副咽頭間隙病変の生検について

みぞじりクリニック耳鼻咽喉科（西宮市）

溝 尻 源太郎

柴耳鼻咽喉科（神戸市）

柴 裕 子

兵庫県立成人病センター頭頸科

赤 沢 登, 井 上 健 造, 星 野 鉄 雄, 野 崎 智 嗣, 山 田 康 荘

PARAPHARYNGEAL SPACE LESIONS: WITH A REFERENCE TO BIOPSY

GENTARO MIZOJIRI, M.D.

Mizojiri Clinic, ENT Nishinomiya

YUKO SHIBA, M.D.

Shiba Clinic, ENT Kobe

NOBORU AKAZAWA, M.D., KENZO INOUE, M.D., TETSUO HOSHINO
TOSHITSUGU NOZAKI and KOZO YAMADA

Department of Head and Neck Surgery, Hyogo Medical Center for Adults, Kobe

We received seven cases of parapharyngeal space lesions and discussed on necessity of biopsy.

Tumors originating in the parapharyngeal space were represented by parotid pleomorphic adenomas which showed bulging of soft palate and tonsillar fossa, and benign neurogenic tumors which showed bulging of the lateral wall of the mesopharynx.

In these cases, preoperative biopsy was not necessary unless the lesion was suspected, of malignancy by CT, MRI and so on.

In the case of bulging of soft palate and tonsillar fossa, if CT or MRI finding shows that the tumor is localized in the median portion of the parapharyngeal space and is separated from greater vessels and nerves existing in the parapharyngeal space, therapeutic protocol might be planned after an establishment of histological diagnosis with biopsy.

In the case of a bulging lateral wall of the mesopharynx with a history of malignant neoplasm of the head and neck, lymph node metastasis should be thought about.

Key words: 副咽頭間隙病変, 生検, 画像診断

A 94—0685—50931

はじめに

副咽頭間隙腫瘍に関する症例報告、文献的考察は数多くなされている。従って副咽頭間隙の解剖、発生する腫瘍の頻度、診断法、様々な手術術式の選択法などについて十分議論が尽くされているかと思われるが、実際の症例に遭遇するといくつかの問題点を認識する。その一つに生検の可否がある。治療方針の決定にあたり腫瘍の性格を正確に知ることは大変重要なことであるが、副咽頭間隙腫瘍の場合その原則が必ずしも適用されない。その理由の第1は、副咽頭間隙に発生する腫瘍で最も頻度の高いものは唾液腺由来の混合腫瘍であり、一般的に唾液腺それとも大唾液腺腫瘍では生検は行われていないこと。第2に、副咽頭間隙腫瘍で生検を行ってもなかなか確定診断が得られないことである。副咽頭間隙腫瘍の大半を占める良性腫瘍では、生検を行わずに手術を施行できる。

一方、厳密には副咽頭間隙腫瘍ではないものが副咽頭間隙腫瘍と見誤られることがあり、この場合は治療方針を定める上で病理組織診断が有力な根拠となる。

本報告では、生検を要する副咽頭間隙病変について病歴、理学的所見、画像診断をまじえて検討した。

対 象

今回報告する副咽頭間隙病変は7例で、耳下腺多型腺腫1例、神経鞘腫3例、小唾液腺由来と思われる腺様嚢胞癌1例、口蓋扁桃原発と思われる扁平上皮癌1例、さらに下咽頭腫瘍術後のリンパ節転移の1例も加えて検討した。

症 例

症例1は37歳、男性。2年前より咽頭の異和感と軟口蓋の腫脹に気付いていた。1年前他院でCTを行うも、異常なしと言われている。口腔内所見では左軟口蓋・口蓋扁桃の圧排偏位あり（図1）。Sialo-CTでは、耳下腺と腫瘍が接している（図2）。MRIでも同様にT1強調で低信号、T2強調で高信号の境界鮮明な腫瘍が耳下腺と接していた（図3）。経頸部法（Transcervical Approach）で摘出した。病理組織診断は多形腺腫であった。

症例2は43歳、女性。1年前より右下顎角後下部の腫脹に気付いていた。口腔内所見では右咽頭側壁の腫脹があり、口蓋扁桃は軽度前方に圧排されている（図4）。Sialo-CTでは耳下腺との間に脂肪組織と思われる低吸収域がわずかに見られるが、詳細は分かりにく

図1 症例1の口腔内所見
左軟口蓋・口蓋扁桃の圧排偏位あり。

図2 症例1の Sialo-CT
耳下腺と腫瘍が接している。

い（図5）。MRIではT1で低信号、T2で高信号、境界鮮明均一な腫瘍で耳下腺とは離れており、頸動静脈は圧排されている（図6）。Transcervical Approachで摘出した。病理組織診断は神経鞘腫であった。

症例3は66歳、女性。6年前に咽頭不快感が出現し、その時某院でCTなど精査するも異常なしと言われた。最近嚥下困難も出現したので他院を受診し、CTで副咽頭間隙の腫瘤を指摘された。口腔内所見では右咽

図3 症例1のMRI
T1強調で低信号，T2強調で高信号の境界鮮明な腫瘍が耳下腺と接していた。

図5 症例2のSialo-CT
耳下腺との間に脂肪組織と思われる低吸収域がわずかに見られるが，artifactが多く詳細は分かりにくい。

図4 症例2の口腔内所見
右咽頭側壁の腫脹があり，口蓋扁桃は軽度前方に圧排されている。

図6 症例2のMRI
T1で低信号，T2で高信号。境界鮮明均一な腫瘍で耳下腺とは離れており，頸動脈は圧排されている。

頭側壁の腫脹を認める(図7)。他に特記すべき所見として右舌下神経麻痺がある(図8)。造影CTでは，腫瘍と耳下腺の間にわずかに低吸収域を認める(図9)。MRIでは，T1で低信号，T2で高信号の境界鮮明な腫瘍で，耳下腺とは離れている(図10)。Transcervical Approachで摘出した。病理組織診断は神経鞘腫であ

った。術後迷走神経麻痺も出現したが，術前の麻痺から舌下神経由来と判断した。

症例4は59歳，男性。5年前から軟口蓋の腫脹に気付いていたが放置していた。口腔内所見では左咽頭側

図7 症例3の口腔内所見
右咽頭側壁の腫脹を認める。

図8 症例3
右舌下神経麻痺がある。

壁の腫脹，軟口蓋・口蓋扁桃の圧排を認める（図11）。Sialo-CTでは，耳下腺と腫瘍との間に低吸収域を認める（図12）。Transcervical Approachで摘出した。病理組織診断は神経鞘腫であった。本例も術前術後を通じ神経症状はなく，手術所見も含めて由来神経は不明であった。

症例5は67歳，女性。最近口腔内の異和感が出現。右軟口蓋の腫脹，口蓋扁桃の圧排あり（図13）。単純CT

図9 症例3の造影CT
腫瘍と耳下腺の間にわずかに低吸収域を認める。

図10 症例3のMRI
T1で低信号，T2で高信号の境界鮮明な腫瘍で，耳下腺とは離れている。

で，腫瘍は耳下腺と離れて存在し，腫瘍は副咽頭間隙の内側に位置し，副咽頭間隙固有の構造である動静脈・神経との間に低吸収域を認める（図14）。口内法で摘出したが，腫瘍の下部は周囲との癒着が強く，術中迅速診断を行ったところ腺様嚢胞癌であった。術後照射を追加した。

図11 症例4の口腔内所見
左咽頭側壁の腫脹，軟口蓋・口蓋扁桃の圧排を認める。

図12 症例4の Sialo-CT
耳下腺と腫瘍との間に低吸収域を認める。

症例6は、63歳男性。最近いびきが大きくなった。右軟口蓋の腫脹，口蓋扁桃の圧排あり(図15)。CT(図16)，MRIでは(図17)症例5と良く似た所見で，腫瘍は副咽頭間隙内側に位置している。Transcervical Approachで摘出を試みるも剝離困難なため口内法も併用した。術中所見で腫瘍の外側に，薄く伸びた咽頭収縮筋を確認できた。特に口蓋扁桃との癒着が強く，

図13 症例5の口腔内所見
右軟口蓋の腫脹，口蓋扁桃の圧排あり。

図14 症例5の単純CT
腫瘍は耳下腺と離れて存在し，腫瘍は副咽頭腔の内側に位置し，副咽頭腔固有の構造である動静脈・神経との間に低吸収域を認める。

術中迅速診断で扁平上皮癌と診断されたので頸部郭清を同時に施行し，術後照射を追加した。

症例7は，下咽頭腫瘍で両頸部郭清，咽喉摘後に両側の咽頭後側壁の腫脹がみられ，造影CTではリングエンハンスされる腫瘍影が見られ(図18)，穿刺細胞診で転移が確認された。

考 察

McIlrathら¹⁾，Workら²⁾，宮原ら³⁾などの報告によれば，副咽頭間隙腫瘍では唾液腺多形腺腫と神経鞘腫

図15 症例6の口腔内所見
右軟口蓋の腫脹，口蓋扁桃の圧排あり。

図17 症例6のMRI
腫瘍は副咽頭腔内側に位置している。

図16 症例6のSialo-CT
腫瘍は耳下腺と離れて存在し，腫瘍は副咽頭腔の内側に位置し，副咽頭腔固有の構造である動静脈・神経との間に低吸収域を認める。

図18 症例7の造影CT
リングエンハンスされる腫瘍影が見られる。

が双壁をなし，両者を合わせると70～80%を占めている。1977年から1987年までの本邦文献報告例124例を集計した最近の小崎ら⁴⁾の報告でも，多形腺腫52例，神経原性腫瘍38例合わせて90例で全体の73%に達している。

この両者の視診上の特徴は海老原⁵⁾，柴ら⁶⁾の述べるように，副咽頭間隙のなかでも茎突前間隙 (prestyloic space) に存在する耳下腺多形腺腫は軟口蓋の腫脹・口蓋扁桃の圧排偏位を生じ，茎突後間隙 (poststyloic space) に存在する神経鞘腫は咽頭側壁の腫脹を生じる。本報告で提示した症例1は耳下腺多形腺腫の，症例2，3は神経鞘腫の典型的な視診所見を呈している。

症例4は神経鞘腫でありながら、進行例であるため咽頭側壁の腫脹に加えて、軟口蓋の腫脹・口蓋扁桃の圧排偏位をも生じている。このような場合は、画像診断が鑑別に役立つ。CT, MRIで副咽頭間隙を充満する腫瘍と耳下腺に連続性があれば耳下腺由来、連続性がなければ耳下腺外の腫瘍と考えられる。画像診断上症例1は耳下腺と連続性があり、症例2～4は連続性がなく、この4例は生検を行うことなく Transcervical Approachで摘出し、術前に予想した通りの病理組織診断が得られた。

症例5, 6はともに軟口蓋の腫脹と口蓋扁桃の圧排偏位があり、粘膜表面には病変を認めず、視診上は prestyloid spaceの病変の所見に近いものであった。画像診断では両例とも腫瘍が副咽頭間隙を充満しておらず、副咽頭間隙の正中側に位置しており、副咽頭間隙固有の構造である動静脈・神経とも離れていた。生検を行うことなく、症例5は口内法、症例6は Transcervical Approachで摘出術を施行した。ところが術中所見で癒着の強い部分があり、迅速診断を行ったところ共に悪性腫瘍であることが分かり、術式の変更や追加治療の必要に迫られ治療上やや混乱をきたした。術中所見から、症例5は小唾液腺から生じた腺様嚢胞癌、症例6は口蓋扁桃から生じた扁平上皮癌と考えられる。術前に悪性腫瘍と分かっていたら治療方針も全く異なっていたであろう。

ここで注目しておきたいことは、小唾液腺も口蓋扁桃も副咽頭間隙の内側壁を構成する上咽頭収縮筋よりさらに内側に存在することである。症例6では術中所見で腫瘍の外側を取り巻くように圧排され菲薄化した上咽頭収縮筋を確認している。『副咽頭間隙腫瘍とは、副咽頭間隙固有の構造に由来する腫瘍』で、症例5, 6は厳密には副咽頭間隙腫瘍とは言えず、『副咽頭間隙を圧排する腫瘍』とでも表現するのが妥当と思われる。しかし、視診触診だけでは副咽頭間隙腫瘍なのか『副咽頭間隙を圧排する腫瘍』なのかを鑑別することは難しい。

CTそして最近ではMRIの出現が副咽頭間隙の画像診断を飛躍的に進歩させた。症例1～4では腫瘍が副咽頭間隙を充満しているのに対し、症例5, 6では副咽頭間隙の正中側のみ腫瘍が存在し、動静脈・神経とは離れていることを画像診断は示していた。しかし腫瘍の存在部位が、副咽頭間隙の内側壁を構成する咽頭収縮筋より内側なのか外側なのかの鑑別には困難がある。一見、副咽頭間隙腫瘍と思われても『副咽頭

間隙を圧排する腫瘍』である可能性が否定できない場合は、治療方針の決定にあたり生検を要するものと考えられる。

以上の自験例は、

1. 副咽頭間隙腫瘍である症例1～4は良性腫瘍であった。口腔内の腫脹の様式はいずれも副咽頭間隙腫瘍の特徴的所見で、画像診断では腫瘍は副咽頭間隙を充満していた。生検は要しなかった。

2. 『副咽頭間隙を圧排する腫瘍』である症例5, 6は悪性腫瘍であった。口腔内所見は prestyloid typeの副咽頭間隙腫瘍に似ている。画像診断では腫瘍は副咽頭間隙の正中側に位置し、副咽頭間隙固有の構造である動静脈・神経とは離れていた。この場合は生検を要するものと考えられた。

と、まとめることができる。

一般に頭頸部領域では、良性腫瘍と思われる場合は生検なしに摘出術を行うことが多い。著者ら⁶⁾はかつて副咽頭間隙耳下腺腫瘍に関して生検は必要ないと報告した。今回の報告例でも、典型的な多型腺腫、神経鞘腫では生検を必要とはしなかった。

副咽頭間隙腫瘍の生検について Heeneman⁷⁾は、良性腫瘍と考えられる場合は禁忌とし、その理由として腫瘍の播種や血管および神経の損傷の危険性を挙げている。一方 Goodwin⁸⁾は、治療計画を立てるにあたり病理組織診断は重要な情報であり針生検を勧め、さらに必要があれば切開生検を行うとしている。他にも生検に関する見解が述べられているが、この二つの意見に集約される。いずれにしても、悪性腫瘍が疑われるときには生検が必要であることに異論はないと思われる。

副咽頭間隙腫瘍の中で悪性腫瘍の占める割合は10～30%と言われているが、前述の小崎らの集計では124例中、15例13%を占めている。その内訳は悪性リンパ腫6例、腺癌3例、扁平上皮癌2例、横紋筋肉腫1例、脂肪肉腫1例、腺様嚢胞癌1例、未分化癌1例となっている。Som⁹⁾の報告では、104例のうち29例28%が悪性腫瘍であるがその内訳は耳下腺悪性腫瘍が11例、小唾液腺悪性腫瘍1例、悪性リンパ腫8例、リンパ節転移9例である。その他の文献報告を見ても悪性リンパ腫と扁平上皮癌、腺系癌が多く、その他はまれである。

Somのリンパ節転移9例の組織型は明らかにされていないが、本報告の症例7のように、咽頭側壁が腫脹し頭頸部癌の治療歴がある場合は当然リンパ節転

移を考えるし、副咽頭間隙固有の構造からは扁平上皮癌の発生はまれで、過去の報告にみられる副咽頭間隙の扁平上皮癌はリンパ節転移もしくは症例6のように口蓋扁桃由来なども考えられる。同じような懸念は悪性リンパ腫や腺系癌でも該当し、特に画像診断の発達する以前の症例では、その部位診断は難しかったものと想定される。遠藤ら¹⁰⁾は、副咽頭間隙に進展し悪性化した耳下腺混合腫瘍の1例を報告し、きわめてまれなことだとしている。高岡ら¹¹⁾も2例の腺系癌を報告しているが、その発生母地は明らかにしていない。横紋筋肉腫や脂肪肉腫は狭義の副咽頭間隙腫瘍としてありうるが、その頻度はきわめて低い。このように考えれば副咽頭間隙の悪性腫瘍はそう多いものではない。

副咽頭間隙の病変の良性悪性を含めた、非侵襲的な鑑別方法として、Somら⁹⁾はdynamic CTの方法を導入し、88%の症例で術前に正確に診断できたとしている。これを用いれば生検を要する症例は限られたものである。また竹内ら¹²⁾は、14例の副咽頭間隙腫瘍のうち5例が悪性腫瘍で、その4例に激しい痛みがあり、後口蓋弓から咽頭後壁にかけての著明な発赤、腫脹を示した症例はいずれも悪性であり悪性の80%に相当する。従って悪性を示唆する重要な所見と考える、としている。これも念頭に置いておきたいことである。

ま と め

1. 視診触診及び画像診断で典型的と思われる副咽頭間隙腫瘍では、dynamic CTなどで悪性が疑われる時のみ生検を要する。

2. 口蓋扁桃・軟口蓋を圧排偏位させ、画像診断で腫瘍が副咽頭間隙の正中側に限局し、副咽頭間隙固有の動静脈・神経と離れているものは『副咽頭間隙を圧排する腫瘍』の可能性があり、術前に生検を行い、病理組織診断を得てから治療方針を定めるべきである。

3. 咽頭側壁の腫脹を生じるのは神経原性腫瘍に特徴的であるが、悪性腫瘍の既治療例ではリンパ節の転移を考え、確定のためには病理診断が必要である。

参 考 文 献

- 1) McIlrath DC, ReMine WH, Devine KD et al: Tumors of the parapharyngeal region. Surg Gynecol Obst 116: 88-94, 1963.
- 2) Work WP and Hybels RL: A study of tumors of the parapharyngeal space. Laryngoscope 84: 1748-1755, 1974.
- 3) 宮原 裕, 東家倫夫, 高村善夫, 前田和雄, 佐藤武男: 副咽頭間隙に発生する腫瘍一症例報告及び文献的考察. 耳喉 50: 35-43, 1978.
- 4) 小崎寛子, 庄司 稔, 平塚宗雄, 鳥山寧二, 松本和彦: 巨大な副咽頭腔腫瘍の4例. 耳鼻臨床 83: 429-442, 1990.
- 5) 海老原 敏, 真島一彦, 小野 勇, 斎藤裕夫: 中咽頭悪性腫瘍. 耳喉 53: 1072-1073, 1981.
- 6) 柴 裕子, 松山文彦, 堀井 勝, 谷口郷美, 溝尻源太郎: 副咽頭腔耳下腺混合腫瘍の4例. 耳鼻臨床 76: 2521-2527, 1983.
- 7) Heeneman H, Gilbert J and Rodd SR: Parapharyngeal space tumors. Clin Otolaryngol 4: 57-66, 1979.
- 8) Goodwin WJ and Chandler JR: Transoral Excision of Lateral Pharyngeal Space Tumors presenting Intraorally. Laryngoscope 98: 266-269, 1988.
- 9) Som PM, Biller HM, Lawson W et al: Parapharyngeal Space Masses: An Updated Protocol Based Upon 104 Cases. Radiology 153: 149-156, 1984.
- 10) 遠藤桜子, 高橋正紘, 星川治子, 中村香葉江, 本多忠光: 副咽頭間隙に進展し、悪性化した耳下腺多形腺腫(混合腫瘍)の1例. 耳喉 56: 65-69, 1984.
- 11) 高岡佳弘, 窪田哲昭, 吉田篤正, 海野博之, 岡部英子 他: 副咽頭間隙腫瘍の診断と治療. 日耳鼻 89: 142-151, 1986.
- 12) 竹内 亘, 生駒尚秋, 横山道明, 卜部信行, 辻田哲朗 他: 副咽頭腔腫瘍14例の検討. 耳鼻臨床 78: 1806-1812, 1985.

(1990年10月15日受稿 1990年12月19日受理)
別刷請求先〒663 西宮市甲子園三番町10-30-111

溝尻源太郎