扁桃により原発巣の判明したオカルト癌例

富山要一郎・吉田 淳一・本城祐一郎・三谷 健二

Occult Tonsil Carcinomas ; Diagnostic Implications of a Tonsillectomy for Head and Neck Malignancies of Unknown Origin

Yoichiro Tomiyama, Jun-ichi Yoshida, Yuichiro Honjyo and Kenji Mitani

(Osaka Teishin Hospital)

We report the case of an occult tonsil carcinoma diagnosed only after a tonsillectomy. A 55 year-old man with upper and midjugular lymph node metastases from an unknown primary tumor was referred to our hospital for treatment. The search for the primary tumor required panendoscopy of the upper aerodigestive tract, with biopsies of suspicious lesions at the level of nasopharynx and tonsils, which yielded no detectable primary site. The patient then underwent an ipsilateral radical neck dissection and tonsillectomy. Subsequent histopathologic examination of the whole tonsil specimen revealed an occult tonsil carcinoma in one of the crypts.

We conclude that an ipsilateral tonsillectomy is the only reliable screening method to rule out an occult malignancy of the tonsil, and should be performed in patients with upper or mid jugular lymph node metastases due to an unknown primary tumor.

Key words : unknown primary tumor, cervical metastasis, tonsil carcinoma, tonsillectomy

はじめに

原発不明癌に対しては原発巣の検索にあらゆる試みがなされている。頭頸部領域においては以前より上咽頭、下咽頭、舌根、喉頭(声門上部)などが silent area として注意深い検索を要するとされてきた^{1)~4)}。今回我々は頸部リンパ節腫脹を主訴とした原発不明癌に対して頸部郭清術と同時に患側の口蓋扁桃摘出術をあわせて施行し、術後の病理組織診断にて低分化型扁平上皮癌の診断を得た症例を経験した。原発不明癌の原発巣としては上記に述べた silent area 以外に口蓋扁桃にも多く、その検索には口蓋扁桃摘出術をも含める必要があると考えられたので若干の文献的考察を交え報告する。

症 例

患者 : 55歳, 男性.

主訴 : 右頸部腫瘍.

既往歴 : 43歳時, 尿路結石.

家族歴 : 特記すべきことなし.

嗜好品 : たばこ 40本/日 20年間, ビール 1本/日 20年間.

現病歴 : 平成8年12月末より右頸部腫瘍を自覚していた。平成9年3月6日他院外科にて生検施行され扁平上皮癌の頸部リンパ節転移と診断された。その後原発巣の検索のため同院耳鼻咽喉科を紹介された。そこで、胸部X線, CT, 下咽頭食道造影, 胃カメラ, および上咽頭の blind biopsy 行われるも、いずれも異常なく原発巣の発見には至らなかった。原発不明癌の頸部リンパ節転移として、治療目的のため平成9年3月31日当科紹介受診となった。

初診時現症 : 右の上および中深頸リンパ節にそれぞれ 15.9×9.8, 10.6×9.1 mm のリンパ節の腫大を認めた。

当科においても視診, 触診(口腔内, 舌根, 口蓋扁桃など), および CT 等の画像診断を行うもいずれにも異

常は認められなかった。また右の口蓋扁桃の blind biopsy にも異常はなく原発巣の発見には至らなかった。図1に口蓋扁桃レベルのCT画像を示すが全く正常の扁桃として描出されている。しかしながら、扁桃摘により原発巣の判明した例も報告されており⁵⁾我々も扁桃摘を試みることにした。

臨床経過：平成9年4月11日右頸部郭清術、および右口蓋扁桃摘出術を施行した。扁桃は、周囲との癒着もなく通常の扁桃摘出術と同様の印象であった。術後の病理組織診断にて右口蓋扁桃より低分化型扁平上皮癌が発見された。

口蓋扁桃は上下に4分割されたが、癌が発見されたのは、最上部のブロックからであった。

図2は摘出した口蓋扁桃の組織像を示す。陰窩上皮のごく一部に粘膜内癌の像と、それに連続する粘膜下浸潤のある低分化な扁平上皮癌の胞巣を認める。

図3はその粘膜癌の拡大像を示す。基底膜は保たれているが、粘膜内に異型細胞の増殖が見られる。

創部の治癒を待って、5月6日から6月20日までに全頸部に放射線治療 61.2 Gy を行った。術後10カ月経た現在まで再発の徴候は見られていない。

考 察

原発不明癌とは可能な限り臨床検査を行っても、転移巣の病理組織に一致する原発巣が見出せない癌を言う。そのうち真の原発不明癌とは治療終了後経過観察してい

図1 口蓋扁桃レベルのCT所見

図2 病理組織所見(HE染色 ×40)

- ：口蓋扁桃陰窩上皮のごく一部に粘膜内癌の像を認める。
- *：粘膜下浸潤のある低分化型扁平上皮癌の像を認める。

図3 病理組織所見(HE染色 ×100)

粘膜内癌の拡大像。基底膜は保たれているが、粘膜内に異型細胞の増殖が見られる(矢印)。

ても原発巣の発見ができず、剖検によっても原発巣が発見できないものと定義される^{6)~9)}。また治療終了後原発

巢の判明するものは不顕性癌⁹⁾とされるが今回の症例は厳密にはいずれにも当てはまらないため甲状腺癌取り扱い規約¹⁰⁾に倣いオカルト癌とした。

今回の症例では視診, 触診, CT 画像および生検にて口蓋扁桃に特に異常は確認されなかった。しかし, 摘出した口蓋扁桃の病理組織像(図3)からは粘膜内癌の像が確認され, それに連続する浸潤性の増殖像が見られる点で他の部位から扁桃への転移とは考えられずここを原発巣と判断した。図1は術前の口蓋扁桃レベルのCTを示しているが, この様な極めて小さな原発巣であるために右の口蓋扁桃には異常所見が見られなかった。口蓋扁桃を摘出することにより初めてその後の病理組織診断にて非常に微細な原発巣として発見された。

Young¹¹⁾は原発不明癌として治療開始したうち, 約19%は治療開始後または治療終了後に原発巣が確認されたと報告している。表1はそのうち頻度の高かったものを示している。この中で扁桃癌の占める割合は7.7%となっている。また Righi⁵⁾によると, 過去6年半の間に頸部リンパ節腫脹を主訴とした原発不明癌19例に対して全例に患側の口蓋扁桃摘出術を施行したところ, 内6例(32%)に扁桃癌が見付かったとしている。これらの割合を比べると後者の値が高くなっている。この理由としては症例数の違いも挙げられるが, 今回の症例の様に原発巣が非常に微細な場合扁桃の一部の生検だけでは異常の認められない場合があり, さらに放射線治療を行った場合には原発巣が判明しないままに経過する症例も多数あると考えられる。このため原発不明癌に対しては, 頭頸

部領域では上咽頭, 下咽頭, 舌根, 喉頭(声門上部)などの silent area とともに口蓋扁桃にも注意深い検索が必要であると考えられる。また頸部リンパ節の部位からもある程度原発巣を推測することができる^{6)12)~16)}。先に述べた Righi の発見したオカルト扁桃癌は, すべて上, 中深頸リンパ節の両方, あるいはどちらかに転移を来していた。従ってリンパの流れを考慮したうえで, 上および中深頸リンパ節の腫脹から扁桃原発が疑われる場合には, 単なる blind biopsy にとどまらず口蓋扁桃摘出術が原発巣の検索に必要な手段であると考えられる。

まとめ

頸部リンパ節腫脹を主訴とした原発不明癌に対して頸部郭清術と同時に患側の口蓋扁桃摘出術を施行した。術後の病理組織診断にて摘出口蓋扁桃より微細な低分化型扁平上皮癌が発見され, これを原発巣と判断した。原発不明癌において, 上および中深頸リンパ節の腫脹のあるものでは患側の口蓋扁桃摘出術は必要な手段であると考えられた。

参考文献

- 1) Fried MD : Cervical metastasis from an unknown primary. *Ann Otol Rhinol Laryngol* **84** : 152~157, 1975.
- 2) Spiro RH : Cervical metastasis of occult origin. *Am J Surg* **146** : 441~446, 1983.
- 3) Harwick RD : Cervical metastasis from an occult primary site. *Semin Surg Oncol* **7** : 2~8, 1991.
- 4) 宮原 裕 : 原発不明癌の追跡. 代謝 **24** 臨増 : 221~227, 1987.
- 5) Righi PD : Screening unilateral tonsillectomy in the unknown primary. *Laryngoscope* **105** : 548~550, 1995.
- 6) 竹田千里 : 原発不明がん —頸部リンパ節転移の検討—。癌の臨床 **18** : 185~190, 1972.
- 7) 佐藤文彦 : 頸部腫瘍の臨床的観察 —原発不明頸部転移癌の検討—。癌の臨床 **18** : 274~277, 1972.
- 8) Kinsey DL : A study of metastatic carcinoma of the neck. *Ann Surg* **147** : 366~374, 1958.
- 9) Shaw HJ : Metastatic carcinoma in cervical lymph nodes with occult primary tumor-diagnosis and treatment. *J Laryngol Otol* **84** : 249~265, 1970.
- 10) 飯田 太 : 発見動機による甲状腺癌の分類. 甲状腺癌取り扱い規約 第5版(甲状腺外科検討会編). 3頁, 金原出版, 東京, 1996.
- 11) Young JEM : The unknown primary ; operative evaluation. *Head and Neck Cancer Vol. 1* (ed by Chretein PB).

表1 治療開始後に判明した原発巣

原 発 巣	例数 (%)
上咽頭	26 (15.5)
肺	19 (11.3)
下咽頭	17 (10.1)
喉 頭(声門上部)	13 (7.7)
舌 根	13 (7.7)
扁 桃	13 (7.7)
口 腔	8 (4.8)
食 道	8 (4.8)
臍	8 (4.8)
胃	6 (3.6)
その他	37 (22.0)
計	168 (100)

(Young : 1985¹¹⁾ より改編)

pp 286~288, Mosby Company, Saint Louis, 1985.

- 12) Lindberg R : Distribution of cervical lymph node metastasis from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* **29** : 1446~1449, 1972.
- 13) 藤本吉秀 : 頸部悪性腫瘍. 外科診療 **21** : 1041~1047, 1979.
- 14) 穴沢雄作 : 頸部リンパ節転移癌. 治療 **60** : 1927~1930, 1978.
- 15) 小出千秋 : 原発不明頸部転移癌の検討. 日耳鼻 **88** : 161~

168, 1985.

- 16) Jose B : Metastasis to neck from unknown primary tumor. *Acta Radiol Oncol* **18** : 161~170, 1979.

(原稿受付 : 平成10年 3 月20日
原稿採択 : 平成10年 5 月27日
別刷請求先 : 富山要一郎
〒543-0042 大阪市天王寺区烏ヶ辻2-6-40
大阪通信病院耳鼻咽喉科)