

## 臨床病理検討会レポート

## [第5回] 舌 癌

日時：1992年11月17日

新潟大学歯学部附属病院臨床検査室

鈴木 誠

新潟大学歯学部第一口腔外科学教室

泉 健次

新潟大学歯学部歯科放射線学教室

佐藤 正治

## 症 例 提 示

**患者：**81歳、女性。**主訴：**食事時の舌の疼痛。**現病歴：**1990年秋頃より下顎総義歯が右側舌側縁にあたり、食事時に疼痛を生じたため、開業歯科医を受診した。同医では、1991年1月に新義歯を装着されたが、食事時の疼痛が消失しないため、4月17日に別の開業歯科医を受診したところ、舌腫瘍を疑われ、紹介により同日、本学第一口腔外科を受診した。**既往歴：**1976年1月に胸内違和感を自覚して開業医を受診したところ、高血圧症および心不全の疑いとの診断にて投薬を受け、現在も服用中であるが、それ以後胸内違和感は消失している。ほかに特記事項はない。**初診時現症：****全身状態：**身長134cm、体重36.9kgで、栄養状態は比較的良好であった。**口腔外所見：**顔貌は対称で、眼瞼結膜にやや貧血を認めた。開口障害は認めなかった。顎下リンパ節は、左側で小豆大2個、右側で大豆大1個認め、すべて可動性があり、圧痛を認めなかった。また、頸部リンパ節は触知しなかった。**口腔内所見：**舌は右半側全体が発赤腫脹し、右舌側縁部には長さ約10mmの溝状の潰瘍、およびその前方に直径3mm程の円形の潰瘍を認めた。潰瘍周囲の粘膜はびらん状を呈し、不規則に隆起していた。硬結は舌根部から舌尖部に認められ、舌背では正中を越え、左側に及び、舌の可動性は不良であった。口腔底部には硬結は認められなかったが、右側舌側縁から口腔底にかけて著明な接触痛を認めた。**臨床診断：**舌癌 (T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>x</sub>)**処置および経過：**4月20日に入院。生検を施行したところ、病理組織診断は扁平上皮癌であった。治療方針は年令と腫瘍の大きさを考慮して化学療法と放射線療法を併用することとした。MTX30mgを2回投与したところ、著明な骨髄抑制を認めたため、洗浄赤血球、濃厚血小板ならびにG-CSFを投与し、さらにDICの診断にてFOYを投与した。その後、全身状態が改善したため、浅側頭動脈からの5-Fu動注とともに放射線療法を施行した。5月30日より7月10日までの合計照射線量が60Gyで、5-Fuは合計2560mg投与した。8月13日に一時退院となったが、9月中旬より腫瘍の増大傾向を認め、舌は固着状態となっていた。10月3日よりペインコントロールを開始したが、10月15日食事摂取困難となったため、翌日栄養管理とペインコントロールを目的に再度入院した。食事は経管栄養とし、疼痛に対しては塩酸モルヒネを投与した。腫瘍は増大傾向を示し、12月19日頃より意識レベルならびに血圧の低下、呼吸状態の悪化を認め、12月24日に永眠された。(泉)

## 画 像 所 見

初診時、舌レベルのCT像では、舌の右側のほぼ全域を占めるように、筋肉より若干強く造影される病変を認める。病変は舌の正中を越えているものと思われる。傍咽頭隙、咽頭に変化は認めない。口腔底レベルの造影CT像では、右側顎舌骨筋は肥厚し、また、オトガイ舌筋、オトガイ舌骨筋と病変との境界が不明瞭となっている。両側内頸動脈の前方に直径10mm程の、右側が球形、左側が楕円形のリンパ節を認める。しかし、内部性状が均一であることを考えると、積極的に転移を示唆するものとは思えない。

図1は舌レベルのMRI像で、MTXによる化学療法後(左からT1、T2強調画像、Gd-DTPA造影後のT1強調画像)。T1強調画像では、舌の右側はそのほぼ全域が左側に比べ、筋肉内の脂肪組織を示すhigh intensity areaが欠如し、T2強調画像では、T1強調画像で認められた病変部に一致してhigh intensity areaが認められる。造影後T1強調画像においても同部位に造影効果がみられる。しかし、正中を越える部分とその前方部に一部low intensity

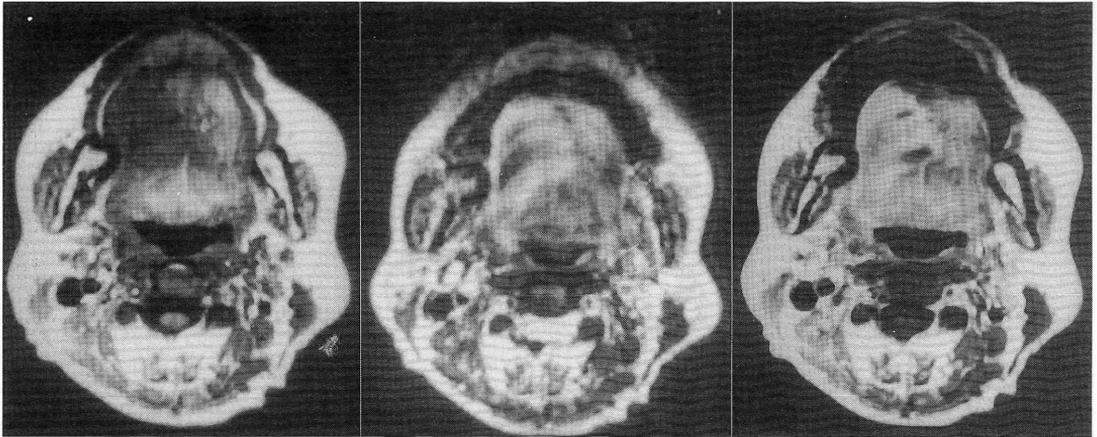


図1 MRI像：舌レベル（化学療法後）

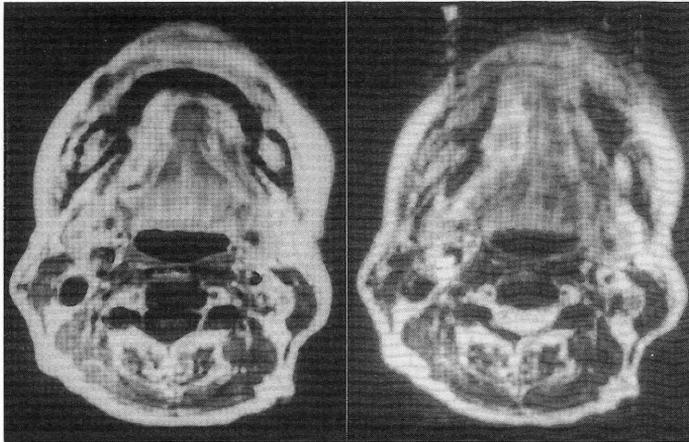


図2 MRI像：口腔底レベル（化学療法後）

areaが認められている。

図2は口腔底レベルのMRI像（左が造影後のT1強調画像、右がT2強調画像）。舌下隙内に造影効果を示す病変が認められ、病変部に接する顎舌骨筋、オトガイ舌筋、オトガイ舌骨筋に圧排像が認められる。また、顎舌骨筋は左側に比し腫大しており、舌骨舌筋の前方部において造影される部分を認める。T2強調画像では、造影後T1強調画像で認められる造影部に一致してhigh intensity areaが認められる。

以上、初診時CTおよびMRI像より、腫瘍の進展範囲は舌の右側および一部で正中を越えており、また、外舌筋にも及んでいるものと考えられた。

図3は放射線治療約1カ月後のMRI像（左からT1、T2強調画像、Gd-DTPA造影後のT1強調画像）。T1強調画像では舌の右側には依然脂肪組織を示すhigh intensity areaが欠如しているが、T2強調画像では、初

診時と異なり、舌の中央部にのみhigh intensity areaが存在している。造影後T1強調画像では舌の右側に依然造影される領域を認めるが、その程度は前回に比べ弱くなっている。T2強調画像で認められた舌中央から左側にかけてのhigh intensity areaに一致して、辺縁が強く造影される領域が認められる。舌右側中央部には前回同様low intensity areaが認められる。

放射線治療後約1カ月が経過していることを考え併せると、依然造影効果のある領域が存在するものの、その程度が弱いこと、そして同部はT2強調画像においてhigh intensityを示さないことより、初診時に比べ、舌右側内の腫瘍は明らかに

縮小しているものと思われた。しかし、中央部から左側にかけて認められる、T2強調画像でのhigh intensity areaで、造影T1強調画像で辺縁が強く造影される領域が画像上再発の最初の部位になった可能性が高い。（佐藤）

## 病理所見

剖検は死後約2時間で行なわれた。全身的にはるいそうが著明であった（138cm、31kg）。

### 主病変（舌癌）

肉眼的には舌尖部から右側舌背、舌側縁、舌下面にかけて著しい腫瘍の増殖があり、表層は潰瘍化をきたして著しく崩壊していた。腫瘍は右軟口蓋および右口腔底にも拡大し、口底部の腫瘍は粘膜表層下で正中を越え、左側口腔底および左歯槽

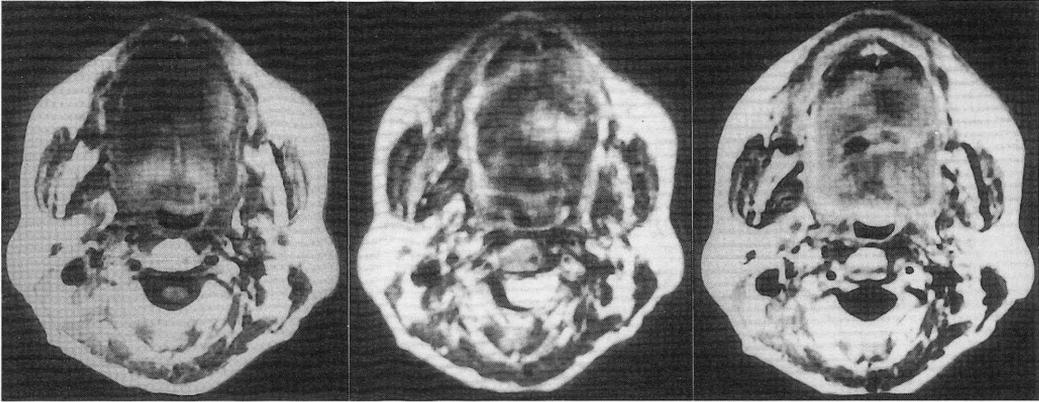


図3 MRI像（放射線治療約1ヶ月後）

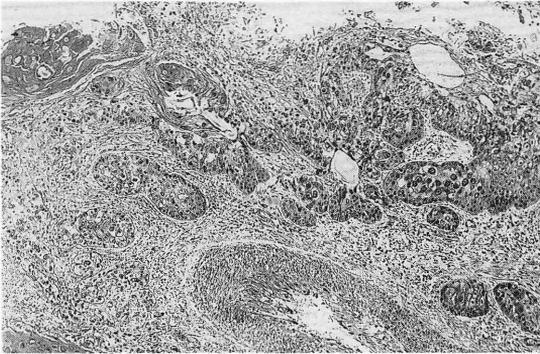


図4 腫瘍表層

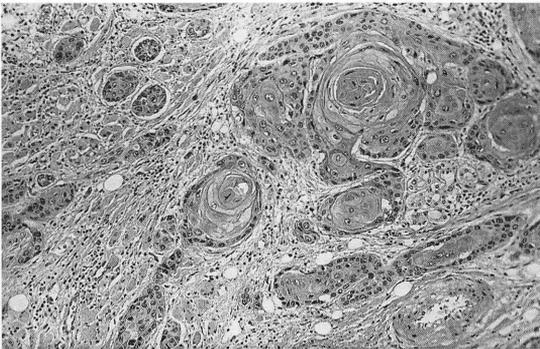


図5 腫瘍深部

堤に拡がっていた。さらに左下顎部顔面皮下に浸潤し、硬結を伴う腫瘤を形成していた。組織学的には錯角化の明瞭な扁平上皮癌で、表層の変性傾向が明らかであったが（図4）、残存する癌組織は小胞巣をなして舌の横紋筋肉へつよく浸潤していた（図5）。リンパ節や遠隔臓器への転移は認められなかった。

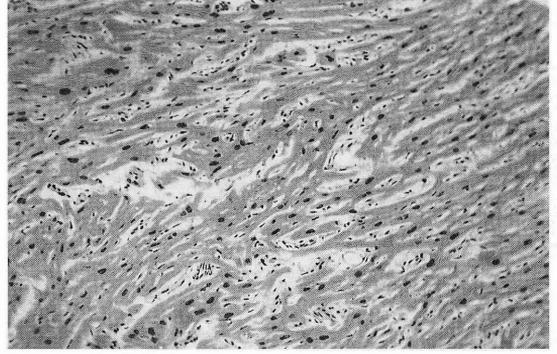


図6 左心室壁

#### その他の所見

心（320 g）は左心室肥大と右心房、右心室の拡張および軽度の右心室肥大を示し、右心室および右心房内には凝血ないし初期の血栓がみられた。組織学的に心筋細胞のリポフスチン沈着、細い心筋と心筋細胞核の大小不同、心筋間質の浮腫等が認められた（図6）。左心室壁に小型の線維化巣が少数散在し、所により心内膜の線維化も認められた。冠状動脈は主として内膜の肥厚により内腔がしばしば狭小化していた。

肺（左260 g；右450 g）（図7）は壁側胸膜と線維素性、一部線維性に癒着し、浮腫と下葉のうっ血により腫大していたが、とくに右肺で著しかった。右上葉には遷延化した気管支肺炎がみられた。一部の気管支内腔には浮腫液や無構造の壊死物（口腔の癌病巣の崩壊物の誤嚥されたものと思われる）が停滞し、ときに内腔を閉塞していた。一部に肺胞の拡張不全や、中等度の肺気腫が認められた。肺動脈壁は一般に肥厚していた。

肝（920 g）はうっ血により小葉中心部の肝細胞は

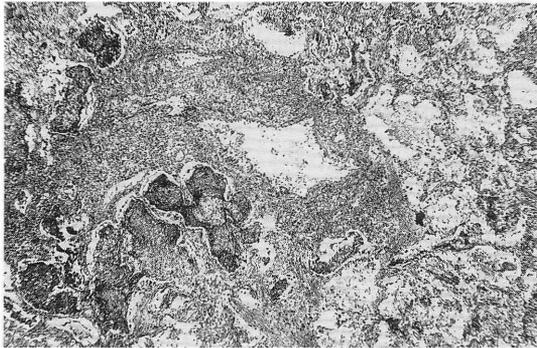


図7 肺

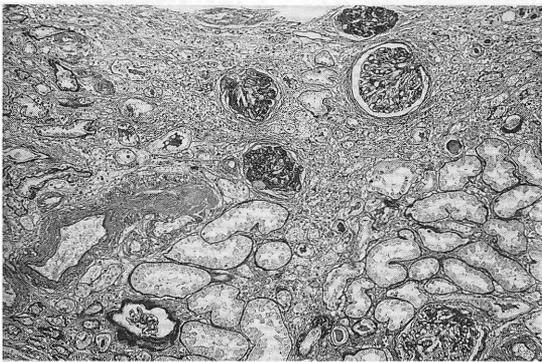


図8 腎

萎縮していた。グリソン鞘に軽度のリンパ球浸潤があった。

腎(左85g;右80g)は萎縮性で、表面は細顆粒状を呈した。組織学的には小動脈壁の線維性肥厚および輸入細動脈の硝子化として認められる血管の変化があり、糸球体の種々の程度の硬化、近位尿細管の萎縮による甲状腺様変化、皮質に散在するリンパ球浸潤巣と線維化、一部の尿細管の嚢胞状拡張等がみられた。また、近位尿細管には浸透圧性腎症が認められた(図8)。

脾(100g)はうっ血とヘモジデロシスを示した。

小腸および横行結腸は全体的に萎縮傾向を示し、数箇所狭窄が明らかであった。

脳(850g)は軽度の浮腫を示した。

副腎(左6g;右6g)は皮質の結節状過形成を示した。

骨髄は一般に過形成性であり、貧血に対する反応と思われる像であった。

腰椎部に相当する背部正中中部皮膚には褥創性潰瘍を生じ、同部腰椎の骨髄炎をきたして骨融解を伴っていた。

大動脈の硬化性変化は比較的軽度であった。(鈴木)

## コメント

本症例は症状発現後約半年を経て確定診断に至った舌癌で、本学初診時の生検(1991年4月)では中等度の分化を示す扁平上皮癌と診断された。治療としては手術的処置は適応とならず、化学療法および放射線治療が施された。一時、腫瘍の縮小が得られたが、副作用による治療の中断等のため、やがて腫瘍の制御は不可能となり、初診後約9カ月で死の転帰をとった。剖検時、舌とその周辺への腫瘍の連続的進展が著明であった。治療効果を反映して腫瘍の錯角化亢進と壊死が認められたが、残存腫瘍からの再増殖が明らかであった。しかし、転移病巣は剖検によっても確認できなかった。

主要臓器の病変は心、肺および腎が目立った。

心腔の拡張、右心腔内の血栓、心筋束の萎縮と心筋細胞核の肥大等は末期の心不全を反映する所見と考えられる。しかし、これらはまた、十分特異的ではないが、心筋症の可能性を示唆する所見でもある。この背景としては心肥大、または肺病変による右心負荷が考えられた。左心室壁の癒痕は既往の心不全との関連を思わせた。

肺の胸膜癒着、うっ血および浮腫等は呼吸機能を障害したと考えられるが、左肺の正常構造はある程度保たれており、肺炎も著しいとはいえず、肺の変化は直接死因として決定的ではなかったと思われる。

腎は糸球体硬化を示したが、小動脈、細動脈の硬化に起因する良性腎硬化症に相当する変化と考えられた。

骨髄には貧血に対する反応性変化として骨髄過形成が認められたが、経過中に疑われたDICおよび骨髄異形成症候群を裏付ける像はなかった。

末期の全身状態の悪化は肺および腎の機能低下を背景として、最終的には心不全に至ったためと考えられ、これが主たる死因とみなすことができる。

舌側縁は口腔のなかでも癌の好発部位であり、この部の粘膜の異常については悪性病変の可能性も考えて臨床的判断を行うべきである。本例は原発巣以外への転移がなく、口腔外科の精査および処置がより早い段階からの確に行なわれていれば延命を得た可能性があったと思われ、一般歯科臨床における口腔癌の早期発見の重要性を考えさせる一例であった。(鈴木)