

舌上皮内癌と上咽頭癌が重複した1例

鶴 卷 浩, 大 橋 靖
星 名 秀 行, 鈴 木 誠*

新潟大学歯学部口腔外科学第2講座 (主任: 大橋 靖教授)
新潟大学歯学部附属病院臨床検査室* (主任: 鈴木 誠講師)
(受付: 平成7年4月18日; 受理: 平成7年6月7日)

A case of double cancer in oronasopharyngeal region: carcinoma in situ of the tongue and nasopharyngeal carcinoma

Hiroshi Tsurumaki, Yasushi Ohashi
Hideyuki Hoshina and Makoto Suzuki*

*Second Department of Oral and Maxillo-facial Surgery, School of Dentistry, Niigata University
(Chief: Prof. Yasushi Ohashi)*

*Laboratory for Clinical Investigation, Niigata University Dental Hospital *
(Chief: Lect. Makoto Suzuki)*

(Received on April 18, 1995; Accepted on June 7, 1995)

Key words: double cancer (重複癌), erythroplakia (紅板症), carcinoma in situ (上皮内癌), nasopharyngeal carcinoma (上咽頭癌), cervical lymphnode metastasis (頸部リンパ節転移)

Abstract: A 55-year-old woman was referred to our clinic in August 1989. Large erythroplakia was recognized in the left edge of the tongue. The lesion was surgically excised and pathologically diagnosed as carcinoma in situ. The disease did not recur.

About two years later large mass developed in the left upper neck. Though the neck mass was assumed to be a metastasis from unidentified primary lesion and examination including consultation with otolaryngologist was performed, no carcinoma was detected in the other sites. So the neck lesion was extirpated and pathologically diagnosed as moderately differentiated squamous cell carcinoma. After five months paresthesia arose in the left cheek. The cranial CT findings suggested nasopharyngeal carcinoma (NPC). Moderately to poorly differentiated squamous cell carcinoma was found by blind biopsy by otolaryngologist. At this time origin of neck nodes proved to be NPC. Neither NPC nor neck mass lesion were controlled and she died in July 1992.

抄録: 舌上皮内癌と上咽頭癌が異時性に重複した1例を報告した。

症例は55歳の女性で1989年4月当科を初診した。初診時、左舌側縁に広範な紅板症を認めた。生検で高度上皮異形成と診断し、外科的に切除した。摘出物の一部に、より強い細胞異型、異常核分裂像、細胞極性の乱れがみられ、最終的に上皮内癌と診断した。再発なく経過したが、約2年後左上頸部に巨大な腫瘍が出現した。他の原発病変からの転移と考え、耳鼻科医との対診を含めた精査を行ったが、他に異常は認めなかった。そこで頸部腫瘍を摘出し、中等度分化型の扁平上皮癌の診断を得た。その5か月後左頬部に知覚異常が出現した。頭部CT所見から上咽頭癌が疑われ、耳鼻科医による生検で中等度～低分化型の上咽頭扁平上皮癌の診断を得た。この時点で頸部リンパ節転移の原発巣は上咽頭癌であることが判明した。放射線治療を行ったが、上咽頭癌、頸部リンパ節とも制御できず1992年7月死の転帰をとった。

結 言

重複癌の発見される頻度は増加傾向にあり、口腔癌は消化器系、呼吸器系の悪性腫瘍との重複が多いとされている¹⁾。

上咽頭癌は潜行性に進展し、自覚症状に乏しく、頸部リンパ節転移や周囲組織に浸潤した結果生じる開口障害、咀嚼筋痛、脳神経（特に三叉神経）症状で発見されることが多く、その診断に歯科医が関与する場合もある²⁾。今回、舌上皮内癌治療2年1か月後に巨大な頸部腫瘍が出現、諸検査ならびに耳鼻咽喉科との対診の結果、同病巣は上咽頭癌の転移であると確定診断した1例を経験したので、その診断にいたる経過を中心に報告する。

症 例

患 者：55歳，女性。

初 診：1989年4月4日。

主 訴：左舌側縁部がしみる。

家族歴，既往歴：特記事項なし。

現病歴：1987年頃某歯科にて左下顎臼歯部の義歯を装着したが、1年前より左舌側縁部を誤咬するようになり、同歯科でアフタがあると言われ、貼薬処置を繰り返されたが改善せず、当科を紹介された。

初診時現症：

全身所見；身長160cm，体重74kgと肥満体。

口腔外所見；顔貌は左右対称で，顔色良好。所属リンパ節は左顎下に可動性で大豆大のものを2個触知。

口腔内所見；左舌側縁部～口底に境界明瞭な42×25mmの赤色病変を認める。前方1/3は表面顆粒状を呈し，後方2/3は表面粗造で周囲よりやや隆起している病変で，両者の境界はやや深く切れ込み，びらんを認める。硬結は触れない（写真1）。

臨床検査所見；血清生化学検査でGPT 28IU/l，ALP

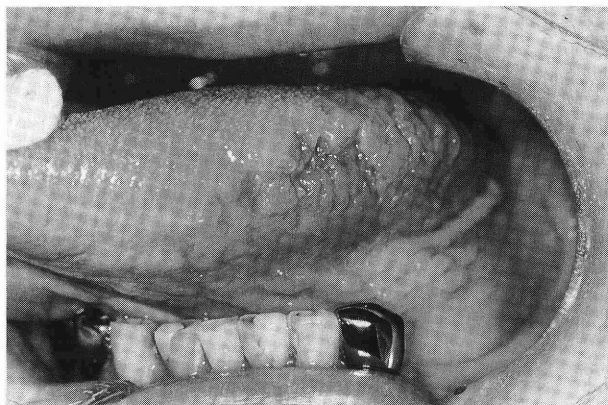


写真1 初診時口腔内写真

256IU/l，TTT 4.4Mc.U，T-Chol 249mg/dlといずれも軽度の上昇を示すが，他に異常を認めない。

臨床診断：舌紅板症

処置及び経過：生検で高度上皮異形成の診断を得，同年5月25日全身麻酔下に舌部分切除，遊離皮膚移植術を施行した。

摘出物病理組織学的所見(写真2)：摘出物のほぼ全面にわたり被覆上皮の異形成性変化がみられ，一部により強い細胞異型，異常核分裂像，細胞極性の乱れ等の変化を認めるが，基底膜は保たれ，筋層への浸潤は認めない。

摘出物病理組織学的診断：上皮内癌

その後経過を観察していたが，舌には臨床的に異常を認めないにもかかわらず，治療後2年1か月の1991年6

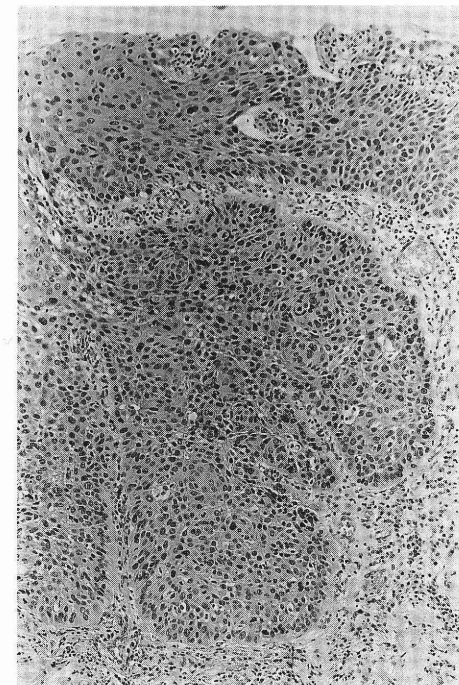
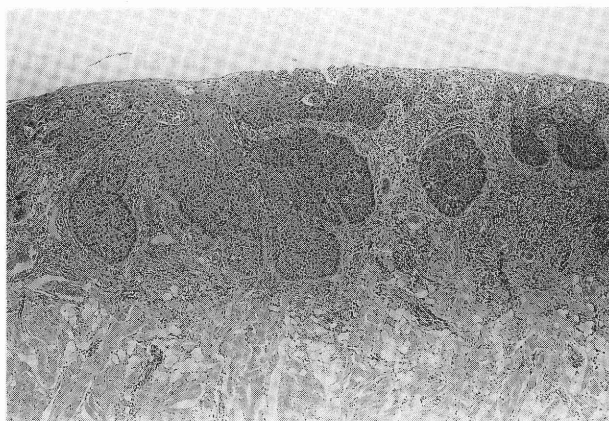


写真2 舌摘出物病理組織写真（H-E染色）

上段：被覆上皮の高度異形成ないし上皮内癌。

下段：拡大像。細胞異型が明らかである。

月左上頸部に鶏卵大の腫瘤が出現した(写真3)。穿刺生検で扁平上皮癌の病理組織学的診断を得た。舌には再発なく、治療後2年以上経過していたことから、他の原発巣の存在が考えられ、⁶⁷Ga シンチグラムを施行したが、左頸部に集積を認めた他は異常なく、本学耳鼻咽喉科での内視鏡検査でも咽頭部に腫瘍は見られないとのことであった。同リンパ節は急速に腫大したため、生検の意味をかねて部分的頸部郭清術を施行した。摘出したリンパ節の病理組織学的診断は中等度分化型の扁平上皮癌であった(写真4)。同年11月頸部再発をきたし、放射線温熱化学療法施行中、左眼窩下部～上唇に知覚鈍麻が出現した。本学脳外科に精査を依頼したところ、CTで左蝶形骨大翼に骨破壊像を認めた(写真5)。耳鼻咽喉科に上咽頭の生検を依頼し、中等度ないし低分化型扁平上皮癌の確定診断を得た(写真6)。以上のことから、舌は病理組織学的に上皮内癌であり再発の所見を認めないこと、および頸部リンパ節と上咽頭癌の病理組織所見の類似性から、左頸部リンパ節転移の原発巣は上咽頭癌であると診断した。上咽頭癌に対し Linac 50Gy の照射を行ったが、原発巣、頸部とも制御不能で、当科初診3年4か月後に

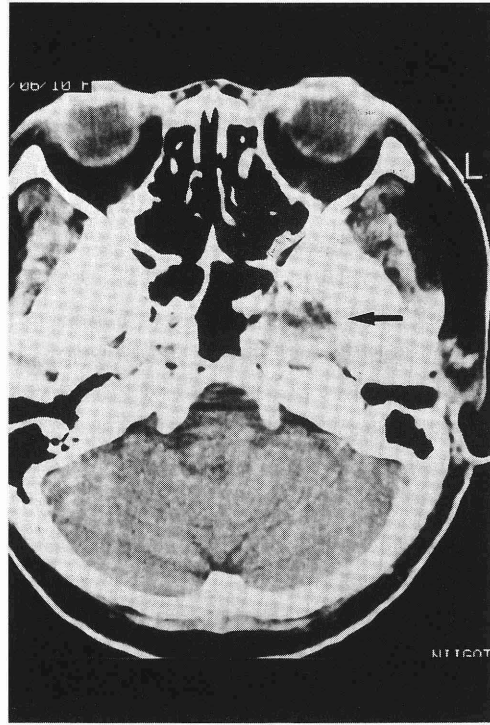


写真5 頭部CT写真
左蝶形骨大翼に骨破壊像を認める。



写真3 術後2年1か月経過時の頸部転移巣

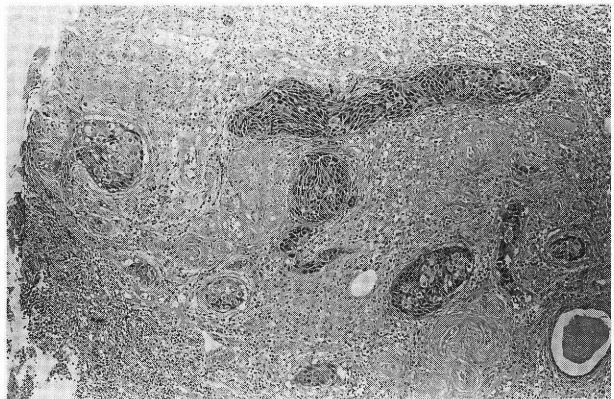


写真6 上咽頭生検病理組織写真(H-E染色)
胞巣をなす扁平上皮癌が深部へ増殖している。

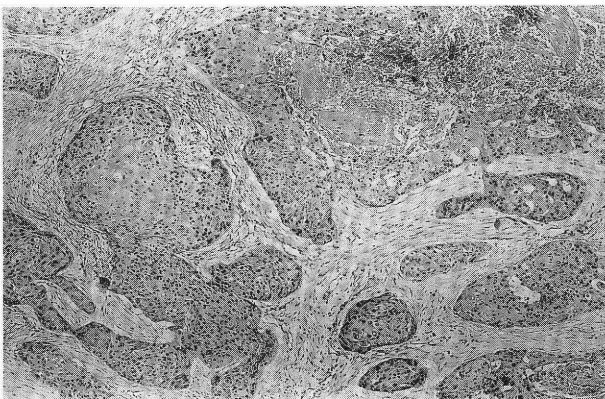


写真4 頸部リンパ節の病理組織写真(H-E染色)
リンパ節は腫瘍組織で置換され、リンパ組織をほとんど認めない。

死の転帰をとった。尚、患者の了承が得られず剖検は行っていない。

考 察

癌治療における診断・治療技術の進歩により重複癌の発見される頻度は増加傾向にある。今回、私達は、舌部分切除後約2年で出現した頸部腫瘤に対し、1) 舌病変の病理組織診断は上皮内癌であった、2) 切除後約2年経過している、ことから舌からの転移とは考えにくく、当初より他の原発巣の存在を疑い、⁶⁷Ga シンチグラフィーの施行や耳鼻科との対診を行った。しかし、癌が

粘膜下にのみ浸潤した occult type⁴⁾の上咽頭癌であったこともあり、発見不能であった。

上咽頭癌は初期には自覚症状に乏しく、潜行性に隣接臓器に進展した結果生じる耳や鼻の症状で気づかれる例が多いとされるが、進展方向によっては開口障害、咀嚼筋痛や三叉神経障害等の私達歯科医が日常遭遇する症状を呈し歯科口腔外科を受診することもある^{2,3)}。本症例では三叉神経症状の出現により再度脳外科、耳鼻咽喉科と対診した結果上咽頭癌を確認したものである。また、頸部転移巣と上咽頭癌の病理組織所見の類似性から、最終的に上咽頭癌の頸部リンパ節転移と考えた。いわゆる原発不明頸部転移癌の原発巣としては咽頭部、舌根部に腫瘍が存在する可能性が高いとされており⁵⁾、本症例においてもこの点を考慮して画像診断、専門医との対診を行ったが、前述のような病態からなお発見することができなかったものである。

尚、本症例の舌病変は臨床的に紅板症を呈したが、Shaferら⁶⁾は紅板症58例65病変の生検を行い、33病変(51%)は浸潤癌、24病変(40%)は上皮内癌ないし高度上皮異形成、6病変(9%)は軽度ないし中等度の上皮異形成であったと述べており、紅板症は多彩な病理組織学的所見を有する疾患である。また Amagasaら⁷⁾は12例の上皮内癌の臨床所見について、ほとんどの症例で境界は明瞭、疼痛が初発症状であり、硬結を触れなかったとしている。治療については、本症例では切除術を適用し、再発をみなかった。Amagasaら⁷⁾も放射線、凍結療法ないしレーザー照射を行った7例中5例に再発を認め、いずれも浸潤癌へと進展したが、外科的に切除した例では再発はみられなかったとしている。この点も頸部腫瘍を舌病巣の転移とは考えなかった一つの根拠となっている。

結 語

今回、舌上皮内癌治療2年1か月後に頸部腫瘍が出現

し、組織学的検索などから重複癌の存在を疑い精査したが発見できず、神経症状の出現によりはじめて上咽頭癌が発見された1例を経験したので、その診断にいたる経過を中心に報告した。

引 用 文 献

- 1) 藤田 一, 大橋 靖, 星名秀行, 鶴巻 浩, 森 勝, 本岡 悟, 大平敦郎, 森山万紀子: 顎口腔領域における重複癌20症例の臨床的検討. 口科誌, 43: 460-465, 1994.
- 2) Geist, J. R. and Chen, F.H.: Nasopharyngeal carcinoma; computed tomographic imaging of four cases. Oral Surg., 75: 759-766, 1993.
- 3) 辻 龍雄, 猪熊哲彦, 野口高昭, 佐々木功典, 松村耕治, 鈴木通彦, 篠崎文彦: 開口障害を初発症状とした上咽頭癌の1例. 日口外誌, 34: 548-551, 1988.
- 4) 澤木修二, 佃 守: 上咽頭癌の治療: 平野 実編集; 頭頸部腫瘍の治療. 第1版, 191-206頁, 医学教育出版社, 東京, 1987.
- 5) De Braud, F., Heilbrun, L.K., Ahmed, K., Sakr, W., Ensley, J. F., Kish, J. A., Tapazoglou, E. and Al-Sarraf, M: Metastatic squamous cell carcinoma of an unknown primary localized to the neck; Advantages of an aggressive treatment. Cancer, 64: 510-515, 1989.
- 6) Shafer, W. G. and Waldron, C. A.: Erythroplakia of the oral cavity. Cancer, 36: 1021-1028, 1975.
- 7) Amagasa, T., Yokoo, E., Sato, K., Tanaka, N., Shioda, S. and Takagi, M.: A study of the clinical characteristics and treatment of oral carcinoma in situ. Oral Surg., 60: 50-55, 1985.