

脊 髄 神 經 鞘 腫 の 1 例

島根県中央病院外科 (院長：加古斎博士)

杉浦 純寛・清家 澄保

(原稿受付：昭和34年4月23日)

A CASE OF SPINAL NEURINOMA

by

YOSHINOBU SUGIURA and SUMIYASU SEIKE

From the Surgical Clinic of the Shimane Central Hospital

(Chief: Dr. HITOSHI KAKO)

Recently a 34-year-old woman was admitted to our clinic, complaining of hypesthesia and paralysis of the both right and left legs which had lasted for about one year before the admission.

A spinal tumor in the upper thoracic region was suggested on the neurological findings. By the further clinical examinations including myelography and spinal fluid analysis, it was confirmed that the tumor was situated in the intradural-extramedullary space at the level of 5th thoracic segment.

Laminectomy was performed and the tumor was removed completely.

The histological diagnosis was "the ANTONI'S A-type neurinoma".

結 言

胸椎部の硬膜内髄外神経鞘腫は脊髄腫瘍のうちで最も多く、珍らしい例ではないが、診断、手術、術後経過に満足すべき1例を経験したので報告する。

症 例

34才，農婦，昭和33年5月6日入院

主訴：両下肢の知覚並びに運動障害

現病歴：昭和32年1月正常分娩1週間後，左側胸部に体動時神経痛様疼痛を来したが約半月で消失した。

4月頃から左足関節の自動運動が不自由になり，転倒し易く草履が脱げ易くなり，杖を使用し地下足袋を用いた。其後次第に左膝関節が屈曲不能となり，6月頃から右足趾をつめつても分らぬことがあり，冷感，時に熱感があった。7月頃から右膝部も痺れ，12月頃から右足，膝関節の自動運動が不自由になつた。発病来，頭痛，嘔吐，視力並びに聴力障害等なく，排便，排尿

にも異常がない。月経は順調で性病を否定する。

遺伝的關係：特記すべき事はない。

現症：体格，栄養中等度，顔貌尋常，皮膚の色正常。全身リンパ腺腫脹認めず，脊柱に変形，叩打痛を認めないが，胸椎中央部に軽度の硬直性がある。上肢の知覚，運動障害無し。下肢の自動運動は両側共痙性不全麻痺を呈し，左膝関節の屈曲は全く不能である。瞳孔の左右不同なく，対光反射及び調節能正常である。表在腹壁反射は消失しているが，深部腹壁反射が認められる。膝蓋腱反射は両側共亢進し，アヒレス腱反射は左亢進し，右減弱。足クロムスは左側に証明され，バビンスキー反射等の錐体路障害は全て両側に証明される。最高知覚障害領域は変化が激しくて一定しないが，触覚は臍高，痛覚，温度覚は膝以下が鈍麻している。程度は右側が高度である。両側足趾の痛覚，深部知覚共に脱失している。

臨床検査所見：血液尿尿に特記すべき所見はなく，血清梅毒反応陰性，腰椎穿刺で得た髄液は，初圧35mm

1cc排除後終圧5mm, キサントクロミー著明でクエッケンステット氏現象陽性, パンディ氏反応及びノンネ・アベルト氏第1相反応陽性, 細胞数6/3. 以上髄液の滞積性が著明である. ミエログラフィでモルヨドール(後頭下穿刺により3.5cc注入)は第4胸椎以下に下降せず, 2日後第5胸椎部に停止し其の上部に右側に偏在した明瞭な騎跨状像を得た. 脊椎骨に著変を認めない(附図1, 2).

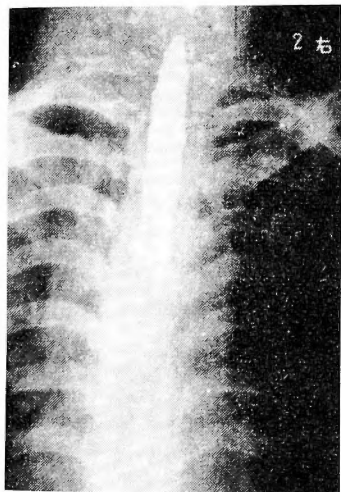


図1 ミエログラム



図2 ミエログラム

以上の所見から第4, 5, 6胸椎部硬膜内髄外腫瘍と診断した.

手術所見: 昭和33年5月23日気管内挿管全身麻酔. 腹臥位で第4, 5, 6胸椎に対し椎弓切除術を行った. 硬

膜外には異常なく, 硬膜の色調正常, 第4胸椎部で搏動が僅かに認められたが全体に弱く触診で異常がない. 硬膜を切開すると第4, 5, 6胸椎部で脊髄の左後方を占める腫瘍があり脊髄を右前方に圧排している. 腫瘍は肉肌色, 被膜を有し血管が透見出来て柔かい. 初め被膜内で全剔出し後に被膜も剔出した.

組織学的診断: Antoni A型ノイリノーム(附図3).

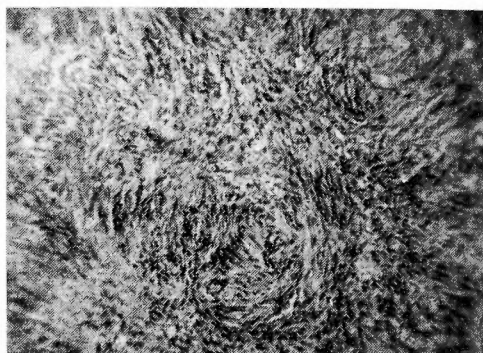


図3 組織像

術後経過: 術創は一期癒合. 2日目右下肢は痙性であるが自動運動は既に良好となり, 左膝関節運動は尚悪いが股関節は運動可能となつた. バビンスキー反射両側陽性, 腹壁反射は表在, 深部共に消失. 5日目左膝関節屈曲も可能となり, 7日目自然排尿, 8日目自然排便をみる様になり, 知覚も恢復して来た. 25日目独り歩きが可能となつた. 29日目腰椎穿刺による髄液所見は初圧110mm, 4cc排除後終圧60mm, キサントクロミーなく, クエッケンステット氏現象陰性でパンディ氏反応陽性であるが, ノンネ・アベルト第1相反応は陰性. 細胞数8/3. 同時モルヨドール注入によるミエログラフィー所見でモルヨドールの停留を認めない. 術後35日目退院. 術後149日目の所見では左膝関節の屈曲力はやや弱い, 患肢起立可能で, 腱反射亢進するもクロヌス無く, 左側にバビンスキー反射が現われる事があるが常には証明出来ない. 腹壁反射は表在, 深部共に消失し, 知覚異常はない.

考 察

脊髄腫瘍中ではノイリノームが圧倒的に多く, 硬膜内髄外腫瘍ではその比率は更に大きい. 一次性脊髄腫瘍はグリオームを除けば一般に良性であるが療法は腫瘍剔出以外に方法がなく, 従つて局所診断が大切である事は云うまでもない. われわれの症例について神経学的検査の所見に若干考察を試みよう.

脊髄被膜腫瘍では初期に根刺戟症候が現われるのが特長で、一般に腫瘍の位置が脊髄から遠い程疼痛の出現率が高いと云われる(岩原)。又太田は病巣が頸髄や上部胸髄にあるのに疼痛や痺れ感が遙か下方の下肢に初め発現する点が髄内腫瘍の多少特長でもあると述べて居るが、これは参考になる。本症例では左側胸部に初発疼痛があつた。

又脊髄圧迫症候としての知覚障害は、其の限界が屢々動揺するものであるが、本症例では知覚障害領域の変動が激しく検査の途中短時間のうちに鈍麻から正常に変動して検査の困難さを痛感した。併し両総趾は常に知覚が脱失して居り、腰椎穿刺の前後で知覚障害領域は特別変るといふことは無かつた。従来圧迫症候の成因として腫瘍圧迫による循環障害と髄液の流通障害が考えられているが、知覚障害が完成した時期に比べて、未だ鈍麻の時期に於ては知覚障害領域の変動が激しいものであることを経験した。

次に反射異常であるが、本症例では下肢の反射亢進錐体路障害は全て証明され、就中表在腹壁反射が消失し深部腹壁反射が認められて、この事実から腹筋支配の最高位である第6胸髄節よりも上位で錐体路がおかされている事を推定したのである。この腹壁反射の解離は Wartenberg が痙性麻痺の神経学的試験の中で最も有意義であると述べているところである。

結 語

・ 第4, 5, 6 胸椎部の硬膜内髄外神経鞘腫の症例につき術前局所診断を正確に成し得た神経学的検査の所見に若干考察を加えて報告した。

本論文の要旨は第22回山陰外科整形外科集談会に於て発表した。

欄筆するに当り、御校閲の労を賜つた恩師青柳安誠教授並びに種々御指導を賜つた島根県中央病院外科部長木村昇博士に深謝する。

文 献

- 1) 太田吾郎：脊髄神経膠腫の1例。日外宝函，**26**, 180, 昭26.
- 2) 蒲原宏：巨大な脊髄ノイリノームの1例。外科**12**, 590, 昭25.
- 3) 丸毛英二，他：胸椎IX高さにおけるノイリノーム剔出後の恢復状況の考察。臨外，**8**, 33, 昭28.
- 4) 保川博，他：頸髄腫瘍の2例。外科，**20**, 874, 昭33.
- 5) 岩原寅猪：脊髄腫瘍。日外全書，**12**, 175, 昭31.
- 6) 寺内ちせ：脊髄腫瘍の1例及び脊髄腫瘍の統計的觀察。東京女医大誌，**26**, 353, 昭31.
- 7) Wartenberg, R. : Diagnostic Tests in Neurology.
神経学的診察法。佐野圭司訳 **115**, 昭31.