

臨床病理検討会レポート

〔第20回〕 上顎癌

—顎部再発した上顎歯肉癌に胃癌を重複した1例—

日時：1999年11月9日

新潟大学医歯学総合研究科

顎顔面口腔病理学分野

朔 敬・鈴木 誠

顎顔面放射線学分野

勝良 剛詞

顎顔面口腔外科学分野

星名 秀行

症 例 提 示

患者：81歳，男性。

初診：1996年2月26日。

主訴：左側上顎第二小臼歯，第一大臼歯の接触痛。

既往歴：高血圧症：50歳時より降圧剤服用中。

脳血管障害：80歳時，CTで指摘。

現病歴：1995年10月初旬，左側上顎第二小臼歯，第一大臼歯の齧蝕と動揺のため，某開業歯科で抜歯された。以後，接触痛と少量の出血が持続し，歯肉に腫脹も自覚するようになった。洗浄と薬剤塗布を受けたが，治癒しなかった。1996年1月初旬，他院へ転院したが，同症状は治癒せず，当科を紹介され，来院した。

初診時現症

全身所見：身長147cm，体重46kg。

口腔外所見：顔貌左右対称，顔色良好。両側顎下，顎部に大豆大のリンパ節が触知された。

口腔内所見：左側上顎第二小臼歯，第一大臼歯の歯槽歯肉に25×15mmの腫瘍性潰瘍が認められた（図1）。

臨床検査：心電図検査で一次性T変化あり。

臨床診断：左側上顎歯肉癌（T4N0M0）



図1 初診時口腔内写真

処置および経過

1996年2月27日：入院。UFT 400mg/日 投薬。

3月6日：生検で扁平上皮癌と診断された。

3月28日：全身麻酔下に上顎骨部分切除術施行。

8月27日：顎部転移を指摘されたため入院。局所麻酔下に左側顎下，上内深頸リンパ節摘出術を施行した。9月9日から術後照射50Gyを施行した。

1998年8月25日：右上顎部に有痛性腫脹が出現した。

9月4日：入院。手術制御不能と診断し，10月11日から温熱療法（マイクロ波空間放射型装置2回/週 計8回）に放射線療法（56Gy）および化学療法（CDDP 10mg 8回，UFT 400mg/日）を併用した。上顎部の腫脹は平坦化し，痛みは軽快した。化学療法（CDDP40mg，UFT300mg/日）を追加した。

1999年1月25日：入院。両側誤嚥性肺炎となった。

3月26日：胃生検で癌と診断された。転移性癌の可能性が高いと考えられたが，原発巣は特定できなかった。

4月16日：入院。誤嚥性肺炎が再燃した。

5月20日：呼吸困難のため緊急入院。

5月24日：乏尿となった。

5月26日：死亡した。

(星名)

画 像 所 見

初診時 MRI（1996年3月6日）で上顎左側犬歯，第一小臼歯歯槽部を中心とした周囲との境界不明瞭，辺縁不整な造影される軟組織病変が認められた（図2a黒矢頭）。頬筋は病変との境界が不明瞭で，軽度



図2

度で，軽度に肥厚していた。病変は上顎左側犬歯と第一小臼歯を含み，周囲の歯槽骨を破壊していた。上顎洞底の皮質骨は右に比べやや不明瞭な印象を受けた（図2b白矢頭）が，明らかな破壊像は認められなかった。顎部に転移リンパ節は認められなかった。

CT（1996年2月29日）においても病変の進展範囲はMRIと同様であった（図2c）。US（1996年2月28日）においても顎部に転移リンパ節は認められなかった。

以上より初診時画

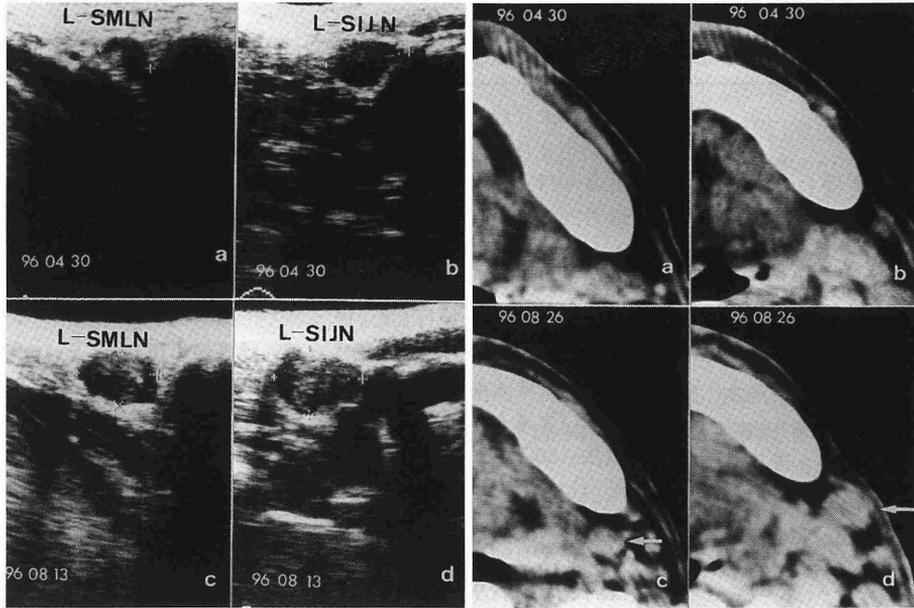


図 3

図 4

ンパ節は腫大し、内部不均一になり、転移リンパ節として認められるようになった(図3c,d, 図4c,d 白矢印)。

放射線治療 1 回目 1996年 9 月 9 日から10月16日にかけて上記転移リンパ節摘出術に対する術後放射線治療を施行された(図5)。転移リンパ節は節外浸潤しており、当時はその様なリンパ節には boost 10Gyを追加していたが、本例は過剰な急性反応のため追加しなかった。

1 回目放射線治療後 1997年11月18日のUSおよび1月20日のCTではリンパ節転移は指摘されていなかったが、1998年 9 月 2 日のUSおよび 9 月 4 日のCTで右側上内深頸レベルに境界不明瞭、辺縁不整、内部不均一で中心壊死を伴った

転移リンパ節が認められた(図6白矢頭)。転移リンパ節は外頸動脈を取り囲み、内頸動脈を後方に圧排し(図6黒矢印)、顎下腺、胸鎖乳突筋、椎前筋、咽頭側壁との境界が不明瞭であった。

放射線治療 2 回目 1998年 9 月11日から10月23日にかけて右側上内深頸部レベルの転移リンパ節に対し、放射線、温熱、化学療法が施行された(図7)。口腔および上顎部に対する 2 回目の照射であり、難治性皮膚潰瘍等の晩期反応の出現が考えられたが、初回照射から 2 年経過していること、強度の皮膚萎縮や瘢痕が認められなかったことから、晩期反応の出現の可能性が低く、治療効果を考え、放射線治療が併用された。

2 回目放射線治療後 CT (1998年11月 2 日) で右側上頸部レベルの転移リンパ節は頸動脈、頸静脈との関係には著変なかったが、造影性が低下し、縮小して認められた(図8白矢頭)。

2 回目放射線治療の 4 ヶ月後、死亡前 2 ヶ月の CT (1999年 3 月 8 日) で、右側上頸部レベルの転移リンパ節はさらに造影性が低下し、強く造影される腫瘍巣としては認められなくなったが、咽頭が左に強く偏位していることから、再増大が示唆された(図9)。

(勝良)

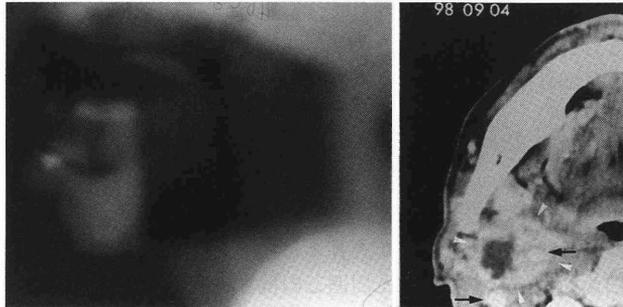


図 5 コバルトグラフィー ⁶⁰Coを左右対向 2 門で上顎と全頸部に 1 回 2 Gyの通常分割、計⁶⁰Gy 投入 (画面中央の暗部は照射野)

図 6

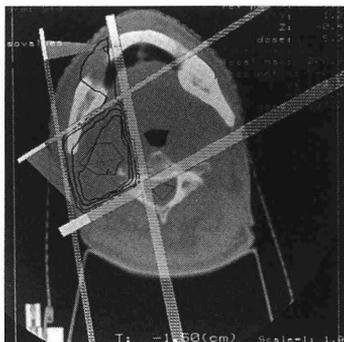


図 7 CTシミュレーション 上内深頸リンパ節に4MV X rayを斜入対向2門、1回2Gyの通常分割、計56Gy投入

像診断は上顎左側歯槽部小白歯部から大白歯部を中心とした悪性腫瘍であり、内側は口蓋正中付近までおよび、頬筋と上顎洞は病変との境界が不明瞭であることから進展の可能性ありとした。頸部には明らかな転移リンパ節は認められなかった。

術後 1996年 4 月 30日のCTでは上顎部分切除後の所見を呈し、初診時に認められた造影される軟組織は認められなくなった。同日のUS、CTで明らかなリンパ節転移は認められなかった(図3a,b, 図4a,b)。しかし、8月13日のUS、8月26日のCTで左側顎下および左側上内深頸リ

ンパ節は認められなくなった。同日のUS、CTで明らかなリンパ節転移は認められなかった(図3a,b, 図4a,b)。しかし、8月13日のUS、8月26日のCTで左側顎下および左側上内深頸リ



図 8



図 9

病 理 所 見

生検ならびに手術材料所見

初診時、上顎左側臼歯部肉腫の擦過細胞診では、パニコロウ・クラスIV、つづいて生検では、潰瘍をともなう角化傾向の顕著な扁平上皮癌の診断がえられた。上顎部分切除材料では、高分化型扁平上皮癌の浸潤性増殖は、抜歯された上顎左側第二小白歯から第一大臼歯部を中心として、前方へは第一小白歯歯周組織を完全に置換して犬歯部まで、後方は第二大臼歯部まで、上方は鼻腔底を破壊し鼻粘膜下層までおよんでいた。浸潤先端では、癌胞巣は小型化し、線維化した間質にはリンパ球浸潤が高度であった。しかし、切除断端に癌組織の残存はなかった。5ヶ月後、摘出された頸部リンパ節のうち、左側顎下リンパ節および上内深頸リンパ節に節外浸潤をともなう転移巣が確認された。

剖検所見

剖検は、死後2時間後におこなわれた。身長145cm、体重29kgで、るいそうが顕著であった。仙尾骨部に褥創があり、腹部は膨満していた。口腔内では、左側上顎部分切除術後部は正常粘膜でおおわれており、肉眼的には腫瘍性病変の残存は確認できなかった。表在リンパ節にも転移病巣は触知できなかった。

主要臓器所見

口峽咽頭部：右側咽頭壁には外頸動脈周囲に線維化の高度な肉芽組織が配置し、その中に壊死組織が結節状に散在しており、転移リンパ節が示唆された(図10)。咽頭粘膜から10



図10 咽頭側壁 バーは1cm 筋層下方頸動静脈周囲に癒痕

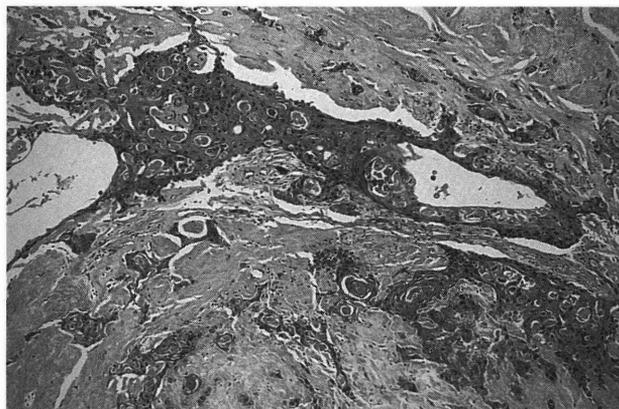


図11 図1の囲み部の拡大 高分化型扁平上皮癌の残存

mm弱の深さにわずかながら扁平上皮癌が残存していたが(図11)、増殖活性が高いものではなく、むしろ硝子化間質のなかで変性傾向をしめした。

胃：剖検所見としてもっとも注目されたのは、胃癌の存在であった。死亡2ヶ月前に胃生検で原発不明転移性胃癌との診断がなされていたが、開腹すると、血性腹水750mlが貯留しており、胃から大網、肝、脾、横隔膜、大腸におよぶ線維線維素性の癒着が高度な腹膜炎がみられた。胃は1090gと著明に肥大し、胃壁は硬化し、漿膜面に多数の白色病変が散在していた。胃壁はほぼ全域にわたって20mm前後に肥厚し(図12)、胃粘膜には最大径60mmまでの多数の潰瘍がみとめられた。組織学的には、低分化腺癌で、粘膜表層から漿膜までほぼ胃壁全層を置換し、胃周囲および大網リンパ節への転移も

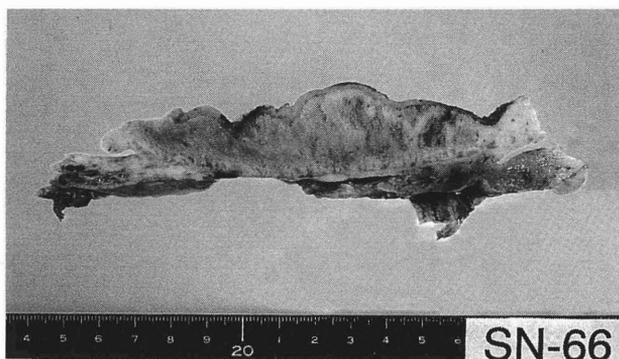


図12 胃体部壁断面マクロ像

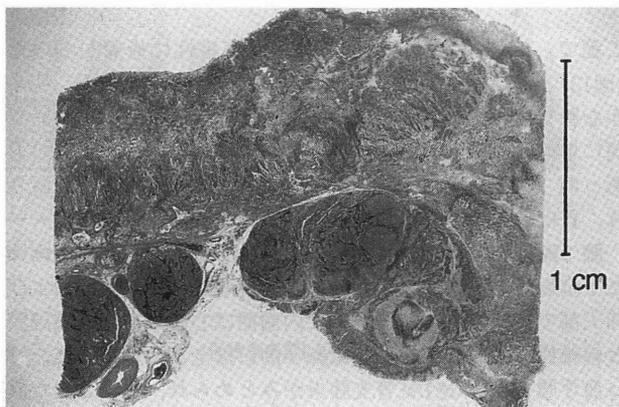


図13 胃体部壁断面ルーベ像 (H E 染色)

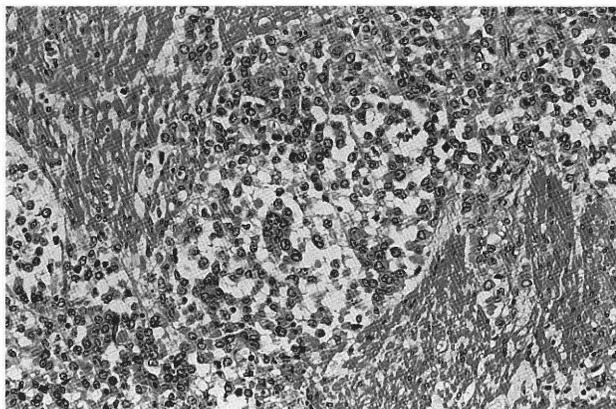


図14 胃癌 筋層内に浸潤性に増殖する低分化腺癌(HE染色)

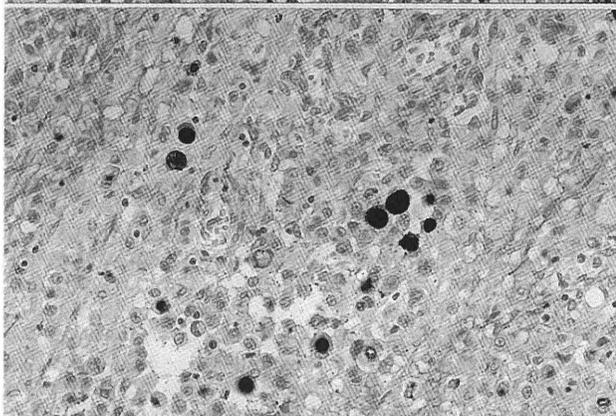
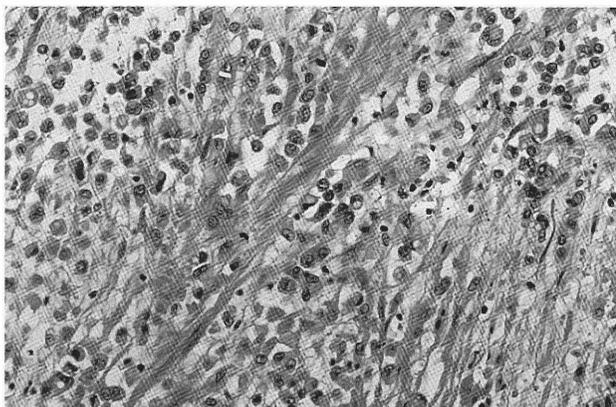


図15 胃癌 印環細胞癌(上段HE染色, 下段コロイド鉄染色)

広範で、転移リンパ節は胃漿膜側と線維性に癒着していた(図13)。癌は充実性胞巣を形成するところもあったが、明らかな腺管・乳頭分化はしめさなかった(図14)。また、筋層間に単離的に浸潤して粘液をいれた印環細胞癌化するものもあった(図15)。したがって、胃原発の低分化腺癌と診断され、胃はほとんど機能していなかったことが判明した。

肺：左肺450g、右肺460g、胸水は少量であったが、両肺とも全周にわたって胸膜の線維素性癒着があり、前面および肺尖部では壁側胸膜と、さらに内側面は心嚢、下葉は横隔膜と線維性に癒着していた。組織学的には全葉にわたって、うっ血浮腫をとともなう気管支肺炎がみとめられ、誤嚥された異物が確認された。さらに、硝子膜の形成が顕著で末期の高酸

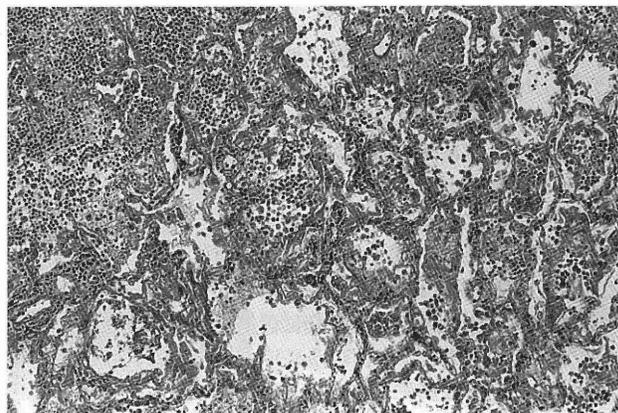


図16 肺 気管支肺炎と硝子膜形成

素療法の影響がうかがわれた(図16)。このような高度な肺胞障害は直接死因となりえたと判断された。また、肺門部リンパ節は長径約3cmに肥大していたが、癌の転移はみとめられなかった。

心：重量400g、左室壁厚18mmで、心筋肥大が顕著であった。心尖部には肝臓が形成されており、心肥大のため拍動による摩擦刺激が大きかったことが示唆された。長年にわたる高血圧症の既往があり、大動脈はじめ全身の動脈硬化症、腎硬化症、また癒着化した小型の心筋梗塞巣は多数確認されたことにくわえ、肺炎の遷延化による変化とかがえられた。

肝：重量850gで、やや褐色をおびて、褐色萎縮を呈していた。下面では腹部臓器との癒着がみとめられ、上前面には肋骨圧痕があったことから、腹膜炎による圧迫が持続していたことが示唆された。組織学的には、小葉中心性のうっ血が高度で、低栄養による変化と解釈された。

(朔, 鈴木)

ま と め

剖検時には、上顎骨肉癌の原発部位での残存はなかったものの、反対側頸部には癒痕組織中にながら高分化型扁平上皮癌が残存していたが、増殖性格はなかった。すなわち、口腔癌および頸部リンパ節転移は概ね制御されていたとかがえられた。しかし、胃の原発性低分化型腺癌はほぼ胃全体を置換するほどに進行しており、栄養障害は高度であったことが示唆された。胃癌の所属リンパ節への転移および周囲臓器への直達浸潤をしめし、広範な癌性腹膜炎を併発していた。これらは悪液質を進行させたと思われた。さらに、誤嚥性肺炎による気道滲出性変化とともに高度の硝子膜形成をとともなう肺胞障害も全葉に顕著で、これらによる呼吸障害が直接死因となったと解釈された。したがって、口腔癌は制御できていたものの、高齢と口腔癌の既往のために重複癌としての胃癌の内科的診断が遅れたことが反省される症例として記録したい。

(朔, 鈴木)