頸部郭清術における耳下腺切除

根治的頸部郭清術における耳下腺切除の検討

土田 幸英* 福田 修* 池田 重雄**
清原 祥夫** 鈴木 正** 佐々木 亮**

Summary

皮膚悪性腫瘍において、原発巣が前頭部、側頭部、耳介、頬部や外眼角部であるとき、頸部リンパ節と耳下腺リンパ節を所属リンパ節の同一群として取扱うべきである。従って、頸部リンパ節転移には根治的頸部郭清術と同時に耳下腺合併切除を行う。なお、術中 frozen section により耳下腺深葉リンパ節転移が診断された症例は耳下腺全摘の適応である。予防的頸部郭清術においても耳下腺浅葉切除を施行すべきである。

はじめに

頭皮および顔面皮膚悪性腫瘍において、所属リンパ節転移で根治的頸部郭清術が必要になる症例は稀である。原発巣が耳介とその周囲、前頭部、側頭部、頬部や外眼角部であるとき、耳下腺リンパ節へ転移する傾向がみられる^{1)~5)}。耳下腺リンパ節転移症例の5年生存率はおよそ10~15%と極めて不良である¹⁾⁶⁾。従って、それらの部位で頸部リンパ節転移で根治的頸部郭清を行う際、耳下腺の取扱いが問題になる。

過去3年間、著者らが頭皮、耳介および顔面皮膚悪性腫瘍の頸部リンパ節転移で根治的頸部郭清術を施行した際、耳下腺合併切除は5例である。症例数は少ないが、根治的頸部郭清術に

おける耳下腺合併切除の意義に関して検討したので報告する。

リンパ流

原発巣とリンパ節転移の関係にはほぼ一定した傾向が見られるので、原発巣からのリンパ流と所属リンパ節の関係が問題となる。前額部、側頭部、眼瞼外側部、頬部、耳介および耳前部のリンパ流は耳前リンパ節へ、さらに耳下腺リンパ節を通して上深頸部リンパ節へ流れる。また、耳後部のリンパ流は耳介後リンパ節と乳突部リンパ節を通り、上深頸部リンパ節へと流れる⁷⁾⁸⁾。ここで問題になるのは、一旦、上深頸部リンパ節転移が生じるとリンパ流に変化が見られて、逆行性に耳下腺リンパ節へ転移することである¹⁾⁹⁾。従って、原発巣が耳介とその周囲、前額部、側頭部や頬部に位置する症例において、耳下腺リンパ節と頸部リンパ節を同一群として取扱ったほうがよいと著者らは考えている。

* Yukihide TSUCHIDA, Osamu FUKUDA: 埼玉医科大学形成外科 学教室

** Shigeo IKEDA, Yosio KIYOHARA, Tadashi SUZUKI, Akira SASAKI: 埼玉医科大学皮膚科学教室

症 例

過去2年間、著者らが、側頭部、耳介とその周囲における皮膚悪性腫瘍で根治的頸部郭清術の際、耳下腺合併切除した症例は5例である。代表的な症例を供覧し、耳下腺合併切除について検討したいと考える。

症例1：63歳、女、側頭部 eccrine duct carcinoma, T₃N₁M₀ (図1)。

全身麻酔下に腫瘍から1 cm 離して切除し、欠損部に分層植皮を施行し、同時に、耳後部のリンパ節を生検したところ、リンパ節転移が診断された。2週間後に根治的頸部郭清と耳下腺合併切除を行った。

ここで、著者らがやっている根治的頸部郭清術と耳下腺合併切除の術式について簡単に紹介する⁹⁾¹⁰⁾。なお、術中に凍結切片 frozen section でリンパ節転移の有無を診断できるようにしておくことが大切である。皮膚切開は、図2に示すようにY字型であり、さらに、耳下腺を切除するため、耳前部に皮膚切開を延長している。この症例では耳前部リンパ節に転移が見られた。

まず始めに、根治的頸部郭清を施行する。その範囲は、上端で顎下腺から始まり、下端は鎖骨上窩までとなる。また、側方は僧帽筋外縁であり、これと頸部正中に囲まれた範囲が郭清の対象となる。温存するものは頸動脈、迷走神経、交感神経、横隔膜神経、上腕神経叢、胸管および舌下神経である。次いで、乳様突起部で胸鎖乳突筋を切断する際、顎二腹筋後腹と茎突舌骨筋も同時に付着部で切除する。これによって、耳下腺から鼓室乳様突起裂に走行する少し硬い結合組織がみえる。これを注意深く、少しずつ切断していくと後頭動脈分枝が見えるので、これを結紮切断する。すぐその下に白色で直径2～3 mm の顔面神経根幹が露出するので、顔面神経を損傷しないようにして、耳下腺浅葉を切除している(図3)。その際、耳下腺深葉を触診

図1．症例1 汗管癌の原発巣

図2．皮膚切開

図3．根治的頸部郭清術と耳下腺合併切除

して転移が疑われたとき frozen section を施行し、リンパ節転移が診断された症例は顔面神経を含めた耳下腺全摘術の適応としている。

術後、顔面神経の麻痺は見られない(図4)。この症例では、耳下腺内リンパ節2個と上深頸部リンパ節1個に転移が見られ、図5は耳下腺リンパ節への転移を示す。11ヵ月目で頸部リンパ節転移のコントロール不能と遠隔転移で死亡した。

図4. 術後顔面神経麻痺はない

図5. 耳下腺転移を示す

図6. 症例2 悪性黒色腫の原発巣

図7. 術後40ヵ月

症例2： 39歳，男，耳介後部悪性黒色腫(結節型，pT₄N₀M₀) (図6)。

術前に化学療法 DAV 1 クールを施行した。全身麻酔下で外耳道と耳介を含めて広範囲切除して、欠損部に分層植皮し、さらに、耳下腺浅葉切除と予防的頸部郭清術を施行した。この症例ではリンパ節転移は見られなかった。術後40ヵ月目であるが、局所再発や遠隔転移はない(図7)。

結 果

根治的頸部郭清術と耳下腺合併切除した5例において、原発巣は側頭部2例、耳介とその周囲3例であった。原発巣の病理組織学的診断は有棘細胞癌3例、悪性黒色腫2例であった。根治的頸部郭清術を施行した症例は4例、そのうち2例は耳下腺浅葉切除術、残りの2例は顔面神経を含めた耳下腺全摘術である。予防的頸部郭清術と耳下腺浅葉切除は1例であった。なお、顔面神経を温存した3例に術後顔面神経麻痺は見られなかった。

所属リンパ節転移で根治的頸部郭清術を施行した4例に頸部リンパ節転移と耳下腺リンパ節

転移が病理組織学的に診断された。しかし、予防的頸部郭清術の1例には所属リンパ節転移が認められなかった。術後11月で遠隔転移により死亡した1例を除いた4例において、経過観察期間は最低36ヵ月、最高42ヵ月、平均38ヵ月であるが、いまのところ遠隔転移や局所再発もなく、全例が生存している。

考 察

リンパ節郭清術は所属リンパ節と周囲組織を *en bloc* に切除する術式である。一般に、初診時、すでに所属リンパ節転移が認められる症例は、原発巣広範囲切除と同時に根治的リンパ節郭清が行われる。予防的リンパ節郭清術の適応として、①原発巣の病理組織学的診断が未分化型、②局所再発例、③悪性黒色腫において Clark レベル pT3b (3 mm) 以上、および既治療例が挙げられる¹¹⁾。

リンパ節転移の特徴は硬くて、大きさに左右差がみられ、多くは圧痛を伴わない事である。その際、炎症性リンパ節を鑑別しなければならない。頭皮および顔面が原発巣であるとき、耳下腺リンパ節転移を臨床的に診断するのが難しい。原則として、耳下腺腫脹が認められる症例はリンパ節転移として取扱った方が良いようである。

耳下腺リンパ節転移をきたした原発巣部位を文献的に検討してみると、耳介、耳前部、頬部、眼瞼、前頭部、側頭部がほとんどである^{1)~5)}。自験例も同様な傾向が見られ、耳下腺リンパ節転移4例の原発巣は側頭部3例、耳介1例であった。耳下腺リンパ節転移の発生頻度に関して、Ridenhour & Spratt³⁾は頭頸部領域の皮膚有棘細胞癌2,802例中、耳下腺リンパ節転移は43例(1.53%)と低く、初診時すでに耳下腺リンパ節転移は8例であった。原発巣治療後1年以内に耳下腺リンパ節転移を示したのが62.8%と高率であったと記載している。自験例では初診時耳下腺リンパ節転移が見られたのは3例であり、

また、初回治療後6ヵ月以内に耳下腺リンパ節転移1例が見られた。

Conley & Arena¹¹⁾は耳下腺リンパ節を耳下腺内リンパ節と耳下腺旁リンパ節に区別して取扱い、耳下腺転移81症例の分析から転移部位は耳下腺旁リンパ節に40.7%、耳下腺内リンパ節に35.8%、耳下腺実質に23.5%であったと報告している。さらに、組織型別による特徴として、悪性黒色腫は耳下腺旁リンパ節に、有棘細胞癌は耳下腺内リンパ節に転移する傾向がみられた。彼らは治療法として広範囲切除、耳下腺切除および頸部郭清を施行したが、5年生存率は12.5%と極めて不良であった。その他の論文は、耳下腺リンパ節転移例が少なく症例報告程度であり、従って、5年生存率まで言及していない。いずれにしても、顔面および頭皮皮膚悪性腫瘍で耳下腺リンパ節へ転移する事は稀であるが、耳下腺リンパ節転移症例の予後は極めて不良であることを念願におく必要がある。

耳下腺内リンパ節の部位と分布に関して、McKean らは死体解剖で耳下腺20例を検索して、全てのリンパ節は顔面神経より浅い部位、すなわち耳下腺浅葉内に限局していたと報告している。従って、耳下腺リンパ節転移の外科的処置として顔面神経を温存した耳下腺浅葉切除で十分であるとしている¹²⁾。Storm ら⁴⁾によると21例(悪性黒色腫19例、低分化型有棘細胞癌2例)において、初回治療時に局所広範囲切除と根治的頸部郭清術だけを施行した5例は1年以内に耳下腺リンパ節転移が生じた。さらに、頸部リンパ節転移例は全て耳下腺リンパ節へ転移していた。従って、初回治療時に広範囲切除、耳下腺浅葉切除および根治的頸部郭清術を施行すべきであると強調している。

著者らも、耳下腺リンパ節転移や頸部リンパ節転移例の外科的治療方針として、根治的頸部郭清術と同時に耳下腺浅葉切除を施行する事には賛成である。その際、術中 frozen section により耳下腺深葉リンパ節転移が診断された症例は耳下腺全摘術の適応としている。なお、予防

的頸部郭清術においても、必ず耳下腺浅葉切除をすべきであると考えている。

ま と め

頭皮、耳介および顔面皮膚悪性腫瘍において、根治的または予防的頸部郭清術と同時に耳下腺合併切除した症例は5例である。これらの臨床経験から、著者らの治療方針は下記のごとくである。

1) 頸部リンパ節転移例は耳下腺リンパ節にも必ず転移していたので、耳下腺リンパ節と頸部リンパ節を所属リンパ節の同一群として取扱う。

2) 耳下腺腫脹症例はリンパ節転移を疑う。

3) 頸部リンパ節転移症例には、根治的頸部郭清術と耳下腺合併切除術を積極的に施行する。また、予防的頸部郭清術の際にも耳下腺浅葉切除術を施行する。

4) 術中 frozen section により耳下腺深葉リンパ節転移が診断された症例は耳下腺全摘術の適応としている。

文 献

1) Conley, J. and Arena, S.: Parotid gland as a

focus of metastasis. Arch. Surg., 87: 754-764, 1963.

- 2) Oropenza, R.: Melanoma of special sites. In Andrade, R., Gumpert, S. L., Popkin, G. L., and Rees, T. D. Eds, Cancer of the Skin, pp 974-1018, W. B. Saunders, Philadelphia, 1976.
- 3) Ridenhour, C. E., Spratt, J. S.: Epidermal carcinoma of the skin involving the parotid gland. Am. J. Surg., 112: 504-507, 1966.
- 4) Storm, F. K., Eilber, F. R., Sparks, F. C., Morton, D. L.: A prospective study of parotid metastases from head and neck. Am. J. Surg., 134: 115-119, 1977.
- 5) 土田幸英, 福田修, 池田重雄ほか: 顔面および頭皮悪性腫瘍における根治的頸部郭清術と耳下腺合併切除. 日形会誌, 1990 (投稿中)
- 6) Batsakis, J. G.: Tumors of the head and neck-clinical and pathological considerations. pp 1-37, Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1974.
- 7) Ackerman, L. V., Regatta, J. A.: Cancer, diagnosis, treatment, and prognosis. fourth edition. pp 120-162, Mosby, Boston, 1970.
- 8) Pernkopf, E.: 臨床応用局所解剖. pp 247-249, 医学書院, 東京, 1971.
- 9) Freund, H. R.: Principles of Head and Neck Surgery, second edition. pp 92-137, Appleton Century Crofts, New York, 1979.
- 10) Lore, Jr J. M.: An Atlas of Head and Neck Surgery, second edition. pp 539-594, W. B. Saunders, Philadelphia, 1973.
- 11) 土田幸英, 池田重雄, 松林薫美: リンパ節郭清. Skin Cancer, 5: 298-304, 1990.
- 12) McKean, M. E., Lee, K. and McGregor, I. A.: The distribution of lymph nodes in and around the parotid gland: an anatomical study. Brit. J. Plast. Surg., 38: 1-5, 1985.