耳下腺部に転移をきたした眼瞼脂腺癌例

大野 文夫・徳重栄一郎

鯨坂 孝二・昇 卓夫

A Case of Metastatic Sebaceous Carcinoma of the Parotid Gland

Fumio Ohno, Eiichiro Tokushige, Koji Ajisaka and Takuo Nobori

(Kagoshima University)

A case of metastatic sebaceous carcinoma of the parotid gland, in a 47-year-old man, is reported. The primary lesion on the left lower eyelid was removed surgically about 5 months before his first visit to our university hospital. The first medical examination revealed a small nodule (24 × 14 mm, hard touch, smooth surface, well defined, and mobile tumor) on the preauricular lesion, and a definite diagnosis of the tumor could not be made clinically. He was carefully followed up for a while, and then did not visit us for 13 months. During that period the parotid mass gradually grew to 57 × 43 mm in size accompanying facial paralysis. He was admitted and underwent left radical neck dissection with parotidectomy. The parotid gland was almost completely occupied by the tumorous mass, and the facial nerve trunk was also invaded. Histopathologically, metastatic sebaceous carcinoma was found in the parotid tumor, submandibular lymphnode, and profound cervical lymphnodes. After the surgery he received prophylactic radiation therapy of 50 Gy. Pathologic features of the parotid metastatic tumor consisted of lobulated masses of sebaceous carcinoma cells which had foamy cytoplasm and atypical nuclei. No recurrent tumor has been seen during the 19 months after the surgery.

Key words: sebaceous carcinoma, eyelid tumor, parotid tumor, metastasis

緒 言

脂腺癌 (sebaceous carcinoma) は極めて稀な腫瘍であり、手掌、足底を除きどこにでもみられるが、眼瞼のマイボーム腺より発生することが多い¹⁾とされている。今回著者らは、下眼瞼の脂腺癌摘出術後に耳下腺部に転移をきたしたと思われる稀な症例を経験した。本症例の臨床経過を述べるとともに、病理組織学的に若干の検討を加えたので報告する。

症 例

患者：47歳，男性。

初診：1989年4月3日。

主訴：左耳前部腫瘍。

家族歴・既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1988年5月頃から左下眼瞼に無痛性腫瘍が出現し増大傾向があった。1988年10月14日眼科で霰粒腫の診断下に摘出術を受け、その病理組織診断は脂腺癌であった。同年11月初めより左下眼瞼部に再発をきたしたため、11月17

日左下眼瞼腫瘍摘出術+眼瞼形成術を受けた。1989年3月頃から左耳前部の腫瘍に気づき、当科を受診した。

初診時所見：

全身所見；体格中等度(身長 166 cm, 体重 67 kg), 栄養状態良好。

局所所見；左耳前部に表面平滑、境界が明瞭で可動性良好な弾性硬の結節状のリンパ節(約 24×14 mm)が触知された(図1)。他の頸部リンパ節腫脹は伴っておらず、顔面神経障害も認められなかった。

検査所見：唾液腺シンチ ($^{99m}\text{TcO}_4^-$) では耳下腺部への集積は良好で左右差なく、欠損像は認めなかった。Ga シンチでは異常集積なく、MRI でも悪性を疑わせる所見は認められなかった。その他、血液一般検査、血液像、臨床化学検査、尿検査などに特記すべき異常値は認められず、血清梅毒反応も陰性であった。胸部X線上にも異常所見を認めなかった。

経過および治療：耳前部腫瘍の確診がつかず、当科外来にて定期的に経過観察していたが、1989年6月以降患者が来院せず、その間に左耳前部腫瘍は徐々に増大していた。1990年6月20日当科を再診したときには、左耳下腺部に大きさ 57×43 mm の腫瘍が触知され、その性状は

表面平滑、境界は比較的明瞭、弾性硬で周囲組織と完全に固定していた(図2)。左顎下部にも表面平滑、境界明瞭で可動性良好な硬い腫瘍を触知した (21×11 mm)。左顔面神経不全麻痺を認め、顔面表情筋スコア 26/40 点であった。シアロ CT では造影剤が注入される部位は周囲にわずかにあるが、大部分は造影剤が注入されない耳下腺部腫瘍が認められた(図3)。超音波検査は境界やや不明瞭で不均一な内部エコー (47×30 mm) を呈しており(図4)、唾液腺シンチでは左耳下腺部の集積排泄像が認められず、耳

図2 再診時所見
(1990年6月20日)

耳下腺部および頸部に腫瘍を触知。

図1 初診時の耳前部腫瘍
(1989年4月3日)

耳前部に結節状リンパ節を触知 (24×14 mm)。

図3 再診時のシアロ CT

ほとんど造影されない耳下腺部腫瘍。

下腺の機能が著しく障害されていることが示唆された。Ga シンチで左耳下部に異常集積を認め、穿刺吸引細胞診 (fine needle aspiration biopsy) を施行した結果 class V であった。1990年7月9日全麻下で左耳下腺部腫瘍摘出術+左頸部郭清術を施行した。耳下腺はほとんど全体が腫瘍に置換されており、顔面神経は本幹へ腫瘍の浸潤を認めたため本幹部で切断した。頸部は、顎下リンパ節、上・中内深頸リンパ節に転移を認めた (図5)。術後は耳下部から頸部に50

Gy 放射線照射治療を施行し、同年9月5日軽快退院した。

1992年2月現在、経過は良好で局所再発はみられない。

病理組織学的検査

耳下腺は腫瘍の増殖により著しく圧排され萎縮しており、正常耳下腺組織をわずかに認めるのみであった。腫瘍塊の境界は比較的明瞭、断面は黄白色で結節状を呈していた (図6)。耳下腺部腫瘍は臨床経過より眼瞼脂腺癌の所属リンパ節転移が最も考えられるが、肉眼的にも顕微鏡的にもリンパ節構造を確認できず、リンパ節転移と断定するに至らなかった。

図4 再診時の耳下腺部腫瘍の超音波検査
境界やや不明瞭で不均一な内部エコーの腫瘍塊
(47×30 mm)。

図5 耳下腺部腫瘍と頸部リンパ節
頸部リンパ節のうち、顎下リンパ節と上・中
内深頸リンパ節に転移を認める。

図6 耳下腺部腫瘍の断面
耳下腺は腫瘍の増殖により著しく圧排され
萎縮している。

図7 耳下腺部腫瘍の病理組織像 (弱拡大)
腫瘍細胞はシート状に配列し、線維性間質を
伴っている (H. E. 染色)。

図8 耳下腺部腫瘍の病理組織像(強拡大)

腫瘍細胞は類円形の核と泡沫状の明るい細胞質を有する。間質には xanthoma cell の集簇が見られる(H. E. 染色)。

腫瘍細胞はシート状配列を示し、線維性間質を伴っていた(図7)。腫瘍細胞は比較的クロマチンに乏しい類円形の核を有し、細胞質は泡沫状で明るく、脂肪滴と考えられる空泡を持つ細胞も認められる。間質にはリンパ球の浸潤および xanthoma cell の集簇が見られた(図8)。これらの組織像は1988年に摘出された左下眼瞼の脂腺癌の組織所見と一致していた。

考 按

眼瞼脂腺癌は極めて稀な腫瘍で、多くはマイボム腺より発生するとされている。今回我々は、下眼瞼脂腺癌摘出術後に耳下腺・頸部リンパ節に転移をきたした症例を経験した。眼瞼癌の予後は一般に良好で、部位的に早期に発見されやすく、また、リンパ管、血管の構築上、身体他の部位に発生する癌腫に比べて、比較的転移が少ないといわれている。しかしながら、脂腺癌の転移率は生駒ら²⁾の報告では31.7%、桐沢ら³⁾の報告によれば42%以上と、他の眼瞼癌腫に比してかなり高率である。脂腺癌の転移率が高い一因として、確定診断に手間取ることがあげられる。特に霰粒腫との鑑別が困難で、臨床的に霰粒腫として手術を受けている症例が多く、不適切な切除術が転移を誘発する可能性が考えられる。したがって、眼瞼脂腺癌の治療に際しては転移、再発に十分注意しなければな

らない。

眼瞼脂腺癌の転移部位は、所属リンパ節への転移が主で、Rao ら⁴⁾によると95例中22例に耳前部リンパ節、耳下腺リンパ節や頸部リンパ節への転移を認めている。特に耳前部リンパ節への転移は眼瞼腫瘍切除3カ月から6年後に見られている。本症例は眼瞼腫瘍切除5カ月後に耳前部腫瘍形成に気付いているが、諸検査で悪性の診断がつかず、経過観察期間中患者が来院しなかったため腫瘍の増大を招いてしまった。耳前部に腫瘍が出現した時点で摘出術を施行し、病理組織検査を行なうべきであったと反省している。Doxanas ら⁵⁾は、眼瞼脂腺癌症例で耳前部のリンパ節腫脹を認めた場合、リンパ節生検の必要性を強調している。生検の結果、転移が判明した4例に頸部郭清術を施行しているが、眼瞼や眼窩の炎症に由来すると考えられた耳前部リンパ節腫脹も2例報告している。

眼瞼脂腺癌の治療は原則として外科的摘出であるが、その他、化学療法、放射線療法が併用されている。Rao ら⁴⁾によると、単純腫瘍摘出術を施行した症例の4年死亡率が33%であるのに対して、拡大摘出術では7%と良好な成績が報告されている。放射線治療に関しては、Rao ら⁴⁾は生検もしくは単純摘出術後に放射線療法を施行した症例の4年死亡率は78%と非常に高率であり、完全に外科的摘出術が可能な症例には放射線療法は行なうべきでないと述べている。また、Nunery ら⁶⁾は放射線療法のみで治療し、再発をきたした6症例を報告し放射線による根治療法に疑問を投げかけている。

所属リンパ節転移への治療に関する詳細な報告は少ないが、Rao ら⁴⁾は21例の耳前部や頸部転移症例の治療として、耳下腺全摘出術+リンパ節摘出術もしくは、耳下腺摘出術+頸部郭清術で、放射線療法を時に組み合わせて行なっている。その結果、7例は5年間生存しており、根治的手術と放射線療法の有効性を示唆している。5年生存率7/21例(33%)が優れているか否かは疑問であるが、眼瞼脂腺癌で所属リンパ

節へ転移をきたした症例への治療法の原則は外科的摘出であり、耳前部リンパ節、耳下腺リンパ節を含む頸部郭清術が優先されるべきと考えられる。

結 語

47歳男性で耳下腺部転移をきたした眼瞼脂腺癌症例を一例経験した。その臨床経過と問題点は以下のとおりであった。

1) 耳下腺部腫瘍および頸部リンパ節転移に対しては耳下腺全摘出術＋頸部郭清術を施行した。術後経過は良好で術後約19カ月の時点では再発をみていない。

2) 脂腺癌は他の眼瞼癌に比して転移率が高率で、特に所属リンパ節への転移が多いため、耳鼻咽喉科医は日常臨床で注意をはらうべきである。

3) 脂腺癌に対する治療としては原発巣の完全な摘出術と、所属リンパ節転移病巣の郭清が大切である。

4) 眼瞼脂腺癌で耳前部リンパ節の腫脹が認められる症例では、リンパ節生検後、早期に治療方針を決定すべきである。

稿を終わるに臨み御校閲を賜った大山 勝教授に深謝致します。

参考文献

- 1) 湯本東吉：皮膚。病理学 第4版(田中健蔵，遠城寺宗知編)。811～830頁，医学書院，東京，1984。
- 2) 生駒一太，岩城 忍：眼瞼癌特にその転移及び悪性度に就いて。臨眼 9：62～67，1955。
- 3) 桐沢長徳，塚原宣武：眼瞼の腫瘍。日本眼科全書 第14巻 眼瞼疾患Ⅴ(日本眼科学会編)。271～390頁，金原出版，東京，1961。
- 4) Rao NA, McLean IW and Zimmerman LE : Sebaceous carcinoma of eyelids and caruncle ; correlation of clinicopathogenic features with prognosis. Ocular and Adnexal Tumors (ed by Jacobiec FA). pp 461～476, Aesculapius, Birmingham, 1978.
- 5) Doxanas MT and Green WR : Sebaceous gland carcinoma. Arch Ophthalmol 102 : 245～249, 1984.
- 6) Nunery WR, Welsh MG and McCord CDJ : Recurrence of sebaceous carcinoma of the eyelid after radiation therapy. Am J Ophthalmol 96 : 10～15, 1983.

(原稿受付：平成4年2月12日

原稿採択：平成4年6月2日

別刷請求先：大野文夫

〒890 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室)