

症例報告

術前に甲状腺癌リンパ節転移との鑑別が困難であった頸部神経鞘腫の1例

倉石佳奈, 監崎孝一郎, 藤本啓介, 久保尊子, 澤田 徹,
法村尚子, 三浦一真

高松赤十字病院胸部・乳腺外科

(令和4年5月31日受付) (令和5年4月10日受理)

症例は60歳代女性。7年前より徐々に増大する右頸部腫瘍と右甲状腺腫瘍を認めた。画像検査所見から甲状腺癌+頸部リンパ節転移の可能性が否定できなかったため、確定診断と根治治療を目的に、甲状腺右葉切除術+右頸部腫瘍切除術+D1uniを施行した。右甲状腺腫瘍はfollicular adenoma, 頸部腫瘍は神経鞘腫と診断された。

神経鞘腫は神経鞘の Schwann 細胞から発生する良性腫瘍で、頭頸部全体に発生頻度が高く、25~45%が頭頸部に発生する。迷走神経、腕神経叢、交感神経の刺激症状を呈することが特徴であるが、本症例のように無痛性の頸部腫瘍のみを呈する例も多い。穿刺吸引細胞診で診断できる症例もあるが、十分な検体が得られないことも多く、術前に診断される症例は約半数である。

前頸部腫瘍の鑑別診断は悪性リンパ腫、悪性腫瘍の頸部リンパ節転移、顎下腺腫瘍、結核性リンパ節転移などが挙げられる。本症例では、甲状腺癌の頸部リンパ節転移が鑑別に挙げられたが、組織学的検査では甲状腺、頸部腫瘍ともに悪性腫瘍は検出されず、甲状腺濾胞腺腫と頸部神経鞘腫が独立して発生した症例と考えられた。

頸部神経鞘腫と甲状腺腫瘍を合併し、術前に甲状腺癌リンパ節転移を疑われた症例を経験したため報告する。

はじめに

神経鞘腫は神経鞘中の Schwann 細胞から発生する良性腫瘍で、頭頸部全域に発生頻度が高く、25~45%が頭頸部に生じるとされる。頸部神経鞘腫では迷走神経や腕神経叢、交感神経の刺激症状が特徴的であるが、無痛性の頸部腫瘍のみを主訴として受診する例も多い。穿刺吸引細胞診で診断可能なこともあるが十分な検体が得られないことも多く、術前に診断されるのは約半数とされる。前頸部腫瘍の鑑別診断は悪性リンパ腫、悪性腫瘍の頸部リンパ節転移、顎下腺腫瘍、結核性リンパ節転移などが挙げられる。頸部神経鞘腫と甲状腺腫瘍を合併し、術前に甲状腺癌リンパ節転移を疑われた症例を経験したため報告する。

症例：60歳代 女性

主訴：右頸部腫瘍

現病歴：7年前より右頸部腫瘍を自覚し、徐々に増大したため前医を受診。画像検査所見から甲状腺癌の頸部リンパ節転移を疑われ当科紹介受診となった。

既往歴：虫垂炎（12歳）

家族歴：特記事項なし

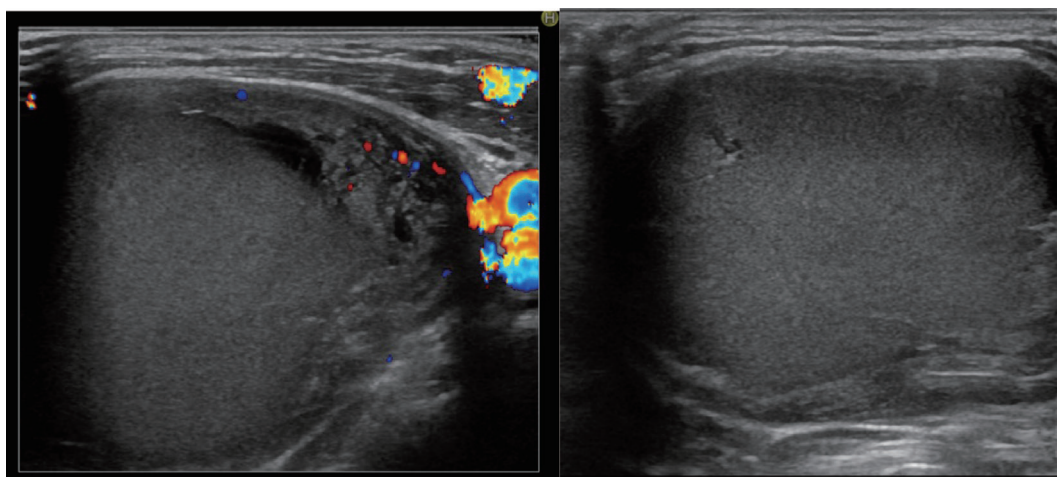


図1 A 初診時超音波検査
右頸部に境界明瞭，内部均一な5 cm 大の充実性腫瘍を認めた。

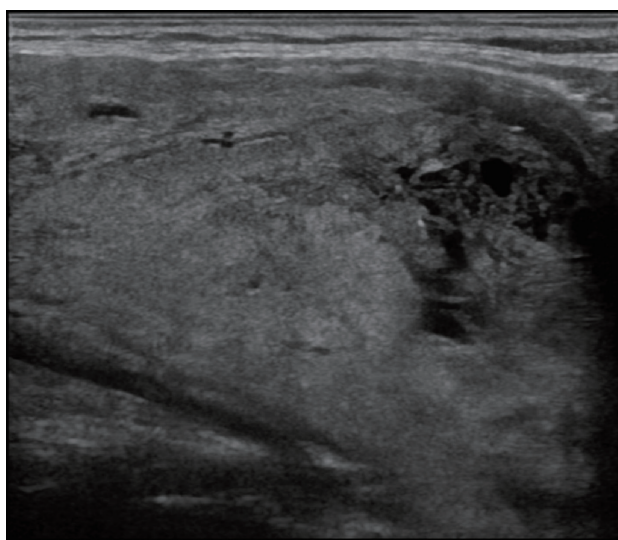


図1 B 初診時超音波検査
甲状腺は右葉を主体に両葉が腫大しており，内部に結節構造や嚢胞様病変を認めた。

初診時現症：右頸部に5 cm 大の腫瘍を触知。甲状腺右葉の腫大あり。

血液生化学検査：TSH：0.274 μ IU/mL，F-T4：1.52 ng/mL，F-T3：3.17 pg/mL

他特記すべき異常所見なし

超音波所見：右頸部に境界明瞭，内部均一な5 cm 大の充実性腫瘍を認めた。神経への移行を示唆する索状構造は認めなかった。(図1 A) 甲状腺は右葉を主体に両葉が腫大しており，右葉の内部に結節構造や嚢胞様病変を認めた。(図1 B)

頸部 CT：甲状腺右葉に6.7cm 大の腫瘍を認めた。腫瘍は血管や気管を圧排しながら上縦隔まで進展していた。腫瘍は境界明瞭で被膜外浸潤を示唆する所見は認めなかった。内部は不均一な低濃度を示し，一部に石灰化を伴った。(図2 A)

右内深頸領域に5.5cm 大の腫瘍を認めた。腫瘍辺縁に造影効果を認めた。右総頸動脈の一部と約1/3周に渡り接していた。(図2 B)

術前細胞診検査：甲状腺右葉腫瘍からは血液成分+コロイド+わずかな濾胞上皮を認めた。右頸部腫瘍からは血液を背景にリンパ球や組織球を認めた。いずれも悪性所見は認めなかった。

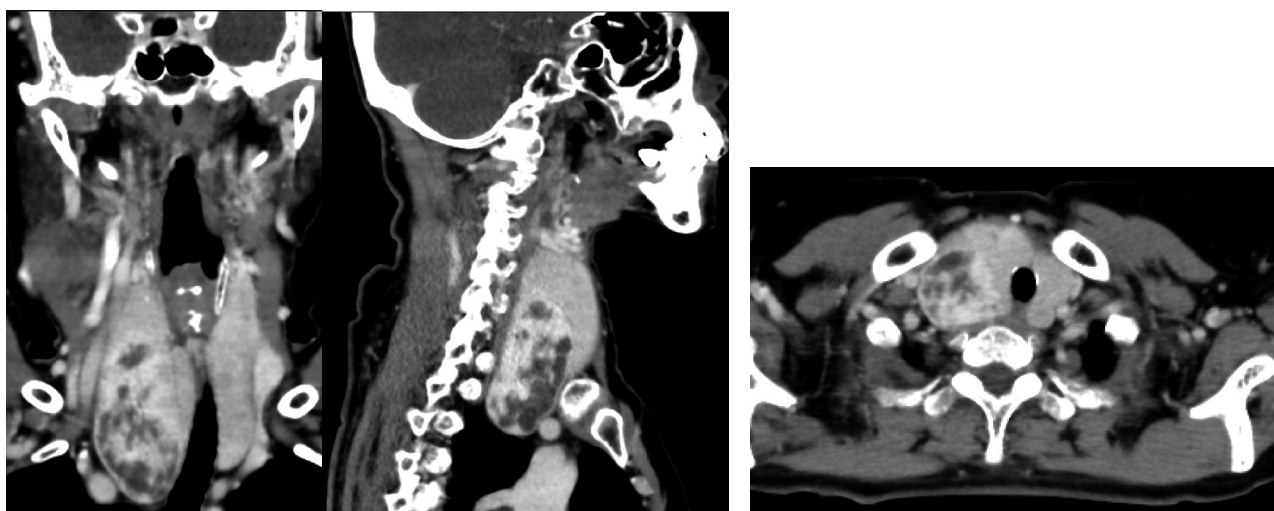


図2 A 初診時造影CT (甲状腺腫瘍)
甲状腺右葉に6.7cm大の腫瘍を認めた。腫瘍は境界明瞭で被膜外浸潤を示唆する所見は認めなかった。



図2 B 初診時造影CT (頸部腫瘍)
右内深頸領域に5.5cm大の腫瘍を認めた。腫瘍辺縁に造影効果を認めた。

手術所見：

画像検査所見からは甲状腺癌＋頸部リンパ節転移の可能性が否定できなかったため、確定診断と根治治療を目的に、甲状腺右葉切除術＋右頸部腫瘍切除術＋D1uniを施行した。右頸部腫瘍が甲状腺癌の転移巣との診断がつけば甲状腺全摘術＋D2aとする方針であったが、頸部腫瘍は術中迅速組織検査で神経鞘腫と診断された。

肉眼所見、病理組織学的所見：

・甲状腺腫瘍

被膜形成を有する最大径6.5cmの境界明瞭な結節であった。(図3A)

主として正常大の濾胞から構成され、一部に小濾胞の集簇巣が散見された。核腫大は部分的に認めるも、高度の核異型やすりガラス状核は認めず、follicular

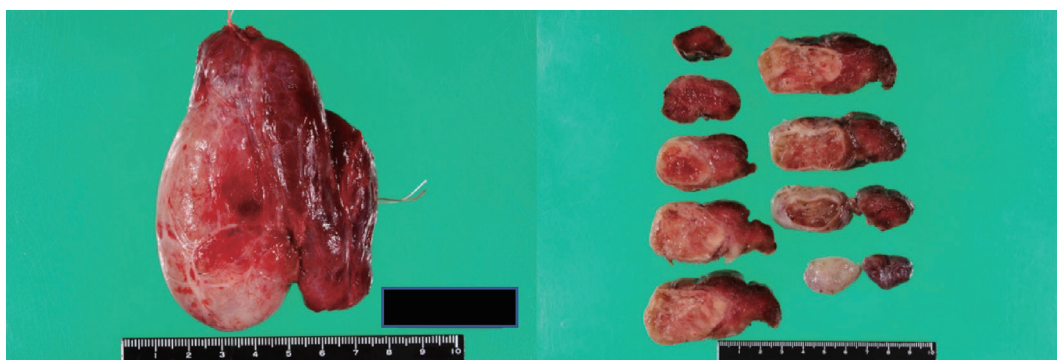


図3 A 甲状腺右葉
最大径6.5cmの境界明瞭な腫瘤を認めた。

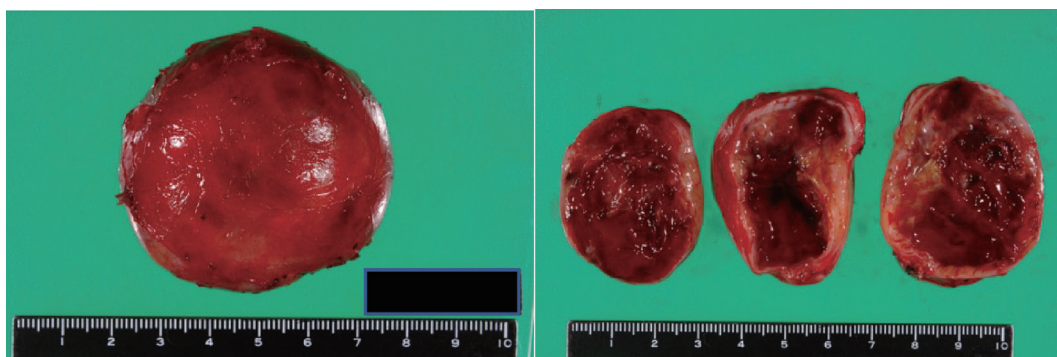


図3 B 右頸部腫瘍
直径5 cmの明瞭平滑な腫瘤を認めた。内部は嚢胞様であった。

adenoma の所見であった。(図4 A)

・頸部腫瘍

直径5 cmの明瞭平滑な腫瘍であった。(図3 B)

嚢胞状病変の壁の一部に紡錘形細胞の増殖が見られ、核の柵状配列や介在血管の一部に壁肥厚を認めた。嚢胞化と嚢胞内出血を示す神経鞘腫の所見であり、Antoni type A と Antoni type B が混在する所見であった。リンパ節構造は確認できなかった。(図4 B)

術後経過：

術後第3病日に一過性に右耳介下部の痺れを認めた。術後経過は良好であり、数年間フォロー後終診となった。

考察：

神経鞘腫は神経鞘中の Schwann 細胞から発生する良性腫瘍である。

頸部神経鞘腫は、頸部に発生する神経原性腫瘍のうち90%以上を占め、頭頸部においてはほとんどが傍咽頭間隙や頸動脈鞘周囲に発生する¹⁾とされている。

頭頸部腫瘍の3～4%が神経原性腫瘍であり、そのうち神経鞘腫の頭頸部領域での発生頻度は25～45%で比較的多いとされている²⁾。起源神経は迷走神経、腕神経叢、頸神経、交感神経であり、迷走神経を由来とするものが30%以上を占めるとされている³⁾。頸部神経鞘腫では迷走神経や腕神経叢、交感神経の刺激症状が特徴的であるが、本症例のように無痛性の頸部腫瘍のみを主訴として

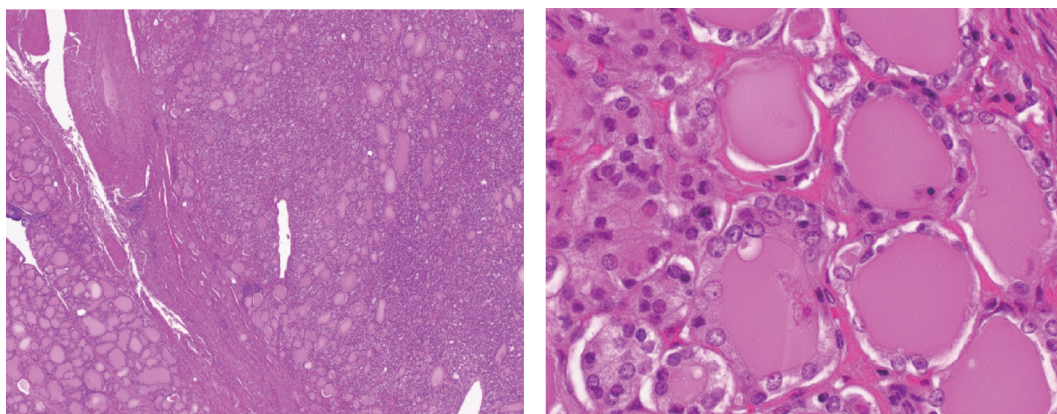


図4 A 病理組織像（甲状腺腫瘍）
主として正常大の濾胞から構成され、一部に小濾胞の集簇巣が散見された。

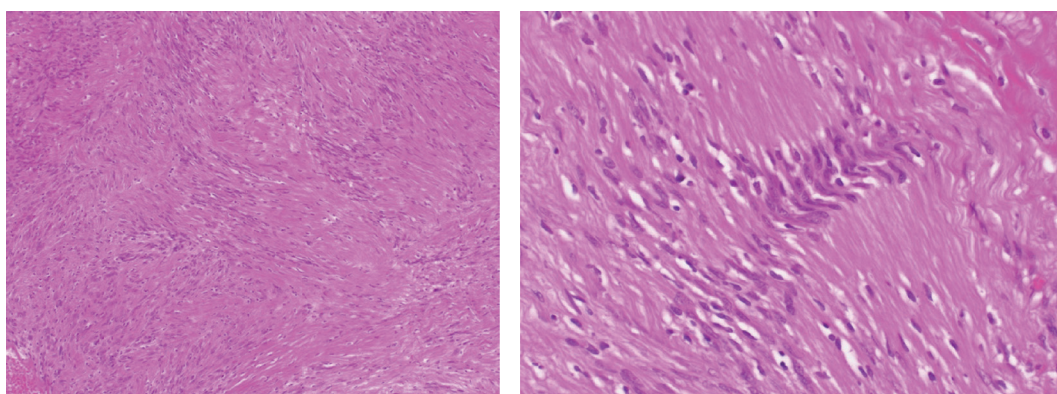


図4 B 病理組織像（右頸部腫瘍）
嚢胞状病変の壁の一部に紡錘形細胞の増殖が見られ、核の柵状配列や介在血管の一部に壁肥厚を認めた。
リンパ節構造は認めなかった。

受診する例も多い。

超音波検査では内部エコーは均一、不均一、嚢胞タイプとさまざまであり、腫瘍が由来神経に移行する部分を描出することが診断のポイントとなる⁴⁾。本症例においては境界明瞭、辺縁平滑な腫瘍として認めたが、超音波検査で神経と腫瘍の繋がりは描出できなかった。

CTでは辺縁明瞭で内部が不均一な腫瘍として描出され、造影CTでは①irregular peripheral enhancementタイプと②uniform enhancementを示すタイプの2種類の見え方があるとされている⁵⁻⁷⁾。本症例では①irregular peripheral enhancementに相当する像を認め、神経鞘

腫の特徴と合致する所見を認めたが、鑑別診断には至らなかった。

頸部神経鞘腫と他の頸部腫瘍との鑑別にはMRIも有用であり、卵円形、T1強調にて筋肉と等信号、T2強調で高～等信号が特徴とされる⁸⁾。

迷走神経、交感神経由来病変はいずれも頸動脈鞘に沿った縦長の腫瘍として認められるが、迷走神経由来病変は頸動静脈の間に介在し、両者を押し広げるように認められる一方、交感神経由来病変は頸動静脈の後方に位置し、両者を前側方に圧排するように認められるのが典型である。頸神経由来病変は側頸部腫瘍として認められ、多くは内側・深部で前・中斜角筋の間に連続性を認める⁹⁾。

穿刺吸引細胞診は、神経鞘腫は細胞が少なく間質が多いため十分な細胞を採取できず、細胞診での診断は難しいとする意見も見られるが¹⁰⁾、紡錘型の細胞集団が認められればリンパ節などは除外される¹¹⁾ので、本症の推測が可能となる。

治療としては外科的切除が選択されることが多いが、頸部神経鞘腫の切除は神経麻痺をきたすことが多いため、術前診断を正確に行い、切除の適応を慎重に検討する必要がある。しかし、実際には術前診断は困難であり、多くは摘出標本の組織学的検査により診断される¹²⁾。過去の症例報告でも、画像所見からはリンパ節腫大が疑われ、悪性リンパ腫や他部位からの癌の転移を疑われた報告が散見される。本症例では同側に甲状腺腫瘍を合併していたことから、甲状腺癌リンパ節転移との鑑別が困難であった。

手術所見からも発生母地となる神経の同定が困難な症例もあり、35例中、術中神経の走行を確認できず術後神経脱落症状により推定した症例が3例、起源が判明しなかったのは20症例であったとの報告もある¹³⁾。本症例においても術中に神経の走行は確認できず、術後右耳介下部の痺れを認めたものの一過性であり神経切断による脱落症状とは考えにくく、神経鞘腫の起源を同定することはできなかった。

神経鞘腫であることを想定せずに手術を行った場合、術後の神経脱落症状の可能性もあるため、頸部腫瘍の鑑別として神経鞘腫も念頭におき、超音波検査、CT、MRIで特徴的な所見を確認しようと試みる必要があると共に、術前に十分なインフォームドコンセントが重要であると考えられる。

結 語

頸部神経鞘腫と甲状腺腫瘍を合併し、術前に甲状腺癌

リンパ節転移との鑑別が困難であった症例を経験したため報告する。

文 献

- 1) 石井清, 長沼廣, 津田雅志, 香取幸夫 他: 頭頸部の稀な部位に発生した神経鞘腫—画像と病理の対比—. 仙台市立病院医誌, 33: 13-19, 2013
- 2) 渡邊大樹, 足立直子, 大西俊範, 四ノ宮隆 他: 内視鏡下に摘出し得た副鼻腔神経鞘腫の1例. 松仁会医学誌, 54: 28-32, 2015
- 3) 鹿野真人: 頸部神経鞘腫. 今日の耳鼻咽喉科・頭頸部外科治療方針, 487: 2008
- 4) 宮崎梨那, 野田哲平, 瀬川祐一, 安松隆治 他: 術前診断が困難であった頸部神経鞘腫症例. 耳鼻, 59: 25-30, 2013
- 5) 鈴木光也, 広田圭治: 悪性腫瘍の転移を思わせた頸部神経原性腫瘍の2例. 耳喉頭頸, 66: 707-711, 1994
- 6) 松下智人: 末梢型神経鞘腫のCT像—病理組織像との対比—. 臨放, 35: 1391, 1990
- 7) Chui, M., Briant, T. D.: CT evaluation of carotid sheath lesions. Br J Radiol., 55: 813-816, 1982
- 8) 原口秀俊, 奥野秀次: 頸部迷走神経鞘腫例. 耳鼻臨, 89: 229-235, 1996
- 9) 尾尻博也: 頸部神経鞘腫の画像所見と臨床. 耳展, 54: 44-45, 2011
- 10) 木原圭一, 中之坊学, 松永毅, 盛川宏 他: 穿刺吸引細胞診の検討. 耳鼻臨, 91: 1283-1287, 1998
- 11) 古川政樹: 頸部の超音波検査法. JONES, 9: 1665-1672, 1993
- 12) 宮本康二, 瀬戸口誠, 清水保延, 村岡紀昭 他: 穿刺吸引細胞診により術前診断が可能であった頸部神

経鞘腫の1例. 外科, **64**: 604-606, 2002

頸部神経原性腫瘍症例の検討. 頭頸部外科, **4**: 195-

13) 橋本典子, 佐藤武男, 吉野邦俊, 馬谷克則 他: 頭

200, 1994

A case of cervical schwannoma combined with thyroid tumor

Kana Kuraishi, Koichiro Kenzaki, Keisuke Fujimoto, Takako Kubo, Toru Sawada, Shoko Norimura, and Kazumasa Miura

Thoracic and Breast Surgery, Takamatsu Red Cross Hospital, Kagawa, Japan

SUMMARY

A female patient in her 60s visited her previous doctor because of a right cervical mass that exist for 7 years and gradually increased in size. As she was suspected of cervical lymph node metastasis of thyroid cancer, she was referred to our hospital. At the initial visit, a 5-cm right cervical mass and enlargement of the right lobe of the thyroid gland were observed. Fine needle aspiration cytology was performed on both, but no malignant findings were observed. To confirm the diagnosis and improve the patient's appearance, a right lobectomy of the thyroid gland and resection of the right cervical mass were performed. A rapid intraoperative histological examination of the cervical mass revealed a schwannoma. The right thyroid tumor was diagnosed as follicular adenoma. Her postoperative course was good, and after several years of follow-up, patient consultation was terminated.

Neurolemmoma is a benign tumor arising from Schwann cells in the nerve sheath, and it occurs frequently throughout the head and neck region, with 25%-45% of cases occurring in this region. Cervical schwannomas are characterized by irritation of the vagus nerve, brachial plexus, and sympathetic nerves. However, many patients present with only a painless neck mass, as in this case. Although the mass can be diagnosed by puncture aspiration cytology in some cases, sufficient specimens are often unavailable, and the diagnosis is made preoperatively in about half of all cases.

Differential diagnoses of an anterior cervical mass include malignant lymphoma, cervical lymph node metastases of malignant tumors, submandibular gland tumors, and tuberculous lymph node metastases. In this patient, we also considered lymph node metastasis of thyroid cancer. However, a histological examination did not detect malignancy in either the thyroid gland or neck mass, and we considered that the thyroid follicular adenoma and the cervical schwannoma occurred independently.

We report our experience of cervical schwannoma combined with thyroid tumor which was suspected of lymph node metastasis of thyroid cancer.

Key words : cervical schwannoma, thyroid tumor