当教室で経験した acinic cell tumor の 2 症例について

稲木 勝英・古川 浩三・八尾 和雄
岡本 牧人・高橋 廣臣

Two Cases of Acinic Cell Tumor

Katsuhide Inagi, Kozo Furukawa, Kazuo Yao,
Makito Okamoto and Hiroomi Takahashi
(Kitasato University School of Medicine)

Two cases of acinic cell tumors, originating in the parotid gland and in the minor salivary gland, were reported.

A 71-year-old, complained of a swelling in his right parotid area which he had first noticed one year earlier. The tumor located in his right parotid gland was detected and extracted with surrounding normal tissues by operation. The patient had no trouble 47 months after operation.

The other patient was an 88-year-old male who noticed a swelling at the surface of oral mucosa. The tumor located on the soft palate was removed by laser technique.

Pathological study revealed the tumors in both cases to be acinic cell tumor. Eighteen months after the first operation, the tumor had recurred locally, and, radical operation was performed. This operation caused pneumonia because of swallowing disturbance due to advanced age. The patient died 3 months from the second operation. No local recurrence and no metastasis to other organs was suggested by autopsy.

We reviewed the reports of acinic cell tumor in Japan.

Key words: acinic cell tumor, parotid gland, minor salivary gland

緒 言

唾液腺腫瘍は多種多様の病理組織像をもち、種々の移行型があるため様々な分類がなされてきた。その中で多形腺腫に類似した acinic cell tumor も例外でなく、過去様々な名称で呼ばれてきたが、1972年 WHO の分類¹⁾により acinic cell tumor と統一された。この腫瘍は欧米では比較的多く報告されているが、本邦での報告は比較的少ないようである。

今回我々は耳下腺並びに小唾液腺の acinic

cell tumor の 2 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例 1

患 者：71歳男性

初 診：昭和57年7月23日

主 訴：右耳下腺部腫脹

既往歴：62歳時吐血（原因不明）

家族歴：特記することなし

現病歴：約1年前より右耳下腺部腫脹に気付く。自発痛なく徐々に増大した。3ヶ月前より

開口時に痛みが出現し、近医を受診し当科に紹介された。

嗜好：タバコ10本／日 酒1合／日

現症：図1に示すように右耳下腺部に3.2×3.0 cm 大の表面平滑で弾性硬の可動性のある半球状の腫瘍があった。顔面神経麻痺はなく、頸部リンパ節も触れなかった。

術前総合診断：

唾液腺造影；腫瘍によると思われる腺管の外方への圧排がみられたが、漏洩像はみられなかった。（図2）

超音波断層；腫瘍部に一致して内部反射均一の腫瘍として描出された。石灰化等は見られな

図1 右耳下腺部腫脹

図2 唾液腺造影所見
腺管の外方への圧排がみられる。

かった。（図3）

一般的臨床検査；リンパ球凝集試験（PHA）の軽度低下を認める以外に異常を認めなかった。

以上の結果を総合して腫瘍は良性の実質性の深葉の耳下腺腫瘍と考えた。

治療および経過：全身麻酔下に昭和57年9月20日腫瘍全摘術を施行した。耳下腺部皮膚にConleyの皮切に準じてY字切開を入れ顔面神経本幹を露出させ剝離を行った。超音波メス（CUSA）を用いて浅葉を剝離し深葉にある腫瘍に達した。腫瘍により顔面神経は、上方に圧排されていた。顔面神経を完全保護下に被膜を破らずに摘出した。剝離した浅葉を元に戻して手術を終了した。術後一時的に顔面神経麻痺がでたが、2週間にて回復し唾液漏も認めず、術後3年11ヶ月現在、再発転移を認めない。

図3 超音波断層所見
内部反射均一の腫瘍を認める。

図4 摘出標本 右は剖面

病理所見：摘出腫瘍標本の肉眼所見は 2.5×3.0 cm 大の被膜に包まれた弾性のある卵型の腫瘍で、表面不整であった。剖面では黄白色で分葉傾向がみられ、一部に出血した跡が見られた（図 4）。組織学的には胞体中に好塩基性微細顆粒をもち、核は小さく辺在し異形成は少なく、細胞の配列により腺房構造を思わせた（図 5）。腫瘍細胞は正常の腺房細胞に似ていた。また核が胞体に比べ大きく中心に存在した細胞が敷石状に配列しているところもあった（図 6）。胞体が PAS 染色、H.E 染色に染まらな

図 5 病理組織所見 (H.E. ×200)
胞体中に好塩基性顆粒をもち、核は辺在し、配列は腺房構造をしていた。

図 6 病理組織所見 (H.E. ×200)
核が胞体に比べ大きく中心に存在し、敷石状配列をしていた。

い細胞も見られ、これらの細胞が sheet 状発育をしている組織像が多く見られた。また一部に空胞形成がみられた。alcian blue 染色で明らかに染まった所見はなかった。

症 例 2

患 者：88歳男性

初 診：昭和60年12月 8 日

主 訴：口腔内腫瘍

既往歴：胃潰瘍（昭和52・57年）

難聴（老人性難聴+浸出性中耳炎）

家族歴：特記する事なし

現病歴：6年前より口腔内に小豆大の無痛性、出血性の腫瘍に気づく。近医を受診し手術を勧められるも、40年以上前に歯科にて局麻ショックを起こしたことより拒否し放置する。3年前、他院にて1週間ほど放射線療法を施行し手術を勧められるも再び拒否し放置した。今回、某大学口腔外科の紹介により当科受診となった。

嗜 好：タバコ 3年前迄20～30本/日

酒 76歳まで3合/日

現 症：図 7 に示す様に右軟口蓋に 3.2×3.4 cm の隆起性で弾性硬から硬の可動性のない腫瘍があった。腫瘍の表面は不整でやつがしら状を呈していた。また周囲に血腫を伴っていた。腫瘍の辺縁は不鮮明であるが、扁桃まで浸潤している様子はなかった。頸部リンパ節は触知しなかった。

術前総合診断：

図 7 口腔内所見
右軟口蓋に腫瘍を認める。

断層X線撮影；特に骨の破壊等は見られなかった。

一般的臨床検査成績；WBC の軽度上昇とリンパ球凝集試験 (PHA) の軽度低下を認める以

図8 口腔内所見 (術後13日目)

図9 摘出標本

図10 病理組織所見 (H. E. ×25)
胞体に顆粒を持つ細胞が葉状ないし腺房様に配列していた。

外に異常を認めなかった。

以上の結果を総合して上皮性の悪性腫瘍を考えた。

治療および経過：昭和60年12月13日全身麻酔下にて炭酸ガスレーザーを用いて経口腔的に腫瘍摘出術を行った。腫瘍は筋層との癒着が強く剝離が非常に困難であったため、周囲の健常筋層を付けて摘出した。そのため出血も多く認めた。

術後、高齢にもかかわらず順調に回復した。術後13日目の口腔内所見を図8に示す。その後外来経過観察となったが、昭和63年5月頃より頭痛を訴え、6月21日再診時に腫瘍の局所再発をみた。そこで7月22日に全身麻酔下で拡大摘出術を施行した。高齢であるため痴呆症状が進行し、さらに肺炎も併発し、11月3日永眠した。臨床解剖の結果では肺炎と脳の出血性梗塞を認めたが、腫瘍の局所再発および遠隔転移は認めなかった。

病理所見：摘出腫瘍標本の肉眼的所見はやつがしら状で、大きさは $5.5 \times 2.5 \times 1.8$ cm の表面不整、弾性硬のものであった。また、所々に血腫形成がみられた (図9)。

病理組織学的には好塩基性で豊かな胞体の中に微細顆粒を持つ正常腺房細胞に似た細胞が葉状ないし腺房様に増殖していた。一部には空胞形成が見られた (図10)。PAS 染色では陽性であったが、Alcian blue 染色では陰性であった。また腫瘍細胞間に好酸性の浸出物があり、lattice like appearance を呈していた。腫瘍細胞は周囲組織への浸潤がみられ、一部は口蓋骨を破壊しているところもみられた。

考 察

1892年 NASSE²⁾ が adenoma of parotid gland として報告して以来、良性の腺腫と考えられ、様々な名称で呼ばれてきた。その後 Foote, Franzell³⁾ (1953), Godwin⁴⁾ (1954) が、本腫瘍の再発転移を報告し、acinic cell adenocarcinoma と命名された。さらに1972年 WHO 分類¹⁾ により acinic cell tumor と統一された。我々が検索

し得た本邦での報告例を大唾液腺腫瘍（表1）、小唾液腺腫瘍・その他（表2）に分けて提示した。

1) 発病頻度

唾液腺腫瘍の1～5%で、大唾液腺腫瘍では2～4%その悪性腫瘍の12%³⁷⁾、小唾液腺腫瘍の1%その悪性腫瘍の2%⁵²⁾と述べている。それゆえ小唾液腺の acinic cell tumor はきわめて稀で

あることがうかがわれる。なお教室での頻度は大唾液腺腫瘍97例中1例（1%）、小唾液腺腫瘍13例中1例（7.7%）であった。また本邦で一番多く報告しているのは太田⁵⁾の21例（2.4%）であった。

2) 発生部位

80～90%以上が耳下腺であり、しかも一側性のものが大部分を占め、特に左右差は認めな

表 1 大唾液腺腫瘍

報告者	(年度)	年齢	性	主 訴	腫瘍の部位	受診までの期間
(耳下腺) 太 田 ⁵⁾	(1955)					(21例報告あり)
島 田 ⁶⁾	(1959)					(4例報告あり)
曾 田 ⁷⁾	(1962)	14	男	右耳介下方腫脹	浅葉一部深葉	2年
松 浦 ⁸⁾	(1964)	53	女	左耳下部腫脹	?	10年
牛 島 ⁹⁾	(1965)	37	男	左耳下部腫脹	?	6年
西 尾 ¹⁰⁾	(1967)	34	女	右耳下腺腫瘍	?	16年
荒 山 ¹¹⁾	(1969)	50	女	左耳下腺腫脹	深葉	1年6ヶ月
広 野 ¹²⁾	(1970)	16	男	左耳下腺部腫脹	浅葉	?
嶋 田 ¹³⁾	(1971)	25	女	右耳下腺部腫脹	浅葉	?
嶋 田	(1971)		女	右耳下腺部腫脹	浅葉	?
嶋 田	(1971)		女	右耳下腺部腫脹	深葉	?
嶋 田	(1971)		女	左耳下腺部腫脹	深葉	?
嶋 田	(1971)	56	男	左耳下腺部腫脹	深葉	?
馬 場 ¹⁴⁾	(1973)	22	女	?	?	?
桜 井 ¹⁵⁾	(1975)	67	女	左耳下腺部腫脹	深葉	1年5ヶ月
池 田 ¹⁶⁾	(1975)	67	女	左耳下腺腫脹	?	?
安 藤 ¹⁷⁾	(1976)	33	女	右耳下部腫瘍	深葉	6年
川 本 ¹⁸⁾	(1981)	7	男	右耳介部腫瘍	?	9ヶ月
山 下 ¹⁹⁾	(1982)	68	男	右耳下腺部有痛性腫脹	浅葉	20年
山 下	(1982)	31	男	左耳下腺部有痛性腫脹	浅葉一部深葉	6年
佐 藤 ²⁰⁾	(1983)	36	男	左耳介下部腫瘍	浅葉	2年
副 島 ²¹⁾	(1984)	46	女	左耳介下部腫脹	深葉	2ヶ月
佐 藤 ²²⁾	(1984)	25	女	右耳下部腫脹	?	?
樋 口 ²³⁾	(1985)	61	女	右耳下腺腫脹	深葉	2年
飯 塚 ²⁴⁾	(1987)	42	男	左耳介下部腫脹	深葉	?
斉 藤 ²⁵⁾	(1987)	75	女	左耳介後下部腫脹	深葉	2年
竹 津 ²⁶⁾	(1988)	64	女	右耳下部腫瘍	?	?
稲 木	(1990)	71	男	右耳下腺部腫脹	深葉	1年
(顎下腺) 島 田 ⁶⁾	(1955)					(3例報告あり)
玉 生 ²⁷⁾	(1959)	?	?	?	?	20年
馬 場 ¹⁴⁾	(1973)	26	女	?	?	?
津 崎 ²⁸⁾	(1983)	61	男	左顎下部腫脹	左顎下腺	2ヶ月

い. Diamont⁶⁵⁾ は両側発生 2 例を報告している¹⁷⁾. 耳下腺以外では顎下腺, 舌下腺, 小唾液腺に発生し, 両側上顎洞⁴⁰⁾, 下顎骨上行枝部骨内³¹⁾, 頸部リンパ節¹⁵⁾ に発生との報告もある.

3) 大きさ

5 cm 以下のものが多いが, 新生児頭大~小児頭大⁶⁶⁾⁶⁷⁾ のみられる. 自験例 2 例とも 3 cm 前後の腫瘍であり諸家の報告と一致してい

た.

4) 年齢, 性

大唾液腺由来のものは20~50歳に多く³⁸⁾⁴⁰⁾, 小唾液腺由来のものは30~60歳に多い. 年齢の幅は最小年齢 4 歳, 最高年齢83歳となっている¹⁷⁾. 大唾液腺由来, 小唾液腺由来とも女に多いとの報告^{8)9)14)~17)34)37)38)40)} が大部分を占め, さらに女に 2 倍近く多いとも言われる³⁷⁾⁴⁰⁾. し

大きさ	治療	経過
3.5×3.5cm	摘出術+術後放射線療法	術後4ヶ月再発転移なし
3.5×3.5cm	摘出術	術後15ヶ月再発転移なし
超拇指頭大	摘出術+術後放射線療法	術後11年間で再発3回
鳩卵大	摘出術	術後再発4回
拇指頭大	摘出術	術後10ヶ月再発転移なし
4.0×3.0cm	耳下腺亜全摘術	?
鳩卵大	放射線療法	治療後1年6ヶ月で全身転移にて死亡
	耳下腺全摘術	術後再発転移なし
	摘出術	術後再発転移なし
	摘出術	術後再発転移なし
手掌大	摘出術	術後再発転移なし
?	?	術後再発転移なし
2.5×2.5cm	摘出術	22年間再発くり返す, 肺へ転移
?	摘出術	術後2年6ヶ月再発転移なし
1.5×1.5cm	摘出術+術前・術後放射線療法	術後7年で外耳道, 肺へ転移, 術後8年で死亡
2×2cm	摘出術	?
14×12×12cm	摘出術	?
鳩卵大	摘出術+右上頸部廓清	術後1年再発転移なし
2.7×2.0×1.8cm	摘出術	術後2年再発転移なし
3.0×3.0×4.0cm	摘出術	?
?	?	術後1年再発転移なし
3.7×3.7cm	摘出術+術後放射線療法	?
直径 3.0cm	摘出術	術後5年5ヶ月後局所再発
拇指頭大	摘出術+化学療法	術後2年5ヶ月再発転移なし
8×7.5cm	摘出術	?
2.5×3.0cm	摘出術	術後3年11ヶ月再発転移なし
手掌大	摘出術+術後放射線療法	
?	?	術後1年8ヶ月で肺転移
2.5×3.5cm	摘出術	術後1年1ヶ月で肺・肝・腎・脾・骨へ転移にて死亡

表 2 小唾液腺腫瘍・その他

報告者	(年度)	年齢	性	主 訴	腫瘍の部位	受診までの期間
島 田 ⁶⁾	(1955)					(口蓋に 5 例報告あり)
島 田	(1955)	?	?	?	下唇	?
玉 生 ²⁷⁾	(1959)	?	?	?	軟口蓋	25年
玉 生	(1959)	?	?	?	軟口蓋	33年
三 吉 ²⁹⁾	(1963)	53	女	口腔異物感	右前口蓋弓部	2 年
杉 山 ³⁰⁾	(1965)	69	男	右臼後三角部腫脹	右臼後三角部	2 年
藤 林 ³¹⁾	(1969)	25	女	?	下顎骨	?
藤 林	(1969)	45	男	?	頬粘着	1 年 6 ヶ月
児 玉 ³²⁾	(1969)	40	女	左口蓋部腫瘤	左硬口蓋部	4 年
伊 藤 ³³⁾	(1969)					(2 例報告あり)
増 田 ³⁴⁾	(1971)	43	女	右口蓋部腫瘤	右軟口蓋部	1 年 6 ヶ月
谷 ³⁵⁾	(1972)	56	男	舌の腫瘤	舌下面	3 年前舌手術既往
馬 場 ¹⁴⁾	(1973)	40	女	?	口唇	?
加 藤 ³⁶⁾	(1973)	64	女	口腔内腫瘤	臼後部	2 週間
江 崎 ³⁷⁾	(1974)	66	男	上顎義歯不適合	硬口蓋	?
小 川 ³⁸⁾	(1976)	45	女	鼻閉, 間欠的両耳痛	上咽頭	8 ヶ月
高 井 ³⁹⁾	(1976)	53	女	口腔内腫瘤	口峽部	?
坂 井 ⁴⁰⁾	(1977)	36	男	左鼻出血・口蓋腫瘤	両側上顎洞	8 年
岩 崎 ⁴¹⁾	(1977)	64	女	口腔内腫瘤	左頬粘膜	5 年
井 上 ⁴²⁾	(1978)	53	女	右口腔内腫瘤	右臼後部	1 年 3 ヶ月
五十嵐 ⁴³⁾	(1979)	67	女	口蓋部腫瘤・疼痛	右口蓋	3 ヶ月
梅 田 ⁴⁴⁾	(1981)	62	男	上口唇腫瘤	右上唇	8 ヶ月
山 下 ⁴⁵⁾	(1981)	?	女	?	口蓋	?
木 村 ⁴⁶⁾	(1981)	?	女	?	下口唇	?
川 本 ¹⁸⁾	(1981)	75	男	口腔内腫瘤	上口唇	3 ~ 4 年
高 橋 ⁴⁷⁾	(1982)	41	男	舌根部疼痛・腫瘤	舌根部	11 ヶ月
茂 木 ⁴⁸⁾	(1983)	36	女	口内腫瘤	硬・軟口蓋	4 日
領 家 ⁴⁹⁾	(1983)	52	男	右頬部腫瘤	頬粘膜	?
村 上 ⁵⁰⁾	(1984)	27	女	喘息様咳嗽	気管	1 年
伊 藤 ²²⁾	(1984)	38	女	?	硬・軟口蓋	?
INOUE ⁵¹⁾	(1984)	53	女	口腔内腫瘤	右臼後部	4 年
鶴 田 ⁵²⁾	(1985)	41	男	鼻閉, 鼻出血	上咽頭	1 年
SASAKI ⁵³⁾	(1985)	46	男	口腔内腫瘤, 開口障害	右臼後部	?
安 斎 ⁵⁴⁾	(1985)	48	女	口腔内腫瘤	左臼三角部	1 ヶ月
谷 ⁵⁵⁾	(1985)	64	女	口腔内腫瘤	左頬粘膜	1 ヶ月
増 田 ⁵⁶⁾	(1985)	51	女	口腔内腫瘤	頬部皮下	10年
清見原 ⁵⁷⁾	(1986)	58	女	口腔内腫瘤	左頬粘膜	2 年
北 郷 ⁵⁸⁾	(1986)	31	女	口腔内腫瘤	左頬粘膜	?
友 松 ⁵⁹⁾	(1986)	56	女	左鼻閉	左上顎洞	5 ヶ月
HIRATSUKA ⁶⁰⁾	(1987)	65	男	右口腔内腫瘤	右軟口蓋	1 年
泉 本 ⁶¹⁾	(1987)	75	女	おとがい下部腫瘤	口腔底	1 年
大 竹 ⁶²⁾	(1988)	59	男	口腔内腫瘤	左頬粘膜	1 年
佐 藤 ⁶³⁾	(1988)	46	男	出血	左上顎臼歯後方	6 ヶ月
佐 藤	(1988)	51	男	腫瘤	右下唇	10 ヶ月
鈴 木 ⁶⁴⁾	(1989)	36	男	右鼻出血	右篩骨洞-鼻内	5 ヶ月
稲 木	(1990)	88	男	口腔内腫瘤	右前口蓋弓部	1 年

大きさ	治 療	経 過
鳩卵大	放射線療法	不明
鳩卵大	摘出術+放射線療法	術後10年再発転移なし
拇指頭大	腫瘍+扁桃摘出術	?
雀卵大	摘出術+術後放射線療法	術後1年6ヶ月再発転移なし
?	下顎骨部分切除	術後3年再発転移なし
?	摘出術+頸部廓清術+術後放射線療法	術後5年4ヶ月再発転移なし
鶏卵大	摘出術	術後6年10ヶ月再発転移なし
1.5×1.5×1.0 cm (小さい)	摘出術	術後3年再発転移なし
?	摘出術+放射線, 化学療法	術後2年再発転移なし
?	?	?
1.4×0.9×0.7 cm	摘出術+放射線療法	術後1年6ヶ月再発転移なし
2.5×2.5×1.5 cm	摘出術	術後10ヶ月再発転移なし
長径 4 cm	摘出術	術後1年再発転移なし
5.0×4.0 cm	摘出術+化学療法	術後8ヶ月再発転移なし
?	摘出術	術後6ヶ月再発転移なし
4.0×3.0×3.0 cm	摘出術+化学療法	術後1年11ヶ月再発転移なし
2.0×2.0×2.0 cm	摘出術	術後4年再発転移なし
3.7×2.3×1.0 cm	摘出術+放射線療法	?(再発例)
2.5×2.5 cm	口唇切除+化学療法	術後8ヶ月再発転移なし
?	摘出術+放射線療法	術後6年再発転移なし
?	摘出術	術後3年再発転移なし
拇指頭大	摘出術	?
直径 1 cm	摘出術+放射線+化学療法	術後7年後腫瘍死
2×1.3 cm	摘出術	術後3年再発転移なし
2.5×2 cm	摘出術+放射線+化学療法	術後1年で再発, 再手術, その後再発転移なし
2.5×1.5×1.0 cm	摘出術	術後2年再発転移なし
?	?	?
5×4×3 cm	摘出術	術後6年再発転移なし
3.5×2.5×2.0 cm	摘出術+術後放射線療法	術後1年再発転移なし
2.5×2×2 cm	上顎部分切除+頸部廓清	?
2 cm	摘出術+放射線療法	術後3年6ヶ月再発転移なし
2.4×1.5 cm	摘出術	術後1年3ヶ月再発転移なし
?	摘出術	術後4年, 7年後に再発あり
2.3×2.5×2.3 cm	摘出術	術後3年7ヶ月再発転移なし
?	?	?
7×4×3 cm	摘出術	術後1年4ヶ月再発転移なし
4×2.9 cm	摘出術	術後3年, 4年後に再発転移あり
?	化学療法+摘出術	術後9ヶ月再発転移なし
2.5×2×2 cm	摘出術	術後8年3ヶ月再発転移なし(再発例)
直径 1.2 cm	摘出術	術後1年2ヶ月後骨転移あり
直径 2 cm	摘出術	術後3年7ヶ月再発転移なし
?	摘出術+放射線療法	術後2年再発転移なし
5.5×2.5×1.8 cm	摘出術(レーザー)	1年6ヶ月で局所再発, 肺炎死

かし男に多いとの報告もある⁶⁶⁾⁶⁸⁾。我々の症例の場合、2例とも男性例であり、その一例は88歳で本邦における最高年齢者であった。

5) 症 状

特徴的なものはないが、一般に緩徐な発育を示す無痛性、弾性硬、可動性のある境界明瞭の腫瘤であることが多い⁷⁾¹⁵⁾¹⁶⁾²⁹⁾³⁸⁾。時として自発痛¹⁹⁾、圧痛³²⁾、頸部リンパ節腫脹¹⁹⁾を伴うことがある。また外国の報告によれば、顔面神経麻痺を伴う例もみられた⁶⁸⁾。安藤ら¹⁷⁾の報告と同様、耳下腺腫瘍の自験例は開口時痛をとまっていた。

6) 病悩期間

大唾液腺由来の場合は、数週～30年¹⁷⁾²⁷⁾³⁴⁾⁴⁰⁾のことが多く、症例の2/3が5年以上であったとの報告もある⁶⁹⁾。小唾液腺腫瘍の場合は数日～5年であり⁴⁰⁾、口腔内が感覚的に敏感であるためか、口腔内病変が多い小唾液腺腫瘍との間に病悩期間のかなりの差がみられた。しかし口蓋腫瘍の自験例の場合の病悩期間が6年と長いのは、高齢者でありしかも頑固な性格の持ち主であるため受診が遅れたためと考える。

7) 診 断

現病歴、臨床症状、局所所見、さらに超音波断層撮影、CT 撮影上では、主に良性腫瘍の所見を呈し、唾液腺造影では腺管の圧排のほか、造影剤の漏洩の見られるもの¹³⁾、見られないもの¹⁹⁾ 共にあり、核医学検査では^{99m}Tc-scan 出陰影欠損を呈し¹⁵⁾、⁶⁷Ga-scan で陽性¹⁹⁾⁴⁰⁾、陰性¹⁷⁾ の報告があり、いずれにしろ一般の診断法では腫瘍の組織型の診断は困難である。さらに本腫瘍の場合吸引細胞診でも腫瘍の組織病理型を診断することは困難であり、誤診や予後を悪くした報告もある。陳ら⁷⁰⁾ も述べているように、頭頸部腫瘍の診断の為に組織診、穿刺細胞診は、転移を助長し予後を悪くするため当科では行っていない。

8) 治 療

放射線感受性が低いいため手術療法が中心となる。しかし術前・術後照射を用いた方が良いと

の意見もある^{71)~73)}。本邦でも、19例に放射線単独あるいは放射線療法併用を行っている。また再発例では高線量照射を一次治療とすべきであるとの意見もある⁵²⁾。手術療法としては、耳下腺腫瘍の場合は、腫瘍摘出術から耳下腺亜全摘術、全摘術、更に、頸部廓清まで routine とするものまで諸家によりさまざまである^{7)10)13)15)~17)19)27)37)38)40)52)}。我々は手術療法を一つの診断法と考え、さらにこの腫瘍が low-grade malignancy であることより顔面神経保存という立場に立って最大限健常周囲組織を付け、被膜を破らない腫瘍摘出術を行っている。耳下腺腫瘍の自験例の場合はこの方針に沿って腫瘍の摘出を行った。しかし術前臨床所見、術中所見あるいは迅速病理組織診等にて十分悪性が考えられれば、耳下腺の亜全摘、全摘術を選択すべきと考える。頸部廓清術は頸部に転移がみられるときのみで十分と考える。手術療法に加えて放射線療法も必要とする意見もあるが、本腫瘍の放射線感受性が低く、さらに手術療法で十分摘出できることを考えれば術後の放射線療法の必要がないと考える。また本邦では化学療法(5FU, Bleomycin, FT-207 等)を併用している例が8例あったが、その効果についての判断は出来ない。

口蓋腫瘍の自験例の場合は、高齢であり、しかも腫瘍が周囲筋組織への浸潤が充分に考えられたため、レーザーを用いて周囲健常筋組織を腫瘍に付け、経口腔的に摘出を行った。しかし腫瘍の辺縁が不鮮明なところが多く、さらに経口腔法とのこともあり、傍咽頭部で摘出辺縁が不十分なところがあった。このために局所再発が生じたものと思われる。

9) 摘出標本所見

被膜に包まれた、円形、楕円形、時として桑実状の腫瘤である。充実性で弾性硬の時が多いが、柔らかいものもある¹⁹⁾³⁷⁾。周囲との癒着がないものがほとんどであるが、癒着がみられた例の報告もある⁸⁾¹³⁾³⁴⁾。断面では充実性、分葉状でもろく、灰白色を呈しさらに、赤褐色の斑

点を伴うことが多い¹⁵⁾¹⁷⁾⁵²⁾。また中心部に壊死像¹⁵⁾²⁷⁾や血腫様出血巣⁸⁾³⁴⁾がみられることもあり、変性により透明～赤褐色の漿液性の内容液を含むこともある¹⁷⁾。臼後三角部の腫瘍例で、内容液にコレステリン結晶と唾液小体を認めたとの報告もある³⁰⁾。

自験例2例は卵型とやつがしら状の弾性硬の腫瘍であり、その断面では分葉傾向を呈し、出血した跡がみられることなど上記所見に一致していた。また口蓋例では周囲組織との癒着が強いという非典型的な所見を呈した。

10) 組織学的所見 (光学顕微鏡所見)

細胞形質は好塩基性で微細顆粒を持ち、細胞膜は明瞭で、核は暗く偏在し、円形あるいは多角型の漿液性腺房細胞である。核小体は、不明瞭で分裂像は稀である。このような細胞が嚢状、細胞間微細嚢状、腺様、不完全な腺房様、乳頭状に发育している。水様透明な細胞もみられる。細胞間支持組織は粗で、リンパ球様細胞成分や石灰化もみられる。被膜により完全に包まれていることが多いが、被膜を破り周囲に浸潤していることもある。また転移巣は原発巣と同一の組織像を呈す。さらに特殊染色では diastase 処置にかかわらず PAS 染色陽性、mucicarmin 染色、alcian blue 染色、toluidine blue 染色、colloidal iron 法いずれも陰性との報告が多い⁸⁾¹³⁾¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁹⁾³⁴⁾³⁸⁾⁴⁰⁾が、諸家により様々な報告がなされている。嶋田¹³⁾が細胞質内に分泌顆粒のあるもの、すなわちグリコゲンのあるものを真性型、分泌顆粒のないものを偽性型と分類している。これに対し Abrams⁶⁸⁾は、細胞型として5つに、发育型として4つに分け組織形態系を細かく体系つけた(表3)。

我々の症例の場合、症例1では細胞型は正常な腺房細胞に近い acinic cell type と、核が胞体に比べ大きく中心に存在し数石状に配列している nonspecific glandular cell type、また PAS 染色、H.E 染色に染まらない clear cell type も見られた。发育型としては、sheet 状发育をしていることにより、solid pattern が主で、一部

に micro cystic pattern もみられた。症例2の場合は、好塩基性で豊かな胞体の中に微細顆粒を持つ acinic cell type の細胞が葉状ないし腺房様に増殖し、solid pattern をなしていた。一部には microcystic pattern 等もみられた。

11) 組織発生

組織発生に関しては次の二つの説が有力であるが、いまだ統一見解はない。

① 細胞内の好塩基性顆粒は正常の漿液腺分泌顆粒と類似しており、更にこの顆粒の形態及び PAS 染色陽性、mucicarmin 染色陰性という染色性より、漿液腺腺房細胞由来を考え、腺房細胞へ分化する過程で発生すると考えている¹⁷⁾。

② intercalated duct cell は、腺細胞や、腺管細胞への分化能力を持っており、しかも組織中に intercalated duct cell 類似細胞や、それと腺房細胞移行型があることより intercalated duct cell 由来と考えている³⁷⁾³⁸⁾⁵²⁾⁶⁸⁾。さらに江崎³⁷⁾は、intercalated duct cell 類似細胞から、acinar cell 類似細胞へ移行し、分泌顆粒が癒合して空胞形成をし、vacuolated cell となり、さらに vacuole が癒合して細胞質のほとんどを占め clear cell へ移行すると述べている。

坂井⁴⁰⁾は腺上皮、腺管上皮の両方から発生する説のあることを述べている。

12) 再発、転移

表3 Acinic cell tumor の組織形態分類
(Abrams, et al : 1965⁶⁸⁾ より改変)

細胞型	
1 :	acinic cell
2 :	clear cell
3 :	vacuolated cell
4 :	intercalated duct cell
5 :	nonspecific glandular cell
发育型	
1 :	solid pattern
2 :	microcystic pattern
3 :	papillary cystic pattern
4 :	follicular pattern

再発は8.3%~100%, 転移は2%~50%と報告は様々である⁸⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁹⁾³⁷⁾³⁸⁾⁴⁰⁾. 本邦の文献例(表1)(表2)につき平均すると転移は10%, 再発は13%と以外に高い値になった. また大唾液腺, 小唾液腺とに分けてみると, 大唾液腺での再発転移は32%, 小唾液腺での再発転移は17%となった. 大唾液腺の再発転移が多いのは, ひとつには生検や穿刺細胞診が行われていることも原因になると思われる.

転移はリンパ節をはじめ, 肺, 肝, 骨, 脳等が多く報告されている^{14)~16)28)38)63)}. 本邦では肺に転移した症例が3例, 全身に転移例が2例あった. 自験例2例とも転移は認めなかったが, 口蓋腫瘍例は2年6ヶ月後に局所再発をみた. これは前記したように腫瘍の完全摘出ができなかった為であると思われる.

13) 予 後

5年生存率をみると80%以上の報告^{71)74)~76)}が多かった. また5年生存率89%, 10年生存率80%, 15年生存率60%, 20年生存率56%との報告⁷¹⁾もある. 診断のために生検や穿刺細胞診をせず, また被膜を破らずに腫瘍を摘出すれば予後は更に延びると思われる. 口蓋腫瘍の自験例の場合, 高齢と手術によると思われる術後の嚥下障害により肺炎を併発し, 初回治療後2年11ヶ月で死亡した. 剖検時の所見で腫瘍の局所残存および遠隔転移を認めず, 年齢的要因がなければ延命できたのではないかと考えた.

予後と組織との相関について, Perzin⁷⁷⁾は核分裂像や核異型性と予後が相関, Batsaki⁷⁸⁾は medullary architecture, tubular or ductoglandular morphology, undifferentiated cell を認めるものが予後が悪い. さらに Ellis⁷⁹⁾は, Abrams の言う細胞型とは関係なく, infiltrative growth, multinodular, stromal hyalinization が存在するものが予後が悪いと報告されている. 口蓋腫瘍の自験例は infiltrative growth の組織像を呈していた.

結 語

71歳男性の耳下腺の acinic cell tumor と88歳

男性の小唾液腺由来の口蓋の acinic cell tumor を報告し, 併せて acinic cell tumor を文献的に検討し, 本邦における報告例を挙げた.

参考文献

- 1) Thach R : Histological typing of salivary gland tumors. WHO Geneva 23~24, 1972.
- 2) Nasse D : Die Gedchwülste der Speicheldusen und verwandte Tumoren des Kopfes. Arch f Klin Chir 44 : 233~302, 1892.
- 3) Foote FW and Frazell EL : Tumors of the major salivary glands. Cancer 6 : 1065, 1953.
- 4) Godwin JT, Foote FW and Frazell EL : Acinic cell adenocarcinoma of the parotid gland. Report of twenty seven cases. Am J Path 30 : 465, 1954.
- 5) 太田邦夫 : 唾液腺腫瘍について (形態学の問題を中心に). 臨病 3 : 203~213, 1955.
- 6) 島田義弘 : 所謂唾液腺型混合腫瘍の組織発生に就いて—唾液腺腫瘍の諸型の比較研究—. 日病理学会誌 44 : 243~259, 1959.
- 7) 曾田忠雄, 志村介三, 生田信孝, 他 : 耳下腺腺房細胞癌の1例. 口外誌 8 : 74~77, 1962.
- 8) 松浦梅春, 浜松 宏, 浜崎美景 : 耳下線における腺房細胞癌の1例. 癌の臨床 7 : 383~385, 1961.
- 9) 牛島 有, 田村 潤 : 耳下線の腺房腺癌 (Acinic cell adenocarcinoma)—症例報告—. 癌の臨床 11 : 96~100, 1965.
- 10) 西尾克彦, 広瀬義明 : 唾液腺疾患の臨床的考察—とくに唾液腺腫瘍について—. 信州医誌 16 : 742~756, 1967.
- 11) 荒山 喬 : 耳下腺 acinic cell adenocarcinoma の1例 (会). 日耳鼻 72 : 1111, 1969.
- 12) 広野達彦, 原 滋郎 : 耳下腺の腺房細胞癌 (acinic cell adenocarcinoma) の1例 (会). 新潟医学会誌 84 : 62~63, 1970.
- 13) 嶋田文之, 北村 武, 金子敏郎, 他 : 耳下腺の ACINIC CELL TUMOR について. 日本癌治療学会誌 6 : 365, 1971.
- 14) 馬場謙介, 鷺津邦雄, 海老原敏, 他 : 唾液腺腫瘍—その組織型と予後—. 癌の臨床 19 : 893~911, 1973.
- 15) 桜井 栄, 石坂敏男, 松永幸子, 他 : 耳下腺 acinic cell tumor の1例—本邦報告例の文献的

- 考察一. 耳喉 47 : 873~877, 1975.
- 16) 池田美恵子, 馬場廣太郎, 古内一郎, 他: 特異な経過をとった腺房細胞癌の一例. 耳展 補2 : 117~124, 1980.
- 17) 安藤 博, 鈴木正弥, 岡部紀正, 他: 耳下腺腺房細胞癌 (Acinic Cell Adenocarcinoma) の1例. 癌の臨床 22 : 264~270, 1976.
- 18) 川本知佳, 和久田幸之助, 兵 行和, 他: Acinic cell tumor の2症例. 頭頸部腫瘍 8 : 101, 1981.
- 19) 山下敏夫, 熊沢博文, 藤村成人, 他: 耳下腺 acinic cell tumor の2例. 耳喉 54 : 547~553, 1982.
- 20) 佐藤敬喜, 阿部 智, 向後隆男, 他: 耳下腺に生じた腺房細胞癌の1例. 日口外誌 28 : 1367, 1982.
- 21) 副島 渉, 田中稔夫, 後藤昌昭, 他: 耳下腺に発生した腺房細胞腫の1例. 日口外誌 30 : 498~503, 1984.
- 22) 伊藤永子, 今野昭義, 藤吉達也: Acinic cell carcinoma 2症例の電顕像. 日耳鼻 87 : 522, 1984.
- 23) 樋口典子, 堀 哲二, 津田 守, 他: 耳下腺 acinic cell tumor の1症例. 日耳鼻 88 : 84, 1985.
- 24) 飯塚 正, 小池 薫, 進藤正信, 他: 耳下腺の腺房細胞癌に合併した腺リンパ腫の1例. 日口外誌 33 : 2308~2309, 1987.
- 25) 斉藤哲夫, 猪狩俊郎, 松田耕策, 他: 耳下腺管に沿って浸潤増殖した多結節性耳下腺腺房細胞腫の1例. 日口外誌 33 : 769~772, 1987.
- 26) 竹津恵実子, 津村みづえ, 下山 潔, 他: 耳下腺の腺房細胞癌の1例. 日臨細誌 27 : 313, 1988.
- 27) 玉生みい: 唾液腺腫瘍の臨床的研究 (特に, 小口腔腺腫瘍について). 口外誌 5 : 2~18, 1959.
- 28) 津崎和子, 水本和代, 古林芳範, 他: 喀痰および肺穿刺細胞標本に出現した顎下腺 Acinic cell tumor の1例. 日臨細誌 22 : 1036, 1983.
- 29) 三吉康郎, 大山 勝, 高橋章三, 他: 軟口蓋に発生せる Oxyphilic Acinic Cell Adenoma 症例およびその病理組織学的考察. 日耳鼻 66 : 1258~1265, 1965.
- 30) 杉山拓也, 藤村恭史, 大矢信夫, 他: Acinic Cell Carcinoma の1症例. 口外誌 11 : 197~199, 1965.
- 31) 藤林孝司, 小幡幸男, 檜田忠雄, 他: 小唾液腺腫瘍の臨床的研究. 日口外誌 15 : 901~928, 1969.
- 32) 児玉 学: 唾液腺腫瘍の臨床病理学的研究. 日大歯学 43 : 307~329, 1969.
- 33) 伊藤秀夫, 小幡幸男, 榎本昭二, 他: 小唾液腺腫瘍の臨床的検討 第二報, 悪性腫瘍について. 日口腔誌 18 : 200, 1969.
- 34) 増田正樹, 国清泰男, 片岡 雄, 他: 軟口蓋部にみられた腺房細胞癌 (Acinic cell carcinoma) の1例. 日口外誌 17 : 423~427, 1971.
- 35) 谷 一郎: 舌に発生した Acinic Cell Adenocarcinoma の1例. 耳鼻 18 : 246~248, 1972.
- 36) 加藤久夫, 松川公敏, 岡 光夫, 他: 臼後部に発生した腺房細胞癌 (Acinic cell carcinoma) の1例. 新潟歯学会誌 3 : 9~14, 1973.
- 37) 江崎民夫, 加藤裕生, 吉田正彦, 他: 小唾液腺腺房細胞癌の1例. 癌の臨床 20 : 553~560, 1974.
- 38) 小川 明, 竹田千里, 鷺津邦雄, 他: 上咽頭腺房細胞癌の1例. 耳喉 48 : 993~998, 1976.
- 39) 高井 宏, 渋谷孝順, 倉重真樹, 他: 口峽に発生した腺房細胞癌の1例. みちのく歯学誌 7 : 64~66, 1976.
- 40) 坂井 真, 新川 敦, 藤井一省, 他: 両側上顎にわたる血管腫を思わせた Acinic Cell Carcinoma の1例. 耳鼻臨床 70 : 711~719, 1977.
- 41) 岩崎二三男, 大西 真, 村山紀子, 他: 頬粘膜に発生した腺房細胞癌の1例. 日口外誌 23 : 695~700, 1977.
- 42) 井上 孝, 内田晴夫, 柳沢勇喜夫, 他: 舌口蓋腺より発生した Acinic Cell Carcinoma の1症例 光学顕微鏡ならびに電子顕微鏡的観察. 日口外誌 24 : 1228~1234, 1978.
- 43) 五十嵐淑晴, 今井昭雄, 猪 初男, 他: 口蓋腺房細胞癌の1症例. 耳鼻臨床 72 : 889~895, 1979.
- 44) 梅田敬子, 馬場駿吉, 本堂 潤, 他: 上口唇腺房細胞癌の1例とその一次的再建術について. 耳喉 53 : 1127~1131, 1981.
- 45) 山下忠雄, 水野信介, 竹内 学, 他: 唾液腺腫瘍の治療と予後の検討. 頭頸部腫瘍 8 : 136~139, 1981.
- 46) 木村高樹, 八重垣健, 竹中将純, 他: 過去21年

- 間の当教室における唾液腺腫瘍の臨床検討. 頭頸部腫瘍 **8** : 106~107, 1981.
- 47) 高橋 弘, 王橋信彰 : 舌根部小唾液腺より発生した腺房細胞癌の 1 剖検例. 癌の臨床 **28** : 1740~1745, 1982.
- 48) 茂木健司, 武内章浩, 根本武雄, 他 : 口蓋に生じた acinic cell tumor の症例. 日口外誌 **29** : 47~52, 1983.
- 49) 領家和男, 尾崎登喜雄, 小川隆嗣, 他 : 腺房細胞癌の 1 例—頬部—鼻腔, 副鼻腔に重複した稀有なる症例について—. 日口腔誌 **32** : 195~204, 1983.
- 50) 村上 勝, 越智統也, 徳永裕之, 他 : 気管原発 Acinic Cell Carcinoma の 1 切除例. 癌の臨床 **30** : 1412~1416, 1984.
- 51) Inoue T, Shimono M, Yamamura T, et al : Acinic cell carcinoma arising in the glossopalatine glands : A report of two cases with electron microscopic observations. Oral Surg **57** : 398~407, 1984.
- 52) 鶴田至宏, 馬谷古則, 吉野邦俊, 他 : 上咽頭 acinic cell tumor の 1 例—上咽頭高線量率腔内照射法による治療例—. 癌の臨床 **31** : 1319~1326, 1985.
- 53) Sasaki T, Tanaka N, Amagasa T, et al : Ultrastructure of acinic cell carcinoma in the retromolar region. J Clin Electron Microscopy **18** : 5~6, 1985.
- 54) 安斎友博, 大谷 巖, 大内 仁, 他 : 小唾液腺に由来する腺房細胞癌の一症例と本邦における文献的考察. 耳鼻臨床 **78** 増 1 : 928~933, 1985.
- 55) 谷 慶明, 小池正夫, 小守 昭, 他 : 頬粘膜に生じた腺房細胞腫の 1 例. 日口外誌 **31** : 296~300, 1985.
- 56) 増田哲夫, 高山紀子, 林原義明, 他 : Acinic cell adenocarcinoma. 西日皮膚 **47** : 948, 1985.
- 57) 清見原正騎, 石川武憲, 三次正春, 他 : 穿刺吸引細胞診の術前診断で判明した頬腺由来腺房細胞腫の 1 例. 日臨細誌 **25** : 726~730, 1986.
- 58) 北郷行雄, 千坂孝司, 山地誠一, 他 : 頬粘膜小唾液腺より発生した acinic cell carcinoma の 1 症例. 日耳鼻 **89** : 224, 1986.
- 59) 友松英男, 北原 哲, 井上鉄三, 他 : 上顎洞に発生した acinic cell tumor の 1 症例. 日本鼻科学会会誌 **25** : 72~73, 1987.
- 60) Hiratsuka H, Imamura M, Miyakawa A, et al : Acinic cell carcinoma of minor salivary gland origin. Oral Surg **63** : 704~708, 1987.
- 61) 泉本真一, 明楽修身, 梅本産太, 他 : 口底部に発生した腺房細胞腫の 1 例. 日口腔誌 **36** : 1115~1116, 1987.
- 62) 大竹智子, 覚道健治, 虫本浩三, 他 : 左側頬粘膜部に発生した腺房細胞腫の 1 例 —光学顕微鏡的および電子顕微鏡的観察—. 日口外誌 **34** : 1510~1520, 1988.
- 63) 佐藤和子, 天笠光雄, 石井純一, 他 : 唾液腺腫瘍に関する研究—腺房細胞腫について—. 日口外誌 **34** : 2821, 1988.
- 64) 鈴木正治, 中村英生, 山岸益夫, 他 : 篩骨洞に原発した腺房細胞癌の 1 例. 耳喉頭頸 **61** : 375~379, 1989.
- 65) Diamount H, Eneroth CM and Gejrot T : Bilateral tumours of the parotid gland. J Laryng **75** : 699~702, 1961.
- 66) Bhasker SN : Acinic cell carcinoma of salivary glands. Oral Surg **17** : 62~74, 1964.
- 67) Kelkar SS, Chitale AR and Bhende YM : Acinic cell tumor of the parotid gland. J Postgrad Med **10** : 24~27, 1964.
- 68) Abrams AM, Cornyn J, Scofield HH, et al : Acinic cell Adenocarcinoma of the major salivary glands. A clinicopathologic study of 77 cases. Cancer **18** : 1145~1162, 1965.
- 69) Kleinsasser O and Hübner G u Klein H : Azinuszellentumoren der Glandula parotis. Arch Klin exper Ohren-Nasen-und Kehlkopfhelk **189** : 33~50, 1967.
- 70) 陳 瑞和 : 耳下腺悪性腫瘍の臨床と病理. 日耳鼻 **74** : 888~911, 1971.
- 71) Eneroth CM and Zetterberg A : A cytochemical method of grading the malignancy of salivary gland tumors preoperatively. Acta Otolaryngol **81** : 489~495, 1976.
- 72) Elkon D, Colman M, Frank R, et al : Radiation therapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. Cancer **41** : 502~506, 1978.
- 73) Shidnia H, Hornback H, Hamaker R, et al : Carcinoma of major salivary glands. Cancer

- 45 : 693~697, 1980.
- 74) Evans RW and Cruickshank AK : Epithelial tumors of the salivary glands. WB Saunders. Philadelphia, 1970.
- 75) Frazell EL : Clinical aspects of tumors of major salivary glands. Cancer 7 : 637~659, 1954.
- 76) Beahrs OH, Woolner LB, Carveth SW, et al : Surgical management of parotid lesions. Arch Surg 80 : 890~903, 1960.
- 77) Perzin KH and Livolsi VA : Acinic cell carcinomas arising in salivary glands. Cancer 44 : 1434~1457, 1979.
- 78) Batsakis JG : The pathology of head and neck tumors; salivary glands. Part 2. Head Neck Surgery 1 : 167~180, 1978.
- 79) Ellis GL and Corio RL : Acinic cell adenocarcinoma. —A clinicopathologic analysis of 294 cases. Cancer 52 : 542~549, 1983.

(別刷請求先：稲木勝英
〒228 相模原市北里1-15-1
北里大学医学部耳鼻咽喉科学教室)