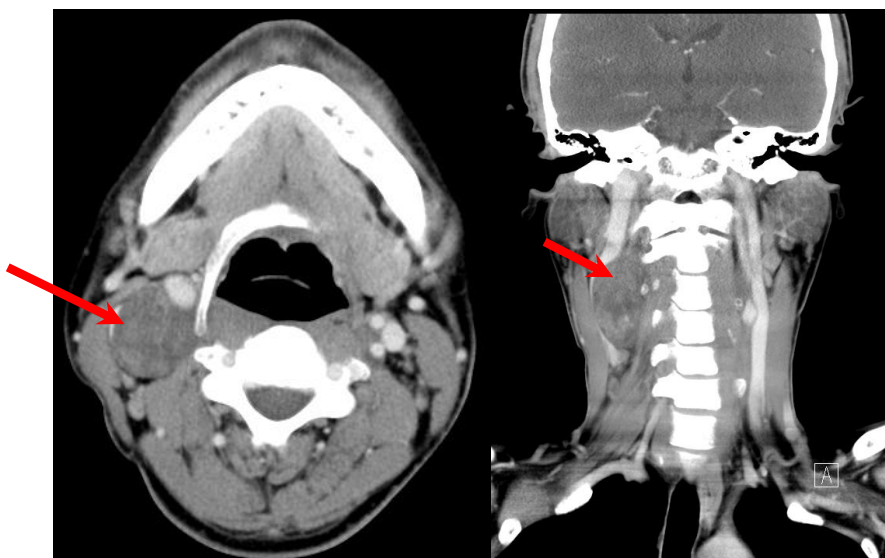


頸部神經鞘瘤

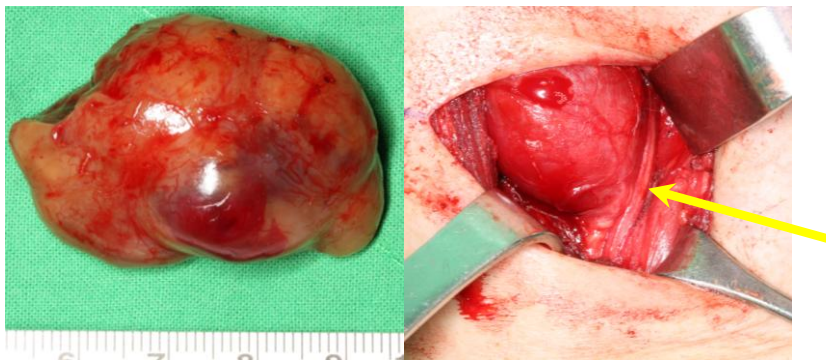
病例報告

一位 40 歲中年男教師，過去沒有甚麼特殊疾病，不抽菸不吃檳榔，偶爾與朋友聚會時會喝喝小酒。幾個月前無意間在右頸部摸到一顆大約三公分大小的頸部腫塊，於是前往南部某醫學中心就醫，接受電腦斷層檢查後發現在右頸部有個大小約五公分，低密度不均勻顯影的腫塊，介於內頸靜脈以及總頸動脈之間偏身體後方，懷疑是神經性腫瘤，故患者前往本院尋求第二意見。於門診時，理學檢查發現此頸部腫塊外型成規則圓形，可以左右移動但無法上下移動，沒有搏動性或壓痛感覺，經鼻咽喉內視鏡檢查並沒有發現特別的頭頸部腫瘤，因懷疑為良性的神經性腫瘤，故與病人討論後續處置，可採觀察追蹤或是手術取得病理組織，以釐清病因。病人因外觀考量及擔心有惡性變化的可能性，故在理解手術相關併發症後，決定接受手術。術後病理化驗結果為 Schwannoma 許旺氏細胞瘤或名神經鞘瘤。

圖一：電腦斷層，可見右頸部有直徑約 5 公分的腫瘤。



圖二：術中腫瘤外觀，保留迷走神經(Vagus Nerve)(黃色箭頭)



案例討論

神經鞘瘤(Schwannomas)，是一種生長緩慢的周邊神經腫瘤。大部分是良性的，其中有 25%-40%的病人是發生在頭頸部，頭頸部的神經鞘瘤又依原發神經部位分為兩個類別，分別為耳蝸前庭性及非前庭性，而大部分腫瘤是非前庭性(源自中耳、乳突腔、鼻竇及鼻腔、頸部、後咽部、咽旁間隙及顱底)。在頸部又以原發自迷走神經的腫瘤最常發生，其次為源自頸部交感神經鏈的腫瘤，大約佔了頭頸部神經鞘瘤的 25%。

一般來說，此類患者大部分並無特別症狀，有症狀者則可能包括腦神經損傷、血管侵犯、Horner 氏症候群(同側瞳孔縮小，眼瞼下垂，同側面部無汗)及吞嚥困難等症狀。在頸部腫塊檢查中扮演重要角色的超音波導引細針抽吸，也常常無法幫助診斷神經性腫瘤，故神經性腫瘤診斷的工具或手術前常需要電腦斷層或磁共振造影檢查來做診斷輔助，其中也只是一成左右的患者術前的影像診斷與手術後病理化驗結果一致。

手術後的併發症則可能包括 Horner 氏症候群、第一口症候群(first bite syndrome，在剛開始用餐時，疼痛發生並延伸到耳朵、顳頷關節及腮腺)，其中腫瘤體積越大或有做膜外切除之術式者較容易發生併發症。也因為考量到手術相關併發症的可能性，頸部神經性腫瘤是否需要手術方式處理目前還尚未定論。

此案例在術中，有明確將迷走神經與腫瘤分開並保留，術後病人也沒有出現諸如 Horner 氏症候群、第一口症候群等併發症，目前繼續安排門診追蹤。

案例編號 ECEHHJDK

文/整理 薛健佑醫師 指導 戴世光醫師