



舌部Schwann氏瘤——病例報告

謝天淪 陳仁杰 林正仲 林立民

私立高雄醫學院牙醫學系

Schwann 氏瘤是種源自神經鞘中 Schwann 氏細胞的良性瘤。全身中有週邊神經分佈的部位均可能發生；其中以感覺性腦神經，感覺性脊髓神經之根部最為常見。在頭蓋內 Schwann 氏瘤發生頻度約占全部腦腫瘤的10%，但在顎口腔區之 Schwann 氏瘤則相當少見，僅占全身神經膜瘤的4.3%。高雄醫學院附設中和紀念醫院牙科自民國六十三年至七十一年，八年間在顎口腔區亦僅得四例之 Schwann 氏瘤。我們在此特提出一例報告，並對其顯微組織構造作詳細的討論，以供參考。

患者為一15歲男孩，在三週前發現舌部有一無痛的腫塊，且有語言障礙，故於民國70年9月求診於本科。檢查時發現右側舌背有一不痛之腫塊，大小約為4×4×2.5公分，堅實且具彈性，覆被表皮色澤正常。活體切片檢查之病理報告為舌部

Schwann 氏瘤，切片組織為兼具 Antoni A型及 Antoni B型組織之混合型。患者於70年10月14日在全身麻醉下將患部腫塊完全切除。術後情況良好，一週後出院，術後追蹤一年無再發現象。

圍繞神經軸突的細胞包括有：Schwann 氏細胞，形成神經外衣 (epineurium) 及神經內衣 (endoneurium) 一部份的纖維細胞及神經束衣細胞 (perineurial cells)。末梢神經鞘腫瘤 (peripheral nerve sheath tumor) 是來源自末梢神經之一種或幾種細胞的腫瘤，而 Schwann 氏瘤 (Schwannoma) 是種源自神經鞘 (neural sheath) 中 Schwann 氏細胞的良性瘤¹⁻⁴。因此，全身中有末梢神經分佈的部位均可能發生，而以在感覺性腦神經 (sensory cranial nerve) 及感覺性脊髓神經的根部 (sensory posterior spinal root)，或粗大的神經幹較常見。在頭蓋內則常見於聽神經膜 (占60%)²。其他區域則以頭頸部最多^{5,6}；依次是體幹、下肢、上肢等；每一末梢神經分佈的地方皆可發生。通常單獨發生，若呈多發性則常見於神經纖維瘤病 (neurofibromatosis)²。Schwann 氏瘤在顎口腔內並不常見¹。若發生在口腔中則以舌部最多，約占在顎口腔部 Sch-

wann 氏瘤的50%¹。高雄醫學院牙科自民國63年至71年底，發現在顎口腔部的 Schwann 氏瘤共4例，我們謹提出一例發生於舌部的 Schwann 氏瘤，作外科處置及術後追蹤，並在組織病理學上作詳細討論。

病例報告

病人：男，十五歲。

主訴：舌頭腫大，語言障礙。

現症：患者於來院三週前照鏡子檢視自己牙齒時發現舌部有一腫塊。三週來除因這腫塊使說話些微不清楚外沒有其他不舒服的感覺。曾服過中藥，但無顯著效果。舌之運動、味覺、觸覺均正常。

口腔內狀況：口腔檢查發現左側舌背後三分之一處有一半圓突出之無柄腫塊 (圖1)，腫塊延伸過舌之中線，約呈4×4×



圖 1：病灶在臨床所見。

2.5 公分之大小；覆被之舌面表皮除於腫塊最高點處呈鮮紅色並伴有舌乳頭萎縮外，腫塊區域之舌乳頭因受張力而呈現疏散分佈狀，但色澤正常。觸診發現腫塊為一堅硬軟組織；舌粘膜與腫塊間無黏著現象，但亦無法推動它。沒有壓痛、亦無波動感。以針抽吸亦不能抽出液狀物。作病理切片檢查時發現腫塊為一具包膜之軟組織。

口腔外狀況：無頸部淋巴節腫塊、身體其他部位亦無類似腫塊或異常。

既往歷：病人為一體格消瘦，但生長發育正常之男性，無任何其他全身性病變。家族中亦無類似病人之腫塊者。

臨床檢查：一般血液檢查、尿檢查、肝功能試驗、心電圖、胸部X光攝影等均無特殊發現。

臨床診斷：舌部良性瘤。

病理診斷：舌部 Schwann 氏瘤。

處置及經過：病人於全身麻醉下將腫塊予以外科切除；在舌背粘膜作縱切開，而將粘膜剝離。腫瘤和周邊組織之界面十分清楚；腫塊具完整纖維性包膜、極易剝離，沒有發現神經分支黏著現象。病人術後恢復情況良好。並無味覺、知覺喪失現象；舌之運動也極為良好。術後一年無再發情形。

病理組織報告：

摘出物所見：切下之腫塊為一 3.5 × 2.8 × 2.5 公分大小之軟組織，具中等程度硬度，

全體成橢圓形，表面有一光滑之紅色纖維性薄膜包著，切開面呈灰色軟組織，為充實性。近周邊之腫瘤組織質地結實、呈均勻灰白色；近腫塊中心之組織質地較軟，色澤較暗，且佈有許多出血點。（圖 2）

組織學所見：在 H. E. 染色下腫塊切面為一橢圓形組織面，週邊被有厚薄不一之包膜。腫瘤組織呈現兩種明顯不同之組織相（圖 3），在整個切面中任意散佈。第一種組織具長橢圓形細胞核，核以柵狀排列 (palisading arrangement)，兩核列間佈滿許多嗜伊紅性 (eosinophilic) 細絲，此細絲無核區即 Verocay body (圖 4)。這種組織緻密；具柵狀核列、及 Verocay body 之組織相即 Antoni A 組織構造。



圖 2：切除之腫塊切面。



圖 3：Antoni A 及 B 組織隨意散佈。血管腔變的極大，有些血管壁有相當程度之增厚（箭頭）而使血管腔變小。A：Antoni A 組織，B：Antoni B 組織，C：變大的血管腔。（H.E., × 20）



圖 4：Verocay body 及柵狀排列細胞核。(H.E., × 400)

另一種組織相，細胞核排列零亂、基質鬆散、常富細空泡狀 (microvaculation) 結構、細胞核較 Antoni A 者圓而小；此即 Antoni B 組織相。(圖 5)。腫瘤組織極富血管，近腫塊中心區血管往往變的很大，而由單層內皮細胞組成血管壁(圖 3)；有些血管壁則呈相當程度的增厚，這些增厚的血管壁常呈玻璃樣變化(hyalinization)(圖 6)，或以粘液狀變化 (myxomatous degeneration)出現(圖 7)。

討論

Schwann 氏瘤是種起源於 Schwann 氏細胞的腫瘤。1910 年 Verocay⁷將這種主要由神經固有成分的 Schwann 氏細胞增殖而成的腫瘤稱為神經鞘瘤 (neurinoma) 以分別於一般的神經纖維瘤 (neuroma)，並且主張神經鞘瘤是起源自神經外胚葉 (neuroectodermal)；從此，關於

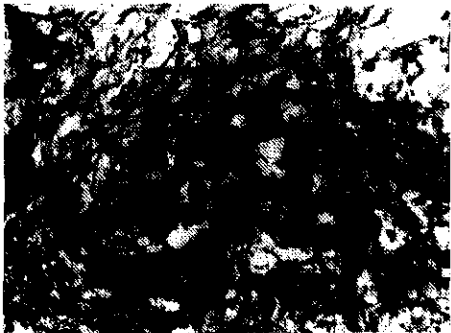


圖 5：Antoni B 組織。細胞呈疏鬆排列，常呈細空泡狀 (microvaculation) (H.E., × 100)



圖 6：增厚血管壁呈玻璃質狀變化。(H.E., × 50)

這種腫瘤的組織起源和命名有許多的議論。

Antoni⁸, Masson^{9,10} Stout¹¹ 等也主張其起源來自外胚葉，而 Mallory¹², Krumbein¹³, Penfield¹⁴ 等則認為是由神經周圍組織而來，因此主張源自外胚葉。

由於起源的主張不同，這種腫瘤的名稱也不一致。Verocay⁷ 稱之 Neurinoma, Krumbein¹³ 則命名為 fibroma tenuifibrillare, Penfield¹⁴ 稱之 perineural fibroblastoma; Willis¹⁵ 認為 Schwannoma, neurilemmoma 較妥當，而 Stout¹¹ 則主張稱為 neurilemmoma。最近 Erlandson, Woodruff¹⁶ 及 Lazarus¹⁷ 以電子顯微鏡觀察發現腫瘤細胞純粹由 Schwann 氏細胞來，而 Schwann 氏細胞則源自神經外胚葉¹⁸⁻²⁰；所以建議改稱為 Schwannoma。

Schwann 氏瘤通常生長緩慢，當腫瘤長大時往往把鄰近正常神經纖維往外推開，而並不把神經纖維包入包膜內²。因此在舌部發生之 Schwann 氏瘤雖長的很大，但舌之味覺、觸覺



圖 7：增厚血管壁呈粘液狀變性。(H.E., × 50)

及運動却不受影響。

在組織學上大部份學者均同意 Schwann 氏瘤為來自神經鞘中之 Schwann 氏細胞之腫瘤^{2,16,21-23}。1920 年 Antoni⁸ 在 30 例脊髓腫瘤中發現 20 例為 Verocay 所說的 Neurinoma，而將之分為 A、B 兩型。所謂 A 型即束狀型 (fibrillärer typus)，細胞和細胞間纖維呈規則狀平行走向，細胞核為柵欄狀排列。B 型則為網狀型 (reticulärer typus)，細胞核排列不規則，膠原纖維較少或缺乏，常出現泡沫狀構造、粘液狀變性或出血。Sian 和 Ryan²² 及 Weller² 則除了 Antoni A、B 型的分類外又加上出現在 Antoni A 和 B 組織相之間的移轉區 (transition zone)。但一般仍以 Antoni 的分類法最常用。至於 Verocay body 則為鄰近兩列 Schwann 氏細胞之細胞質突 (cytoplasmic processes) 往中心無核區延伸且糾纏組成，依最近電子顯微研究發現這個無核區係由雙重基底層 (reduplicated basement membrane)，細胞質突，及少量的成膠質微纖維 (collagen fibrils) 所構成^{2,16,22-24}。腫瘤細胞本身在電子顯微鏡下的觀察^{2,16,17,22,24}，發現細胞呈現長而多的不規則細胞質突，有些呈網而互相纏繞狀，其外面由基底層 (basal lamina) 完全覆蓋。腫瘤細胞之間空隙 (intercellular space) 很小且為基底層或少數的成膠質微纖維 (collagen fibrils) 所填充。此特性與 Schwann 氏細胞相似。因此，腫瘤細胞來源為 Schwann 氏細胞，是無庸置疑的。關於 Antoni B 組織則有數種不同的看法：Antoni⁸、Sian²² 等人認為 Antoni B 組織乃類似 Wallerian 氏變性 (Wallerian degeneration) 之一種變化。但 Murray²⁵ 以組織培養法發現 B 組織之代謝力旺盛而不同意 Antoni B 組織為變性結果。Müller²⁶ 發現在某些 Schwann 氏瘤之脂肪儲存 (lipid storage) 非常明顯，而認為細胞內代謝能力活躍而非變性的結果。Waggener²⁷、Razuk²⁸ 等人也支持這種說法。Erlanson¹⁶ 則認為 Antoni B 組織實乃 Antoni A 組織呈粘液狀變化的結果，但不能確定是否為變性。Issacson²⁹ 以出現在良性神經鞘腫瘤 (benign nerve sheath tumours) 之肥大細胞 (mast cell) 之多寡作研究

而認為 Schwann 氏瘤有兩種來源：Antoni A 組織為 Schwann 氏細胞增生而成之腫瘤，Antoni B 組織則是神經纖維內衣組織 (endoneurium tissue) 受 Antoni A 腫瘤組織壓迫之一種反應性變化，而不是真正腫瘤組織。但 Weller² 認為由電子顯微觀察 B 型的細胞是由腫瘤細胞的變化而來，且主要是由於變性的結果。玻質樣變性及脂肪變性亦可見於 A 型組織。而在 B 型組織的 Schwann 氏細胞其正常功能的消失是由於該區 Schwann 氏細胞不能形成正常的細胞質突，及被認為也是 Schwann 氏細胞對神經軸突的功能之一的成膠質纖維套入 (collagen invagination) 亦缺失。同時細胞基底層 (basal lamina) 稀少，只有部份覆蓋在細胞表面。在在都顯示為一種細胞的變性。最近 Sian 和 Ryan²² 用電子顯微鏡特別觀察 B 型組織也支持 Weller 的說法。

Antoni A 及 Antoni B 組織並無一定排列方式；Antoni B 組織約占腫瘤切面面積之 12—57%²³，且腫瘤愈大 Antoni B 組織所占面積愈大。細胞充實性 (cellularity) 愈差、血管也愈大而血管壁也常呈玻質化增厚。後者則被認為是局部缺血²²，或是輕微出血後血管癒合的現象³²。

Schwannoma 通常單獨發生。若為多發性則需考慮到神經纖維瘤病 (neurofibromatosis)²¹。後者有 5—16% 的病例會惡性化^{30,31}。因此所有 Schwann 氏瘤的病人應詳細檢查全身是否有類似之腫塊。其他在臨床上要考慮的鑑別診斷有：脂肪瘤 (lipoma)，纖維瘤 (fibroma)，血腫 (hematoma) 及粘液潴留囊腫 (mucous retention cyst)^{1,33}。組織學上區分 Schwann 氏瘤和神經纖維瘤非常重要，因後者常為神經纖維瘤病之一表徵。Erlanson¹⁶ 曾對兩者之鑑別診斷作很好的討論。

Schwann 氏瘤常發生在頭蓋內，頻度約佔全部腦腫瘤的 10%，大部份為聽神經 Schwann 氏瘤而出現在小腦橋角部附近³⁴。另外，在末梢神經發生的 Schwann 氏瘤以頭頸部最多，約占 25%⁶。在頭頸部中則以頸部最多，依次為頭部、顏面^{5,6}。在頸、口腔部發生的

神經瘤則較少見，約為全身中的 4.3%³⁵。而在顎、口腔領域的 Schwann 氏瘤則以長在舌部最多，Cherrick³⁶ 報告約佔 44.4%，Hatzio-tis³⁷ 估計約 55.7%，加藤³⁸ 則報告約為 61.6%，舌以外依次為腭、顎下部、頰、口腔底、上顎竇、下顎骨、齒齦、上顎骨、口唇、齒齦及頰移行部、齒槽粘膜³⁹。在舌部則以發生在舌尖附近（32.3%）最多，依次為舌根部（14.7%）、舌緣左側（14.7%），舌下部（8.8%）、舌背（5.8%）⁴⁰。國內關於 Schwann 氏瘤的報告余等⁴¹ 在 1956 年曾發表過脊髓 Schwann 氏瘤一病例，但在顎、口腔部的 Schwann 氏瘤仍未見發表。高雄醫學院牙科自民國 63 年到 71 年（至 11 月底）作腫瘤切片檢查的病人共 534 例，其中發生在顎、口腔部的 Schwann 氏瘤有 4 例，佔 0.79%。其中 2 例發生在舌部皆為男性，而發生在硬腭部及下顎骨內者各一例均為女性。

關於 Schwann 氏瘤的發生年齡，Nielsen⁴²，Stout¹¹，Willis¹⁵ 等的報告皆為壯年層。而發生在顎、口腔領域時則以青年層較多，特別是發生在舌部的平均年齡比較在其他部位者低，Hatzio-tis³⁷ 統計為 25.5 歲、梶山³⁹ 為 27.4 歲，其他許多學者的報告也都在 20—30 歲之間。是否因為發生在舌部時自覺症狀較明顯而能早期接受治療，或者舌的特殊構造較易發生 Schwann 氏瘤，這是值得注意的。高雄醫學院牙科四例中發生在舌部兩例年齡為 15 歲及 32 歲，硬腭部及下顎骨內者其年齡分別為 12 歲及 40 歲，發生在舌部的兩例平均年齡為 23.5 歲，與歷來學者所發表者相彷彿。發生在硬腭部的一例較年青，而發生在下顎骨內的病例則為中年層，似乎有類似其他學者報告之傾向。但由於病例數太少無法作確實統計。

就 Schwann 氏瘤性差而言，有的學者主張男性較多⁴⁴⁻⁴⁶，有的主張女性較多^{42,47,48}，有的則認為男女一致^{35,49,50}，但若發生在骨內時則絕大多數為女性⁴⁸，而以顎骨後部最常見。本學院牙科所經驗的四例中，發生在顎骨內之一例也是女性。

本腫瘤通常為附著在神經鞘的良性瘤，呈單獨狀局限性，成長緩慢，轉移或惡化情形極少⁵¹。治療方法以手術切除最妥當，術後再發的病例到目前為止還未見過這種報告。本病例術後經過一年也沒有再發現象。

REFERENCES

1. Mosadomi A. Neurilemmoma of the tongue. *J Oral Med* 30 (I: 44-46, 1975).
2. Weller RO, Navarro JC. Tumors of the peripheral nerve system. In "Pathology of Peripheral Nerves". Butterworths, London, pp. 155-168, 1978.
3. Fisher ER, Vuzevski VD. Cytogenesis of schwannoma, neurofibroma, dermatofibroma and dermatofibrosarcoma as revealed by electron microscope. *Am J Pathol* 49: 141-145, 1968.
4. Pineda A. Submicroscopic structure of acoustic tumors. *Neurology* 14: 171-184, 1964.
5. Conley JJ. Neurogenous tumors in the neck. *Arch Otolaryng* 61: 167, 1955.
6. 遠城寺宗知，他：わが國における良性軟部組織腫瘍—8,086 例の統計的觀察—。癌の臨床 20: 594 1974。
7. Verocay J. Zur kenntnis der neurofibrome. *Ziegler Beitrage zur path Anat* 48: 1-69, 1910.
8. Antoni NRE. Über ruckenmarks tumoren u neurofibrome. J.F. Bergmann, Munchen, 1920.
9. Masson P. Experimental and spontaneous schwannomas (Peripheral Glioma). *Am J Path* 8: 367-416, 1932.
10. Masson P. My conception of cellular nevi. *Cancer* 4: 9-38, 1951.
11. Stout AP. The peripheral manifestations of the specific nerve sheath tumor (Neurilemmoma). *Am J Cancer* 24: 751-796, 1936.
12. Mallory FB. The type cell of the so-called dural endothelipma. *J Med Res* 4: 349-367, 1920.
13. Krumbein C. Ueber die "Band-oder Pallisadenstellung" der Kerne, eine wuchsform des feinfibrillaren mesenchymalen Gewebes. Zugleich eine Ableitung der Neurinome (Verocay) vom feinfibrillaren Bindegewebe (Fibroma tenuifibrillare). *Virchow's Arch f path Anat* 255: 309-331, 1925.
14. Penfield W. The encapsulated tumors of the nervous system. *Surg Gynec & Obstet* 45: 178-188, 1927.
15. Willis RA. Pathology of tumors. ed 6. Butterworths, London, 1960, p. 842-856.
16. Erlandson RA, Woodruff JM. Peripheral nerve sheath tumors: An electron microscopic study of 43 cases. *Cancer* 49: 273-287, 1982.

17. Lazarus SS, Trombetta LD. Ultrastructural identification of a benign peripheral cell tumor. *Cancer* 41: 1823-1829, 1978.
18. Harrison RG. Neuroblast versus sheath cell in the development of peripheral nerves. *J Comp Neurol* 37: 123-205, 1924.
19. Gamble HJ, Breathnach AS. An electron-microscope study of human fetal peripheral nerve. *J Anat (London)* 99: 537-584, 1965.
20. Weston JA. The migration and differentiation of neural crest cells. *Adv Morphogen* 8:41-114, 1970.
21. Wright BA, Jackson D. Neural tumors of the oral cavity: A review of the spectrum of benign and malignant oral tumors of the oral cavity. *Oral Surg* 49: 509-522, 1980
22. Sian CS, Ryan SF. The ultrastructure of neurilemmoma with emphasis on Antoni B tissue. *Hum Pathol* 12: 145-160, 1981.
23. Vilanova JR, Burgos-Bretones JJ, Aovarez JA, Rivera-Pomar JM. Benign schwannomas: A histopathological and morphometric study. *J Pathol* 137: 281-286, 1982.
24. Chen SY, Miller AS. Neurofibroma and schwannoma of the oral cavity. *Oral Surg* 47: 522-528, 1979.
25. Murray MR, Stout AP. Schwann cell versus Fibroblast as the origin of the specific nerve sheath tumor: Observation of normal nerve sheath and neurilemmomas in vitro. *Am J Pathol* 16: 41-60, 1941.
26. Müller W. Untersuchungen über die lipoide im neruinom. *Verh Dtsch Ges Pathol* 49: 338, 1965.
27. Waggener JP. Ultrastructure of benign peripheral nerve sheath tumors. *Cancer* 19: 699-709, 1966.
28. Razzuk W, Urschel HC, Martin JA, Kingsley WB, and Paulson DL. Electron microscopical observation on mediastinal neurolemoma, neurofibroma, and ganglioneuroma. *Ann Thorac Surg* 15: 73-83, 1973.
29. Isaacson P. Mast cells in benign nerve sheath tumours, *J Pathol* 119: 193-197.
30. Preston FW, Walsh WS, and Clarke TH. Cutaneous neurofibromatosis (von Recklinghausen's disease): Clinical manifestations and incidence of sarcoma in 61 male patients. *Arch Surg* 64: 813-827, 1952.
31. Holt FJ, and Wright EM. Radiologic features of neurofibromatosis. *Radiology* 51: 647-664, 1948.
32. Kasantikul V, Glick AD, and Netsky MG. Light and electron microscopic observations of blood vessels in neurilemoma. *Arch Pathol Lab Med* 103: 683-687, Dec. 1979.
33. Cameron IW. A case of neurilemmoma (Schwannoma) of the tongue. *Oral Surg* 12: 1464-1467, 1959.
34. 西村正也, 他: 新外科學, 第一版, 南山堂, 東京, 241頁, 1968。
35. 百井一郎: 神經鞘腫の病理學的研究。新瀉醫誌69: 737-757 1955。
36. Cherrick HM, Eversole LR. Benign neural sheath neoplasm of the oral cavity. *Oral Surg* 8: 900-909, 1971.
37. Hatziotis J Ch, Asprides H. Neurilemoma (Schwannoma) of the oral cavity. *Oral Surg* 24: 510-526, 1967.
38. 加藤俊雄, 他: 下顎智齒遠心部に發生した神經鞘腫の1例。齒科學報70: 130 - 133 1970。
39. 梶山稔, 他舌神經鞘腫の1例。日口外誌21: 328-335, 1975。
40. 長田正信, 他: 舌に發生した神經鞘腫の1例。日口外誌27: 1466-1473, 1981。
41. 余獻章等: 啞鈴狀隔竇神經膜腫之一病例, 臺灣醫誌55: 301-306, 1956。
42. Nielsen A. Acoustic tumors: with special reference to end results and sparing of the facial nerve. *Ann Surg* 115: 849-863, 1942.
43. 北村武: 頭頸部腫瘍, 第1版, 醫學書院, 東京, 349頁, 1971。
44. Walker DG. Benign nonodontogenic tumors of the jaws. *J Oral Surg* 28: 39-57, 1970.
45. 松永仁: 頸部神經鞘腫の1治驗例。外科12: 586 1949。
46. 町井浩一, 他: 舌ノイリノームの1症例。耳鼻臨床44: 184 1951。
47. Oberman HA. Neurogenous tumors of the head and neck. *Cancer* 20: 1992, 1967.
48. Eversole LR. Central benign and malignant neural neoplasms of the jaws; a review. *J Oral Surg* 716, 1969.
49. 平出文久, 他: 耳下腺ノイリノームの1症例。耳鼻20: 506 1974。
50. 大谷晃, 他: 中耳顔面神經 Neurinoma の1例。耳喉46: 479 1974。
51. 杉原一正, 他: 頰部に發生した悪性神經鞘腫の1例。日口外誌28: 1694-1697, 1982。

Schwannoma of the tongue: report of a case

TIEN-YU SHIEH, REN-JYE CHEN, CHENG-CHUNG LIN, LI-MIN LIN

School of Dentistry, Kaohsiung Medical College, Kaohsiung, R.O.C.

Schwannoma is a benign tumor which originates from the Schwann cells of the peripheral nerve system, but it is most commonly found on the sensory cranial nerves and the sensory posterior spinal roots. They also present 10 per cent of all intracranial tumor, but the oral cavity is not a frequent site of involvement (about 4.3% of Swannoma in whole body). In a eight-year period (1974-1982) at the Dental Department of Kaohsiung Medical College Chong-Ho Memorial Hospital, we had only four cases of Schwannoma in oral cavity or perioral region. Now we report one case of them and discuss the microscopic findings of Schwannoma in detail.

The patient was a 15-year-old male, who visited our dental clinic in September 1981 with the chief complain of a painless mass in his tongue for 3 weeks, which also made him difficulty in talking. Intraoral examination revealed a painless bulging-out mass measuring about 4.2 x 4.0 x 2.5 cm in size in the right side dorsum of the tongue. The mass was non-tenderness, firm in consistency, and the overlying mucosa was smooth and intact. Incisional biopsy of the mass yielded a diagnosis of Schwannoma of the tongue consisting of both Antoni type A and B tissue structure. The tumor mass was removed under general anesthesia on 14 Oct. 1981, and the postoperative course was uneventful. The patient was dismissed one week after operation, and followed up one year without recurrence.

Key words: Schwann cell, Schwannoma.

Received: April 22, 1983

Accepted: July 13, 1983



圖 1：病灶在臨床所見。

2.5 公分之大小；覆被之舌面表皮除於腫塊最高點處呈鮮紅色並伴有舌乳頭萎縮外，腫塊區域之舌乳頭因受張力而呈現疏散分佈狀，但色澤正常。觸診發現腫塊為一堅硬韌組織；舌粘膜與腫塊間無黏著現象，但亦無法推動它。沒有壓痛、亦無波動感。以針抽吸亦不能抽出液狀物。作病理切片檢查時發現腫塊為一具包膜之軟組織。

口腔外狀況：無頸部淋巴節腫塊、身體其他部位亦無類似腫塊或異常。

既往歷：病人為一體格消瘦，但生長發育正常之男性，無任何其他全身性病變。家族中亦無類似病人之腫塊者。

臨床檢查：一般血液檢查、尿檢查、肝功能試驗、心電圖、胸部 X 光攝影等均無特殊發現。

臨床診斷：舌部良性瘤。

病理診斷：舌部 Schwann 氏瘤。

處置及經過：病人於全身麻醉下將腫塊予以外科切除；在舌背粘膜作縱切開，而將粘膜剝離。腫瘤和周邊組織之界面十分清楚；腫塊具完整纖維性包膜、極易剝離，沒有發現神經分支黏著現象。病人術後恢復情況良好。並無味覺、知覺喪失現象；舌之運動也極為良好。術後一年無再發情形。

病理組織報告：

摘出物所見：切下之腫塊為一 3.5 × 2.8 × 2.5 公分大小之軟組織，具中等程度硬度，

全體成橢圓形，表面有一光滑之紅色纖維性薄膜包著，切開面呈灰色軟組織，為充實性。近周邊之腫瘤組織質地結實、呈均勻灰白色；近腫塊中心之組織質地較軟，色澤較暗，且佈有許多出血點。（圖 2）

組織學所見：在 H. E. 染色下腫塊切面為一橢圓形組織面，週邊被有厚薄不一之包膜。腫瘤組織呈現兩種明顯不同之組織相（圖 3），在整個切面中任意散佈。第一種組織具長橢圓形細胞核，核以柵狀排列 (palisading arrangement)，兩核列間佈滿許多嗜伊紅性 (eosinophilic) 細絲，此細絲無核區即 Verocay body (圖 4)。這種組織緻密；具柵狀核列、及 Verocay body 之組織相即 Antoni A 組織構造。

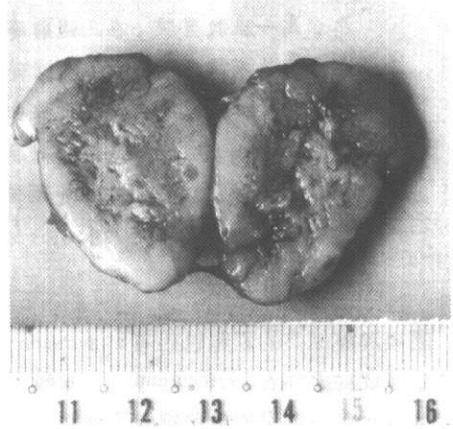


圖 2：切除之腫塊切面。

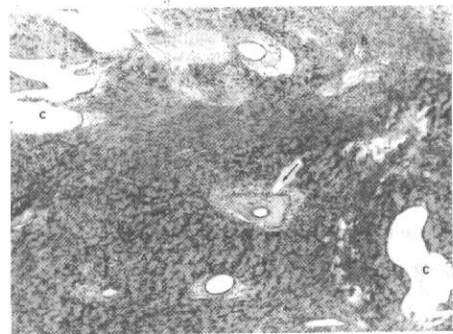


圖 3：Antoni A 及 B 組織隨意散佈。血管腔變的極大，有些血管壁有相當程度之增厚（箭頭）而使血管腔變小。A：Antoni A 組織，B：Antoni B 組織，C：變大的血管腔。（H.E., × 20）

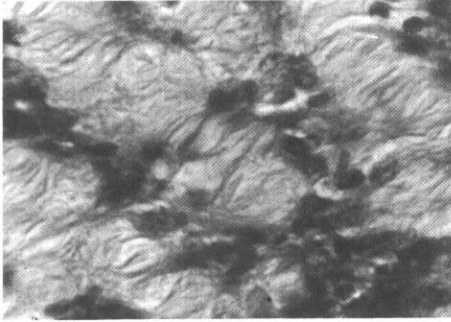


圖 4：Verocay body 及柵狀排列細胞核。(H.E., ×400)

另一種組織相，細胞核排列零亂、基質鬆散、常富細空泡狀 (microvaculation) 結構、細胞核較 Antoni A 者圓而小；此即 Antoni B 組織相。(圖 5)。腫瘤組織極富血管，近腫塊中心區血管往往變的很大，而由單層內皮細胞組成血管壁(圖 3)；有些血管壁則呈相當程度的增厚，這些增厚的血管壁常呈玻璃樣變化(hyalinization)(圖 6)，或以粘液狀變化 (myxomatous degeneration)出現(圖 7)。

討論

Schwann 氏瘤是種起源於 Schwann 氏細胞的腫瘤。1910 年 Verocay⁷ 將這種主要由神經固有成分的 Schwann 氏細胞增殖而成的腫瘤稱為神經鞘瘤 (neurinoma) 以分別於一般的神經纖維瘤 (neuroma)，並且主張神經鞘瘤是起源自神經外胚葉 (neuroectodermal)；從此，關於

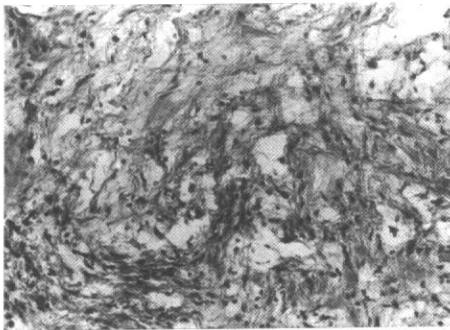


圖 5：Antoni B 組織。細胞呈疏鬆排列，常呈細空泡狀 (microvaculation) (H.E., ×100)

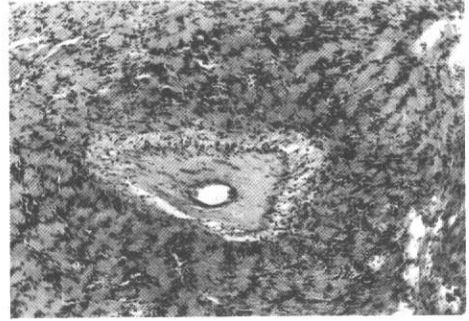


圖 6：增厚血管壁呈玻璃狀變化。(H.E., ×50)

這種腫瘤的組織起源和命名有許多的議論。Antoni⁸, Masson^{9,10} Stout¹¹ 等也主張其起源來自外胚葉，而 Mallory¹², Krumbein¹³, Penfield¹⁴ 等則認為是由神經周圍組織而來，因此主張源自外胚葉。

由於起源的主張不同，這種腫瘤的名稱也不一致。Verocay⁷ 稱之 Neurinoma, Krumbein¹³ 則命名為 fibroma tenuifibrillare, Penfield¹⁴ 稱之 perineural fibroblastoma; Willis¹⁵ 認為 Schwannoma, neurilemmoma 較妥當，而 Stout¹¹ 則主張稱為 neurilemmoma。最近 Erlandson, Woodruff¹⁶ 及 Lazarus¹⁷ 以電子顯微鏡觀察發現腫瘤細胞純粹由 Schwann 氏細胞來，而 Schwann 氏細胞則源自神經外胚葉¹⁸⁻²⁰；所以建議改稱為 Schwannoma。

Schwann 氏瘤通常生長緩慢，當腫瘤長大時往往把鄰近正常神經纖維往外推開，而並不把神經纖維包入包膜內²。因此在舌部發生之 Schwann 氏瘤雖長的很大，但舌之味覺、觸覺

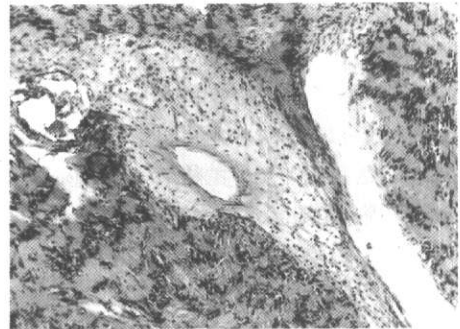


圖 7：增厚血管壁呈粘液狀變性。(H.E., ×50)