上咽頭に発生した髄外性形質細胞腫の1症例

——多角的補助手段による病理診断——

東北大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：高坂知節教授）

鈴木 秀明，池田 勝久，高坂 知節

東北大学医学部病理部

一 迫 玲

A CASE OF EXTRAMEDULLARY PLASMACYTOMA OF THE EPIPHARYNX
—— PATHOLOGICAL DIAGNOSIS USING MULTIPLE SUPPLEMENTARY METHODS ——

HIDEAKI SUZUKI, M.D., KATSUHISA IKEDA, M.D. and TOMONORI TAKASAKA, M.D.

Department of Otolaryngology, Tohoku University School of Medicine, Sendai

RYO ICHINOHASAMA, M.D., Ph. D.

Department of Pathology, Tohoku University School of Medicine, Sendai

A rare case of extramedullary plasmacytoma of the epipharynx is reported. A 76-year-old woman presented with a one-year history of postnasal drip. Physical examination revealed a mass lesion in her epipharynx without cervical lymph node swelling. Biopsy of the mass showed diffuse proliferation of plasma cells at the light and electron microscopic levels. Immunohistochemical examination demonstrated monoclonal exhibition of IgA and kappa-light chain in the tumor cells. Furthermore, in flow cytometric analysis, the tumor cells were found to be CD10⁻ CD19⁻ CD20⁻ CD22⁻ HLA-DR⁻ CD38⁺⁺ sIg⁻ EMA⁺, a typical phenotype of plasmacytoma. Additionally, rearranged bands were identified in Southern blot analysis of the tumor extract using probes for immunoglobulin heavy chain and kappa-light chain. Serum myeloma-protein and urine Bence-Jones protein were negative. Bone marrow examination, X-ray examination, CT scanning and ⁶⁷Ga- and ^{99m}Tc-scintigrams showed no other systemic lesions. She received irradiation of 58 Gy to the epipharyngeal area over 7 weeks, followed by transnasal endoscopic resection using KTP/532 laser. The patient is free of disease six months after surgery, and is currently under close follow-up.

Key words: 上咽頭，髄外性形質細胞腫，フローサイトメトリー
DNA 検索，KTP/532 レーザー

A98-0421-51301

はじめに

形質細胞系腫瘍はそのほとんどが多発性骨髄腫の形で発生するが，骨髄以外に発生する場合には髄外性形質細胞腫と呼ばれている。そのうち約半数が頭頸部に

発生するが，多くは鼻副鼻腔領域のものでそれ以外の部位は少ない。今回われわれは本邦12例目である^{1)~11)}，上咽頭に発生した髄外性形質細胞腫を経験し，電顕的，免疫組織学および免疫細胞学的解析，

さらに DNA 検索を行ったので国内報告例の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：76歳，女性

主訴：後鼻漏

既往歴，家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1993年2月頃より後鼻漏を自覚す。鼻出血，鼻閉などの症状はなかった。1994年2月15日近医耳鼻科受診，上咽頭の腫瘍を指摘され2月16日当科紹介，受診となった。

現症：上咽頭後壁やや左側に有茎性の腫瘍が認められた。腫瘍は示指頭大，薄赤色で表面平滑，やや歪んだ球形を呈していた。耳管咽頭口は両側とも正常で鼓膜所見でも異常は認められず，鼻腔，口腔，中咽頭，下咽頭，喉頭にも異常は認められなかった。頸部リンパ節は触知せず，また神経学的異常も認められなかった。

検査所見：CTでは上咽頭後壁左寄りに直径約10mmの腫瘍が認められ，この腫瘍は頸椎や頭蓋底の骨組織とは離れており骨破壊も認められなかった（図1a）。MRIでは腫瘍はT₁強調画像にて低信号で（図1b）明瞭にGdによる造影効果を受け，T₂強調画像で中等度の信号を発することが確認された。なお両側上顎洞に陰影が認められたがMRIの所見より上顎洞炎と推定された。またCT上，篩骨洞，蝶形骨洞は正

常で，縦隔および腹腔にも異常陰影は認められなかった。⁶⁷Ga シンチグラムでは異常集積なく，^{99m}Tc シンチグラムにて右脛骨近位骨端に集積が認められたが同部の骨 X 線写真の所見より骨関節炎によるものと判定された。その他全身の骨 X 線写真でも異常は認められなかった。

末梢血一般検査では好中球が軽度増加していたが ASO の高値も認められ，炎症反応性のものと考えられた。また IgG および IgA が軽度上昇していたが，血清蛋白分画は正常で M 蛋白は認められなかった（表1）。尿検査では50倍濃縮尿の免疫電気泳動で Bence-Jones 蛋白は検出されず（図2），骨髓所見でも異常細胞は認められなかった。

病理組織学的所見：初診時に経鼻的内視鏡下に採取した生検組織では，上皮下に，車軸状のクロマチン分布で偏在した核を持つ形質細胞様に変化した異型細胞がびまん性に増殖している像が観察された（図3a）。このため形質細胞腫を疑い，精査のため再度の生検を経口的に行った結果，電顕上の所見でも核の位置や形状，そして粗面小胞体が良く発達していることなど形質細胞への分化が明らかとなった（図3b）。免疫組織学的には細胞質内に κ 鎖が陽性であり（図4a），これに対して λ 鎖では少数の正常細胞以外染色されなかった（図4b）。また IgA heavy chain が細胞質内に陽性であった。フローサイトメトリーの所見では，B リンパ球系抗原である CD10，CD19，CD20⁺，CD22，HLA

a

b

図1 a. CT 画像，矢印は腫瘍を示す。
b. MRI，T₁ 強調画像，矢印は腫瘍を示す。

表 1 初診時検査所見

末梢血液検査

赤血球数	488×10 ⁴ /μl
血色素量	14.5g/dl
白血球数	10100/μl
血小板数	25.5×10 ⁴ /μl
白血球分画	

分葉核球 76%, 桿状核球 3%, 好酸球 0, 好塩基球 0, 単球 5%, リンパ球 16%

血液生化学検査

肝機能	正常
電解質 (Na, K, Cl, Ca, P, Mg)	正常
血清蛋白	
総蛋白	7.6g/dl
アルブミン	62.2%
グロブリン	

α ₁	2.8%
α ₂	8.4%
β	9.8%
γ	15.9%

血清免疫グロブリン (括弧内は正常値)

IgG	1899mg/dl (770-1550mg/dl)
IgA	447mg/dl (76-376mg/dl)
IgM	112mg/dl (47-217mg/dl)

血清反応検査 (括弧内は正常値)

CRP	0.5mg/dl (<1.2mg/dl)
ASO	366 Todd (<250 Todd)
α-fetoprotein	3ng/ml (<20ng/ml)
CEA	1ng/ml (<5ng/ml)
CA19-9	16U/ml (<37U/ml)

尿検査

蛋白	14mg/dl
糖	6mg/dl
Bence-Jones 蛋白 (50倍濃縮尿) (-)	

骨髄像 正常

-DR および sIg (表面免疫グロブリン) はすべて陰性であった。また形質細胞系の腫瘍細胞で発現しやすいとされる¹²⁾ CD56 は陰性であったが, EMA (epithelial membrane antigen) が陽性で, CD38 は強陽性を呈していた (図 5)。さらに生検組織から抽出した DNA を分析した結果では, 免疫グロブリン遺伝子の JH, すなわち heavy chain と κ 鎖に再構成バンドが認められたが, λ 鎖や T リンパ球系には再構成バンドは認められなかった (図 6)。以上より形態学的に形質細胞様の分化が示された上に, 蛋白レベルと DNA レベルで B

リンパ球系のモノクローナルな増殖が確認され, 形質細胞腫の診断が確定した。

臨床経過: 1994年4月13日入院, 5月17日から7月4日まで局所に計58Gyの放射線照射を行った結果, 若干の縮小は見られたものの明らかな腫瘍の残存が認められた (図7a)。このため8月18日KTP/532レーザーを併用した経鼻的内視鏡手術により腫瘍摘出術を施行した (図7b)。術後6カ月を経た現在, 経過良好にて外来通院, 嚴重に経過観察中である。

考 察

形質細胞系腫瘍は形質細胞由来の細胞が腫瘍性に増殖する病態の総称で、Willis¹³⁾の提唱した次のような病型分類が広く用いられている。

① Plasma cell myelomatosis (multiple

図2 免疫電気泳動所見

N: 正常ヒト血清

P: 患者50倍濃縮尿

HS: 抗正常ヒト血清抗体

IgG, A: 抗IgG抗体+抗IgA抗体

K: 抗 κ 鎖抗体

L: 抗 λ 鎖抗体

患者50倍濃縮尿ではいずれの抗体とも沈降線の形成が認められない。

myeloma)

② Solitary plasmacytoma of bone

③ Primary plasmacytoma of soft tissue (extramedullary plasmacytoma)

このうち①は多発性骨髄腫に相当し、この病型が形質細胞系腫瘍全体の約90%を占める¹⁴⁾。②は孤立性骨髄腫と呼ばれ骨髄に単発する形質細胞腫で、全身の他の骨髄に異常を認めないものを指す。しかしその約80%は多発性に移行し¹⁵⁾、長期にわたって単発のものは少ないとされる。次に③の骨髄以外の組織に発生するものは髄外性形質細胞腫と呼ばれ形質細胞系腫瘍全体の4~5%を占めるとされている¹⁶⁾。Dolinら¹⁷⁾、Wiltshawら¹⁸⁾やWaxら¹⁵⁾は髄外性形質細胞腫の約80%が口腔を含む上気道に発生すると述べている。本邦の統計を見ると里見ら¹⁰⁾は1979年から1988年までの10年間に報告された53例のうち43%が上気道由来であったと報告し、また山本ら¹⁸⁾は38例について検討し46%が口腔および上気道由来であったとし、さらに石部ら¹⁹⁾は113例の形質細胞腫報告例について考察し60%が頭頸部領域に発生したものであると述べているが、いずれも国外における統計よりもその割合はやや低い。

上咽頭に発生した髄外性形質細胞腫の本邦報告例は1914年に吉井¹⁾が最初に報告して以来、本症例を含めて12例ありこれを表2に示した。このうち三沢ら³⁾と

a

b

図3 a. HE染色標本

車軸状のクロマチン分布で偏在した核を持つ形質細胞様に分化した異型細胞がびまん性に増殖している。(×290)

b. 電顕所見

核は車軸状で偏在しており粗面小胞体が良く発達している。

Scale bar=2 μ m

図4 免疫組織染色標本

- a. 抗 κ 鎖抗体による染色：細胞質内が陽性に染まっている。(×290)
 b. 抗 λ 鎖抗体による染色：ごく少数の正常細胞(矢印)以外、染色されていない。(×290)

図5 フローサイトメトリー

スキャッターグラム(a)では、横軸(前方散乱光：forward scattergram)は大きさ、縦軸(側方散乱光：side scattergram)は細胞内構造の複雑さを示す。キューブ表示(b)では3重染色フローサイトメトリーの結果を示すが、X軸・Y軸・Z軸はそれぞれ蛍光標識モノクローナル抗体のEMA (FITC)、CD45 (PerCP)、CD38 (Phycoerythrin)に対応する(括弧内は蛍光色素)。濃黒点で表示した細胞群[T]は、(a)大型であることから腫瘍細胞に相当するものと判断され、(b)同一細胞群としてEMA・CD45・CD38の3者に同時に陽性であることがわかる。(b)のLはCD45⁺ CD38⁺ EMA⁻であることから非腫瘍性の白血球成分と考えられるが、Z軸上、大型細胞群TのCD38の蛍光強度はLのそれよりも明らかに強陽性である。

図6 DNA 検索

腫瘍細胞から抽出したDNAを3種の制限酵素 (BamH I, EcoR I, Hind III) で切断し、各種のプロブを用いてサザンブロット法にて解析した。対照 (C) ではいずれも germ lines のみであるが、本症例 (P) では J_H (免疫グロブリン heavy chain) と κ 鎖において矢印のごとく再構成バンドが認められ B リンパ球系細胞のクローナルな増殖を裏付けている。

a

b

図7 a. 58Gy 照射後、術前の局所所見。左鼻腔より内視鏡にて観察したところ。
b. 術後の局所所見。左鼻腔より内視鏡にて観察したところ。

表2 上咽頭髄外性形質細胞腫の本邦報告例

報告者	年	症例	主訴 (病歴期間)	頸部 リンパ節	遠隔転移	Ig type	B-J 蛋白	血清M蛋白	治療	転帰
吉井 ¹⁾	1914	51♂	鼻閉、鼻漏 (9年)	(-)					摘出	良
相馬 ²⁾	1955	56♀	鼻出血 (7ヵ月)	(-)	(-)				摘出	良
三沢 ³⁾	1961	28♂	鼻閉、鼻漏 (1年)	(-)	(-)		(-)		摘出 放射線照射 化学療法	良
久保 ⁴⁾	1962	10♀	鼻閉 (2ヵ月)	(-)	(-)		(-)	(-)	放射線照射	不明
大内 ⁵⁾	1967	51♂	血性鼻漏		(-)				摘出	多発性骨髄腫 に進展
伊東 ⁶⁾	1971	57♂	咽頭腫瘍 (6ヵ月)						摘出	不明
柳田 ⁷⁾	1975	40♀	左鼻閉、鼾 (2ヵ月)	(-)	(-)	IgA-λ	(-)	(-)	摘出	良
木村 ⁸⁾	1979	48♀	頸部腫瘍 (3ヵ月)	(+)	腋窩リンパ節 鼠径リンパ節 縦隔	IgA-κ	(-)	(+)	化学療法 放射線照射	不明
藤沢 ⁹⁾	1984	75♀	頸部腫瘍 (1年)	(+)	鼠径リンパ節	IgG-λ	(-)	(+)	化学療法	死亡
里見 ¹⁰⁾	1990	72♂	鼻出血 (1ヵ月)	(-)	(-)	IgG-λ	(-)	(-)	化学療法 放射線照射 摘出	良
坂東 ¹¹⁾	1994	61♀	咽頭異和感 (1ヵ月)			κ			摘出 放射線照射	不明
自験例	1994	76♀	後鼻漏 (1年)	(-)	(-)	IgA-κ	(-)	(-)	放射線照射 摘出	初診後1年 にて生存

柳田ら⁷⁾の報告例では腫瘍はそれぞれ下鼻甲介後端および中鼻甲介後端より発生したと記載されており、厳密には発生部位は鼻腔であるが有茎性の腫瘍が上咽頭を占拠するように存在したため上咽頭腫瘍として取り扱われている。年齢的には40～50代以降の中老年層に多く、また髄外性形質細胞腫一般には男性に多いとされるのに対し上咽頭に限って言えば女性にやや多い傾向にある。次に臨床症状では鼻閉、鼻漏が最も多く、他にも鼻出血や一般の上咽頭腫瘍の場合のように頸部腫瘍で初発した例も見られる。

さて藤沢ら⁹⁾は髄外性形質細胞腫では一般にM蛋白陽性率はきわめて低いと述べているが、上咽頭髄外性形質細胞腫ではM蛋白についての記載があった6例中2例で陽性であった(表2)。この2例はいずれも頸部リンパ節腫脹で初発していても初診時に遠隔転移が認められており、藤沢ら⁹⁾が述べた血清免疫グ

ロブリン異常を伴う髄外性形質細胞腫の特徴とよく一致する。このような臨床的特徴は同時に上咽頭腫瘍一般にも当てはまるものであり、予後を決する重要な要因となる。腫瘍細胞より産生される免疫グロブリンの種類に関しては上気道という部位的特徴からIgA型が本症例を含めて3例となっているが(表2)、症例数が少ないため明らかな傾向とは言い難いものの興味深い点である²⁰⁾。また他の形質細胞系腫瘍と同様に、成熟Bリンパ球系抗原(CD10, CD19, CD20, CD22, HLA-DR)やsIgがすべて陰性であり、CD38が強陽性を呈したことは典型的と言える。Aberrantとして形質細胞系腫瘍に出現しやすいとされている¹²⁾CD56は発現していなかったが、特に診断的に矛盾する所見とは言えない。一方、形質細胞系腫瘍では時にサイトケラチンやEMAなど、正常の形質細胞には発現しない上皮性抗原が陽性を示すことがあり、そのため免疫組

組織化学的検索のみでは未分化癌や特殊な型の悪性リンパ腫と診断される可能性が指摘されている¹²⁾²¹⁾。従って今回のようなフローサイトメトリーやDNA検索を加えて正確な病理診断を行うことは、治療方針の選択のためにも今後欠かせない検索項目であることを強調したい²²⁾。

次に治療と予後についてであるが、前述したように孤立性骨髄腫のほとんどが多発性骨髄腫に進展するのに対し、髄外性形質細胞腫のうちこうした悪性の経過をたどるものは15～20%であり、しかも初期治療が適切になされた場合の局所再発率は6～10%であると言われている¹³⁾。しかし上気道に発生する髄外性形質細胞腫の場合その5年生存率はおよそ50%といわれており、基本的に悪性腫瘍として取り扱わなければならないことには変わりない²⁰⁾。形質細胞系腫瘍は一般的には放射線感受性が高いとされる²³⁾ため髄外性形質細胞腫の治療は放射線照射と外科的摘出が主体となる²⁴⁾。上咽頭はその部位的な特異性から見て根治的手術が容易ではなく放射線治療との併用が必要となることが多いと考えられる。清水ら²⁵⁾は髄外性形質細胞腫が多発性骨髄腫へ移行するのは必ずしも局所の残存が原因ではなく、比較的初期より全身にびまん性に存在する腫瘍細胞による可能性があると述べているが、このような機序は大内ら⁹⁾が報告した、約2年後に多発性骨髄腫に移行した症例において考慮すべき点である。本症例では58Gyの照射によって腫瘍の著明な縮小は得られず予後に関して楽観を許さなかった。しかしながら、摘出術について検討した際に、徹底した局所制御が予後にどれほど寄与するかという限界点を見極め、患者が比較的高齢であることも考慮し無制限に大侵襲を加えるべきではないという結論となった。さて上咽頭髄外性形質細胞腫既報告例11例のうち摘出術が施行されたものは8例で、その術式は経口蓋法5例⁹⁾⁶⁾⁷⁾¹⁰⁾¹¹⁾、経上顎洞法2例²⁷⁾、経鼻法2例¹³⁾である。このうち経口蓋法と経上顎洞法では手術侵襲が大きくなるという欠点があり、一方経鼻法では小侵襲ではあるが腫瘍の取り残しの可能性が懸念される。松永ら²⁴⁾は鼻腔および口蓋扁桃に生じた髄外性形質細胞腫に対して接触型Nd-YAGレーザーを用いた腫瘍切除を行い良好な結果を得たと報告している。近年の医療器械の発達には内視鏡やレーザーを駆使した鼻腔、副鼻腔さらには上咽頭にもおよぼ小侵襲の手術操作を可能にした。本症例では化学療法や大侵襲の手術は避け、経鼻的に内視鏡を用いてKTP/532レーザーによる腫瘍摘出術を行い

良好な結果を得ることができた。こうした術式は今後、良性腫瘍のみならず悪性腫瘍であっても本症例のような低悪性度のものに対しては患者の一般状態を考慮した上で採用すべきであると考えられる。

ま と め

上咽頭に発生した髄外性形質細胞腫のまれな1症例を報告した。症例は76歳女性で後鼻漏を主訴として来院した。病理組織学的に光顕および電顕レベルで典型的な形質細胞の特徴を持つ細胞のびまん性増殖が認められ、免疫組織学的所見でIgAとlight chainの κ 鎖が陽性であり、またフローサイトメトリーにて、形質細胞系腫瘍に特徴的な抗原の発現型(CD10⁻, CD19⁻, CD20⁻, CD22⁻, HLA-DR⁻, CD38⁺⁺, sIg⁻, EMA⁺)が認められた。さらに腫瘍細胞のDNA検索でも免疫グロブリン遺伝子のheavy chainおよび κ 鎖のモノクローナルな増殖が示された。局所に58Gyの放射線照射を行ったが著効が得られず、KTP/532レーザーを併用した経鼻的内視鏡手術により腫瘍摘出術を施行し、現在外来にて厳重に経過観察中である。

参 考 文 献

- 1) 吉井丑三郎：鼻咽腔側壁に発生シタル巨大ナル「プラズマチーム」ニ就テ。大日耳鼻 20: 169-178, 1914.
- 2) 相馬 裕, 中畑成紀, 桑原啓行：上咽頭プラズマ細胞腫の1例。耳喉 27: 641-642, 1955.
- 3) 三沢敬典, 天野節夫, 重田泰男：鼻咽腔形質細胞腫の一症例。耳喉 33: 797-799, 1961.
- 4) 久保正雄, 竹上琢磨, 佐倉保利：鼻咽腔Plasmacytomaの1例。耳鼻臨床 55: 285-287, 1962.
- 5) 大内 仁, 小川克二, 大谷 徹, 多田悦巳：上咽頭形質細胞腫症例。日耳鼻 70: 1037, 1967.
- 6) 伊東孝広, 三谷暢廣：上咽頭形質細胞腫症例。耳鼻臨床 64: 1046, 1971.
- 7) 柳田則之, 稲福 繁, 西村瑞章, 中川佐登, 中島伸夫：IgA産生鼻咽腔形質細胞腫一本邦における統計的観察一。耳喉 47: 83-91, 1975.
- 8) 木村秀夫, 七島 勉, 田中鉄五郎, 松田 信, 秋月 健他：多発性神経炎, 色素沈着, 浮腫, パチ状指, 肝脾腫, リンパ節腫大などの多彩な症状を伴ったIgA- κ 型髄外形質細胞腫の1例。臨床血液 20: 768-776, 1979.
- 9) 藤沢和明, 上野裕巳, 木村一彦, 菊池昌弘：Castleman リンパ腫様の組織像を呈し, 多発性神経炎, 内分

- 泌症状などを伴う髄外形質細胞腫の1剖検例. 内科 53: 558-562, 1984.
- 10) 里見文男, 河本栄作, 岡本良三, 森崎嘉章, 大城和夫
他: 上咽頭髄外性孤立性形質細胞腫の1例. 癌の臨床 36: 629-635, 1990.
- 11) 坂東伸幸, 畑山尚生, 高橋光明, 海野徳二: 上咽頭に発生した髄外形質細胞腫の1例. 日耳鼻 97: 938, 1994.
- 12) 原田浩徳, 河野道生: 形質細胞系腫瘍. 日網会誌 33: 71-80, 1993.
- 13) Willis RA: Pathology of tumors. 4th ed, Butterworth, London, 1967. pp 795-802.
- 14) 松野誠夫: 当科における骨髓腫症例の検討. 整形外科 19: 297-306, 1968.
- 15) Wax MK, Yun KJ, Omar RA: Extramedullary plasmacytomas of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg 109: 877-885, 1993.
- 16) Wiltshaw E: The natural history of extramedullary plasmacytoma and its relation to solitary myeloma of bone and myelomatosis. Medicine 55: 217-238, 1976.
- 17) Dolin S, Dewar JP: Extramedullary plasmacytoma. Am J Pathol 32: 83-103, 1956.
- 18) 山本真平, 中久木和也, 伊藤忠弘, 草野五男, 大山 勝
他: 上顎洞原発髄外形質細胞腫. 耳鼻臨床 70: 507-523, 1977.
- 19) 石部 司, 須藤直廣, 丹家聖仁, 本田啓二, 熊沢忠躬
他: IgA, IgM 産生鼻部形質細胞腫の一症例. 耳鼻臨床 74: 2651-2660, 1981.
- 20) 森 尚義, 谷田部 恭, 浅井淳平, 石堂達也: 髄外性形質細胞腫. 病理と臨床 12: 162-164, 1994.
- 21) Wotherspoon AC, Norton AJ, Isaacson PG: Immunoreactive cytokeratins in plasmacytomas. Histopathology 14: 141-150, 1989.
- 22) 布施昇男, 玉井 信, 清澤源弘, 一迫 玲, 澤井高志
: リンパ球系眼窩腫瘍の多角的補助手段を用いた病理組織学的診断. 日本眼科紀要 44: 940-945, 1993.
- 23) Kost KM: Plasmacytoma of the larynx. J Otolaryngol 19: 141-146, 1990.
- 24) 松永信也, 前山拓夫, 島 哲也, 上野員義, 森山一郎
他: 頭頸部領域に原発した髄外性形質細胞腫の3症例. 耳鼻臨床 80: 257-265, 1987.
- 25) 清水 賢, 中村雅一, 菅澤 正: 上顎洞に原発した髄外形質細胞腫の1症例. 耳喉頭頸 64: 41-44, 1994.
-
- 本論文の要旨は第43回東北耳鼻咽喉科連合学会(弘前)および第7回日本口腔咽頭科学会(名古屋)において口演した。
-
- (1994年10月24日受稿 1994年12月1日受理)
別刷請求先 〒980 仙台市青葉区星陵町1-1
東北大学医学部耳鼻咽喉科学教室 鈴木秀明

<p>A 98-0410-32841</p> <p>鼻汁中蛋白質分析による血管運動性鼻炎様病態をもつアレルギー性鼻炎の鑑別</p> <p>井口芳明 (北里大)</p> <p>当院ではアレルギー性鼻炎患者に対して80%トリクロール酢酸を下甲介粘膜に塗布する下甲介化学剤手術を行ってきた。しかしながら、その治療後に誘発試験が陰性化するにもかかわらず、水様性鼻汁が持続する患者が認められる。そこでその鼻汁中蛋白質成分を分析しその病態を解析した。</p> <p>その結果、アルブミンと23kD蛋白質を測定することによりアレルギー性鼻炎と血管運動性鼻炎の鑑別を正確にかつ客観的にできることがあきらかになった。誘発試験陰性症例の鼻汁は血管運動性鼻炎様の病態が残存し鼻汁症状を呈していると考えられた。また23kD蛋白質は下甲介化学剤手術の適応、治療効果判定のパラメータとなり得ることがわかった。</p>	<p>A 98-0391-60010</p> <p>神経再支配過程から見たモルモット鼓裂筋の運動神経支配の研究</p> <p>河北誠二 (愛媛大)</p> <p>モルモット鼓裂筋を用い、運動神経支配様式を神経再支配の機序より検討した。一側上喉頭ならびに反回神経切断後、光学および透過型電子顕微鏡ならびにグリコーゲン消耗法にて形態変化と神経筋伝達を検討した。半数の神経筋接合部では神経終末の変性後、1週目で再生と考えられる神経終末を認めた。5週目では健側反回神経によりすべての筋線維が再支配された。左右反回神経鼓裂筋枝の吻合ならびに筋内神経束で無髄線維の出現と髄鞘化を観察した。個々の筋線維は片側性支配を受ける。一側脱神経後は健側からの側枝発芽により、脱神経された筋線維が変性する前に再支配され、筋全体では両側から特有の運動神経支配を受けていることが示唆された。</p>
<p>A 98-0421-51301</p> <p>上咽頭に発生した随外性形質細胞腫の1症例</p> <p>——多角的補助手段による病理診断——</p> <p>鈴木秀明・池田勝久・高坂知節 (東北大)</p> <p>一迫 玲 (同・病理)</p> <p>上咽頭に発生した随外性形質細胞腫のまれな1症例を報告する。症例は76歳女性で後鼻漏を主訴として来院した。上咽頭後壁に存在する腫瘍の生検を行い、病理組織学的に光頭および電頭レベルで形質細胞の特徴を持つ腫瘍細胞の増殖が認められた。さらに、免疫組織学的検索、フローサイトメトリー及びDNA検索により、IgA-x産生型の典型的な形質細胞系腫瘍であることが確認された。また骨髄検査、骨X線写真、CT、シンチグラムにて上咽頭以外の部位に病変は認められなかった。局所に58Gyの放射線照射を行ったが著効が得られず、KTP/532レーザーを併用した経鼻的内視鏡手術により腫瘍摘出術を施行し、現在外来にて厳重に経過観察中である。</p>	<p>A 98-0402-33194</p> <p>内視鏡下鼻内手術の適応</p> <p>——術後経過不良例の検討——</p> <p>深見雅也・柳 清・浅井和康・鴻 信義・森山 寛</p> <p>慢性副鼻腔炎に対して内視鏡下鼻内手術を行った153症例について、自覚症状、鼻茸の程度、画像診断上の副鼻腔陰影により術前の重症度の評価を行い、術後の自覚症状の改善度および内視鏡所見を検討した。高度病変例を含むほとんどの例で改善が得られ、自覚症状は総合改善度で99.3%と高率であり、改善率の低い嗅覚障害でも81.0%であった。術後自覚症状、内視鏡所見ともに不良の術後経過不良例8例は、アレルギー性鼻炎や喘息を合併する4例、嗅裂粘膜の病変が残存した1例、骨硬化の著明な長期罹患例1例、膜様部の狭窄した2例であった。内視鏡下鼻内手術は、手術の必要な慢性副鼻腔炎患者のほとんどに適応になると考えられた。</p>