頸部腫瘍の臨床病理学的検討

— 入院患者の統計 —

五十嵐文雄・野々村直文*・川名 正博*
大倉 隆弘*・中野 雄一*

Clinical and Pathological Study on Neck Masses

Fumio Ikarashi

(The Nippon Dental University)

Naobumi Nonomura, Masahiro Kawana, Takahiro Okura and Yuichi Nakano

(Niigata University School of Medicine)

A statistical analysis was conducted of 279 patients with neck masses treated in the Department of Otolaryngology, Niigata University School of Medicine from 1981 to 1990. 7.6% of all 3,654 hospitalized patients. The mean age was 50.3 years ; 155 were males and 124 were females.

There were 124 malignant tumors (44.4%), 95 benign tumors (34.1%), 29 inflammatory diseases (10.4%), 29 congenital diseases (10.4%) and two others. Malignant tumors predominated in males, and benign tumors in females ; both were more common in patients over 50 years of age. Of the malignant tumors, 67 were metastatic lymphnodes, 21 were malignant lymphomas, 17 were thyroid cancers, and 14 were parotid cancers ; there were five other miscellaneous lesions. All primary sites of the 67 metastatic lymphnodes were in the head and neck areas. The majority of benign tumors were 61 parotid tumors, 33 of which were pleomorphic adenomas. Of the inflammatory diseases, 11 were submandibular sialoadenitis and six were nonspecific cervical lymphadenitis. Most of the congenital diseases were lateral cervical cysts or cervical median cysts.

Masses with spontaneous pain were suspected of being due to inflammatory diseases. Hard masses with tenderness, poor mobility and obscure margins were apt to be malignant tumors or inflammatory diseases. Soft masses with good mobility, distinct margins, and no tenderness were usually benign tumors or congenital diseases.

It follows from the present findings that careful examination of the head and neck, keeping in mind the possibility of malignant tumors and particularly metastatic lymphnodes, is the first step in the identification of diseases causing neck masses. Careful consideration should precede decisions for open biopsy with special attention to the patient's history and local findings. Detailed inspection and palpation are essential in deciding the proper course of treatment.

Key words: neck mass, statistical analysis, hospitalized patients

はじめに

日常診療において頸部腫瘍を伴う患者の診断に苦慮することは少なくない。頸部に存在する臓器は循環器、消化器、呼吸器など多彩であり、全身臓器の中で頸部に存在しないものは泌尿器と生殖器のみといってよい。これらの諸臓器から発生する腫瘍、炎症、先天性疾患などにより頸部腫瘍が形成され、さらに頭頸部領域の他疾患から二次的に、また全身疾患の部分症状としても頸部腫瘍が生じることもあり、その診断が容易でないことは当然ともいえる。

われわれは頸部腫瘍を伴う疾患をより早期にかつ的確に診断するために統計的観察を行い、若干の考察を加えた。

対 象

1981年から1990年までの10年間に新潟大学医学部附属病院耳鼻咽喉科に入院した頸部腫瘍を伴う疾患を対象とした。なお、甲状腺疾患、大唾液腺疾患を含み、再入院症例は除外した。

図1 年齢構成・性差

結 果

1. 年齢構成・性差・年次推移

頸部腫瘍を伴う疾患は279例であった。男性155例、女性124例、平均年齢は50.3歳で、50歳、60歳代にピークが認められた(図1)。男女別平均年齢は男性52.0歳、女性48.1歳であった。頸部腫瘍を伴う疾患は当該期間の全入院患者3,654例の7.6%を占めており、その実数、割合ともに増加傾向が認められた(表1)。

2. 疾患群別分類

頸部腫瘍を伴う疾患を悪性腫瘍、良性腫瘍、炎症性疾患、先天性疾患、その他の疾患群に分類すると、悪性腫瘍124例(44.4%)、良性腫瘍95例(34.1%)、炎症性疾患29例(10.4%)、先天性疾患29例(10.4%)となった(表2)。性別では良性腫瘍以外は男性に多く、特に悪性腫瘍と良性腫瘍と比較すると、悪性腫瘍では明らかに男性が多くなっていた(χ^2 検定, $p < 0.01$)。

悪性腫瘍124例の中ではリンパ節転移症例が67例と最も多く、悪性腫瘍の54.0%、頸部腫瘍全体の24.0%を占めていた。リンパ節転移症例の原発巣は原発不明症例以外はすべて頭頸部領域で、67例中24例、35.8%は頸部腫瘍を主訴として受診していた(表3)。なお甲状腺癌、耳下腺癌ではリンパ節転移を有する症例がそれぞれ10例、5例認められたが、これらはリンパ節転移67例の中には含まれていない。悪性リンパ腫、甲状腺癌以外の悪性腫瘍は男性に多く、この傾向はリンパ節転移症例で顕著であった。良性腫瘍では耳下腺腫瘍が61例と最も多く、その33例は多形腺腫であった。

炎症性疾患では顎下腺炎、先天性疾患では側

表1 年次推移

年	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	計
頸部腫瘍	23	15	21	24	23	21	32	40	38	42	279
入院患者	387	368	362	352	352	330	363	375	381	384	3,654
割合(%)	5.9	4.1	5.8	6.8	6.5	6.4	8.8	10.7	10.0	10.9	7.6

頸部嚢胞，頸部正中嚢胞が多かった．

3．年齢層別疾患群分類

年齢層別に疾患群进行分类すると，悪性腫瘍は50歳代以上に多く，良性腫瘍，炎症性疾患は20歳代以上に平均的に分布し，先天性疾患は30歳代を中心に各年齢層に認められた(図2)．各疾患群別の平均年齢では悪性腫瘍58.7歳，良性腫瘍45.1歳，炎症性疾患47.3歳，先天性疾患34.3歳となっており，悪性腫瘍の平均年齢は他の疾患群に比べ高く (t 検定, $p<0.01$)，先天性疾患のそれは他の疾患群に比べ低くなっていた

表 3 リンパ節転移症例の原発巣

原発巣	男 性	女 性	計
喉 頭	15 (6)	0 (0)	15 (6)
下 咽 頭	13 (5)	2 (0)	15 (5)
上 咽 頭	11 (3)	2 (1)	13 (4)
口 腔	6 (0)	5 (1)	11 (1)
中 咽 頭	7 (3)	0 (0)	7 (3)
原発不明	5 (5)	0 (0)	5 (5)
上 顎 洞	1 (0)	0 (0)	1 (0)
計	58 (22)	9 (2)	67 (24)

() 内は頸部腫瘤を主訴とした症例数

表 2 疾患別分類

悪性腫瘍	124 (85,39)	良性腫瘍	95 (33,62)	炎症性疾患	29 (18,11)	先天性疾患	29 (18,11)	その他	2 (1,1)
リンパ節転移	67 (58, 9)	耳下腺腫瘍	61 (25,36)	顎下腺炎	11 (6, 5)	側頸部嚢胞	13 (8, 5)	偽嚢胞	1 (0,1)
悪性リンパ腫	21 (10,11)	甲状腺腫瘍	14 (0,14)	非特異的 リンパ節炎	6 (3, 3)	頸部 正中嚢胞	12 (9, 3)	乳糜漏	1 (1,0)
甲状腺癌	17 (4,13)	顎下腺腫瘍	8 (2, 6)	耳下腺炎	5 (4, 1)	異所性 甲状腺	2 (0, 2)		
耳下腺癌	14 (8, 6)	神経鞘腫	4 (1, 3)	甲状腺炎	2 (1, 1)	動静脈奇形	1 (1, 0)		
顎下腺癌	3 (3, 0)	傍神経節腫	3 (1, 2)	耳下腺結核	2 (2, 0)	下咽頭 梨状窩瘻孔	1 (0, 1)		
悪性黒色腫	1 (1, 0)	リンパ管腫	2 (2, 0)	深頸部膿瘍	2 (2, 0)				
ホジキン病	1 (1, 0)	下顎骨腫瘍	1 (0, 1)	猫爪病	1 (0, 1)				
		脂肪腫	1 (1, 0)						
		好酸性 肉芽腫	1 (1, 0)						

疾患名 総数 (男性, 女性)

図 2 年齢層別疾患群分類

(t 検定, $p < 0.05$).

4. 部位別疾患群分類

多発性腫瘍が認められた17例中16例は悪性腫瘍, 1例は非特異的リンパ節炎であった. 悪性腫瘍16例中10例は悪性リンパ腫, 6例はリンパ節転移症例で, その原発巣は耳下腺2例, 上, 中, 下咽頭および原発不明が各々1例となっていた. 耳下部では87例中15例, 17.2%が悪性腫瘍

図3 部位別分類(1)

図4 部位別分類(2)

瘍, 64例, 73.6%が良性腫瘍であるのに対し, 顎下部40例では19例, 47.5%が悪性腫瘍, 9例, 22.5%が良性腫瘍であり, 顎下部では悪性腫瘍の割合が高くなっていた(χ^2 検定, $p < 0.01$). 顎下部の悪性腫瘍19例の内訳は口腔領域原発の癌腫からのリンパ節転移が10例, 原発不明のリンパ節転移1例, 悪性リンパ腫4例, 顎下腺癌3例, ホジキン病1例となっていた. 頸部正中の上, 中部は頸部正中嚢胞, 異所性甲状腺などの先天性疾患, 頸部正中の下部は甲状腺腫瘍, 甲状腺炎など甲状腺由来の疾患が大部分を占めていた(図3).

側頸部(上内, 中内, 下内, 外側頸部)の腫瘍は合計113例で, 頸部腫瘍全体の40.5%を占め, この内85例が悪性腫瘍であった. なお, 鎖骨上窩, 副神経領域の腫瘍は外側頸部に含めた(図4).

5. 腫瘍の性状による分類

カルテの記載から各疾患群別に触診による腫瘍の性状を検討した(図5). 腫瘍の最大径の平均は全体で38.6 mm, 炎症性疾患では45.1 mmと最大であり, 悪性腫瘍との比較では明らかに炎症性疾患の最大径が大きくなっていた(t 検定, $p < 0.05$).

自発痛があるものは炎症性疾患では10例で, 炎症性疾患全体の34.5%を占めていたが, 他の疾患群ではすべて10%以下であり, 炎症性疾患では他の疾患群に比して自発痛を伴う症例が多くなっていた(χ^2 検定, $p < 0.05$). 圧痛においても同様の傾向が認められた(χ^2 検定, $p < 0.01$). また悪性腫瘍と良性腫瘍とで比較すると, 悪性腫瘍では圧痛を伴う症例が多かった(χ^2 検定, $p < 0.01$).

可動性に関しては, 良性腫瘍, 先天性疾患では良好であるのに対し, 悪性腫瘍, 炎症性疾患では不良で, 悪性腫瘍は良性腫瘍, 先天性疾患と比べ, また炎症性疾患は良性腫瘍, 先天性疾患と比べ有意に可動性が不良であった(χ^2 検定, $p < 0.01$).

硬さで比較すると, 悪性腫瘍, 良性腫瘍, 炎症性疾患では硬い腫瘍が多く, 先天性疾患では

軟性腫瘤が多かった。統計的にも先天性疾患では他の疾患群全々と比較して軟性の腫瘤が多く(χ^2 検定, $p < 0.01$), 良性腫瘍でも悪性腫瘍, 炎症性疾患と比較すると軟性の腫瘤が多いという

結果を得た(χ^2 検定, $p < 0.01$).

境界の状態では, 悪性腫瘍, 炎症性疾患で境界が不明瞭な症例が多く, 良性腫瘍, 先天性疾患では明瞭な症例が多かった。炎症性疾患は他

図 5-1

図 5-2

図 5-3

図 5-4

図 5-5

図 5-6

図 5 性状による分類

の全ての疾患群に比して境界が不明瞭な症例が多く (χ^2 検定, $p < 0.01$), 悪性腫瘍では良性腫瘍, 先天性疾患に比して境界が不明瞭な症例が多くなっていた (χ^2 検定, $p < 0.01$).

考 察

1. 対象について

頸部腫瘍に関する臨床統計においては, その対象が入院患者, 外来患者, また頸部腫瘍を主訴とする症例, 頸部腫瘍を伴う症例, 甲状腺, 大唾液腺疾患を含む, 含まない, 生検材料からの統計など様々である^{1)~10)}. 平林ら¹⁰⁾も述べているように, 対象の設定, さらに外科からの報告と耳鼻咽喉科からの報告によってもその結果にかなりの相違が生じており, 比較にあたってはこれらの点を考慮しなければならない. 今回は入院治療を要した頸部腫瘍を伴う疾患を対象としたため, 重症な症例が多くなっていると思われる. 今後は外来患者を対象とした検討も必要である.

頸部腫瘍を伴う疾患は実数, 割合ともに増加傾向が認められ, さらに正確かつ迅速な診断能力が要求されている.

2. 疾患別分類

今回の調査では悪性腫瘍が124例と最も多く, 全体の44.4%を占めていた. 他の耳鼻咽喉科医では中村ら³⁾が25.1%, 市野ら⁸⁾が35.2%, 平林ら¹⁰⁾が37.9%と報告している. 今回は入院患者を対象としたため, 悪性腫瘍の占める割合が大きくなったものと思われる. しかし, 先の外来患者を対象とした報告でもその割合は決して少なくない. 疾患の重篤性のみならず, 頻度から考えても頸部腫瘍の診察に際しては悪性腫瘍を疑うことが第一である.

悪性腫瘍の中ではリンパ節転移症例が最も多く, その35.8%は頸部腫瘍を主訴として受診していた. また原発巣はすべて頭頸部領域であることより, 頸部腫瘍を伴う患者の診察では頭頸部管腔領域の詳細な観察が不可欠である. 新潟県の頭頸部悪性腫瘍登録¹¹⁾によれば上咽頭癌, 下咽頭癌では特に頸部リンパ節への転移率が高

く, 50%以上に及んでいる. また Martin ら¹²⁾は上咽頭癌の主訴の47%が頸部腫瘍であったと報告している. これらの部位は死角になりやすい部位でもあり⁸⁾, その観察は特に慎重でなければならない. 今回は耳鼻咽喉科の入院患者を対象としたため, 原発病巣はすべて頭頸部領域であった. しかし鎖骨下領域からの頸部リンパ節転移例も報告されており, 特に鎖骨上窩の腫瘍には注意が必要である¹²⁾¹³⁾.

頸部腫瘍に対する生検の危険性は古くから強調されており¹²⁾, 統計的にも証明されている¹⁴⁾. 今回の調査でも他施設で生検後に原発巣検索のため当科へ紹介となった扁桃癌, 耳下腺癌症例があった. 既に腫瘍は増大, 皮膚に広く浸潤していたため, 根治的治療を断念せざるをえなかった. また頸部腫瘍の原因が悪性腫瘍以外であっても, 腫瘍の生検は周囲組織との癒着などにより後の治療の妨げになることが多く, 安易な生検は慎まなければならない. 近年, 穿刺吸引細胞診の有効性, 安全性が再認識され¹⁵⁾, 超音波エコーガイド下に穿刺を行うなどの工夫もなされている¹⁶⁾. 画像検査などで確定診断が得られず, 悪性腫瘍が疑われる場合には有用な検査法と思われる.

今回は甲状腺に由来する腫瘍は合計35例, 全体の12.5%を占めるに過ぎず, 外科からの報告¹²⁾⁴⁾⁵⁾とは対照的であった. 悪性腫瘍, 良性腫瘍ともに女性に多く認められ, 男性の良性腫瘍はなかった. 男性の甲状腺腫瘍は悪性腫瘍である可能性が高いといえよう.

3. 年齢別分類

悪性腫瘍は50歳以上に多かった. 男性に悪性腫瘍が多いという結果とあわせると, 50歳以上の男性の頸部腫瘍は要注意である. 先天性疾患の平均年齢は34.3歳であり, 成人にも少なからず認められた. 先天性疾患は小児に多いという一般的概念は頸部の先天性疾患にはあてはまらない.

4. 部位別分類

頸下部では耳下部に比して悪性腫瘍の割合が

高くなっていた。顎下腺における多形腺腫の発生頻度は耳下腺の約1/9¹⁷⁾、また唾液腺腫瘍の中では顎下腺に悪性腫瘍が多いとの報告があり⁴⁾、さらに顎下部は口腔領域原発の悪性腫瘍からのリンパ節転移が多い部位である。慢性顎下腺炎との確診を得られなければ悪性腫瘍の可能性大と考えて対処すべきである。

頸部正中には良性腫瘍が多く、側頸部には悪性腫瘍が多い傾向は他の報告⁹⁾¹⁰⁾と同様であった。上内頸部では腫瘍の発生数が最も多く、悪性腫瘍の他に神経鞘腫、傍神経節腫などの良性腫瘍、側頸部嚢胞、非特異的リンパ節炎などその種類も多彩で、鑑別が難しい部位である。

5. 性状による分類

頸部腫瘍に対する一般的な診察手順は悪性腫瘍、特に転移性リンパ節腫脹を念頭において、病歴の聴取(腫瘍の経過、頭頸部領域の局所症状と全身症状)、現症の把握(腫瘍の部位、性状、頭頸部領域の局所所見、全身所見)、そして臨床検査の順である¹⁸⁾¹⁹⁾。この際、年齢、性別などの患者背景を含めた詳細な病歴の聴取と視診、触診などによる的確な現症の把握によって鑑別すべき疾患を絞り込み、不必要な検査を除外することは、より速やかに確定診断を得るために重要である。そこで腫瘍の性状についても検討を加えた。

腫瘍の最大径による検討では、炎症性疾患の最大径が悪性腫瘍のそれより大きくなっていたが、3 cm 以上の無痛性リンパ節腫大は腫瘍性病変を考えるべきとの報告もある¹⁵⁾。今回の報告では入院患者を対象としたため、炎症性疾患の中でも重篤で、入院治療を必要とする症例のみが対象となった結果と思われる。

病歴および腫瘍の性状とその原因に関してはWeymuller²⁰⁾、Moore ら²¹⁾が詳細に報告しているが、今回の結果も同様な傾向を示した。腫瘍の原因とその病理組織を考慮すれば当然の結果ではあるが、腫瘍の性状からは次のようなことがいえよう。すなわち、自発痛がある場合は炎症性疾患が考えられる。圧痛があり、可動性が

不良で硬く、境界が不明瞭な腫瘍では悪性腫瘍が、逆に圧痛がなく、可動性良好で軟性、境界が明瞭な腫瘍では良性腫瘍もしくは先天性疾患が考えられる。

今回は腫瘍の経過に関する分析は行えなかった。Skandalakis ら¹⁾は“rule of 7”として炎症性疾患、腫瘍性疾患、先天性疾患の順で頸部腫瘍の存在期間が長くなると報告し、Weymuller²⁰⁾も同様の結果を示しているが、石橋ら⁹⁾は罹病期間には差がなかったと報告している。甲状腺癌、唾液腺癌の中で悪性度の低いものでは経過の長い例がある一方、悪性度の極めて高いものでは急速に増大する有痛性腫瘍を伴う例を経験する。罹病期間に限らず、患者背景、腫瘍の性状などもあくまでもひとつの傾向を示すものであり、頸部腫瘍の原因を考える場合には病歴、現症および検査所見を総合して判断しなければならない。

ま と め

1. 頸部腫瘍を伴う疾患の診察に際しては、悪性腫瘍、特に転移性リンパ節腫脹を念頭におき、頭頸部領域を注意深く観察することが第一である。

2. 安易な生検は避けなければならない。悪性腫瘍はもちろん、他の疾患であっても後の治療の妨げとなる場合が多いからである。

3. 患者背景を考慮に入れた詳細な病歴の聴取と視、触診による的確な現症の把握は早期に適切な治療を行う上から重要である。

参考文献

- 1) Skandalakis JE, Gray SW, Takakis NC, et al : Tumors of the neck. Surgery 48 : 375~384, 1960.
- 2) 藤本吉秀, 阿部秀一, 岡 厚, 他 : 頸部悪性腫瘍の問題点. 外科診療 13 : 1036~1042, 1971.
- 3) 中村昭郎, 佐藤文彦, 大山孜郎, 他 : 頸部腫瘍一過去五年間の統計学的観察一. 耳鼻臨床 65 : 1261~1268, 1972.
- 4) 福田和馬, 芳村 剛, 三好恵一, 他 : 頸部腫瘍の臨床病理学的検討. 外科診療 19 : 1608~1613,

- 1977.
- 5) 伊藤健次郎：頸部腫瘍の臨床診断. 外科 MOOK 7 (草間 悟, 他編). 1~14頁, 金原出版, 東京, 1979.
 - 6) 小池聰之, 軺津尚夫, 森脇昭介, 他：頸部腫瘍の臨床病理学的検討 一転移性頸部腫瘍一. 耳喉 52 : 275~278, 1980.
 - 7) King HC : Mass lesions of the neck. The West Virginia Medical Journal 76 : 81~83, 1980.
 - 8) 市野幸則, 石川 哮：頸部腫瘍 一外来統計と当科受診の背景一. 日耳鼻 88 : 253~260, 1985.
 - 9) 石橋敏夫, 宮田 守, 森田 守：頸部腫瘍の臨床的検討. 耳鼻臨床 80 : 1101~1108, 1987.
 - 10) 平林秀樹, 越井健司, 宇野浩平, 他：頸部腫瘍症例の検討 一疾患統計と受診者の経路一. 日気食会報 40 : 258~264, 1989.
 - 11) 五十嵐文雄, 野々村直文, 田中久夫, 他：新潟県における頭頸部悪性腫瘍の実態. 新潟医学会雑誌 103 : 290~296, 1989.
 - 12) Martin H and Romjeu C : The diagnostic significance of a "lump in the neck". Postgrad Med 11 : 491~500, 1952.
 - 13) 小出千秋, 樋口博行, 金野 克：原発不明頸部転移癌の検討. 日耳鼻 88 : 161~168, 1985.
 - 14) McGuirt WF and McCabe BF : Significance of node biopsy before definitive treatment of cervical metastatic carcinoma. Laryngoscope 88 : 594~597, 1978.
 - 15) 三宅浩郷, 堀内正敏：頸部腫瘍の診断 一穿刺吸引細胞診について一. 耳鼻臨床 84 : 1029~1037, 1991.
 - 16) 永原國彦：頸部リンパ節腫瘍. 耳喉頭頸 64 : 253~258, 1992.
 - 17) 牧島和見：頸下部腫瘍の鑑別診断. 耳鼻臨床 75 : 128~129, 1982.
 - 18) 小野 勇：頸部腫瘍(統計的立場より). 耳鼻臨床 75 : 119~121, 1982.
 - 19) 竹山 勇：頸部腫瘍に対する診断的アプローチ. 耳鼻臨床 79 : 1757~1759, 1986.
 - 20) Weymuller EA Jr : Evaluation of neck masses. The Journal of Family Practice 11 : 1099~1106, 1980.
 - 21) Moore GF, Quinlan TW, Ogren FP, et al : Evaluation and management of head and neck masses. Nebr Med J 1 : 143~147, 1984.
- (原稿受付：平成 5 年12月16日
原稿採扱：平成 6 年 1 月31日
別刷請求先：五十嵐文雄
〒951 新潟市浜浦町1-8
日本歯科大学新潟歯学部耳鼻咽喉科学講座)