臨床病理検討会レポート

日時：1992年１月22日

新潟大学歯学部口腔病理学教室
人見　緑　小宮隆端
新潟大学歯学部附属病院臨床検査室
鈴木　誠
新潟大学歯学部歯科放射線学教室
足利谷美砂
新潟大学歯学部第一口腔外科学教室
濱本宜興
新潟大学歯学部第二口腔外科学教室
小野和宏

症例提示

●症例１

患　者：57才　男性

初診前経過：1991年２月頃から左下顔面に鈍痛やオトガイ部の知覚麻痺を自覚したため、３月15日に開業歯科医にて⌈8を抜歯した。抜歯後も上記の症状は変わらないため、本学第一口腔外科紹介され、４月４日初診した。

初診時症状：全身状態異常なし。

口腔外所見：左下顎部に腫脹、圧痛等なし。左下唇、左オトガイ部に知覚麻痺。左顎下リンパ節；小指大１個、可動性（＋）、圧痛（－）弾性やや硬。右顎下リンパ節；小指大１個、可動性（＋）、圧痛（－）弾性軟。頸部リンパ節触れず。開口障害なし。

口腔内所見：⌈8抜歯窩はほぼ治癒し正常粘膜に覆われ、視診的には異常は無かった。⌈1－6歯肉に知覚麻痺、⌈7には軽度の動揺と打診痛があった。

初診時診断：骨髄炎。

ＣＲＰ，血沈などは正常。抗生剤投与したが、症状は変わらず。単純Ｘ－ＰやＣＴなどから悪性腫瘍が疑われたため入院。５月16日、⌈8相当歯肉から生検。表面のほぼ正常に見える粘膜の直下に腫瘍組織が存在した。病理診断は原発性顎骨内癌であり、歯原性由来が示唆された。５月24日、左下顎骨半側切除術、左全頸部郭清術、DP flap 即時再建術を行った。術中所見および frozen section で断端に腫瘍の露出はなかったが、摘出物の病理学的検査にて舌側で腫瘍が切除断端に近いことが明らかになった。またリンパ節転移が認められ、うち１個に節外転移も認められた。その後、DP 切り離し術、合計60Gy のコバルト照射。CDDP 合計180mg 投与し、10月16日、退院した。しかし12月５日、DP flap 最上端部に腫瘍の再発が確認され、12月11日、再入院。12月17日、腫瘍切除手術行ったが、断端に腫瘍が残存した。１月20日から化学療法を開始したが、投与直後より重篤な下痢が生じ、また、２月中旬より、肺転移と MRSA 性肺炎が明らかになった。このため、腫瘍に対する積極的な治療は行わず、全身管理と疼痛対策を行っている。

（濱本）

●症例２

患　者：61才　男性

主　訴：レントゲン写真にて右下顎骨の透過像を指摘された。

現病歴：1991年８月、|1の動揺を主訴に開業歯科受診した際にパノラマレントゲン写真撮影され、右顎角部の透過像を指摘された。同医より両津市民病院歯科口腔外科を紹介され、さらに本学第二口腔外科紹介され、1991年９月９日初診した。特に自覚症状はなかった。なお、患者は上顎総義歯、下顎部分床義歯を使用していたが、1989年に製作した時点で、上顎義歯床が右下顎臼後部に接していたとのことである。また、同時期、耳鼻科受診した際に右下顎舌側の腫脹を指摘されている。

現　症：顔貌は左右非対称で、右顎角部から頬部にかけて軽度な瀰慢性腫脹がみられた。右下唇の知覚異常なく、また開口障害も認められなかった。リンパ節は左右顎下部にそれぞれ米粒大、小豆大で可動性のものを各１個触知した。口腔内には⌊8 舌側から臼後部、口蓋舌弓にかけて、舌側では強く境界明瞭な、頬側では不明瞭な弾性軟の腫脹がみられた。臼後部に上顎義歯による圧痕を認めたが、表面粘膜の性状に異常なく、潰瘍はみられなかった。残存する⌊8 7⌋ には動揺は認められないものの、打診にて軽度の違和感があった。いずれも処置歯であり、失活していた。

臨床診断：下顎腫瘍（エナメル上皮腫の疑い）。

処置及び経過：1991年９月10日ＣＴ撮影、９月17日 MRI 撮影後、右臼後部より生検を施行した。病理組織診は mucoepidermoid tumor であった。TNM 分類では $T_{3b}N_0M_0$、stageIII であった。10月１日入院し、10月16日に全麻下で右下顎骨連続離断および右顎下および

口腔底郭清を施行した。切除範囲は前方ではオトガイ孔前10mm、後方は下顎枝直後、外側は咬筋を、内側は舌下腺、内側翼突筋を含め、安全域を5～8mm取り、また顎下三角部も原発巣と一塊として郭清した。病理組織学的には摘出物断端に腫瘍細胞は認められず、また顎下リンパ節にも転移はみられなかった。その後は経過良好にて11月22日に退院し、現在、外来にて経過を観察している。（小野）

画　像　所　見

●症例1

1）X線CT　骨・軟組織表示冠状断（下顎下縁に平行）像（1991．5．10）

下顎骨は腫瘍によって前後方向に破壊されており、頬側皮質骨の断裂像及び舌側皮質骨の膨隆断裂像も認められるが、腫瘍は顎骨内で大きい拡がりを見せている。（図1）

2）⌈8抜歯（1991．3．15）前後におけるオルソパントモグラフィー連続拡大像。（図2）

1990．1．29（⌈8抜歯前）

⌈8水平埋伏歯歯冠周囲の白線及び下顎管壁は明瞭である。

1990．3．1

歯冠部の白線が不明瞭になり、歯冠下方で透過像が拡大、下顎管上壁が一部消失して認められる。

1991．4．4（⌈8抜歯後）

透過像は拡がりを増し、⌈7根尖に及び、下顎管下壁も消失して認められる。⌈8抜歯窩で歯根相当部の白線は残存している。

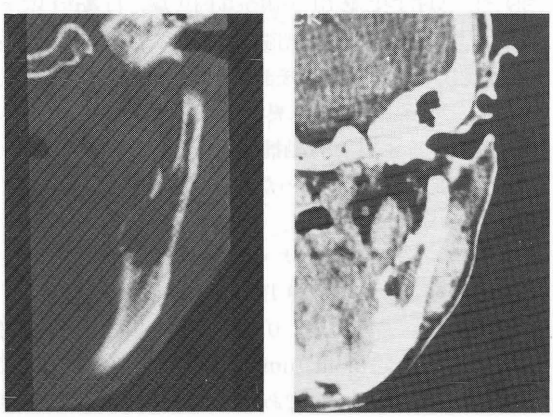


図1

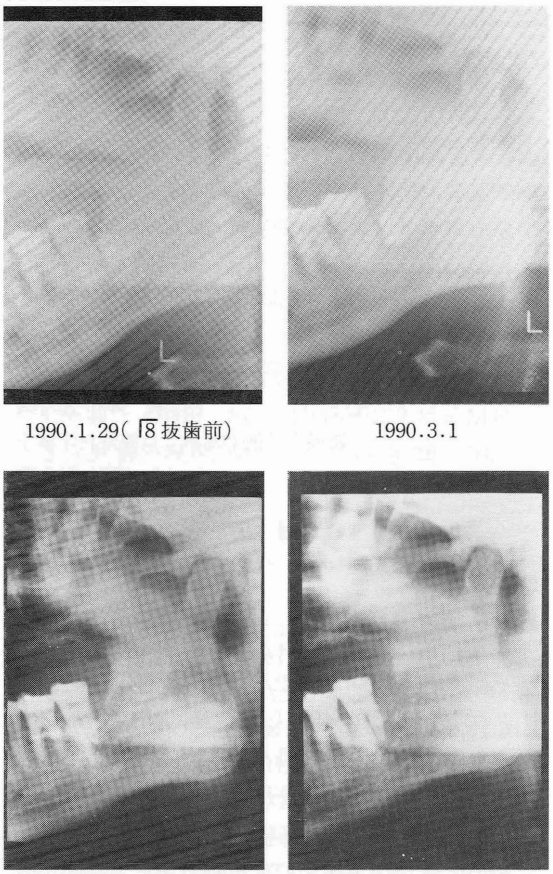


図2

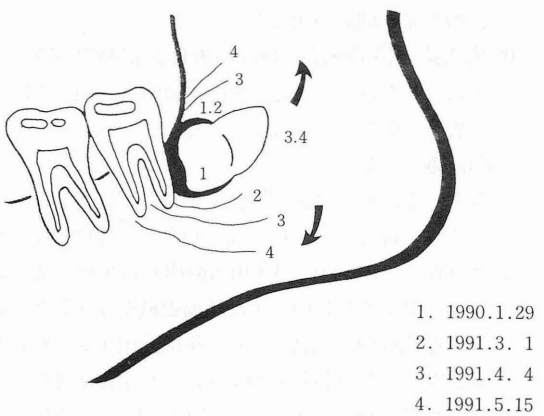


図3　腫瘍の進展経過（症例1）

1991．5．15

透過像は前・下・後へと拡大し、抜歯窩の白線も消失している。

3）腫瘍の進展経過の模式図（図3）

歯冠上方：1・2の時期、透過像の拡がりはあまり変わらず、3・4の時期で後上方へ皮質骨を破壊しながら進展しているのが認められる。

歯 根 部：オルソパントモグラフィーでは障害陰影のため、評価が難しいが、抜歯窩の白線が3の時期に認められている事から抜歯前1・2の時期には腫瘍の進展は軽度であった事が予想される。

歯冠下方：透過像が時間経過とともに、一番早い拡がりを見せている部位で、その破壊形態は歯冠に沿った皿状様である。

4）まとめ

腫瘍は顎骨内を進展の場とし、経時的には腫瘍の進展が歯冠下方でより早く認められ、同部位での骨破壊形態がいわゆる皿状様である事から、画像的には $\overline{|8}$ 歯冠下方部の組織から腫瘍が発生したと推測された。

●症例2

1）X線CT軟組織表示軸位断像、イオパミロン300静注後（1991．9．10）MRI T1強調冠状断像、Gd−DTPA静注後（1991．9．17）

腫瘍は顎骨内及び顎骨外舌側に存在し、特に顎骨外での体積がより大きく認められている。（図4）

2）X線CT骨表示冠状断（下顎下縁に平行）連続像（1991．9．10）

下顎骨は、臼後部では皿状様に破壊され、そこから骨体部前方に向かって軽度膨隆した房室が連続して形成されている。臼後部以外の頬舌側皮質骨にも部分的破壊が認められ、顎骨外を進展する腫瘍に接する骨は外側からscallop状に吸収されている。（図5）

3）腫瘍の進展模式図（図6）

腫瘍は臼後部を中心に顎骨内を房室形成しながら前下方へ、また顎骨外を舌側皮質骨を外側から圧迫吸収しながら後下方へと進展したと思われる。

4）まとめ

画像的には、臼後部における骨の破壊形態が皿状様で、舌側の骨が外側からscallop状に圧迫吸収されている事、腫瘍体積が顎骨外でより大きく認められる事、顎骨内由来と考えた場合、腫瘍が大きい割には頬側への膨隆が軽度で骨破壊も舌側に比べ少ない事などから、臼後部顎骨

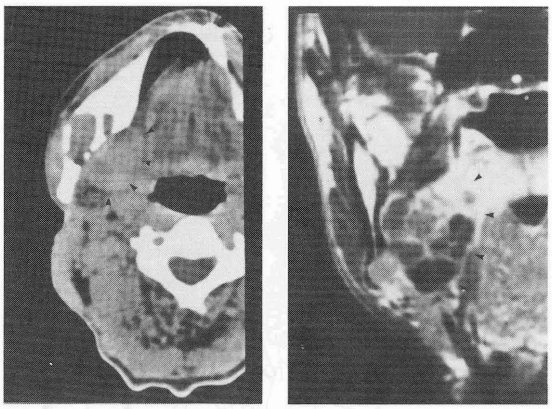


図4

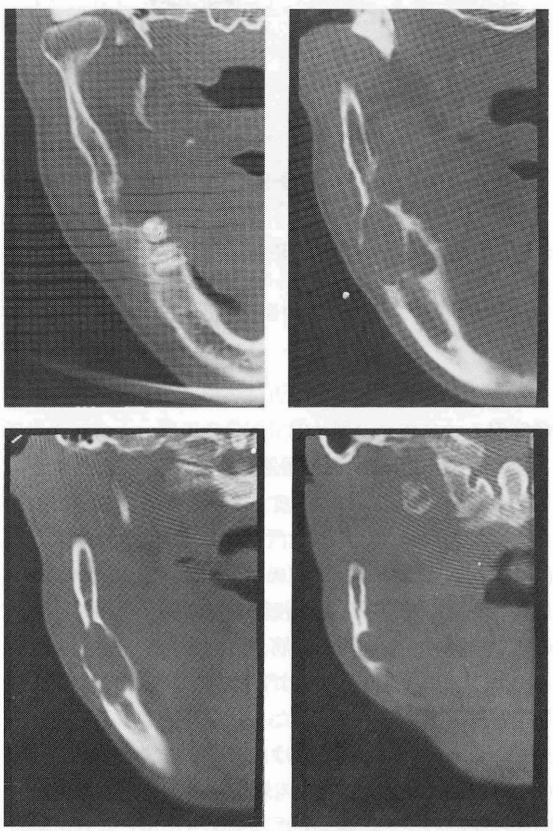


図5

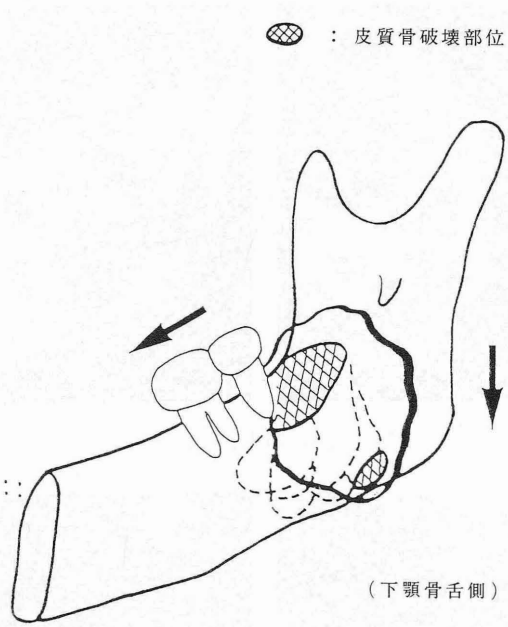


図6　腫瘍の進展模式図（症例2）

外（臼歯腺？）から腫瘍が発生したと推測された。

（足利谷）

病　理　所　見

●症例1

腫瘍は智歯抜歯窩下方の顎骨内を主体に存在し（図7）、第2大臼歯歯頸部よりの上皮との移行は認めるが、歯肉との直接の移行はなかった（図8）。口腔内への癌の露出は抜歯窩底部を除き、認めなかった（図7）。腫瘍は皮質骨を破壊し、頬舌側へ浸潤しており、とくに舌側への浸潤は瀰慢性で、顎舌骨筋、内側翼突筋、顎下腺へ及んでいた（図7）。下方へは下顎管を越えて浸潤し、下顎皮質骨を残すのみであった。前方へは第2小臼歯を越えてはいなかった。後方へは皮質骨を破壊しながら顎骨内を進展し、下顎孔後方でも顎骨内および舌側軟組織に腫瘍塊を認めた。組織学的には（図9、10）低分化型の扁平上皮癌よりなり、胞巣状、島状、索状の形態をとって増殖していた。腫瘍間質は密な線維性で、炎症細胞の浸潤は少なかった。実質細胞は比較的均質で、細胞間橋は明らかであるが、角化傾向は少なかった。また、腫瘍胞巣内に微小な嚢胞状空隙がみられ、胞巣辺縁にはケラチンを含む扁平な細胞がみられた。この腫瘍がきわめて



図7



図8

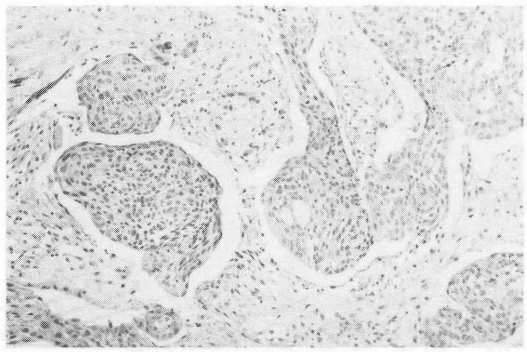


図9

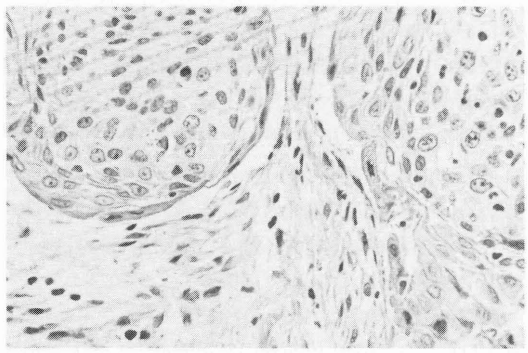


図10

悪性であることと、一部に癌真珠状の角化物があることを除けば、これらの組織学的な特徴はsquamous odontogenic tumorに類似していた。また、郭清されたリンパ節の中には節外浸潤を含むリンパ節転移およびWarthin's tumorを認めた。

病理組織学的診断：扁平上皮癌

（小宮）

●症例２

生検では粘液を有する細胞や扁平上皮性の細胞が腺管状ないし大小の嚢胞状構造を形成して増殖していた。拡張した腔を囲む上皮はしばしば圧排され、扁平化していた。腔内にはＰＡＳ反応陽性の粘液性物質を容れていた。細胞異型はあまりつよくなかった。手術により切除された右下顎は、大臼歯部から臼後部にかけて骨および軟組織が頬舌的に膨隆し、その割面では直径約２cmまでの複数の大小の嚢胞状腔が認められた。組織学的に腫瘍は皮質骨の破壊部分を経て下顎骨内外に連続してひろがっていた。腫瘍実質は大小の嚢胞状腔を含む細胞集団や充実性胞巣をなし、嚢胞状腔は低円柱状細胞や扁平化した細胞で囲まれ、また、所により粘液細胞を含み、腔内にはＰＡＳ陽性物質を容れていた。明瞭な扁平上皮への分化は一部に認められるのみであった。異型性は生検時に比べ、より明らかに認められたが、細胞分裂像はまれであった。間質は一部で膠原線維のつよい増殖からなっていた。腫瘍の顎骨内への破壊性増殖も明らかであったが、骨外での増殖（とくに舌側）がより大きかった。（図11、12）

病理組織学的診断：粘表皮癌

（人見、鈴木）

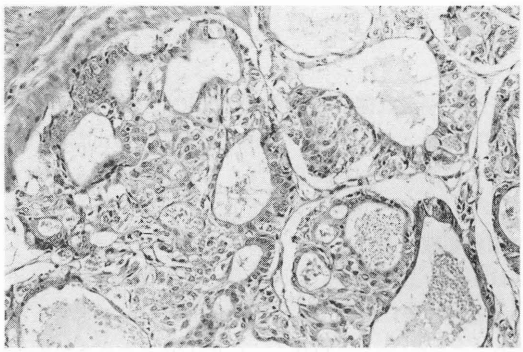


図11



図12

コ　メ　ン　ト

顎骨内への浸潤が明らかな癌については、それが顎骨内に原発した癌（顎骨中心性癌）である可能性を考慮しなければならないことがある。一般に顎骨内の癌が口腔粘膜と無関係であり、また、他部からの転移の可能性を否定できれば顎骨内原発とみなすことができる。しかし、臨床的に顎骨内原発を思わせる癌であっても、骨皮質の消失と口腔粘膜の潰瘍化を伴っていることは多く、このような場合、病理組織学的検索によっても顎骨中心性癌とする確証を得ることは必ずしも容易ではない。顎骨中心性癌は一般に扁平上皮癌や粘表皮癌であることが多く、由来としては顎骨内の歯原性上皮、顎骨骨体内や臼歯部骨内に迷入した唾液腺組織などが考えられている。

症例１は歯肉粘膜に腫瘍形成がみられず、また、智歯抜歯後、抜歯創の治癒がみられたため、臨床的には骨髄炎とみなされた。しかし、paresthesiaが認められたことや、ＣＲＰや血沈値等が正常なこと、Ｘ線的に病巣が限局性でなく、周辺の骨硬化像が明らかでなかったこと等は智歯周囲炎その他の炎症の場合とは異なっており、悪性の可能性も考慮すべきであった。組織学的には口腔粘膜上皮由来の癌に比べて角化傾向のとくに著明でない扁平上皮性の腫瘍胞巣と膠原線維性の間質からなる癌であり、歯原性上皮に由来することを示唆する例であった。また、症例２は臨床的にエナメル上皮腫が考えられたが、画像上は皮質骨の菲薄化だけでなく、消失も伴っていた。病理学的には下顎骨体内外にまたがる粘表皮癌であったが、病変は骨外でより大きく、臼後部小唾液腺由来の癌が増大した結果、その一部が顎骨内へ浸潤した可能性が示唆された。しかし、皮質骨の破壊が大きいため、顎骨中心性か否かの明確な判断は困難であった。顎骨中心性癌は早期に診断が確定されずに病変の拡大を許してしまう場合があることを銘記すべきである。（鈴木）