悪性腫瘍との鑑別が困難であった耳下腺膿瘍

田中 和成¹⁾・北嶋 和智²⁾・井上 秀蔵²⁾・駒田 一朗³⁾

Differential Diagnosis of Parotid Abscess from Malignant Tumors

Kazunari Tanaka

(Kusatsu Central Hospital)

Kazutomo Kitajima and Shuzo Inoue

(Shiga University of Medical Science)

Ichiro Komada

(Koga Public Hospital)

We report here 2 cases of parotid abscesses which were difficult to distinguish from malignant tumors.

Case 1. A 5-y.o.-male had a sudden right parotid swelling without any particular inducement. There were no signs of inflammation based on clinical symptoms or laboratory data. A malignant tumor was suspected based on indications by both the cold image on the Tc scintigraph and the hot image on the Ga scintigraph. Surgical observation recalled that there was an abscess formed in the parotid gland, and its wall adhered to the facial nerve.

Case 2. A 70-y.o.-male with diabetes mellitus had been treated with oral medicines. He had left parotid swelling with pyrexia and pain and had left facial nerve paralysis as well. Since there was the possibility of a malignant tumor because of the facial nerve paralysis, we performed a biopsy through the ulcer. However, there were no neoplastic changes, only inflammation. Surgical observation showed that the parotid gland was scarred and no tumor tissue was observed. The adhesions to the facial nerve were friable and not hard.

According to the pathologic diagnosis, both cases had chronic parotiditis with abscess formation. A conclusive observation which distinguishes a benign tumor from a malignant tumor is not available for inflammation of parotid gland. In case 1, there were no signs of inflammation, and the hot image on the Ga scintigraph were suggestive of a malignant process. In case 2, the existence of the facial nerve paralysis made it difficult to distinguish from a malignant tumor.

Key words : parotid abscess, chronic parotiditis, Ga scintigraph, facial nerve paralysis

はじめに

近年化膿性耳下腺炎、耳下腺膿瘍は比較的稀な疾患となっている。これは抗生剤の発達によるところが大きく、治療が容易になり、合併症も特に問題にされることは少

ない。しかし不適切な抗生剤の投与は炎症を隠蔽し、慢性化や膿瘍形成をきたすことがある。また、糖尿病等の全身疾患の存在が、炎症を重症化、遷延化させることもある。またこれらに関連して、耳下腺の炎症性疾患の中

1) 草津中央病院耳鼻咽喉科

2) 滋賀医科大学耳鼻咽喉科学教室

3) 公立甲賀病院耳鼻咽喉科

には悪性疾患との鑑別が問題となることもある¹⁾。今回我々は、悪性腫瘍との鑑別が困難であった耳下腺膿瘍を経験した。2症例を提示し、その臨床像について問題点を含め考察を加え報告する。

症 例

【症例1】

患者：5歳，男児。

主訴：右耳下部腫脹。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：アレルギー性鼻炎，アトピー性皮膚炎。

現病歴：1990年2月，特に誘因なく右耳下部が腫脹し急激に増大した。近医耳鼻咽喉科で同部位の腫瘍を指摘され，同年3月1日に滋賀医科大学耳鼻咽喉科を紹介受診した。

初診時所見(図1)：右耳下部に30×40mmの弾性硬，表面平滑，境界はぼ明瞭，可動性概ね良好な腫瘍を認めた。発熱，局所の熱感，発赤，圧痛，自発痛はなく，また耳下部の圧迫にてもステノン管からの膿汁の排出はなかった。両側頸部に5～10mm程度のリンパ節を多数触知した。

検査所見：血液検査では，アミラーゼが若干高値である以外は，白血球の増加，分画の異常もなく，CRPは陰性で，血沈の促進もなかった。

図1 局所所見(症例1)

右耳下部の腫瘍(矢印)は30×40mmの弾性硬，表面平滑，境界はぼ明瞭，可動性概ね良好で，熱感，発赤，圧痛，自発痛はなかった。

超音波所見：エコーでは数個の嚢胞形成があった。

RIシンチ所見(図2)：Tcシンチで欠損像を，Gaシンチで陽性像を示し，悪性腫瘍，特にリンパ腫を疑った。

CT所見(図3)：周囲がやや造影効果を受ける low-density area として描出された。

耳下腺造影所見(図4)：造影剤(リピオドール®)は円

図2 RIシンチ(症例1)

Tcシンチは欠損像を示し，同部位に一致してGaシンチでは陽性像を示した。

図3 CT所見(症例1)

耳下腺内に嚢胞状の low-density area がありその周囲は造影効果を受けている。

形の嚢胞様腔内にそのほとんどが入り、貯留嚢胞の可能性が大きくなった。

経過：ジアログラム，エコーでの所見より嚢胞を疑いつつも，急激な増大，炎症所見の乏しさ，Ga シンチでの陽性像より悪性腫瘍を除外し得ず，1990年3月19日確定診断を兼ね手術を行った。

手術所見(図5)：耳下腺の腫瘍は波動を触れた。壁は周囲組織，特に顔面神経と強く癒着していたが，腫瘍性の癒着よりもむしろ炎症性の癒着であった。壁を術中迅速病理検査に出したところ腫瘍性変化はなく炎症所見のみであった。内容は黄白色の膿汁であった。明確な被膜はなく，嚢胞よりもむしろ数カ所の膿瘍形成があった。膿瘍を開放しドレナージをつけ，手術を終了した。

病理組織所見：組織標本では腫瘍性変化は認められず，慢性耳下腺炎の診断を得た。結核の所見はなかった。

転帰：ドレーンチューブより抗生剤の注入を行った。ドレーンチューブは術後4日で抜去し，ガーゼタンポンにて創の癒合を待った。局所の経過は順調であり，耳前部皮膚に若干の瘢痕形成を残すものの再発の徴候はない。

図4 耳下腺造影所見(症例1)

造影剤(リピオドール®)は円形の嚢胞様腔内にそのほとんどが入り，貯留嚢胞の可能性が大きい。

図5 手術所見(症例1)

耳下腺の腫瘍は波動を触れた。壁は周囲組織と炎症性の癒着があった。内容は黄白色の膿汁であった。明確な被膜はなく数カ所に膿瘍形成があった。矢印が膿瘍腔。

図6 局所所見(症例2)

左耳下部の腫瘍は70×80 mmの弾性硬、表面ほぼ平滑、境界不明瞭、可動性不良で、2カ所で自潰があった。同側の顔面神経麻痺があった。

【症例2】

患者：70歳，男性。

主訴：左耳下部腫脹，顔面神経麻痺。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：糖尿病；内服治療中。

現病歴：1990年5月，発熱，自発痛を伴う左耳下部腫脹が出現した。2日後左顔面神経麻痺も出現した。同年5月10日滋賀医科大学耳鼻咽喉科を紹介受診した。

初診時所見(図6)：左耳下部に70×80 mmの弾性硬，表面ほぼ平滑，境界不明瞭，可動性不良な腫瘍を認めた。2カ所で自潰があった。ステノン管からの膿汁の排出はなかった。

検査所見：白血球の増加，CRPは陽性，血沈の促進があった。また空腹時の高血糖があった。

RI シンチ所見：Ga シンチで陽性像を示した。

CT 所見(図7)：嚢胞状の low-density area と，その周囲が強く造影される腫瘍があり，境界は不明瞭であっ

た。

経過：糖尿病は近医内科にて内服治療中であつたが，コントロールは不良であり，入院後はインスリンにて厳密にコントロールした。顔面神経麻痺の存在より悪性腫瘍の可能性を考慮し，数回にわたり自潰部開放創より生検を行ったが，炎症所見のみで腫瘍性変化は認められなかった。

1990年6月20日確定診断を兼ね手術を行った。

手術所見(図8)：耳下腺浅葉は瘢痕化しており明確な腫瘍はなく，数カ所を術中迅速生検したが炎症所見のみで腫瘍性の変化は認められなかった。耳下腺の浅葉切除を行った。顔面神経との癒着は強くなかった。創を閉鎖し手術を終了した。

病理組織所見：組織標本では腫瘍性変化は認められなかった。

転帰：インスリンにより血糖はコントロールされ，創は良好に治癒した。顔面神経麻痺に変化はなかった。

図7 CT 所見(症例2)

耳下腺には嚢胞状の low-density area があり、周囲は強く造影され、境界は不明瞭であった。

図8 手術所見(症例2)

耳下腺浅葉は癒痕化していた。数カ所を術中迅速生検したが炎症所見のみで腫瘍性的変化はなかった。耳下腺浅葉を全摘した。顔面神経との癒着は強くなかった。矢印が膿瘍腔。

考 按

耳下腺の腫脹を示す疾患では、悪性腫瘍との鑑別が重要であり、種々の検査が行われる。腫瘍においてはその良性、悪性の鑑別で決め手となる所見も、炎症性疾患では当てはまらないことがある。急性期の耳下腺炎ではその鑑別は比較的容易であるが、慢性化したものや膿瘍形成したものでは、悪性腫瘍と同一所見を示すこともある。今回の2症例では、耳下腺炎の既往はなく発症も急性であったが、手術、組織所見では癒痕化が強く慢性経過をとったものと考えられる。症例1は、耳下腺の腫脹が急激であったが疼痛がなく、その他炎症所見もなかったため耳下腺炎や唾石等に伴う貯留嚢胞が考え難かった。また当初腫瘍は硬く、Tc シンチで欠損像、Ga シンチで陽性像となり、手術、組織所見により確定診断を得るまで腫瘍、特に悪性腫瘍を除外し得なかった。Tc シンチ、Ga シンチの結果は恐らく膿瘍によるものと考えられた。Ga シンチで陽性像は悪性腫瘍だけでなく炎症でも得られるため注意を要するが^{1)~3)}、症例1では炎症の既往がなく、身体所見、検査所見でも炎症所見はなかった。針生検に関しては、この時期当科では積極的には行っていないが、行っておくべきであったと考える。しかし行い、貯留液を吸引できたとしてもそれで悪性疾患を除外してしまうことに関しては疑問が残る。耳下腺造影にて円形の腔が証明されたが、炎症性疾患の診断を下すに至らなかった。炎症もしくは嚢胞の可能性を考えながらも、悪性疾患を除外できなかったため、確定診断を兼ね手術を選択した。手術所見では腫瘍は存在しなかったが、膿瘍に対して切開排膿⁴⁾が行われており、本例でも切開し、ドレナージを行った。腫瘍の増大が急激であり、炎症所見が乏しく、Ga シンチが陽性であったことが悪性腫瘍を印象づけたと考える。症例2では経過は炎症が疑われるものの、硬結の存在と顔面神経麻痺が、悪性腫瘍の存在を印象づけた。顔面神経麻痺は耳下腺悪性腫瘍の診断にとって非常に有力な所見のひとつであり、腫瘍性病変で顔面神経麻痺があれば悪性腫瘍と考えるべきと考えられている¹⁾⁴⁾⁵⁾。しかし急性耳下腺炎^{6)~8)}や糖尿病^{9)~12)}で顔面神経麻痺を合併したという報告もある。これらの報告にある症例の顔面神経麻痺が耳下腺炎や糖尿病の続発症であるのか、偶発的に同時期に起こったものであるのかは判断できないが、やはり注意を要する。また、良性腫瘍で顔面神経麻痺をきたしたという報告もあり^{12)~15)}、耳下腺疾患において顔面神経麻痺を耳下腺

悪性腫瘍と直結させることは必ずしも正しいとは言えないが、顔面神経麻痺の症状がある以上悪性腫瘍の存在を念頭において診断、治療を進めるべきと考え、確定診断を兼ね手術を選択した。

以上のように慢性化し膿瘍形成した耳下腺炎では、悪性腫瘍との鑑別が問題となることがあり、最終診断は手術所見および病理組織診断によらなければならないこともある。

ま と め

1) 悪性腫瘍との鑑別が困難であった耳下腺膿瘍を2例経験した。

2) 症例1では炎症所見がなく、Ga シンチにて陽性像を示したことが、症例2では顔面神経麻痺の存在が悪性腫瘍との鑑別を困難にした。

3) 炎症性疾患を疑いつつも、悪性疾患を除外し得ず、今回確定診断を得るために手術を必要とした。

本論文の要旨は、第54回耳鼻咽喉科臨床学会総会(高槻市)にて発表した。

参考文献

- 1) 村上 泰 : 耳下腺腫瘍の術前診断. 耳下腺腫瘍の臨床(奥田 稔編). 89~124頁, 医学教育出版社, 東京, 1984.
- 2) 原口茂徳 : 耳下腺腫瘍 RI シンチグラフィーの診断的意義に関する研究. 日耳鼻 88 : 520~534, 1985.
- 3) 金子敏郎, 林崎勝武 : 唾液腺悪性腫瘍. JOHNS 2 : 403~408, 1986.
- 4) 戸川 清 : 唾液腺と顔面神経. 耳喉 43 : 827~835, 1971.
- 5) 北村 武, 金子敏郎, 戸川 清, 他 : 耳下腺腫瘍の臨床

—教室20年間の統計的観察—. 耳鼻臨床 64 : 1286~1301, 1971.

- 6) Robertson JFR and Azmy AAF : Facial paralysis in acute parotitis. Z Kiderchir 42 : 312, 1987.
- 7) Shone GR and Stewart S : Facial paralysis in parotitis. Br J Surg 72 : 902, 1985.
- 8) Andrews JC, Abemayor E, Alessi DM, et al : Parotitis and facial nerve dysfunction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 115 : 240~242, 1989.
- 9) 長江大介, 田中 晃, 谷垣内由之, 他 : 当科における末梢顔面神経麻痺の統計的観察. 耳鼻臨床 補70 : 16~21, 1994.
- 10) 高野靖子, 岩沢かをり, 松本 博, 他 : 糖尿病性単一脳神経麻痺を繰り返したインスリン非依存性糖尿病の4症例. Diabets Journal 19 : 57~60, 1991.
- 11) 藤野有弘, 浜村亮次 : 糖尿病に合併した両側交代性顔面神経麻痺. 耳鼻臨床 81 : 663~669, 1988.
- 12) 笠野藤彦, 安達裕一郎, 黒木幹子, 他 : 顔面神経麻痺を伴った耳下腺 Pleomorphic Adenoma の2症例. 耳鼻 30 : 1073~1077, 1984.
- 13) DeLozier HL, Spinella MJ and Johnson GD : Facial nerve paralysis with benign parotid masses. Ann Otol Rhinol Laryngol 98 : 644~647, 1989.
- 14) Papangelou L, Alkalai K and Kyrilopoulou M : Facial nerve paralysis in the presence of benign parotid tumor. Arch Otolaryngol 108 : 458~459, 1982.
- 15) Whillis D, Goepel JR and Shorthouse AJ : Facial paralysis due to a benign parotid tumor. Br J Surg 76 : 95, 1989.

(原稿受付 : 平成 7 年 10 月 31 日)
(原稿採択 : 平成 8 年 1 月 26 日)
別刷請求先 : 田中和成
〒525 草津市上笠4-2-31
草津中央病院耳鼻咽喉科)