左側上頸部に生じた扁平上皮癌の1例

遠山良成・松本光彦*・岩成進吉・三宅正彦
堀 稔・田中 博・西野彰恭*・寺門正昭*
佐藤 廣*・草間 薫**・茂呂 周**

Squamous cell carcinoma arising in left upper neck: Report of a case

Yoshinari TOHYAMA・Mitsuhiko MATSUMOTO*・Shinkichi IWANARI
Masahiko MIYAKE・Minoru HORI・Hiroshi TANAKA
Akiyasu NISHINO*・Masaaki TERAKADO*・Hiroshi SATO*
Kaoru KUSAMA**・Itaru MORO**

Abstract: A case was reported of squamous cell carcinoma arising in left upper neck of 61-year old male.

The patient complained that he had suffered painful swelling in left upper neck region for 1 month since he had his left upper teeth extracted.

An elastic hard tumor the size of a baby's fist with adhesion underneath was found in the first visit examination. An en-block resection of tumor with adhesive surroundings was performed, though preoperative biopsy showed no evidence of malignancy.

Histopathological examination of the specimen revealed that the tumor was squamous cell carcinoma. Even though we had not found tumor cell remained on surgical margin area, ^{60}Co (5,000 rad) irradiation and Peplomycin (50 mg) chemotherapy was performed after the resection. The patient was followed up for 2 years administering Picibanil (5 KE/week) and had no local recurrence or metastasis.

We concluded that this case was Branchiogenic carcinoma because of the below characteristics;

1. Tumor was located between M. sternocleidomastoideus and V. jugularis internal of upper neck region.
2. Tumor had cystic cavity with keratinized substance inside.
3. Histopathological examination revealed that the cystic structure was not formed by necrosis caused by carcinoma.
4. Numbers of lymphoid tissues with germinal center were found in the specimen.
5. Even though we tried Otorhinolaryngologic, internal examinations and further research

日本大学歯学部口腔外科学教室第1講座
(主任：工藤逸郎教授)

* 日本大学歯学部口腔外科学教室第2講座
(主任：瀧川富雄教授)

** 日本大学歯学部病理学教室
(主任：梅村慎一郎教授)
1st Department of Oral Surgery, Nihon University School of Dentistry (Chief: Prof. Itsuro

Kudo)

* 2nd Department of Oral Surgery, Nihon University School of Dentistry (Chief: Prof. Tomio Takigawa)

** Department of Pathology, Nihon University School of Dentistry (Chief: Prof. Shinichiro Umemura)

受付日：昭和61年9月25日

of maxillofacial region, we could not find any primary lesion so that the tumor of the upper neck was deemed not metastatic.

Key words: branchiogenic carcinoma, squamous cell carcinoma, neck tumor

緒 言

頸部に生じる腫瘍性病変は、リンパ節炎、嚢胞、良性および悪性腫瘍など多種多様である。これらのうち、悪性腫瘍は組織学的には頭頸部の原発巣からの頸部リンパ節転移としてみられる扁平上皮癌が最も多い¹⁾。これに比して扁平上皮癌でも鰓原性由来の例はきわめてまれで^{2,3)}、原発巣不明の転移性扁平上皮癌との鑑別が困難であることが指摘されている⁴⁾。

今回、わたしたちは左側上頸部に生じた扁平上皮癌で、鰓嚢胞の癌化による鰓原性癌と考えられた1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

患 者： 61歳 男性

写真 1 初診時頸部所見

左側頸下部から頸部にかけて小児手拳大の腫瘍を認める。

写真 2 初診時オルソパントモ写真

初 診：昭和59年7月 日。
主 訴：左側頸部の腫脹。
既往歴：約2年前某病院耳鼻科で声帯ポリープの摘出手術を受けた既往がある。約1年前に糖尿病を指摘され、食事療法を行っている。
現病歴：約1か月前に某歯科で左側上顎臼歯の抜歯を受けたところ、翌日より左側頸部の有痛性の腫脹を自覚したため、某歯科で抗生剤の投与を受けた。疼痛は消失したが腫脹が軽減しないため、某内科を受診し、そこで当科を紹介され来院した。
現 症：左側頸下部から頸部にかけて小児手拳大で弾性硬の腫瘍を認め、自発痛および圧痛は訴えない。触診により腫瘍は表面平滑で皮膚とは癒着していないが、下在組織とは癒着している(写真1)。左側頸下リンパ節は触知できないが、右側頸下リンパ節は示指頭大のもの1個を触知し、可動性で圧痛はない頸部リンパ節は、左

表 1 血液尿検査所見

(血液血清検査)		(ウイルス検査)	
赤血球数	420万/mm ³	トキソプラスマ抗体	256倍
血色素量	12.3 g/dl	EBVCA IgG	40倍
ヘマトクリット	37.5%	EBVCA IgM	10倍以下
血小板数	31万/mm ³	オーム病(CF)	4倍以下
白血球数	6,800/mm ³	マイコプラズマ(CF)	4倍以下
白血球像		(尿検査)	
{ Neuro-Seg	62%	蛋 白	±
{ Baso	1%	糖	—
{ Mono	6%	ウロビリノーゲン	±
{ Lymph	31%	ビリルビン	—
GOT	19 U	ケトン体	—
GPT	11 U	潜 血	±
血糖値	113 mg/dl		
総蛋白	7.7 g/dl		
A/G 比	1.39		
CRP	3(+)		
ASLO	80 Todd		
CEA	2.4 ng/ml		
α-フェットロテイン	2.2 ng/ml		
フェリチン	90 ng/ml		
IgG	1,983 mg/dl		
IgA	420 mg/dl		
IgM	138 mg/dl		

表 2 内容液検査所見

内 容 液		正常血清値
総酸性フォスファターゼ	31.2 U	0～4.7 U
アルカリフォスファターゼ	28 U	80～290 U
Amylase	299 U	50～220 U
IgG	956 mg/dl	726～1,742
IgA	192 mg/dl	53～405
IgM	55 mg/dl	27～243
トキソプラズマ抗体	128倍	16倍以下

写真 3 試験穿刺時所見
淡黄色漿液性の内容液が認められる。

写真 4 試験切除時所見
壁に相当する部分を切除し内腔が認められる。

右とも触知しない。

口腔内所見では、 $\frac{76}{313}$ が残存しており、 $\frac{7}{1}$ はC₄であるが他の歯に特別な異常は認められない。左側上顎臼歯部の抜歯創はすでに治癒しており、異常は認められない。また、上下顎歯肉、口腔粘膜、舌などに異常は認められない。

X線所見：後頭前頭法およびオルソパントモ写真で上

写真 5 試験切除物の病理組織所見
H-E 染色多数の異物型巨細胞が認められる。

写真 6 60%ウログラフィン経静脈法による CT-scan 所見
multi-cystic pattern が認められる。

下顎骨に特別な異常は認められず（写真2）、胸部X線単純写真でも異常は認められない。

血液尿検査所見：赤沈値の上昇（1時間値 58 mm）、CRP 3（+）、血糖値の上昇（113 mg/dl）、IgG の上昇（1,983 mg/dl）、IgA の上昇（420 mg/dl）、トキソプラズマ抗体価 256 倍が認められる（表1）。

処置および経過：炎症性のリンパ節腫脹を疑い、抗生剤（Yamacillin 2.0 g/day）を投与し、経過観察を行っていたが、腫瘍は増大し波動を触知するようになったため、昭和59年8月■日、入院下に試験切除を行った。すなわち、左側頸部に横切開を加えて腫瘍を露出し、試験穿刺を行ったところ、おから状のものを含む淡黄色漿液性の内容液を吸引した（写真3）。腫瘍は嚢胞状を呈していたので、内腔に達するまでメスを入れ、壁に相当する部分を17×12×18 mm 大の大きさで切除し（写真4）、病理組織学的検索に供した。

試験切除物の病理組織学的所見では、内腔に多量の角化物を含み、中等度のビマン性の炎症性細胞浸潤をみる

写真7 摘出物所見
右端に皮膚の一部がみられる。

写真9 病理組織所見, H-E 染色
扁平上皮類似的異型細胞より成る胞巣がみられる。

写真8 摘出物断面所見
断面は不均一な構造を呈している。

写真10 病理組織所見, H-E 染色
胚中心をもつリンパ組織のみられる部も認められる。

肉芽組織より成り、多数の異型型巨細胞が認められ、異物性肉芽腫と診断されたが、組織学的に悪性像は認められなかった(写真5)。

内容液の検索では、総酸性フォスファターゼとアミラーゼ値の上昇、アルカリフォスファターゼ値の低下がみられ、トキシプラズマ抗体価は128倍であった(表2)。

試験切除施行後、60%ウログラフィン経静脈法によるCT-scanを撮影したところ、multi-cystic patternが認められた(写真6)。

同年10月16日、腫瘍の全摘出手術を行った。試験切除時の皮膚切開創部は瘻孔となっており、内容液の流出がみられ、周囲の皮膚は暗赤色を呈していたため、この部の皮膚は腫瘍と共に切除した(写真7)。

手術時所見では、腫瘍は主として胸鎖乳突筋と内頸静脈との間に存在し、内頸静脈は内方へ強く圧迫されていた。腫瘍は胸鎖乳突筋、内頸静脈、舌動脈、舌下神経などの周囲組織と癒着していたため、これを含めて一塊として摘出した。

摘出物は重量130g、80×65×55mmのほぼ球形の腫瘍で、その断面の所見では内腔を有しており、それに向かう乳頭状増殖がみられ、不均一な構造を示していた(写真8)。

病理組織学的所見では、厚い壁から成る囊胞状構造を呈し、中心部の腔に向かい扁平上皮細胞に類似する異型細胞より成る胞巣が乳頭状に、また、壁内では浸潤性に増殖し、内腔に接した部、胞巣の中心部および間質に多数の角化物が認められた。間質では角化物に接し異物反応が著明で、壁辺縁に向かい線維性結合組織がみられ、部位により胚中心をもつ多数のリンパ組織が認められた(写真9, 10)。

病理組織診断：扁平上皮癌。

断定診断直後より⁶⁰Co 5,000 rads 照射、Peplomycin 計50mgの投与を行い、Picibanil 5KE/Wの投与を術後約2年の現在にいたるまで行っている。現在のところ局所再発および遠隔転移の徴候は認められない。

なお、顎口腔領域の原発巣の存在の可能性を疑い精査したが認められず、駿河台日本大学病院内科および耳鼻

科に依頼した検査でも癌の原発巣と思われる病変は認められなかった。

考 察

頸部に生ずる腫瘍性病変として、リンパ節炎、癌のリンパ節転移、悪性リンパ腫、頸嚢胞、唾液腺腫瘍、血管腫、甲状腺腫瘍などがあげられる²⁾。

伊藤³⁾によれば、頸部腫瘍 343 例中、炎症 147 例 (42.8%)、悪性腫瘍 64 例 (18.5%)、良性腫瘍 54 例 (15.7%)、先天性奇形その他 78 例 (22.7%) であり、悪性腫瘍の占める割合はかなり多く、なかでも癌のリンパ節転移は 29 例 (8.1%) と最も多かったとし、これに比し鯉原性癌はわずか 1 例 (0.3%) であったと報告している。また、中村ら³⁾は頸部腫瘍 782 例中鯉原性癌は 1 例 (0.1%) であったとし、鯉原性癌の発生頻度はきわめて低い。

悪性腫瘍の頸部リンパ節転移とその原発巣との関係について、井口ら¹⁾は頸部転移癌 201 例のうち、上頸部リンパ節は 68 例で原発巣は上顎 22 例、舌・口底 19 例、咽頭 19 例、中頸部リンパ節は 58 例で原発巣は咽喉 29 例、甲状腺 10 例、上顎 4 例、下頸部リンパ節は 75 例で原発巣は胃 12 例、乳腺 11 例、子宮 11 例であったとし、病理組織型では扁平上皮癌が最も多く、その原発巣は上顎、舌・口底、咽喉、子宮が多いとしている。また、竹田ら⁵⁾は頸部リンパ節生検材料 846 例のうち転移性悪性腫瘍は 422 例 (50%) で、組織学的に扁平上皮癌と診断された 159 例の原発巣は頭頸部 97 例 (61%) であり、そのうち上咽頭癌が最も多かったと報告している。

これらの報告から、上頸部リンパ節の転移性扁平上皮癌の場合には、まず頭頸部領域、ことに上顎、舌、口腔、上咽頭の癌が最も強く疑われ、これらの領域の精査を行うことが最も重要であり、そこに原発巣を発見し得ないときは他領域の検索を行う必要があると考えられる。また、上頸部には鯉原性嚢胞のⅡ、Ⅲ型がよくみられ、胸鎖乳突筋前縁でその中央ないし 1/3 のレベルにある嚢胞性病変はまずこれを疑うべきであると村上⁶⁾は述べているが、二次的な癌化による鯉原性癌の発生頻度はきわめて低い。

鯉原性癌には、胎生期の鯉裂あるいは鯉弓組織の遺残より発生する原発性癌腫と鯉性嚢胞壁上皮の二次的な癌化による続発性癌腫があるとされている^{7,8)}。

鯉原性癌の好発年齢は、袁島ら⁷⁾によれば本邦報告例 42 例中、41～50 歳 9 例、51～60 歳 10 例、61 歳以上 15 例であったとし、樋口ら⁸⁾の統計では 59 例中 26 例 (43%) が 40～60 歳であり一般に 40～60 歳台に多いようである。性差については、Oliver⁹⁾ は男女比 9:1、樋口ら⁸⁾ は 4:1 であったとし、一般に男性に多いようである。また、左右差については有意差はないとされている⁸⁾。

鯉原性癌の診断基準について、Martin¹⁰⁾は 1) 腫瘍が

耳珠前方から鎖骨に至る胸鎖乳突筋の前縁に沿った線上にあること、2) 組織学的に鯉性残遺組織と同一起源よりなるもの、3) 患者が少なくとも 5 年間は原発巣の可能性のある病変を生ずることなく生存し、かつ定期的に検査を受けていること、4) 側頸部に存在し上皮に覆われた嚢胞壁から発生した癌であることが組織学的に示されることが最良の判定基準である、と述べている。また、海野ら¹¹⁾は剖検上どこにも原発巣のみつかぬ場合や、詳細な検査にもかかわらず他臓器の原発巣が否定された側頸部扁平上皮癌は、少なくとも臨床的には鯉原性癌と考えても良いのではないかとし、その診断基準として、1) 鯉原性嚢胞あるいは瘻の壁上皮が悪性化したもの、2) 原発巣のないことが証明され、胎生期の鯉性器と同じ起源をもった組織からなり、かつそれが發育して占める位置に一致して生じた腫瘍、としている。

鯉原性癌の病理組織型は、扁平上皮癌と円柱上皮癌あるいは絨毛上皮癌の二型に大別されるが、扁平上皮癌であることが圧倒的に多いといわれている⁵⁾。鯉嚢胞から発生した場合の鯉原性癌の病理組織像は、線維性結合組織の厚い壁よりなり、腫瘍細胞は渦巻き状、樹枝状に配列し、内腔に向かって乳頭状に突出することもあり、時に癌真珠を形成する。腫瘍細胞は壁内に向かって浸潤し、しばしば組織壊死と硝子様変性を伴っている。間質結合組織は乏しく、時に巨細胞も認められ、ところによりリンパ濾胞が観察される、とされ¹²⁾、鯉嚢胞(リンパ上皮性嚢胞)の組織像の特徴、すなわち、嚢胞壁の内面は通常扁平上皮で覆われ、上皮の下層にはリンパ性組織が通常認められ、リンパ洞や胚中心が存在すること¹³⁾など鯉原性癌では鯉嚢胞の特徴的所見の一部がみられる。

一方、癌の転移リンパ節における組織像は一般にリンパ節の辺縁洞、輸入リンパ管に定着した癌細胞が髄洞へと増殖、浸潤し、やがてリンパ節全体が癌細胞によって置換され、リンパ節被膜を破壊して節外へ浸潤していくとされているが^{14,15)}、中原¹⁾は癌の転移リンパ節において中心壊死により嚢胞化したものでは、組織学的にリンパ組織を伴った鯉嚢胞と誤診されることがあるとしている。

自験例は 61 歳男性で、左側上顎臼歯の抜歯後に頸部腫瘍を自覚した症例であり、初診時には現病歴からリンパ節炎が最も疑われたものの、触診による腫瘍の大きさおよび下在組織との癒着の状態などから、悪性リンパ腫、転移性腫瘍、鯉原性癌などの可能性もあると考えていた。生検時所見で腫瘍は内容液をいれる嚢胞状を呈しており、試験切除物の病理組織学的所見でも悪性の所見は得られず、多数の異物型巨細胞を認める肉芽組織であり、嚢胞性病変が最も疑われたが確定診断を得るには至らず、全摘出を行って扁平上皮癌と診断された症例である。

自験例は当科における顎口腔領域の精査、耳鼻科にお

ける咽頭、喉頭の検査、および内科における諸検査で原発巣と思われる病変は認められず、また腫瘍は上頸部の胸鎖乳突筋と内頸静脈との間に存在したこと、腫瘍には角化物を含む内容液をいれた嚢胞腔がみられたこと、嚢胞状を呈していたところは病理組織学的に癌の中心壊死によるものでなかったこと、嚢胞壁の上皮は認められなかったものの部位により胚中心をもつ多数のリンパ組織が認められたことなどから、嚢胞腔上皮の二次的な癌化による統発性の嚢胞性癌の例と考えられた。なお、内容液の生化学的検索で正常血清値に比し、総酸性フォスファターゼの上昇、アルカリフォスファターゼの低下が顕著に認められた。

嚢胞性癌の治療法としては、症例数が少なく確立された治療法はないが、初期の段階であれば腫瘍の摘出のみで完治を期待しうるとされ、周囲に浸潤、癒着が認められる場合には頸部郭清術を行った方が良く、放射線療法も考慮すべきであるとされている^{16,17)}。自験例では腫瘍は一部周囲と癒着していたため、これらを一塊として切除摘出したが、組織学的検索で surgical margin に腫瘍細胞が認められなかったため頸部郭清術は行わず、放射線療法、化学療法および免疫療法を併用した。

嚢胞性癌の予後について、Lorenz¹⁸⁾は64例中29例が再発しており、いずれも6か月以内であったとし、術後の再発は一般に2～6か月におけるとされている⁸⁾。

頸部リンパ節転移の原発巣発見率は低く、原発巣不明頸部リンパ節転移癌では2年未満死亡率80%と予後不良である¹⁾。しかし、清水ら¹⁹⁾の上頸部に生じた腺癌の症例で、頸部転移巣処置後8年を経て甲状腺癌が発見された例も報告されており、小野ら¹⁶⁾も頸部悪性腫瘍では頭頸部領域だけでなく、各科領域の各種検査を長期にわたって行う必要があると指摘しているように、自験例でも、術後約2年間局所再発および遠隔転移の徴候は認められていないが、他科の専門医とも協力し、局所のみならず身体各部の長期にわたる定期的な観察を要するものと考え、現在も厳重な経過観察を行っている。

結 語

61歳男性の左側上頸部に生じた扁平上皮癌の症例で、生検時所見、手術所見、病理組織学的所見、口腔外科領域および他科領域の検査結果などから、きわめてまれな嚢胞性癌と考えられた1例を報告した。

現在、術後約2年経過し異常はないが、ひきつづき厳重な経過観察を行っている。

本論文の要旨は、第4回口腔腫瘍研究会（札幌）において発表した。

引 用 文 献

- 1) 井口 潔, 副島一彦, 他: 外科よりみた原発不明癌の検討. 癌の臨床 18: 171-177 1972.
- 2) 伊藤健次郎: 頸部腫瘍の臨床診断. 外科 Mook 7: 1-14 1979.
- 3) 中村昭郎, 佐藤文彦, 他: 頸部腫瘍一過去5年間の統計学的観察—耳鼻臨床 65: 1261-1268 1972.
- 4) 中原和郎監修: 頭頸部腫瘍図譜. 第1版, 中山書店, 東京, 1975, 208-281頁.
- 5) 竹田千里, 小野 勇, 他: 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.
- 6) 村上 泰: 頸部腫瘍の鑑別診断. JOHNS 1: 196-204 1985.
- 7) 荻島一郎, 篠田昭男, 他: 嚢胞性癌の4剖検例. 癌の臨床 8: 137-141 1962.
- 8) 樋口彰宏, 岡本牧人, 他: 嚢胞性癌の1例. 日耳鼻 82: 1456-1460 1979.
- 9) Oliver, R.L.: Malignant epithelial tumors of the neck, carcinoma of branchiogenic origin. Am J Cancer 23: 16-44 1935.
- 10) Martin, H., Morfit, H.M., et al.: The case for branchiogenic cancer (malignant branchioma). Am Surg 132: 867-887 1950.
- 11) 海野徳二, 奥田 稔, 他: 側頸部腫瘍症例—嚢胞性癌と思われる1例—耳喉 46: 425-429 1974.
- 12) 京谷 稔, 泉雄 勝, 他: 甲状腺腫を伴った嚢胞性癌の2症例. 癌の臨床 20: 1065-1068 1974.
- 13) 石川梧朗監修: 口腔病理学Ⅱ. 改訂版, 永末書店, 京都, 1982, 403-405頁.
- 14) 新垣 晋: 口腔領域悪性腫瘍の頸部リンパ節転移に関する臨床病理学的研究. 日口外誌 25: 784-797 1979.
- 15) 本間義郎: 口腔癌の頸部リンパ節転移に関する研究. 日口外誌 28: 1667-1684 1982.
- 16) 小野敬一郎, 柳沢繁孝, 他: 嚢胞性癌の1例. 日口外誌 32: 1323-1327 1986.
- 17) 藤村昭子, 村上 泰, 他: 嚢胞性癌. JOHNS 2: 1125-1130 1986.
- 18) Lorenz, H.: Das brahciogen Carcinom. Beitr Klin Chir 85: 599-632 1913.
- 19) 清水正嗣, 塩入重彰, 他: 8年後に甲状腺原発の見出された上頸部転移性腺系悪性腫瘍の1例. 日口外誌 29: 950-956 1983.