

## 臨床病理検討会レポート

## 〔第6回〕 口峽咽頭癌

日時：1993年1月21日

新潟大学歯学部口腔病理学教室

歯科保存学第二教室

村田 雅史

新潟大学歯学部附属病院臨床検査室

鈴木 誠

新潟大学歯学部口腔外科学第二教室

服部 幸男

新潟大学歯学部歯科放射線学教室

林 孝文

## 症 例 提 示

患者：70歳，男性。

初診：1990年11月5日

主訴：右上顎臼歯部のできものが気になる。

家族歴：母が胃癌にて死亡。

既往歴：1984年にホジキン病（リンパ球優勢型，病期分類；IA）にて放射線治療を受けたが，1987年に再発し，化学療法と放射線療法を追加した。また1990年に脳梗塞の既往がある。

現病歴：1990年10月初旬，右上顎大臼歯部の腫瘍に気づく。その後腫瘍は増大し，開口時の痛みと嚥下時の違和感も出現したため，当科を紹介受診した。

初診時現症：顔貌は左右対称。所属リンパ節は右顎下部に示指頭大，左顎下部に大豆大のものを各1個触知し，ともに可動性で圧痛はなかったが，右上内深頸部に固着性で圧痛を伴う大豆大のものを1個触知した。口腔内は7]遠心歯肉～右軟口蓋～臼後三角部に，31×21mmの硬結を伴う隆起を認めた。隆起前方部の7]遠心歯肉～上顎結節部には21×8mmの穿掘性の潰瘍を認め，易出血性で軽度の接触痛を伴っていた。また，軽度の開口障害を認めた。

臨床診断：右口峽咽頭癌（T<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>，stage IV）

処置および経過：生検にて扁平上皮癌の病理組織診断であった。腫瘍部にはホジキン病の際に放射線が照射されており，腫瘍を制御できるだけの照射ができないため，CDDPとPEPによる術前化学療法を施行後，12月6日全身麻酔下で腫瘍切除術，上下顎骨部分切除術，右全顎部廓清術を施行した。しかし，摘出物の病理組織診断では上顎結節部上方断端に腫瘍組織が存在し，また外頸動脈と癒着していた

転移リンパ節に節外浸潤を認めたため，原発部位と右上顎部に各々60Gyの術後照射を行い，さらにCDDPと5-FUによる化学療法を3回施行した。しかし，術後8か月，右口蓋舌弓部に再発を認め，その後腫瘍は徐々に増大した。1991年10月頃より右上顎部にも腫脹が出現し，増大傾向を認めた。また，腫瘍の浸潤による嚥下困難も生じ，11月に誤嚥性肺炎を併発した。同年12月，延命を目的にMTXとTHP-Adrによる化学療法を追加したが，次第に嚥下困難は著しくなり，1992年3月に全身管理のため入院。その後肺炎の増悪を認め，4月15日頃より意識レベルが次第に低下した。5月1日には意識はほぼ消失し，5月8日，全経過1年6か月にて死の転帰をとった。（服部）

## 画 像 所 見

本症例は，6年前にHodgkin病に対し頸部にライナック10MVX線にて左右対向で40Gyの放射線治療を受けている。今回の腫瘍の中心的位置は，ほぼこの照射野の辺縁上に位置するが，このことは，この治療が今回の腫瘍発生の原因となった可能性を強く示唆するものでもなければ，全く否定するものでもない。

初診時パノラマ（1990/11/5，図1）では，右上顎結節部に骨吸収を認める（矢頭）。デンタルでは，この骨吸収の辺縁は不整であった。

初診時軸位CT造影後軟組織表示（1990/11/22，図2）では，右上顎結節部から頬筋隙にかけ，筋と

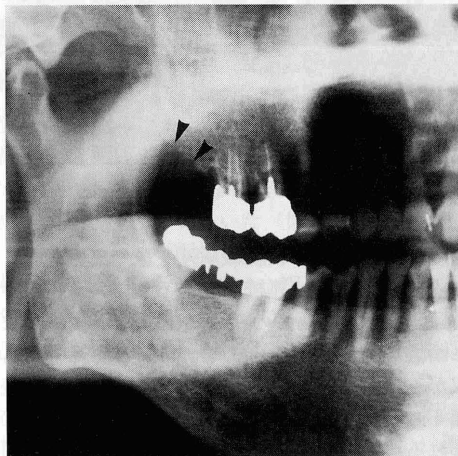


図1

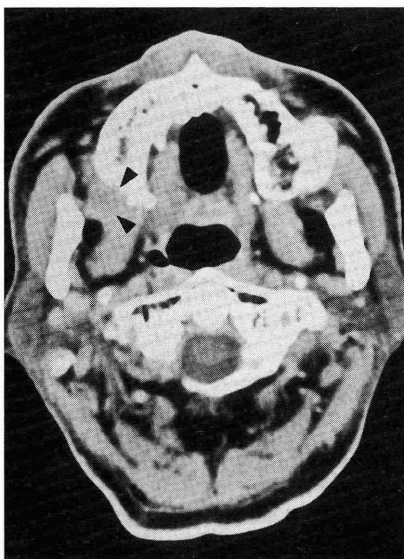


図2

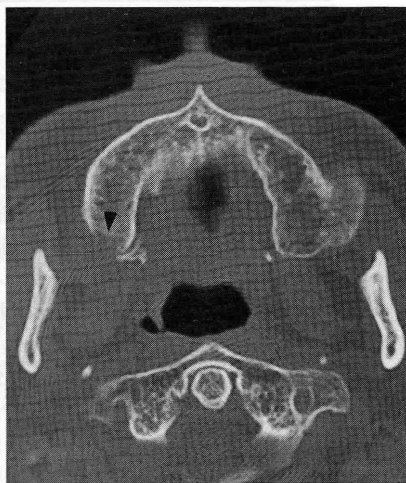


図3

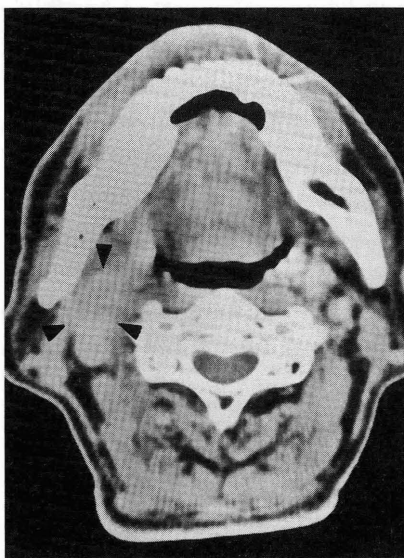


図4

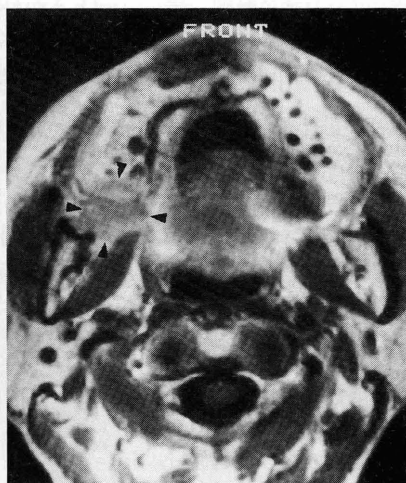


図5

同程度に造影される軟組織病変を認める(矢頭)。病変は内側翼突筋とは連続像である。同レベルの骨表示(図3)では、病変の接する上顎結節後縁の皮質骨に断裂が認められる(矢頭)。同部の海綿骨にも骨吸収がみられる。上頸部レベルの造影後軟組織表示(図4)では、右外頸動脈前方に、転移リンパ節と思われる、造影される軟組織病変を認める(矢頭)。周囲の血管・筋肉との境界は不明瞭であり、辺縁部

の脂肪層は混濁している。転移腫瘍のリンパ節外への進展が示唆される。初診時軸位MR造影後T1強調画像(1990/12/3, 図5)では、CT同様、右上顎結節部に筋肉より強く造影される軟組織病変を認める(矢頭)。上顎骨内にも病変の進展と思われる領域が認められる。

以上、初診時の画像所見を総括すると、(1)右上顎結節部を中心とし、外側は頬筋隙に、後方は内側翼突筋に及び、前・内方は上顎結節部の皮質骨を吸収し、骨内に進展した軟組織病変であること、また(2)同側上頸部リンパ節への転移(節外進展の可能性の高い)を伴っていること、が示唆された。

術後約2カ月時の造影後軸位CT軟組織表示(1991/1/24, 図6)では、上顎骨は臼歯部歯槽骨から翼上顎裂にかけて切除されている。切除部辺縁の軟組織は筋肉よりやや強く造影され、厚みがあり、中央に空洞を有する(上下的には口腔と連続している)。この右上顎結節部については、以後撮影された限りのCTで軟組織・骨ともに著変なく、明らかな

腫瘍の再増大の所見は認められなかった。上頸部レベル(図7)では、頸部郭清術により内頸静脈や胸鎖乳突筋などが切除され、右上頸部リンパ節相当部には造影される厚い境界不明瞭な軟組織が認められる。術前に転移リンパ節の認められた部分に、辺縁部が造影される小さなlow density area (LDA)を認める(矢頭)。術後約8カ月時のCT(1991/7/26)ではこのLDAを有し辺縁の造影される病変は

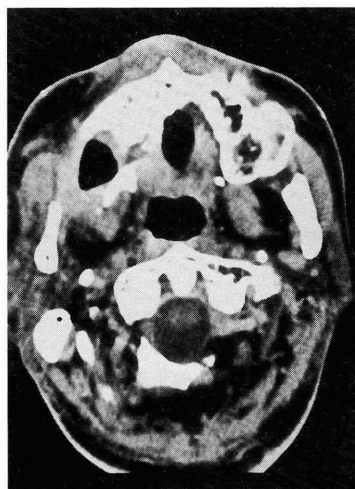


図 6



図 7

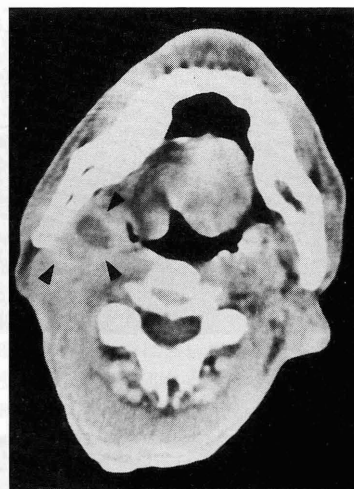


図 8

増大傾向を示しており、術後約1年時のCT(1991/11/26, 図8)では、この病変はさらに著明に増大し、咽頭腔を变形させている(矢頭)。最終追跡CT(1992/1/21)ではLDAの若干の減少はみられるものの、この増大傾向は変わらなかった。

以上のように、術後CTを追跡すると、上顎結節部における腫瘍の再増大は明らかでないのに対し、上頸部転移リンパ節部での腫瘍の著明な再増大が認められた。

なお、初診時の胸部単純X線写真では、左右両側の肺尖部に、6年前のHodgkin病に対するmantle fieldによる放射線治療によるものと思われる肺線維症を認めたが、限局性であり、肺機能に重大な影響は与えないと考えられる。また胸部単純X線写真上、明らかな肺転移巣と思われる所見は最終追跡時まで認められなかった。(林)

## 病 理 所 見

### 剖検時全身所見

剖検は死後約4時間半で行われた。全身のるいそう、腹部の陥凹が著明であった(身長160cm, 体重42kg)。また、全身皮膚に軽度の貧血と黄疸がみられた。

### 主病変(口咽頭癌)

腫瘍は肉眼的には、灰白色で硬結を伴い、右上顎結節の原発巣から一部潰瘍を形成しながら口蓋垂の一部を含む右側軟口蓋、鼻咽頭粘膜に達し、後方は右側舌根部、口腔底から後咽頭壁に及んでおり、下方へは外側咽頭隙を経て総頸動脈分岐部下方、甲状軟骨上縁の高さまで達していた。さらに腫瘍はこ

こから右顎下部皮膚へ露出し、潰瘍を伴う結節を形成していた。遠隔臓器への転移は右肺に認められ、肉眼的には直径約5mmの白色病変として上、下葉に1個ずつ観察された。組織学的には原発巣、転移巣とも中等度に分化した扁平上皮癌で、角化傾向はあまり顕著でなく、小胞巣を形成しながらびまん性に周囲組織へと浸潤していた。また間質成分に乏しく、リンパ球反応もほとんどみられなかった(図9, 10, 11)。リンパ節への転移は認められなかった。

### 主要臓器所見

心(310g): 肉眼的には著変はなく、組織学的には心筋細胞に褐色萎縮がみられるとともに、これら心筋間に軽度のリンパ球浸潤があった。また、左心室後壁に小線維化巣が点在しており、冠動脈、大動脈起始部には内膜の軽度の肥厚が認められた。全身血管系では腹部大動脈から左右総腸骨動脈にかけて石灰化を伴う高度の粥状硬化症がみられた。

肺(左800g; 右700g): 両側とも一部で壁側胸膜と線維素性に癒着し、胸腔に血漿性胸水の貯留が認められた。組織学的には肺全体に著明な線維化を伴う器質性肺炎、肺泡拡張不全症の像を呈する中に多数の小膿瘍が点在していた(図12)。

肝(1270g): 肉眼的には著明な黄疸がみられ、全体的に暗緑色を呈していた。組織学的には小葉間胆管に胆汁のうっ滞があり、これを中心として類洞、毛細血管の拡張がみられた。全体的に肝細胞は萎縮し、また巣状壊死が散在していた。

腎(左180g; 右170g): 表面は細顆粒状を呈し、点状のうっ血が全体にみられた。組織学的には両側とも小動脈、細動脈内膜の線維性肥厚、糸球体の萎縮

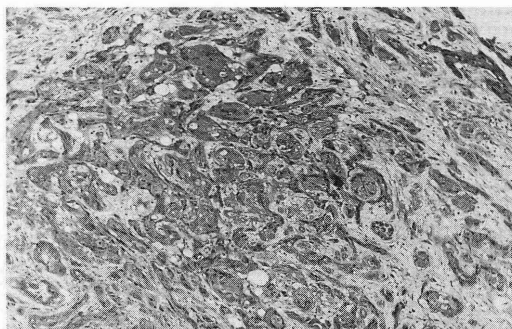


図 9

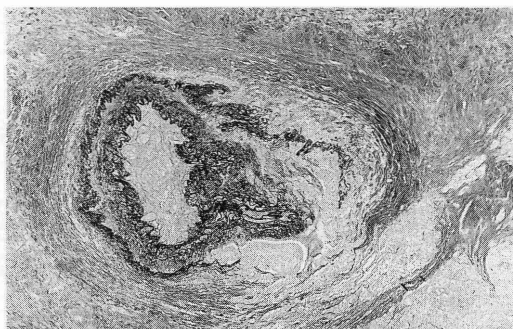


図10

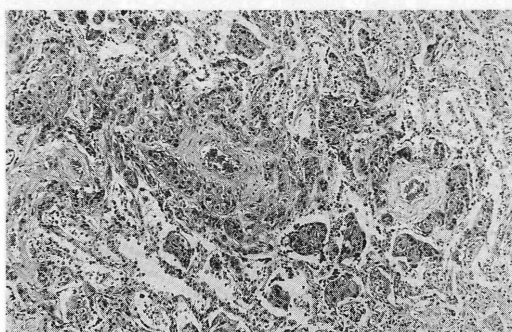


図11

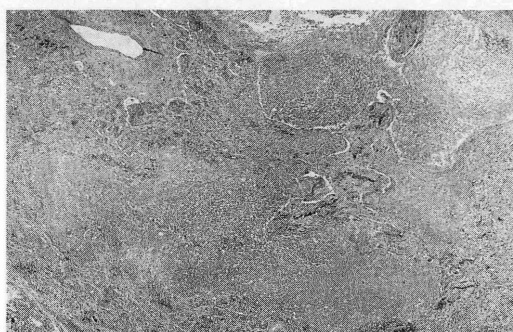


図12

および軽度のリンパ球浸潤等を示し、良性腎硬化症に相当する像であった。また、肝における胆汁のうっ滞に起因すると思われるビリルビン円柱が観察された。

脾 (120g)：腺房の破壊を伴う著明な炎症性細胞浸潤および間質の線維化がみられた。

脳 (1,590g)：軽度の浮腫が認められた。(村田)

## コ メ ント

患者は右上顎結節部に腫瘍が原発し、初診時(1990年11月)の生検にて中等度に分化した扁平上皮癌と診断された。入院後、外科的治療(同年12月)、化学療法、放射線治療が施されたが、手術後7ヶ月目に再発し、その後入院下にて全身管理されていたが、やがて腫瘍の制御は不可能となり、初診から1年6ヵ月後に死の転帰をとった。剖検時、右側上顎結節部から舌後方～口峽咽頭部へと連続する腫瘍

の下方への進展が著明であった。腫瘍の組織像は生検時と剖検時とで明らかな差はみられなかった。直接死因としては胸水の貯留と、遷延していた肺炎および治療に用いられたサイクロフォスファミドに起因すると思われる高度の肺線維症による呼吸不全でその結果、心不全をきたしたと考えられた。

本症例で特徴的なことは、癌発病の約6年前にホジキン型リンパ腫に罹患していることである(以後、再発はみられなかった)。このため、長期に亘って放射線治療を受けており、このことと癌発生の関連性は全く否定することはできない。しかしながらこれを裏付ける確固たる証拠は見出すことはできなかった。また、死亡の約3週間前(1993年3月)に喀痰中よりMRSAが検出されており、肺の小膿瘍、肝、脾、腎といった主要臓器にみられた炎症(主として慢性)はMRSA感染と無関係であるとは言えまい。(村田、鈴木)