聴器癌 3 症例

なかた まさかぜ きはら やすゆき
中田 将風*・木原 泰幸**

I 緒 言

耳鼻咽喉科医が、日常診療において、慢性中耳炎の診断のもとに比較的長期にわたって、保存的療法を行う機会が多い。しかし、頑固に治療に抵抗する症例の中に、極めて稀ながら、炎症病態に修飾された聴器悪性腫瘍の存在する事を忘れてはならない。聴器悪性腫瘍は重要臓器に隣接する解剖学的特殊性から、他の頭頸部腫瘍に増して早期診断が必要となる。我々は最近、聴器癌の3例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II 症 例

症例1. 68歳、女性。

主訴：左耳漏と耳痛。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴および現症：昭和47年6月頃より左耳垢栓塞として、某耳鼻科医にて耳垢の除去をうけたが、同年11月、耳漏強度となり、耳痛も生じてきたので転医。その間、抗生剤内服を続けるも症状軽快することなく他医を転々とした後、昭和48年7月7日、当科受診。初診時、外耳道壁腫脹著しく、粘稠耳漏が充満していた。耳単純レ線にては骨欠損を認めなかったが、経過観察中、外耳道壁に肉芽状隆起を認め、組織検査を行い、扁平上皮癌の診断を得た。（図1）

治療および経過：治療には ^{60}Co 照射を行った。4000 rads 照射頃には、外耳道腫瘍は消失し鼓膜を視診しえるようになり、Total 6000 rads 照射後退院した。以後、現在に至る迄、時おり外耳道の搔痒感を訴える以外に愁訴なく、経過良好である。

図1 腫瘍の表層は、びまん性、浸潤性に増殖し角化もみられる。間質には、リンパ球、白血球の浸潤を中等度に認める。

症例2. 65歳、男性。

主訴：左耳痛および血性耳漏。

既往歴：幼児期より両側慢性中耳炎。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴および現症：昭和50年1月下旬頃より左耳痛および耳出血をきたしたため、2月21日当科受診。初診時、外耳道後壁に易出血性の肉芽状隆起を認め、試切を考慮しつつ経過観察

Malignancy of the Ear.

Masakaze Nakata and Yasuyuki Kihara.

*国立呉病院耳鼻咽喉科

**広島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

中、患者が来院しなくなった。10月8日、某耳鼻科医に紹介され再び受診した。外耳道内は肉芽状腫瘍が充満し、組織検査により、扁平上皮癌の診断を得た。(図2)

治療および経過：ペータトロン 6000 rads 照射後、腫瘍は消失し、耳漏も軽度となり退院した。

図2 腫瘍表層の粘膜は核クロマチン豊富，大小不同と不規則な配列を示している。

症例3 63歳，男性。

主訴：右耳痛。

既往歴：10才頃より両側中耳炎。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴および現症：昭和49年6月初旬頃より右耳搔痒感および疼痛のため某耳鼻科医にて、2ヶ月余り加療したが軽快せず、転医後昭和49年8月27日、当科へ紹介された。初診時、外耳

図 3

図4 大小の細胞巢より成り，クロマチン豊富な核，大小不全あるも角化は殆んど認められない。

道は易出血性の肉芽状腫瘍が充満しており、病理組織検査の結果は扁平上皮癌であった。(図3, 4)

治療および経過：9月6日から10月25日迄6600 rads のペータトロン照射。10月下旬、右顔面神経麻痺を生じるも、ステロイド投与により進展傾向なく、また腫瘍も著明な縮小をみたため、経過観察として12月10日軽快、退院に至った。しかし、50年5月頃より再び腫瘍の増大傾向が著明となったため、50年5月30日から7月15日迄、 ^{60}Co 6600 rads の追加照射を行い、同時に経外耳道的にネクロトミーをはかった。照射後も腫瘍は完全に消失するに至らず、錐体部への広汎な浸潤が考えられたため、脳神経外科の協力を得て、9月23日、右側頭骨亜全摘出術を試みた。しかし、開頭の結果、右中頭蓋窩は腫瘍の浸潤により広汎な骨欠損を示すと同時に脳硬膜及び側頭葉実質への浸潤も高度に認められたため、腫瘍の摘出を断念し、減圧の意図から側頭骨鱗部を一部除去して手術を終了した。術後、カルボコン製剤内服を行い、11月29日退院。現在、ピリン系鎮痛剤で緩和される程度の頭痛を訴える以外に愁訴はなく外来にて経過観察中である。

Ⅲ 考

聴器癌は、1775年頃に Wilde, Roudot, Schwartz, Lucae, Kidd 等による報告に始まるとされるが¹⁾、症例は少なく、一般耳鼻咽喉科疾患患者の 5000から20000人に対して1人の割に中耳癌を認めるとされ²⁾、本邦でも、1000人対 0.024人の割との報告もあり、一人の耳鼻咽喉科医が一生のうち1人あるいは2人の聴器癌患者に接する程度とさえいわれる¹⁾。

聴器原発癌は、部位別に耳介、外耳道、中耳内耳と分けられるが、内耳原発癌腫の報告は未だみない。耳介癌は全皮膚癌の 5.5～8%の頻度とされるが聴器癌における比率は、Broders らによれば、外耳道癌14%、中耳癌2%に対して耳介癌84%と多く、また Lewis によれば、60%を耳介癌が占めるとされ高率である¹⁾。しかし、本邦においては、20³⁾ ないし28⁴⁾ %と対称的に低率である。外耳道、中耳癌の平均年齢が55才であり、性差が乏しいのに対して耳介癌では70才と高令に傾き、92%と圧倒的に男性に多い事が特徴的である¹⁾。我々の症例1, 2は骨部外耳道原発癌であり、症例3は骨部外耳道から中耳進展例であると思われる。耳介癌は、他の皮膚癌と同じく初診時の発見は比較的容易であるが、外耳道、中耳癌の早期診断の困難性は、頻度が極めて少なく、慢性中耳炎の病態に遮蔽される点にある。しかし、本症に特異な所見を見出す事が診断の要点と考える。

耳漏は、中耳癌の最もありふれた症状であるが、慢性中耳炎では膿粘性であることが多いのに対して、癌腫では比較的漿液性成分に富み、進展するに従い悪臭を帯びた出血性となる。耳痛は、腫瘍の圧迫および併存する炎症刺激によるものであるが、慢性中耳炎には比較的稀であり特徴的な症状といえる。症例2, 3のように、慢性中耳炎の既往を有するものは、聴器癌症例の70%を占めるとされているが³⁾、難聴が癌腫の主訴となることは少なく、また内耳は癌腫に

按

対して、ある程度の抵抗力をもつため、感音障害迷路障害を伴う例も少なく、顔面神経麻痺も初期症状とはいい難いとされている³⁾。我々の症例の如く、初診時、視診にて外耳道に肉芽および潰瘍を認める事が多いが、癌性のは易出血性で疼痛を伴う事が多く、周囲への浸潤がみられる。また、慢性中耳炎の根治手術後、肉芽の異常増殖がおこり、初めて癌腫が明らかとなった報告もみられる⁴⁾。しかし、一般的耳単純撮影は初期診断としての価値はうすく、Lewis はプローベ採取の時点で12%の腫瘍陽性所見を認めたにすぎないが、腫瘍の進展を知るうえに有用であると思われる。疑しければ、悪性腫瘍の存在を常に念頭におき、病理学的検索を行う事が、やはり治療の第1歩のように考えられる。

治療は原則的には、初回治療が唯一の治療機会であるともいえ、以後の治療は姑息的とならざるをえず⁵⁾、患者に対する侵襲と治療効果を比較検討して選ばねばならない。現在の所、治療の方針としては、手術、放射線の単独あるいは併用療法がとられているようである。Bol-and と Paterson は、250～400 Kvx 線あるいはテレラジオムによる放射線療法単独で27例中22%の5年存率をみているが⁶⁾、超高圧放射線治療が可能な現在においては、より一層の治療効果の上昇が期待できると思われる。また、外耳道癌においては、症例を選べば、拡大乳突洞削開術および術後照射によって満足すべき結果が得られると考えられるが⁷⁾、術後は照射による治療効果の低下が認められる点からも、この場合には、摘出標本辺縁が完全に腫瘍の浸潤の認められないことを凍結切片標本で確認する程の慎重な注意が必要と思われる⁵⁾。中、後頭蓋窩、内頸動脈、後頭骨基底底部あるいは頸椎体への進展がみられるものは、根治手術の適応外となるものであり、姑息的とならざるをえないが⁵⁾、制癌剤局所動注法と放射線の併用療法に

よって著明な治療効果を得たとする報告もある⁸⁾⁹⁾. Ward や Campbell により1951年中耳癌に対して、側頭骨を部分的に鉗除していく方法が報告され、1954年には Parsons および Lewis により側頭骨亜全摘出術が施行された¹⁾.

Lewis は側頭骨を侵す癌は、いかなる段階であれ根治手術が必要であると述べ、耳管および脳底への進展を考慮にいれて、3500~5000 rads の術前照射の後、側頭骨亜全摘出術を行い、92例中26例、28%の5年生存率を得ている¹⁾¹⁰⁾. 本邦においても硬脳膜浸潤例を大腿広筋膜にて置換修復した側頭骨全摘出術の成功例¹¹⁾など、

その治療効果は顕著であるが、聴覚、平衡機能障害、顔面神経麻痺は必発となり、脳ヘルニア、髄膜炎、脳出血などの危険も多い. 放射線治療により腫瘍の縮小が著しくない場合は局所化学療法を併用し、6000~7000 rads 照射後、なお腫瘍の残存を認める場合に始めて手術を行うべき¹²⁾のように考える.

我々の症例1, 2は放射線療法単独にて良好な結果を得ているが、症例3は、術中、予想以上の浸潤が認められ、腫瘍の進展に関する把握が不充分であった点などに反省すべき点があると思われる.

Ⅳ 結 語

日常診療において、早期診断の困難な聴器癌3例の治療経験を述べ、あわせて文献的考察を行った.

稿を終るに臨み、病理組織学的見地より御教示を賜った、国立呉病院検査科の桐本孝次先生に感謝の意を表します.

参 考 文 献

- 1) Lewis, J.S. : Cancer of the ear. A report of 150 cases. Laryngoscope 70 : 551, 1960.
- 2) Towson, C.E. and Shofstall, W.H. : Carcinoma of the ear. Arch. Otolaryngol. 51 : 724, 1950.
- 3) 日幡雄一 : 聴器原発癌臨床、特にその文献的考察、一当教室例を中心として一耳展 17 : 675, 1974.
- 4) 隠明寺覚、他 : 聴器悪性腫瘍の4例一本邦文献上の同疾患187例の集計的考察一耳展7 : 206, 1964.
- 5) Jesse, R.H. et al. : Cancer of the head and neck. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1967.
- 6) Boland, J. and Paterson, R. : Cancer of the middle ear and external auditory meatus. J. Laryng. 69 : 468, 1955.
- 7) Tabb, H.C. : Cancer of the external auditory canal : Treatment with radical mastoidectomy and irradiation. Laryngoscope 74 : 634, 1964.
- 8) 三宅浩郷、他 : 聴器癌5例の治療経験一制癌剤動注と放射線療法との併用療法を中心として一耳喉 42 : 913, 1970.
- 9) Tucker, W.N. : Cancer of the Middle Ear : A Review of 89 Cases. Cancer 18 : 642, 1965.
- 10) Lewis, J.S. : Squamous carcinoma of the ear Arch. Otolaryngol. 97 : 41, 1973.
- 11) 中井義明、他 : 聴器癌における側頭骨全摘出術. 耳喉 47 : 325, 1975.
- 12) 森田守 : 耳腫瘍の手術. 耳鼻咽喉科手術全書1巻. 金原出版 1975.

原稿到着 : 昭和51年3月22日
 別刷請求先 : 中田将風
 ☎737 呉市青山町1丁目
 国立呉病院耳鼻咽喉科