

臨床病理検討会レポート

[第11回] 舌 癌

日時：1995年11月30日

新潟大学歯学部口腔病理学講座，口腔外科学第一講座

内藤 義隆

新潟大学歯学部歯科放射線学講座

加藤 徳紀

新潟大学歯学部口腔外科学第一講座

鈴木 克也

症 例 提 示

患 者：67歳，男性。

初 診：1993年12月27日。

主訴：舌右側の痛み。

現病歴：1988年頃より，下顎義歯を使用していた。1993年12月中旬，右舌縁に引っかかるような感じがあり，開業医受診したところ，当科紹介された。

既往歴：1983年，アルコール性肝炎。1988年，胃癌(stage 1, 扁平上皮癌)の診断にて新潟県立ガンセンターにて胃全摘施行。口側断端に腫瘍認めため，術後放射線療法追加した。その他特記事項なし。

初診時現症：全身状態：身長164cm，体重52kgで，栄養状態は比較的良好であった。

口腔外所見：顔貌は対称。顎下リンパ節は両側で小豆大3個，上頸部では左側に小豆大1個，右側に小豆大2個認めた。いずれも可動性があり，圧痛は認めなかった。

口腔内所見：右舌縁前方1/2から舌根部にかけて，長さ28mm，幅19mmの穿屈性の潰瘍を認め，表面は顆粒状の肉芽で覆われ，一部易出血性であった。周囲には堤防状に隆起した硬結を認めた。

臨床診断：舌癌 (T₂N₀M₀)

処置及び経過：1月6日に入院，生検にて扁平上皮癌との病理組織診断を得た。術前化学療法(効果：NC)を行い，2月25日，右舌半側切除術，右全頸部郭清術，前腕皮弁による舌再建術を施行。上内・中内深頸リンパ節に1個ずつ転移リンパ節認めため，全頸部50Gy，上頸部10Gyで放射線療法を施行した。創の治癒は良好で腫瘍の再発はなく，6月2日退院。しかし食事摂取量は上がらず，激しい頭痛を訴え，右顔面・左手指に浮腫出現したため，精査・栄養管理を目的に6月30日2回目入院。脳外・外科・内科・ガンセンター受診するも，異常所見認めなかった。8月1日，栄養管理・精神的ケアを目的とし小針病院へ転院。9月初旬より右頸部に腫瘤出現したため，9月29日，3回目入院。生検にて，扁平上皮癌の皮膚転移認めた。10月3日より意識レベルおよび血圧の低下認め，10月4日に永眠された。

(鈴木)

画 像 所 見

入院8日後の1994年1月14日に撮影されたX線コンピュータ断層撮影(以下CT)の経静脈造影後の軸位断では，右側舌縁中央から舌根部にかけて筋より強い増強効果を示す軟組織病変を認める。病変の厚みは1.5cm程で前方の境界は比較的明瞭だが，後方の境界は咽頭部の動きによるアーチファクトで評価困難である(図1)。

また，そのCTとほぼ同時期に撮影された核磁気共鳴撮影(以下MRI)においてその経静脈造影後T1強調画像の軸位断では右側舌縁の病変をCTより明瞭に確認できる。その厚みはCT同様，粘膜面から1.5cm程で，正中には及んでおらず，後方は舌根部に一部進展しているが，咽頭側壁には及んでいない(図2)。また，STIR画像の冠状断では高信号を示す病変が顎舌骨筋の直上まで進展しているが，筋自体に明



図1 X線コンピュータ断層撮影(1994.1.14)

軸位断像：経静脈造影軟組織表示

右側舌縁から舌根部にかけて筋より高い増強効果を示す軟組織病変を認める(黒矢印)

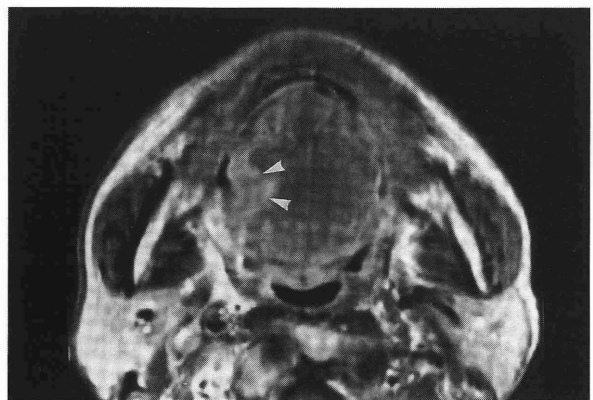


図2 核磁気共鳴撮影(1994.1.17)

軸位断像：経静脈造影後T1強調画像

CT同様，右側舌縁から舌根部にかけて軟組織病変認める(白矢印)

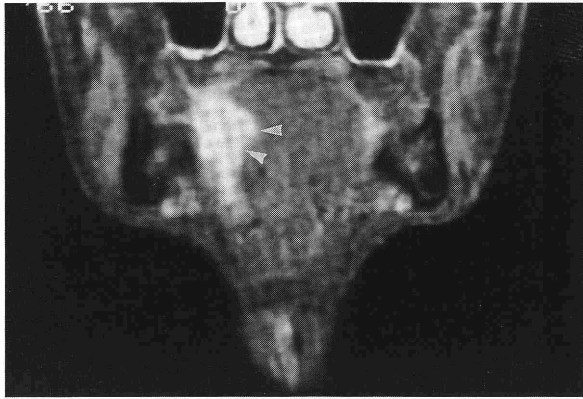


図3 核磁気共鳴撮影 (1994.1.17)

冠状断像: STIR画像

右側舌縁の病変が顎舌骨筋の直上まで進展している (白矢印)

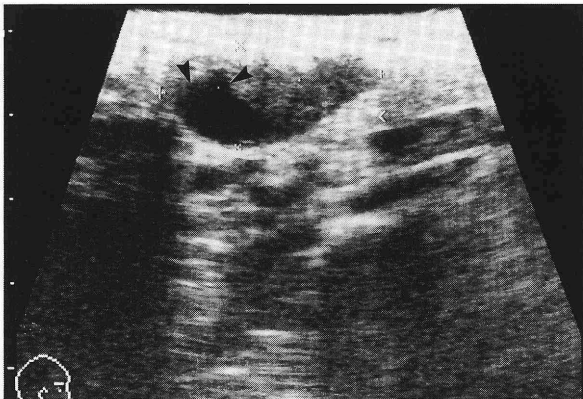


図4 超音波断層撮影 (1994.2.23) 冠状断像:

右側上内深頸リンパ節内部に無エコー域を認める (黒矢印)

らかな左右差がないのが解る (図3)。

所属リンパ節に関しては、初診の時点では画像的に明らかな異常所見を認めなかったが、術前化学療法終了後の2月23日の超音波断層撮影 (以下US) の冠状断では右側の上内深頸リンパ節内部に腫瘍細胞の融解壊死と思われる無エコー部位を認め、転移陽性の所見と考えられた (図4)。

以上の術前の画像所見から、患側の頸部リンパ節に転移を伴った右側舌腫瘍と診断された。

2月25日に舌半側切除術・右側頸部郭清術を施行し、その後3月28日から5月13日までコバルト60による外部照射が行われた。線量は右側全頸部に対して50Gy照射後、さらに病理組織学的に節外浸潤の確認されたリンパ節が存在した上頸部に対して10Gyの追加照射がなされた。

術後から一時退院までの3カ月間に1回のCT/2回のUS/6回の胸部X線撮影を行ったが、いずれの画像検査でも明らかな異常所見は認められなかった。

この後死亡するまでの約4カ月の間に、胸部X線撮影以外の画像検査は行われておらず、死亡直前の10月4日に撮影された胸部X線撮影では、右側胸膜腔が拡大した肺気胸および肺自体の縮小と全体的な淡い不透過性変化といった所見を認

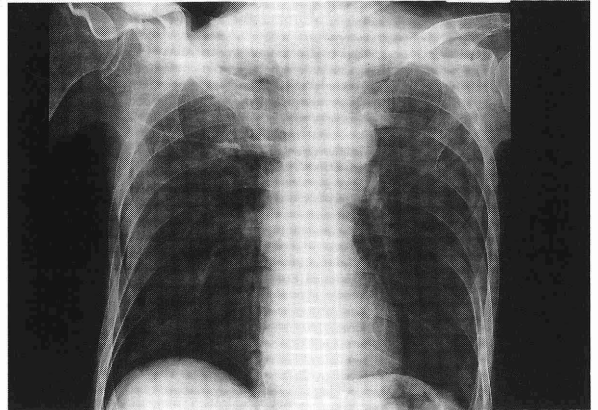


図5 胸部X線写真 (1994.10.4)

肺気胸の所見および肺自体の縮小と全体的な淡い不透過性変化を認める

めたが、明らかな転移巣や直接死因となりうるような重篤な肺炎等の変化は確認できなかった (図5)。以上より、直接死因に関連する画像所見は得られなかった。

また剖検所見において舌根部から咽頭部にかけて腫瘍組織が認められたが、手術後の画像検査が少ないためそれらがどのような経緯で及んだか推測することは困難であった。

(加藤)

病 理 所 見

剖検時全身所見

剖検は死後1時間で行われた。身長は169cm、体重35kg、ろいそうが顕著で、体表では直径8mm程度の腫瘍が右側頸部皮膚に7個、右側鎖骨部に3個みられた。

主 病 変

腫瘍は、上方では右側舌根部から、下方は右側喉頭蓋まで、非連続性に複数の再発巣を形成し、また右側頸部皮膚にも小さい腫瘍胞巣が多発性に認められた。病理組織学的には、角化傾向を示す高分化型扁平上皮癌であったが、8カ月前の右舌半側切除術時の病理組織像 (図6) と同様に、大型で明調の細胞からなる胞巣も認められた (図7)。間質はアルシアン青、ジアスターゼ消化耐性PAS染色陽性で、実質の多くにはDF3、EMA、CEA免疫染色陽性の胞巣があり、腺導管上皮細胞の性格を有するものと解釈された。また、これらは6年前の胃の扁平上皮癌の特徴と類似しており、胃癌の転移の可能性を完全に否定することはできなかった。

主要臓器所見

肺: 左肺が400g、右肺が300gで、左肺下葉、右肺上中葉で壁側胸壁と線維性に癒着し、剥離は困難であったが、胸水はみられなかった。含気性は少なく、直径5mm程度の白状癌転移巣が、右肺中葉と左肺上下葉の胸膜に散在していた (図8)。しかし実質内には転移巣は確認されなかった。肺胞内は、誤嚥性肺炎の像を呈し、さまざまな器質化段階が確認され、経過の長いことが示唆された。また、右側上葉には局所的に肺気腫が高度で、一部に陳旧性の結核結節もみいだされた。

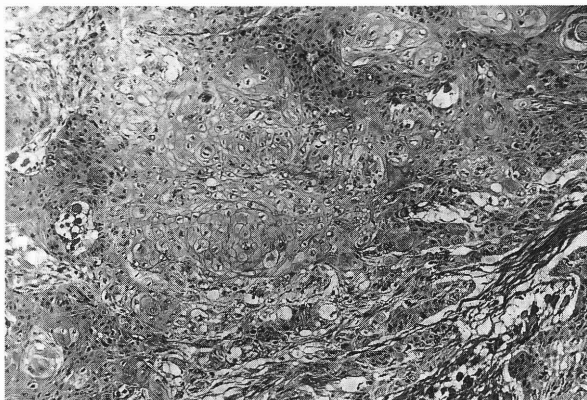


図6 大型で明調の細胞よりなる手術材料

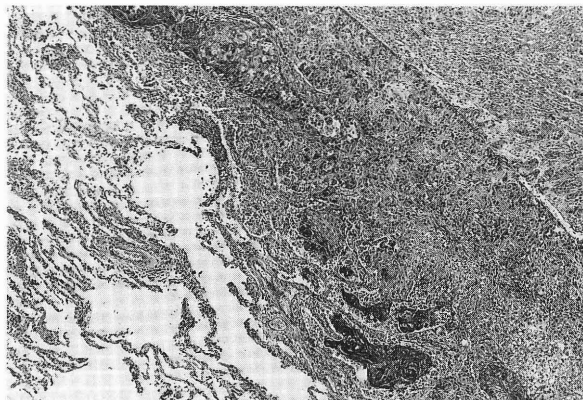


図8 肺転移巣。転移巣は胸膜からやや実質に浸潤している

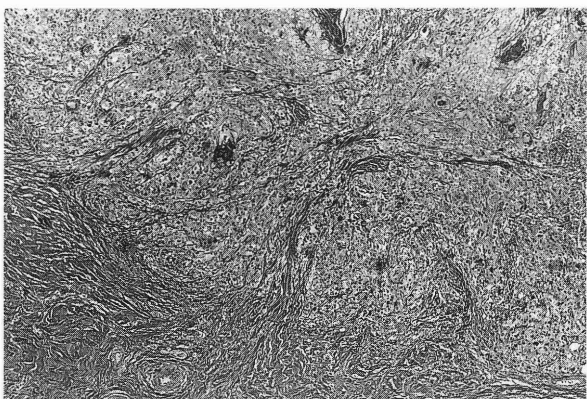


図7 頸部再発巣。高分化型扁平上皮癌であるが、大型で明調の細胞からなる胞巣も認められる

心臓：重量は250g、左心室壁は厚さ13mmでやや肥厚しているほかは肉眼的に異常所見はみられず、冠状動脈、大動脈の動脈硬化も軽度であった。また病理組織学的にも心筋にリボフスチン顆粒の沈着、および核の大小不同がみられたが、加齢変化の範囲内であった。

肝臓：重量は1000g。表面は比較的平滑で、割面では黄色調

であった。グリソン鞘を中心に中等度の線維化、小葉周辺性に脂肪化がみられた。グリソン鞘周囲ではリンパ球浸潤がみられ、周囲の肝細胞の、膨化、空胞化、脂肪化と、リンパ球、マクロファージの動員を認め、また限界板が不明瞭になっており、慢性肝炎（HCV）の活動期と解釈された。

脾臓：重量70g、色調は白色でやや浮腫状、割面では体尾部で白色膿瘍状を呈していた。病理組織学的には、脾実質の壊死、膿瘍がみられ、周辺部で腺房の萎縮、壊死に脂肪壊死を伴っていた。急性脾炎の像を呈しており、アミラーゼ、CA 19-9の上昇を説明できた。

腎臓、消化管、脳には特記すべき変化はみられなかった。

（内藤）

ま と め

腫瘍は患側舌根部から咽頭側壁にかけて断続性に複数の再発巣を形成し、また右側頸部皮膚、および胸膜に遠隔転移がみられた。腹腔内は胃全摘術後のため肝臓、脾臓、腸管に線維性の癒着が顕著であった。これは総胆管の狭窄をきたし、肝および胆嚢の胆汁うっ滞、急性脾炎を招来した可能性がある。悪液質を背景に、肺気腫、誤嚥性気管支炎および肺炎による呼吸不全が直接の死因と考えられた。

（内藤）