ANL Secondary Publication

耳下腺癌に対する穿刺吸引細胞診および迅速病理診断における
組織型・悪性度診断についての検討

Assessing the histological type and grade of primary parotid carcinoma by fine-needle aspiration and frozen section

西川 周治, 河田 了, 東野 正明, 李 昊哲, 寺田 哲也, 栗栖 義賢*, 辻 求*

Shuji Nishikawa, Ryo Kawata, Masaaki Higashino, Koutetsu Lee, Tetsuya Terada, Yoshitaka Kurisu*,
Motomu Tsuji*

Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Osaka Medical College, Takatsuki, Japan

*Division of Surgical Pathology, Osaka Medical College, Takatsuki, Japan

Auris Nasus Larynx 2015; 42(6): 463-468.

はじめに：耳下腺癌の予後を規定する因子はステージと組織学的悪性度である。前者は画像診断の発達とともにかなり正確な術前診断が可能になった。しかし後者は組織型、悪性度が多彩なこともあり、術前における正確な診断が困難である。術前における組織型や悪性度の診断は現在のところ穿刺吸引細胞診（fine needle aspiration cytology; FNAC）が唯一の方法であるが、その診断率は一般的に不良とされている。迅速病理診断（frozen section; FS）による診断はFNACより良好とされているが、それでも耳下腺癌では頭頸部扁平上皮癌に比べて良好ではない。FNACやFSの正診を良悪性の鑑別とするのか、組織型とするのか、悪性度とするのかも重要なポイントである。組織型と悪性度がともに診断できれば最も良いが、組織型が不明な場合でも悪性度が診断できれば、適切な切除方針が決定できる場合も多いと考えられる。

対象と方法：過去25年間に手術治療を施行し、組織型、悪性度が確定した耳下腺癌105例について検討した。FNACは105例全例に施行し、FSは105例のうち71例に施行した。FNACは基本的に超音波エコーガイド下に1回のみ施行した。針は22G、シリンジは10mlのものを使用した。FSは基本的に摘出した組織から標本を提出し、必要な症例にはそのあと追加切除を施行した。今回の検討において診断群分類として、組織型および悪性度の両方とも診断できた症例をA、組織型は診断できなかったが悪性度を診断できた症例をB、悪性度は診断できなかったが悪性と診断できた症例（組織型の診断は問わず）をC、組織型や悪性度は不詳だが悪性を疑った症例をD、検体不適正／良性と診断した症例をEとした。FNACを施行した105例およびFSを施行した71例についてその診断をA～Eの5つのカテゴリーに分類した。それらを悪性度別に検討し、FNACとFSの両方を施行した71例についても比較検討した。また、症例数の多い組織型についてFNACおよびFS診断を比較検討した。

結果：組織学的悪性度を高悪性、低・中悪性に分類したところ、高悪性が46例、中～低悪性が59例であった。FNACを施行した105例では、悪性度の診断ができていたもの（AおよびB）は34例（32%）であった。FS 71例では、52例（73%）であった。FNAを施行した高悪性46例では、悪性度の診断ができていたものは19例（41%）であった。低・中悪性59例では、15例（25%）であり、高悪性の診断率より有意に悪かった（図1）。一方FSを施行した高悪性26例では、悪性度の診断ができたものは21例（81%）であった。低・中悪性45例では、31例（69%）であった（図2）。FNAC、FSともに施行された71例において、FNACでA～Eに診断されたそれぞれについて、FSで悪性度が診断できた症例をみたところ、FNACでAと診断された例では91%、Bでは100%、Cでは67%、Dでは60%、Eでは61%であった。病理組織別に悪性度が診断できた割合を検討した。粘表皮癌高悪性ではFNACが53%、FSが88%であったが、低・中悪性ではFNACが23%、FSが90%であった。腺癌高悪性ではFNACが42%、FSが63%であったが、低悪性ではFNACが0%、FSが42%であった。多形腺腫由来癌高悪性では、FNACが33%、FSが100%であったが、低悪性では

図1 組織学的悪性度別のFNAC診断

図2 組織学的悪性度別のFS診断

はFNACが13%, FSが20%であった。腺様嚢胞癌高悪性ではFNACが0%, FSが75%であったが、低悪性ではFNACが50%, FSが75%であった。腺房細胞癌ではFNACが54%, FSが92%であった。

考察：耳下腺癌の予後因子は主にステージと組織学的悪性度である。術前にそれらを把握することは、切除範囲の決定、顔面神経温存の可否、頸部郭清術の必要性について必須である。唾液腺癌の組織学的分類は2005年のWHO分類に従えば、23種類に分けられ、さらに組織亜型をもつ組織型も多く、その組織亜型で悪性度が異なっているものもある。悪性度によって5年生存率が90%を超えるものから、20～30%程度のものまで存在することから、術前における悪性度の診断が極めて重要であることが理解できる。そこで本研究では悪性度を重視し、悪性度の診断として、高悪性、低・中悪性の2群に分けて、それが診断できた場合を正診とした。FNACおよびFS診断を組織型・悪性度の組み合わせでAからEの5つのカテゴリーに分類し、このうちAおよびBのカテゴリーが、悪性度が正しく診断された群であるとした。

FNAC, FSともに、一般に悪性度が高いほど細胞異型が強いため、高悪性で正診率が高かったと考えられ、FSの正診率は、悪性度にかかわらずFNACより良好であった。一方FSのAグループでは、低・中悪性の方が高悪性より良好な結果であり、組織診であるFSでは、高悪性の場合分化度が低くなるため、組織型に特徴的な所見が判別しづらくなり、その結果組織型の判定が困難であったと推定される。逆に低・中悪性では、細胞異型は低くても、FNACでは捉えることが難しい構造異型も捉えることができるため、診断率が良好であったと考えられた。しかし、FNAC, FSの両方を施行した例で検討すると、FNACで悪性度診断ができていた症例はFSでも96%と良好であるが、それ以外は63%にとどまっており、FNACで診断が容易な症例は、FSの正診率も良好であることが分かった。

病理医は組織診断において組織型に重きを置く傾向がある。しかし、頭頸部外科医にとって、耳下腺癌の場合切除範囲の決定を考えたとき、術前診断で求めるものは組織型よりむしろ悪性度である。悪性度とステージが判明していれば、ほとんどの症例において正しい切除範囲を決定できる。外科医が病理医に何を求めているのかを伝え、密に連携していくことが何より重要であると考えた。