錐体尖端に浸潤した扁平上皮癌の2例

工藤 逸大・吉田 晋也・松崎 洋海
川本 彩子・渡辺 誠

Two Cases of Squamous Cell Carcinoma Invading the Apex Partis Retrosae

Itsuhiro Kudo, Shinya Yoshida, Hiroumi Matsuzaki,
Ayako Kawamoto and Makoto Watanabe
(Tachikawa Hospital)

The areas of the middle ear are not available for visual examination. When carcinoma of the middle ear is diagnosed, most lesions have already destroyed bone and invaded cranial nerves. We report two cases of squamous cell carcinoma of the middle ear invading the apex partis retrosae. One patient was a 75-year-old woman. Other patient was a 66-year-old man. In both cases, biopsy was useful for diagnosis. Radiotherapy and chemotherapy were administered in both cases, and radiotherapy was effective in treating cranial nerve damage in the first case. Although either patient had any complaints about swallowing or conducting conversations in daily life, the tumors in both cases remained after treatment.

Key words : squamous cell carcinoma, the apex partis retrosae, biopsy, radiotherapy

はじめに

側頭骨内の悪性腫瘍は、早期発見が困難なことが多く予後不良の疾患である。診断時には腫瘍が錐体深部に浸潤していることも多い。しかし症例数が少ないため、治療法を検討することが難しく、いまだに治療法が十分に確立されていないのが現状である¹⁾²⁾。

今回われわれは、錐体尖端に浸潤した扁平上皮癌の2症例を経験したので文献の考察を加えて報告する。

症 例

症例1 : 75歳、女性。

主訴 : めまい。

既往歴 : 特記することなし。

家族歴 : 特記することなし。

現病歴 : 平成11年6月24日、起床時より回転性めまいが出現し、症状が軽快しないため、6月26日近医内科を

受診した。即日入院となり加療するも軽快せず、7月28日当院に紹介受診となる。

初診時所見 : 初診時、左鼓膜は中心性穿孔であり、鼓室内に少量の肉芽および耳漏を認めた。聴力検査では左側は聾であった。左難聴は幼少時より存在し、同時期に鼓膜穿孔を指摘されていた。また左耳漏は約10年前から出現していたが、放置していた。自発眼振検査では右向き1度水平回旋混合性眼振を認めるのみであったが起立不能であり、即日入院となる。入院後施行した温度眼振検査の結果は無反応であった。頸部リンパ節腫脹は認められなかった。

画像所見 : 側頭骨CTでは、錐体尖端を中心に蝸牛・内耳道へも骨破壊が広がっており(図1)、この時点では真珠腫を疑いMRIを施行した。

MRIでは、左側頭骨内にT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号の腫瘍を示し、T1強調画像にて明瞭

図1 側頭骨 CT 所見(症例1)

錐体尖端を中心に蝸牛・内耳道へ骨破壊が広がっている。

に造影された(図2)。腫瘍は中耳から錐体尖端に浸潤しており、悪性腫瘍または肉芽性病変を疑い、生検・ ^{67}Ga シンチを施行した。

^{67}Ga シンチでは、左側頭骨部に異常集積を認め(図3)、中耳肉芽組織よりの生検の結果は扁平上皮癌であった。よって、中耳癌の錐体尖端浸潤と診断した。

治療および経過：治療は、家族の希望もあり、放射線療法のみを62 Gy 施行した。施行日の朝より外転神経麻痺、顔面神経不全麻痺が出現し、その後三叉神経第Ⅰ・Ⅱ枝の知覚低下、カーテン徴候、反回神経麻痺が急速

に出現したが、照射により改善を認めた(図4)。

照射終了後のMRI画像では、照射前の画像に比べ腫瘍は明らかに縮小していたが、内耳道への浸潤が認められた(図5)。平衡障害が持続するため、照射後の骨髄抑制が軽快した後、CDDP と 5-FU の化学療法を1クール施行した。その結果、腫瘍の縮小を認めたが消失するには至らなかった。

現在外来にて経過観察中であり、画像検査上、腫瘍の大きさに変化は認められず脳神経症状の再発も認められていない。

症例2：66歳、男性。

主訴：左耳痛、左耳漏。

既往歴：特記することなし。

家族歴：特記することなし。

現病歴：平成11年10月28日、左耳痛および左耳漏を主訴に近医を受診し、加療するも軽快せず、11月24日当院に紹介受診となる。

初診時所見：初診時、左側外耳道から中耳腔にかけて易出血性の肉芽が充満しており、聴力は4分法にて97.5 dBであり混合性難聴を認めた。この症例でも、左難聴・耳漏は幼少時より存在していたが、特に加療せず放置していた。

悪性腫瘍を疑い、外耳道の易出血性肉芽を生検し、扁平上皮癌の診断であった。また頸部リンパ節腫脹は認め

図2 MRI 所見(症例1)

左：T1 強調画像，右：T1 強調画像(造影)

図3 ^{67}Ga シンチ(症例1)
左側頭骨部に異常集積を認める。

図4 初診時よりの脳神経症状(症例1)

られなかった。

本例では平衡障害はなく眼振も認められなかった。また、第Ⅷ脳神経以外の脳神経症状は認められなかった。

画像診断：側頭骨 CT では、左側頭骨の骨破壊が錐体尖端まで広がり(図6)，MRI 画像では T1 強調画像にて CT と同部位に造影効果のみられる腫瘍を認め(図7)， ^{67}Ga シンチでは左側頭骨部に異常集積を認めた。よって、中耳癌の錐体尖端浸潤と診断した。

治療および経過：治療は放射線療法を合計 60 Gy および CDDP と 5-FU の化学療法を 1 クール施行した。2 クール目は、骨髄抑制粘膜炎等の副作用が強く施行できなかった。その結果、治療時の MRI 画像(図8)では

図5 照射終了後の MRI 所見(症例1)

T1 強調画像(造影)

照射前と比べ、腫瘍は縮小していたが内耳道への浸潤が認められた(矢印)。

腫瘍の縮小を認めたが消失するには至らなかった。

現在外来にて経過観察中であり、画像検査上、腫瘍の大きさに明らかな変化は認められない。

図6 側頭骨 CT 所見(症例2)
右側は正常, 左側は骨破壊が認められる(矢印).

図7 MRI 所見(症例2)
左: T1 強調画像, 右: T1 強調画像(造影)
CT と同部位に造影効果のみられる腫瘍を認める(矢印).

考 察

側頭骨内の悪性腫瘍は視診による診断が困難でその発見が遅れることが多く, 脳神経症状の頻度が高い予後不良の疾患である¹⁾²⁾. 5年生存率について, 丹生ら²⁾は29.7%, 犬山ら³⁾は0%, 石川ら⁴⁾も進展例については0%と報告している. 側頭骨内を走る神経は癌の侵入経路として重要な働きをするといわれており, 癌が直接神

経に浸潤するというよりも, 神経に沿って神経孔を伝い進行すると考えられている. また, 侵入した癌は硬膜が比較的癌の浸潤に対して強い抵抗力を持つので, 広く硬膜下に蔓延し脳神経を障害すると考えられる⁵⁾. 症例1では脳神経症状が照射開始日の朝から出現したため, 照射初期の浮腫によるものではなく, 癌の浸潤によるものと考えられた. 腫瘍が内耳道を経由して, 硬膜下で錐体

図8 治療終了時のMRI所見(症例2)
左: T1 強調画像, 右: T1 強調画像(造影)

に沿って正円孔や上眼窩裂の方向に浸潤し、三叉神経麻痺、外転神経麻痺が出現し、また頸静脈孔方向へと浸潤

し、カーテン徴候、反回神経麻痺が出現したと考えられる(図9)。

側頭骨内の悪性腫瘍の主症状として耳漏、耳痛、難聴などの慢性中耳炎の症状が数多く認められ、また所見としては外耳道・鼓室内の肉芽が最も多く⁹⁾、今回の症例でも長期間続いた耳漏、鼓室内・外耳道肉芽が認められた。よって中心穿孔型の慢性中耳炎であっても脳神経症状や易出血性肉芽の存在などから悪性腫瘍を疑い、積極的に生検を行う必要があるといえる。

治療法はいまだ十分に確立されていないが、手術療法、化学療法、放射線療法などの集学的療法が行われることが多い。

手術療法としては、早期癌においては腫瘍摘出術、広範な進展例においては側頭骨亜全摘術または全摘術が行われている¹¹⁾。また手術の適応外としては腫瘍の錐体尖端、海綿静脈洞、頸動脈、中・後頭蓋窩(脳実質)、頸椎体へ進展したものが挙げられる。今回の症例では錐体尖端への浸潤が画像診断上確認されており、手術適応外であった。しかし最近、姑息的治療を余儀なくされていた高度進展例に対しても頭蓋底外科および再建技術の進歩により手術適応拡大の可能性が推察されてきている⁹⁾。

化学療法としては放射線療法と併用して施行されることが多く、chromomycin-A₃ (CHRM), cyclophospha-

図9 症例1 頭蓋底浸潤(中村ら: 耳喉頭頸 62 : 1990¹⁾より
改変)
腫瘍が第Ⅷ脳神経から前方と後方に浸潤したと考えられる。

mide (CPM), 5-FU などが用いられており, CDDP, 5-FU の動注療法なども用いられている。

放射線療法においてはその有効性は認められているものの, 感染等による頭蓋内合併症も指摘されている。特に術後照射については根治性に疑問があり, むしろ照射による骨壊死や脳幹障害などの晩発障害も指摘されている⁹⁾。しかし, 今回の症例1のように脳神経症状の改善を認めており, 根治が期待できない症例での QOL を考慮すれば, 施行していくべきであろう。

また, 治療するための腫瘍の浸潤の程度の把握が難しく, 明確に把握するための画像診断は CT, MRI が発達した現在でも困難である。このことは, 治療の効果判定の際にもいえる。また聴器癌症例数が少ないことは, 病変が観察しやすい部位にもかかわらず癌を念頭において診察することが少なくなるために早期発見が遅れ, さらに治療方針の検討を難しくしている。これらのことは, 今後の課題となっている。

まとめ

1) 錐体尖端まで浸潤した扁平上皮癌の2症例を報告した。

2) 症例1では広範な癌の浸潤により脳神経症状が急速に出現したが, 放射線療法により改善を認めており, 根治が期待できない症例において有効な治療方法であると思われる。

3) 慢性中耳炎においても, 脳神経症状の出現や易出血性肉芽を認める場合, 積極的に悪性腫瘍を疑い生検を

繰り返し行い, 早期発見に努めるべきである。

参考文献

- 1) 中村良博, 加我君孝: Garcin 症候群を呈した中耳癌症例の側頭骨病理所見. 耳喉頭頸 62: 817~821, 1990.
- 2) 丹生健一, 鎌田信悦, 川端一嘉, 他: 聴器癌 — 治療法についての検討 —. 日耳鼻 95: 1379~1388, 1997.
- 3) 犬山征夫, 神崎 仁, 藤井正人, 他: 聴器癌の治療成績と最近の治療方針について. 耳鼻 33: 92~99, 1987.
- 4) 石川和宏, 阿部弘一, 西野 宏, 他: 聴器癌の治療と予後の検討. 耳喉頭頸 70: 568~572, 1998.
- 5) 白幡雄一: 聴器原発癌の臨床, 特にその文献的考察 — 当教室例を中心として —. 耳展 17: 675~689, 1974.
- 6) Kenyon GS, Marks PV, Scholtz CL, et al: Squamous cell carcinoma of the middle ear; a 25-year retrospective study. Ann Otol Rhinol Laryngol 94: 273~277, 1985.
- 7) Conly J: Cancer of middle ear. Ann Otol 74: 555~572, 1965.
- 8) Million RR and Cassisi NJ: Temporal bone. Management of Head and Neck Cancer. pp 559~566, JB Lippincott Company, Philadelphia, 1984.
- 9) 染川幸裕, 浅野勝士, 奏 正人: 頭蓋底進展を認めた中耳扁平上皮癌の側頭骨一塊切除術. 日耳鼻 100: 782~789, 1997.

(原稿受付: 平成12年8月11日
原稿採択: 平成12年11月15日
別刷請求先: 工藤逸大
〒333-0833 川口市大字西新井宿180
川口市立医療センター耳鼻咽喉科)