耳下腺腺房細胞癌の2例

増田 毅¹⁾・生井 明浩¹⁾・小林 大輔¹⁾・中村 裕子¹⁾
山内 由紀¹⁾・大塚 健司¹⁾・児玉ひとみ²⁾・平井 良治²⁾
嶋原俊太郎²⁾・木田 亮紀²⁾・逸見 明博³⁾

Two Cases of Acinic Cell Carcinoma of the Parotid Gland

Takeshi Masuda, Akihiro Ikui, Daisuke Kobayashi, Yuko Nakamura,
Yuki Yamauchi, Kenji Ohtsuka, Hitomi Kodama, Ryouji Hirai,
Syuntarou Shigihara and Akinori Kida

(Nihon University School of Medicine)

Akihiro Hemmi

(Nihon University Nerima-Hikarigaoka Hospital Department of Pathology)

Acinic cell carcinoma is a rare and low-grade malignant tumor of the parotid gland. We treated two acinic cell carcinomas of the parotid gland, each occurring in a young man (18 and 30 years old, respectively). Based on preoperative examination and MRI findings, we expected to find benign tumors, but they were revealed to be acinic cell carcinomas by the permanent pathological specimens. We performed partial parotidectomy in one case, and subtotal parotidectomy in the other, and preserved the facial nerve in both. There has been no metastasis or recurrence for two years after the operations, but we need to follow both patients for a long time.

Key words : acinic cell carcinoma, parotid tumor, low grade malignant tumor

はじめに

耳下腺腺房細胞癌は全唾液腺腫瘍の3%を占める腫瘍である¹⁾。低悪性腫瘍に分類されているがその長期予後は必ずしも良好ではない。しかしながら発育緩徐で臨床症状に乏しいことから耳下腺良性腫瘍との鑑別が困難であることが少なくない。今回われわれは若年者に発症した耳下腺腺房細胞癌の2例を経験したので報告する。

症 例

症例1: 30歳, 男性。

主訴: 左耳下部腫瘍。

既往歴: 特記すべき事項なし。

家族歴: 特記すべき事項なし。

臨床検査所見: 血算, 生化学検査にはSCCを含め, 特記すべき異常は認められなかった。

現病歴: 5年前より左耳下部に腫瘍を自覚し, 徐々に増大してきたため平成14年1月近医より当院を紹介受診となった。

現症: 左耳下部に20×20mmの硬い腫瘍を一つ認めた。可動性は良好で自発痛や圧痛は認められなかった。顔面神経麻痺・頸部リンパ節の腫脹は認めなかった。

画像所見: CT画像では左耳下腺浅葉に20×20mmの境界不明瞭な腫瘍が一つ認められた。また腫瘍の内部は造影効果を認めず, 腫瘍の周囲に境界が不明瞭なリング

1) 日本大学練馬光が丘病院耳鼻咽喉科

2) 日本大学板橋病院耳鼻咽喉科・気管食道科

3) 日本大学練馬光が丘病院病理部

図 1 症例 1 CT 画像

腫瘍の周囲にリング状の造影効果を認める。

図 2 症例 1 MRI 画像

T1Gd 造影にて内部が不均一に造影効果を認める。

状の造影効果が認められた (図 1)。MRI 画像では T1, T2 強調画像ともに筋肉と比べて等信号～高信号を呈し, 内部は不均一な腫瘍として認められた。T1 強調ガドリニウム造影画像では内部が不均一に造影効果を認めた (図 2)。

治療経過: 発育緩徐な臨床経過や浸潤所見に画像検査などから左耳下腺良性腫瘍を疑い, 平成 14 年 3 月 7 日に全身麻酔下に左耳下腺浅葉切除術を施行した。左耳前部から左頸部にかけて皮膚に S 字状切開を加え, 顔面神経を本幹から末梢に向かって確認し, 腫瘍とともに耳下腺浅葉を摘出した。顔面神経は腫瘍内に含まれていたものは合併切除し, その他の部位は可能な限り温存した。術後に永久標本にて核の異型を伴った腺房細胞に類似した細胞が増殖しており, 腫瘍が腺房細胞癌であることがわかった。また腫瘍の一部が被膜外へ浸潤しており (図 3), 切除断端の一部に腫瘍細胞が認められたため, 同年 4 月 4 日に左耳下腺全摘術を施行した。顔面神経は腫瘍と接していた部位は切除し, その他の部位は温存した。所属リンパ節の腫脹はなく頸部郭清術は施行しなかった。2 回目の手術後に全身検索のために Ga シンチを施行したが, 左耳下部の術後集積以外は転移を疑わせる異常集積は認められなかった。術後に放射線治療などの追加治療

は行わず 2 年以上が経過しているが, 再発や転移などの兆候は認めず経過良好である。

症例 2: 18 歳, 男性。

主訴: 左耳下部腫瘍。

家族歴: 特記すべき事項なし。

既往歴: 特記すべき事項なし。

臨床検査所見: 生化学検査で SCC が 0.8 (基準値 0.5 未満) と軽度の上昇を認めるほかは血算, 血清アミラーゼ値などに異常所見は認めなかった。

現病歴: 3 ヶ月前より左耳下部に腫瘍を自覚し, 徐々に増大してきたため平成 15 年 1 月近医より当院を紹介受診となった。

現症: 左耳下部に 40 × 50 mm の硬い腫瘍を一つ認めた。自発痛や圧痛は認められなかった。顔面神経麻痺, 頸部リンパ節の腫脹は認められなかった。

画像所見: MRI 画像で左耳下部に径 50 mm 大の内部均一で境界は明瞭な腫瘍を一つ認めた。T1 強調画像では筋肉と比べて等信号, T2 強調画像では高信号を呈していた (図 4)。頸部リンパ節の腫脹は認められなかった。

治療経過: 患者の年齢, 臨床所見, 浸潤性に乏しい画像所見などから左耳下腺良性腫瘍を疑い, 平成 15 年 2 月 13 日全身麻酔下に左耳下腺全摘術を施行した。浅葉の

図3 症例1 病理組織標本 (HE 染色, ×100)

腺房細胞に類似した腫瘍細胞が乳頭状、管腔状に増殖を認める。腫瘍細胞の一部が被膜外に浸潤を認める。

図5 症例2 病理組織標本 (HE 染色, ×100)

小濾胞状構造を示す腫瘍細胞の増殖を認める。

図4 症例2 MRI 画像

左耳下部にT2強調画像で高信号を呈する境界明瞭な腫瘍が認められる。

考 察

腺房細胞癌は以前、良性腫瘍とされていたが、再発、転移例の報告があり予後が必ずしも良好ではないと考えられるようになった²⁾³⁾。1991年のWHO分類では低悪性度癌に分類されている。疫学的には全唾液腺腫瘍の3%を占める腫瘍である¹⁾。病理所見では腺房型細胞、介在導管型細胞、空胞化細胞、淡明細胞、非特異的腺細胞の5種類の細胞パターンがありこれらの細胞が充実型、小嚢胞型、乳頭嚢胞型、濾胞型、腺腫様型などの形態に増殖する⁴⁾。発症年齢は10歳代から60歳代まで幅広く、30歳代にピークを示す。全体の20%が20歳以下に発症し、悪性多型腺腫や粘表皮癌とともに、若年者にも多くみられる耳下腺悪性腫瘍の一つである⁴⁾。発育は緩徐で自発痛に乏しく顔面神経麻痺はまれである。30歳以下の若年発症や転移を認める例では予後が悪く⁵⁾、病理組織学的に神経周囲浸潤、細胞異型、浸潤性増殖、壊死、富核分裂像などがあると再発や転移の可能性が高くなるとされている⁴⁾⁶⁾。顕著なリンパ球浸潤例や小濾胞型では予後がよい。低悪性度腺房細胞癌が未分化癌や高悪性度腺癌に脱分化した脱分化型では極端に予後が悪いとされている⁷⁾⁸⁾。

腺房細胞癌の5年生存率は80%、10年生存率は60%、15年生存率は50%とされており⁹⁾¹⁰⁾、長期生存率が低いのが特徴である。再発形式の多くは局所再発とされており、Lewisら¹¹⁾は耳下腺腺房細胞癌244例中局所再発30例(約12%)、所属リンパ節転移12例(約5%)、遠隔転

大部分と深葉を含めて切除し、顔面神経は腫瘍に含まれていた分枝は合併切除し、その他の分枝は温存した。術後の永久標本にて腺房細胞に類似した腫瘍細胞が小濾胞状に増殖しており腺房細胞癌の診断となった(図5)。切除断端には腫瘍細胞は認められず、また所属リンパ節転移の所見もないことから術後の追加治療は行わず、定期的に経過を観察している。術後1年以上が経過したが再発や転移の兆候は認めていない。

移が7例(約3%)に認められたと報告している。

腺房細胞癌は画像診断では特徴的な所見に乏しく、今回の2例では画像検査からは良性腫瘍を疑った。術前にFNAや術中に迅速病理診断を行う方法があるが、細胞異型に乏しい低悪性度癌では診断が困難であることが少なくない¹²⁾。術前のFNAにて腺房細胞癌の組織型まで正しく診断されたという報告もあるが¹³⁾、組織型により予後や腫瘍活性が異なる耳下腺腫瘍においては、手術を前提とした切開生検を行い、正しい組織診断を得た上で手術を行うのが望ましい¹⁴⁾。さらに術中迅速病理診断を行うことで腫瘍の隣接組織切除断端の検索ができる¹⁵⁾。今回の2例では術前に良性腫瘍を疑い、また腫瘍細胞播種の可能性を考慮したため、術前に病理組織学的検査を施行しなかった。耳下腺腫瘍の特異性を常に念頭に置き術前の検査、診断にあたるべきであったと考える。

まとめ

今回の2例では術前に耳下腺良性腫瘍を疑い手術を行ったが、病理診断の結果は腺房細胞癌であった。耳下腺腫瘍では多様な組織型が存在しその予後や腫瘍の特異性は組織型によって大きく異なる。このことを常に念頭に置き、耳下腺腫瘍の術前検査、治療にあたるべきであると考え。また腺房細胞癌に対しては放射線治療や化学療法は効果が乏しいとされ十分な外科的切除が必要と考える。その上で局所再発や転移に対して長期にわたる術後の経過観察を行わなくてはならないことを再確認した。

参考文献

- 1) 長尾俊孝, 長尾孝一: 上皮性腫瘍. CLIENT 21 17 巻 頭頸部腫瘍(野村恭也, 小松崎篤, 本庄 巖編). 83 頁, 中山書店, 東京, 2000.
- 2) Buxton RW, Maxwell JH and French AJ: Surgical treatment of epithelial tumors of the parotid gland. Surg Gynecol Obstet 97: 401 ~ 416, 1953.
- 3) 松下博明, 神保好夫: 耳下腺に生じた Acinic cell carcinoma の1例. 日形会誌 20: 36 ~ 39, 2001.
- 4) 広川満良, 田代 敬: 腺房細胞癌の診断. 病理と臨床 20: 33 ~ 38, 2002.
- 5) Hoffman HT, Karnell LH, Robinson RA, et al.: National Cancer Data Base report on cancer of the head and neck: acinic cell carcinoma. Head Neck 21: 297 ~ 309, 1999.
- 6) Michal M, Skalova A, Simpson RH, et al.: Well-differentiated acinic cell carcinoma of salivary glands associated with lymphoid stroma. Hum Pathol 28: 595 ~ 600, 1997.
- 7) Dardick I, Cvell S, Boivin M, et al.: Salivary gland myoepithelioma variants: histological, ultrastructural, and immunocytochemical features. Virchows Arch Pathol Anat Histopathol 416: 25 ~ 42, 1989.
- 8) Dardick I, Thomas MJ and van Nostrand AW: Myoepithelioma—new concepts of histology and classification: a light and electron microscopic study. Ultrastruct Pathol 13: 187 ~ 224, 1989.
- 9) Spiro RH, Armstrong J, Harrison L, et al.: Carcinoma of major salivary glands: recent trends. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 115: 316 ~ 321, 1989.
- 10) Perzin KH and LiVolsi VA: Acinic cell carcinoma arising in salivary glands: a clinicopathologic study. Cancer 44: 1434 ~ 1457, 1979.
- 11) Lewis JE, Olsen KD and Weiland LH: Acinic cell carcinoma: Clinicopathologic review. Cancer 67: 172 ~ 179, 1991.
- 12) 河田 了: 耳下腺癌に対する術前診断の重要性. 耳鼻臨床 93: 645 ~ 651, 2000.
- 13) 野々村光栄, 福島英行, 児嶋久剛, 他: 耳下腺腫瘍における術前診断の検討. 耳鼻臨床 89: 1409 ~ 1413, 1990.
- 14) 河田 了: 唾液腺腫瘍の穿刺吸引細胞診. Johns 15: 1887 ~ 1889, 1999.
- 15) 岩井 大, 山下敏夫, 泉川雅彦, 他: 耳下腺腫瘍に対する術中迅速病理組織診断の検討. 日耳鼻 102: 1227 ~ 1233, 1999.

原稿受付: 平成 16 年 5 月 27 日
原稿採択: 平成 16 年 9 月 15 日
別刷請求先: 増田 毅
〒 173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室