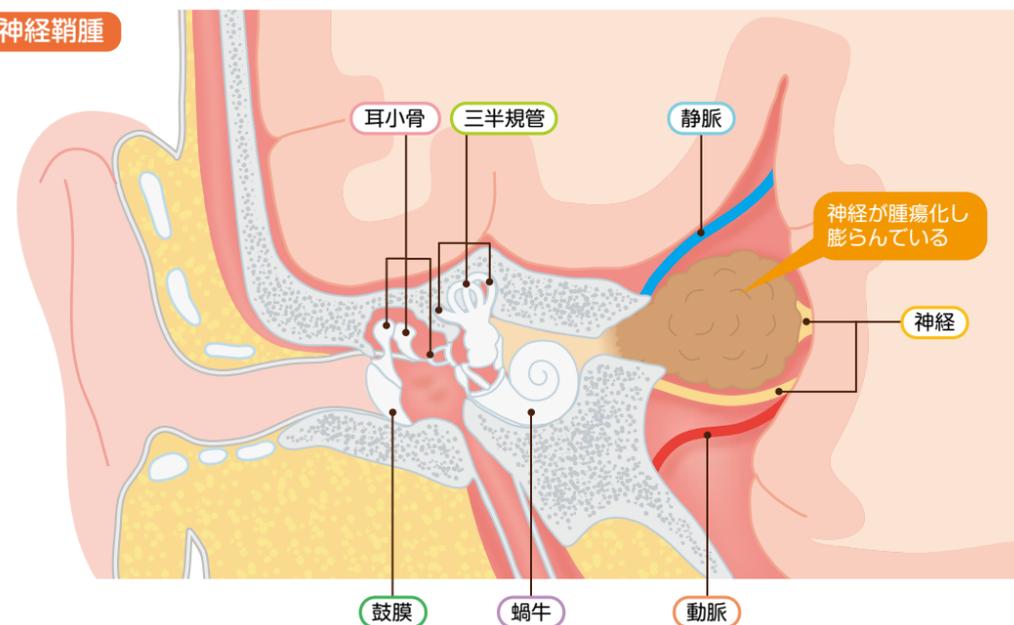
前庭神経鞘腫は女性に多い腫瘍で、40～70歳に好発する。初発症状は聴力障害が70～85%と多く、一側性の難聴例の10%が本腫瘍によるものといわれている。

執筆 ● 松尾孝之



まつお・たかゆき：1989年 長崎大学医学部卒業。1990年 公立みづき総合病院、1991年 佐世保市立総合病院、1995年 長崎大学医学部 脳神経外科 助手、1998年 十善会病院、1999年 長崎大学医学部 脳神経外科 講師を経て、2012年より同 准教授。日本脳神経外科学会専門医、日本神経内視鏡学会技術認定医、日本がん治療認定医、日本がん治療認定医機構暫定教育医。

神経鞘腫



症例

症例提示

症例 ● 60歳，女性

既往歴 ● 高血圧

現病歴 ● めまいを自覚するようになり近医耳鼻科を受診したところ、頭部MRIにて前庭神経鞘腫を疑われるが、聴力の障害は認めず、腫瘍が小さいことより経過観察となった。10年後、難聴の進行と小脳失調症状が出現したため、頭部MRIを再検したところ、腫瘍の増大を認め、当科外来へ紹介となった。

現症 ● 聴力左難聴：右 16.3 dB，左 57.5 dB，Gardner-Robertson 聴覚分類Ⅲ（表1），左小脳失調，顔面神経麻痺 House-Brackmann グレード2（表2）。

画像所見 ● 頭部MRIにおいて、左内耳道の拡大および、それに連続する小脳橋角部に造影効果のみられる髄外腫瘍を認める（図1）。脳血管撮影では腫瘍濃染は認めなかった。

治療

開頭腫瘍摘出術を施行した。顔面神経モニタリングを用い、顔面神経を温存するように摘出術を行った（図2）。術後造影MRIにて、腫瘍はほぼ摘出されていることを確認した（図3）。病理診断は神経鞘腫であった（図4）。自宅退院となった。

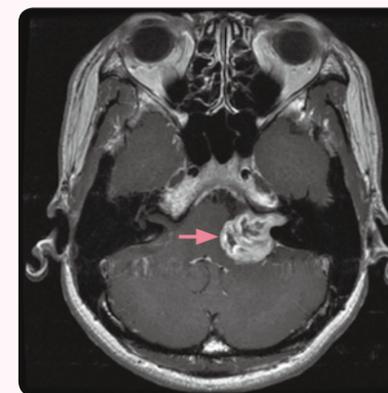
表1 Gardner-Robertson聴覚分類

分類	聴覚	純聴覚閾値	語音明瞭度
I	良好・正常	0～30 dB	70～100%
II	有効	31～50 dB	50～70%
III	非有効	51～90 dB	5～49%
IV	不良	91 dB～Max	1～4%
V	なし	scale out	0%

表2 顔面神経麻痺：House-Brackmannの分類

グレード	顔面神経	症状
1	正常	まったく正常
2	弱い麻痺	静止時は正常 動きで軽度非対称 非常に軽度の異常共同運動あり
3	中等の麻痺	明らかな麻痺あり(中等度) 閉眼可能 中等度の異常共同運動あり
4	中等～強い麻痺	明らかな麻痺(中～重度) 非対称 閉眼不能
5	強い麻痺	ほんの少しの動きのみ 非対称
6	完全麻痺	まったく動きなし

A ガドリニウム造影画像



B T2強調画像



図1 症例：頭部MRI

A：小脳橋角部に、内耳道内に及ぶ境界明瞭な不均一造影像を認める（→）。
B：T2強調画像では高信号域として腫瘍が描出されている。