

# 琉球大学学術リポジトリ

## [原著]急速に聴力低下を来した聴神経腫瘍の一症例

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学保健学部 公開日: 2014-07-18 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 楠見, 彰, 源河, 朝博, 喜友名, 千佳子, 野田, 寛, Kusumi, Akira, Genka, Tomohiro, Kiyuna, Chikako, Noda, Yutaka メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016354">http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016354</a>

## 急速に聴力低下を来たした聴神経腫瘍の一症例

琉球大学保健学部附属病院耳鼻咽喉科

楠見 彰 源河朝博 喜友名千佳子  
野田 寛

### I はじめに

聴神経腫瘍(以下ATと略す)は第Ⅷ脳神経の neuroglial sheath とシュワン細胞(Schwann cell)との境界より生ずる神経鞘腫と言われており、そのため早期より耳科的症状(耳鳴・難聴・めまい)などを呈し、その頻度は症例の80~90%にもなると報告されている。<sup>3)4)</sup>これら症状が生ずると患者の多くは、かつて一度は耳鼻咽喉科を受診すると言われている。しかしながらその時点において診断を下し得ず、いよいよ聴覚がなくなり他の脳神経症状出現により、脳神経外科医により発見され、確認のために耳鼻咽喉科医に紹介される例が少なくないと思われる。近年、聴覚・平衡覚検査分析、またX線学的技術などの進歩によりATの早期診断は耳鼻咽喉科医における大きな責務となってきた。

われわれは、最近、経過観察中に急速に聴力低下を示し、また、耳鼻咽喉科にてATと診断し得た症例を経験したので、ここに報告する。

### II 症例, 44才, 男性

主訴:めまい, 右難聴, 耳鳴

既往歴・家族歴:ともに特記すべきものなし。

現病歴:昭和54年7月, 感冒様症状あり, 同時に回転性めまいを自覚した。同年10月めまい, 耳鳴, 頭痛出現のため某病院神経内科を受診, 内耳障害が疑われ, 同院耳鼻咽喉科を紹介され, 右方向性注視眼振, ロンベルグ徴候陽性, 左耳高音部感音性難聴を指摘されたが診断不明にて, 経過観察を指導された。しかし, めまいの増強, および右耳難聴を自覚し, 昭和55年1月近医より当科

を紹介され受診した。

初診時所見:意識清明, 右角膜反射低下, 右外耳道知覚減弱を認めたが, 顔面神経麻痺は認められなかった。

耳鼻咽喉科局所所見では, 鼻・咽頭・喉頭に異常を認めず, 耳部では両側鼓膜に軽度陥凹混濁を認めるのみであった。

聴覚分析所見:某病院受診時の純音聴力検査像では, 健側左耳にて高音部感音性難聴を認めるも, 患側右耳では高音部に軽度聴力低下を示すのみであった(Fig 1)。

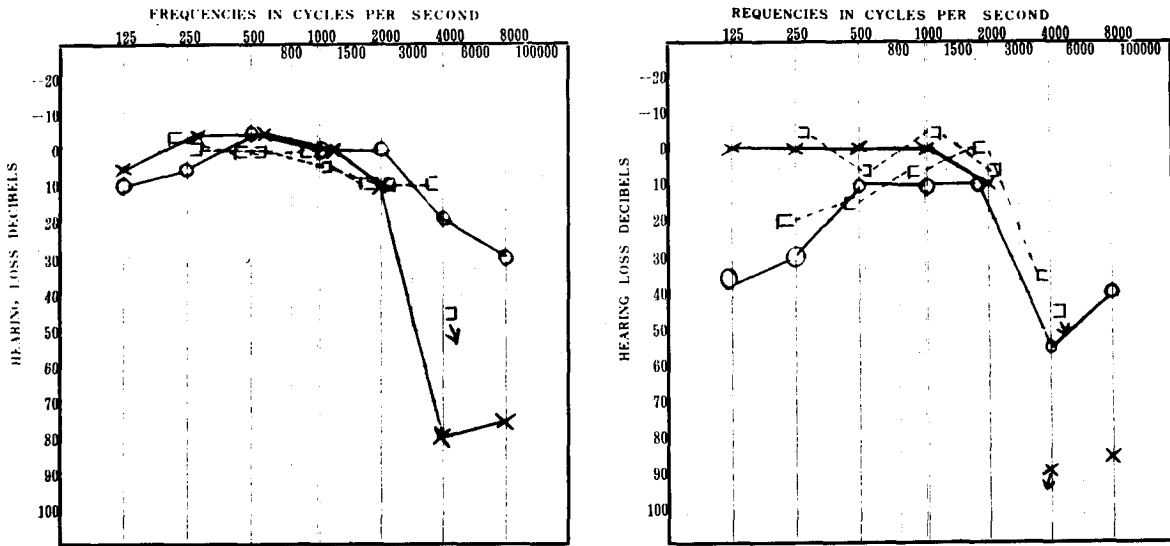
当科受診時の聴力像では, 患側右耳にて低高音部における急墜型感音性難聴を認めた(Fig 1)。

インピーダンス・オージオメーターにて tympanogramはA型であり, stapedial reflexは右 ipsilateral にて scale outであった(Fig 2)。

語音明瞭度検査にては, 左耳45 dBにて95%, 右耳45 dBにて75%の最良明瞭度を示した。SISI-test (Short Increment Sensitivity Index test)にて補充現象は陰性であり, 自記オージオメトリーによるTTS (Temporary Threshold Shift)検査にて Jerger の分類Ⅲ~Ⅳ型を示し, TD (Tone Decay) testは陰性であった(Fig 3)。

平衡機能分析所見:ロンベルグ陽性, 裸眼およびフレンチェル眼鏡下にて右注視時振幅頻度大の左右注視方向性眼振を認め, 上注視にてもわずかに上向垂直性眼振を認めた。頭位眼振にて方向回定性右向水平眼振を認めた(Fig 4)。

視運動性眼振検査では両方向ともに解発が抑制されており, 視標追跡検査にて右側へ向う時にわずかながら saccadic な眼球運動を認めた(Fig 5)。



Audiogram '79 10, 23

Audiogram '80 1. 23

Fig 1. Pure Tone Audiometry

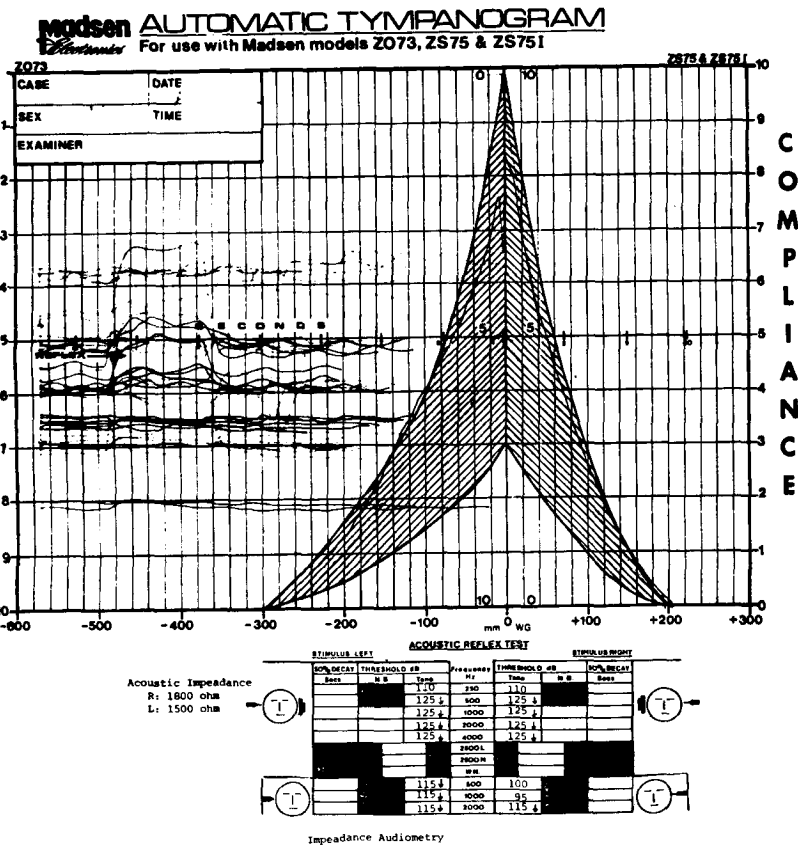


Fig 2. Impedance Audiometry.

	周波数	右	左
D.L. test			
S.I.S.I. test	2000 Hz	55db (15%)	
	4000 Hz	35db (0.4)	
Bekesy	1000 Hz	III-IV Type	
	2000 Hz	III-IV Type	
T.D. test	500 Hz	(-)	
	1000 Hz	(-)	
	4000 Hz	(-)	

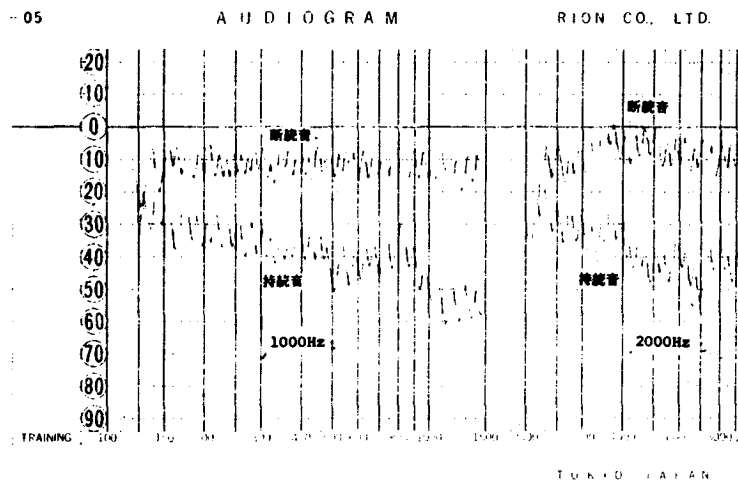
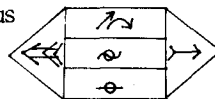


Fig 3. Shont Increment Sensitivity Index Test, Békésy Audiometry and Tone Decay Test.

Spontaneous Nystagmus



Positional Nystagmus

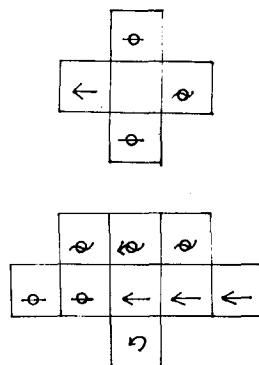


Fig 4. Nystagmus - Test

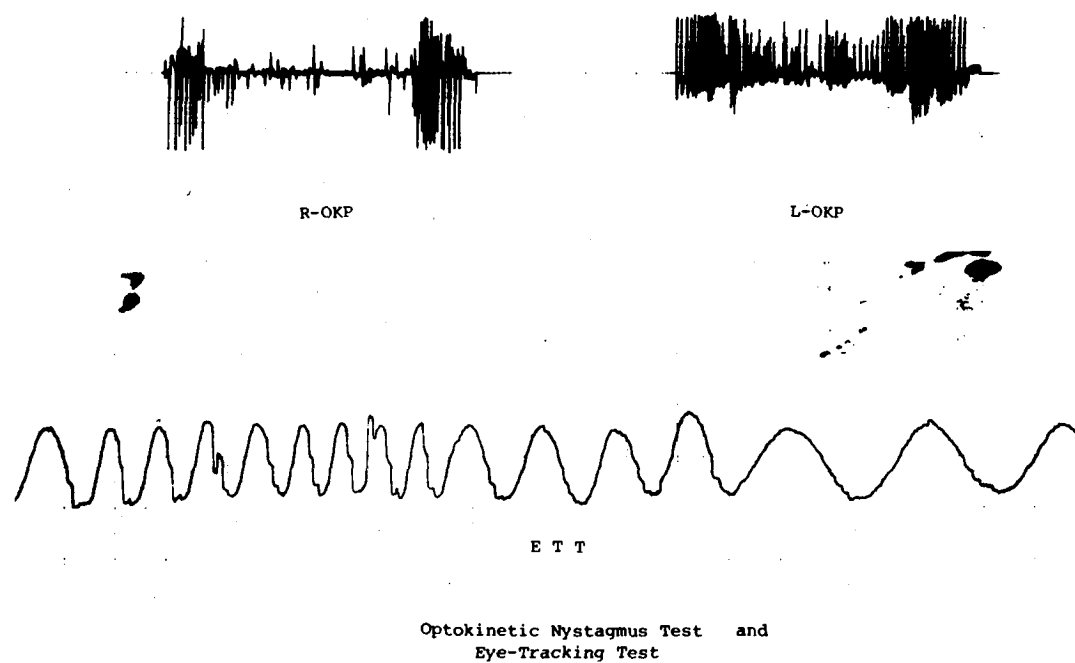


Fig 5. Optokinetic Nystagmus Test and Eye-Tracking Test.



Fig 6. Tomography of Inner Ear Canal

温度刺激検査にては、左側は温水、冷水ともに反応が得られたが、右側は冷水にても反応を認めなかった。

X線学的所見：錐体比較撮影および断層撮



Fig 7. CT scan

影 (Fig 6.) にて右内耳道の拡大を認め、CT scan にて右後頭蓋窩に low density area があり、一部造影剤にて enhance される像を認めた (Fig 7.)。

以上の所見より AT と診断され、手術所見および

病理組織学所見にても確認された。

### Ⅲ 考 察

A Tの早期診断において、耳鼻咽喉科医の役割の大きいことは多くの論文の指摘するところである<sup>3)~6)</sup>。そして近年、我国においても耳鼻咽喉科医が脳神経外科にたよらず独自に早期発見し、手術を施行する例が増えてきている<sup>9)</sup>。

A Tの初発症状として、吉本らは難聴44%、耳鳴33.3%、めまい12%とし、初診時認めた自覚症状出現頻度は、難聴95%、耳鳴77%、平衡歩行障害77%、頭痛73%、めまい50%と報告している。このことはA T患者が耳鼻咽喉科医を受診する場合、何らかの難聴を訴えて来ることがほとんどであると言えよう。

House<sup>7)</sup>はA Tの聴力型を、水平型、ろう、谷型、高音急墜型、低音下降型に分類し、低音下降型がまれであるという以外に一定の傾向を認めていない。しかし、Johnson<sup>8)</sup>の報告では、高音急墜型は64%である。我国では神崎ら<sup>4)</sup>により谷型の頻度が高かったと報告されている。そして発症よりの期間との関係では、ろうを除けば一定の傾向がみられないが、しかし腫瘍の大きさでは小腫瘍に谷型、高音域障害型がみられ、それら小腫瘍はいずれも内耳道内腫瘍であったと述べている。

聴力低下の時間的变化についても、数年から数十年にわたってほとんど低下のみられなかった例<sup>4)</sup>や、本症例のように数か月の間に急速に聴力低下を来す例、もしくは突発性難聴タイプ<sup>11)</sup>を来すものまで多種にわたっている。

A Tにおける聴力像は、腫瘍が内耳道内か、もしくは橋角部に初発するか否かや大きさなどにより、さまざまな型をとり、一定の傾向を示していない<sup>10)</sup>。本症例のように健側部に難聴があったために、患側部を見落したり、また、難聴の低下がゆっくりとした経過をとった場合、数多くの難聴疾患、すなわち日常外来においてしばしば出合う、老年性難聴や、メニエル氏病などの診断のもとに見のがされる危険が考えられる。それゆえに、難聴患者においては、つねにA Tを疑い、ただ単に聴力像のみでA Tを否定することは非常なあやまちであると言えよう。

### お わ り に

われわれは、急速に高音部感音性難聴を来したA Tを経験し、これを報告するとともに、A Tの聴力像について若干の文献的考察を加えた。それにより難聴患者においては、つねにA Tの疑いをもつ必要性と、単に聴力像のみで同腫瘍を否定することの危険性を強調した。

本論文の要旨は、第12回日本耳鼻咽喉科学会沖縄県地方部会学術講演会にて発表した。

### 文 献

- 1) De Moura, L.F.P.: Inner ear pathology in acoustic neuroma. Arch. Otolaryng. 85, 125 - 133, 1967.
- 2) Dystra, P.: The pathology of acoustic neuromas. Arch. Otolaryng. 80, 605 - 616, 1964.
- 3) 吉本裕: 聴神経腫瘍の臨床統計的観察. 耳鼻臨床60, 1069 - 1075, 1069.
- 4) 神崎仁: 聴神経腫瘍の早期診断および治療に対する神経耳科的アプローチ. 耳鼻咽喉科48, 913 - 921, 1976.
- 5) Glascock, M. E.: History of the diagnosis and treatment of acoustic neuroma. Arch. Otolaryng. 88, 572 - 585, 1968.
- 6) Sheehy, J. L.: The Neuro-otologic evaluation. Arch. Otolaryng. 88, 592 - 597, 1968.
- 7) House, W. F.: The middle fossa approach for removal of small acoustic tumors. Acta otolaryng. 67, 473 - 427, 1969.
- 8) Johnson, E. W.: Auditory findings in 200 cases of acoustic neuromas. Arch. Otolaryng. 88, 598 - 603, 1968.
- 9) 古賀慶次郎: 内耳道内に限局せる聴神経腫瘍の診断. 耳鼻咽喉科44, 379 - 388, 1972.
- 10) Maddox, H. E.: Progressive audiometric

changes in acoustic neuroma. Early diagnosis. *Laryngoscope* 81, 707 - 715, 1971.

11) 草刈潤：突発的な聴力低下を呈した聴神経腫瘍の2症例，耳鼻咽喉科51，27-31，1979.

## Abstract

## **A Case of Acoustic Neurinoma with A Rapid Decline of Hearing**

Akira KUSUMI, Tomohiro GENKA, Chikako KIYUNA  
and Yutaka NODA

Department of Otorhinolaryngology, College of Health Sciences, University of the Ryukyus

We experienced recently a case of acoustic neurinoma with a rapid decline of hearing.

The pure tone audiogram showed at first a normal hearing on the tumor side, but the another side showed a high frequency hearing loss. Three months later, the tumor side showed a high frequency hearing loss.

This case was diagnosed by our neuro-otological analyses to be an acoustic tumor and confirmed by a X-ray and a CT scan, and endly by a surgical operation, to be a large tumor occupying the cerebellopontine angle.

The neuro-otological findings of this case were presented and discussed in the light of available literatures.

The audiogram pattern of acoustic neurinomas is widely varied, therefore, we should not simply deny an acoustic tumor only with an audiogram pattern, and have always to suspect of it at the examination of hearing loss.

(Ryukyu Univ. J. Health Sci. Med. 3 (4))