

## — 臨床 —

### 術後早期より摂食嚥下リハビリテーションを実施した三叉神経鞘腫の1例

高波里帆, 中嶋優太, Sirima Kulvanich, 渡邊賢礼, 那小屋公太, 井上 誠

新潟大学医歯学総合研究科 摂食環境制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野 (主任: 井上 誠 教授)

### A case report of early dysphagia rehabilitation with postoperative trigeminal schwannoma

Riho Takanami, Yuta Nakajima, Sirima Kulvanich, Masahiro Watanabe, Kouta Nagoya, Makoto Inoue

*Division of dysphagia Rehabilitation, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences (Chief: Prof. Makoto Inoue)*

令和2年10月2日受付 令和2年11月9日受理

#### キーワード

三叉神経鞘腫, 摂食嚥下障害, 摂食嚥下リハビリテーション

#### Key words

trigeminal schwannoma, dysphagia, dysphagia rehabilitation

#### Abstract

Trigeminal schwannoma is a rare benign tumor of the nerve sheath arising from the trigeminal perineural schwann cells. We report a case of a 44-years old woman with postoperative dysphagia following resection of trigeminal schwannoma. Two days after an operation for tumor, she was introduced to Dysphagia Rehabilitation Unit. First physical examination revealed bulbar palsy including right facial palsy, impairment of tongue and palatal movements on the right side, and no occurrence of palatal reflex. A score of repetitive saliva swallowing test (RSST) was 1 and that of modified water swallowing test (MWST) was 4. Videoendoscopic examination revealed incomplete glottal closure during vocalization and delayed swallowing reflex with liquid. Further, bolus leakage from the right lip and slowed chewing speed were also observed. After the examination, the patient started to ingest gruel rice and semisolid side dishes once per day. The ingestive function was rapidly recovered and the food form was changed to steamed rice and soft side dishes when she was discharged on the 18th day after surgery. A second physical evaluation performed on the 34th day after the operation revealed that some bulbar palsy symptoms were remained. However, a score of RSST was 5 and that of MWST was 5. We suggest that early intervention in acute stage of dysphagia contributed to smooth recovery from dysphagia and improvement of the quality of life.

#### 抄録

三叉神経鞘腫とは、三叉神経根や末梢神経のシュワン細胞に発症する比較的稀な良性腫瘍の1つである。今回、三叉神経鞘腫摘出手術後に摂食嚥下障害を認めた症例を経験したのでここに報告する。症例は44歳女性。右巨大三叉神経鞘腫に対する腫瘍摘出術が施行され、術後2日目に摂食嚥下機能評価目的に当科初診となった。初診時、球麻痺症状としての顔面神経麻痺、舌の運動時の偏位や抵抗力の減弱、開鼻声を伴う左カーテン徴候、軟口蓋右側で感覚の低下や軟口蓋反射・咽頭絞扼反射の消失を認めた。反復唾液嚥下テストは1回、改訂水飲みテストは4点（嚥下後の呼吸良好、ムセなし）であり、嚥下内視鏡検査時には発声時の不完全な声門閉鎖が観察された。また、右側からの食塊口唇漏出、液体摂取時の嚥下反射惹起遅延、緩慢な咀嚼を認めた。食事再開は可能と判断し、半固形食、液体とろみ付与の食事形態で経口摂取再開とした。その後、嚥下訓練、咀嚼訓練を継続し、術後18日目の自宅退院時には食

形態が軟飯・軟菜食までに回復した。退院後の術後34日目の再評価時、一部の球麻痺症状は残存したものの、反復唾液嚥下テスト5回、改訂水飲みテストは5点と改善を認めた。急性期病院においては在院日数の短縮が求められるため、本症例のように術後間もなくからの介入により退院まで円滑に摂食嚥下リハビリテーションを実施できたことが、自宅でも十分に生活できる程度の摂食嚥下機能の回復を促進し、生活の質の回復に寄与したものと考えられた。

## 【緒 言】

三叉神経鞘腫とは、三叉神経根や末梢神経のシュワン細胞に発症する比較的稀な良性腫瘍の1つである<sup>1)</sup>。三叉神経は顎口腔顔面の感覚ならびに咀嚼筋をはじめとする口腔機能関連運動神経を有しているため、三叉神経鞘腫による神経幹の圧迫や腫瘍摘出に伴い関連する機能障害が生じることが予想される。今回我々は、三叉神経鞘腫摘出術後に摂食嚥下障害を認めた症例を経験したのでここに報告する。

## 【症 例】

患者：44歳 女性

既往歴：高血圧の指摘有り。

現病歴：20XX年6月、日常生活においてふらつきを生じたため近耳耳鼻咽喉科を受診し、良性発作性頭位めまい症と診断された。その後、ふらつき・転倒の回数増加を認め、20XX+3年2月には同院にて右聴力障害と診断された。同年3月には別病院耳鼻咽喉科を受診し、頭部MRIにて巨大三叉神経鞘腫を疑われたため当院脳神経外科を受診し、症候性の右巨大三叉神経鞘腫と診断された。腫瘍は右小脳橋角部から橋前槽、鞍上槽、メッケル腔、卵円孔を介して傍咽頭間隙へ伸展しており、同年6月に腫瘍摘出術が施行された。術後2日目、飲水時にむせを認めたため摂食嚥下機能評価・リハビリテーション目的に当科受診となった。

経過：初診時（術後2日目）はベッド上仰臥位の姿勢制限状態であった。覚醒度はJapan Coma Scale (JCS) I -2<sup>2)</sup>、指示理解良好、栄養方法は経鼻経管栄養であった。全身的に耐久性が低く、随意咳嗽・ハフティング力は減弱し、最長発声持続時間は9.37秒と短縮していた。口腔内衛生状態は不良で舌苔が多量に付着しており、Tongue Coating Index (TCI)<sup>3)</sup>のスコアは77.8%であった。右側鼻唇溝は消失しており、口唇閉鎖右側不良、口角引き右側不可、頬の膨らまし・吸引ともに両側不可、挺舌・舌尖挙上時に右側偏位を認め、舌の抵抗力は全体的に減弱していた（図1）。顎舌・顔面・軟口蓋の触圧感覚は右側で低下しており、軟口蓋反射・咽頭絞扼反射は両側で消失していた。発声時の軟口蓋挙上は右側不良でカーテン徴候あり、開鼻音を認めた（図2）。/pa/音は不正確、加えて /ta//ka//ra/音は連続構音にてリズ

ム不整を認めた。嚥下時の喉頭挙上は不良で、反復唾液嚥下テスト (repetitive saliva swallowing test, RSST)<sup>4,5)</sup>は1回（カットオフ値3回）であった。術後6日目に安静度の制限が解除されたため追加のスクリーニング検査を行った。改訂水飲みテスト (Modified Water Swallowing Test, MWST)<sup>6)</sup>は4点（嚥下後の呼吸良好、ムセなし）、ゼリー・ペースト、いずれもティースプーン1杯を用いたフードテストは4点（嚥下後の呼吸良好、ムセなし）、粥・Universal Design Food (UDF) 区分2（形状：歯茎でつぶせる）<sup>7)</sup>を用いたフードテストは3点（取り込み時に右側より口唇漏出あり、左側臼歯部・右頬粘膜部を中心として口腔内に中等度の残留）であった。術後7日目、患者の易疲労を考慮して本人の安楽な姿勢であるリクライニング60度にて嚥下内視鏡検査を



図1 顔面所見。

左：右側顔面神経麻痺による右側鼻唇溝の消失と不良な口角引き。右：右側舌下神経麻痺による挺舌時の舌尖部右偏位。



図2 軟口蓋所見。

右側のわずかな軟口蓋挙上不良を伴う左側カーテン徴候（矢印）を認める。