

臨床病理検討会レポート

[第23回] 上顎癌
転移性上顎癌

日時：2002年4月16日

新潟大学歯学総合研究科
顎顔面口腔病理学分野
五十嵐輝江
顎顔面放射線学分野
田中 礼
組織再建口腔外科学分野
島村拓也
歯学部附属病院病理検査室
鈴木 誠

症 例 提 示

患者：54才，男性。

初診：2001年8月30日。

主訴：歯がぐらぐらする。

既往歴：1978年，胃潰瘍のため胃の2/3を切除された。2001年6月，食道癌と診断され，食道摘出術を受けた。

現病歴：2001年7月下旬より上顎前歯の動揺を自覚した。その後8月中旬になって同部歯肉に違和感を生じたため，入院中の新潟大学医学部附属病院外科より組織再建口腔外科を紹介され，来院した。

初診時現症：

全身所見：身長164.5cm，体重64kg。腸瘻で栄養を補給されていた。

口腔外所見：顔貌は左右対称で，顎下リンパ節は左に小豆大2個，右に大豆大1個および小豆大1個（いずれも可動性）が認められた。

口腔内所見：①から③相当部の口蓋側歯肉に20×14mmの堤防状の隆起をともなった肉芽様の潰瘍が認められた（図1）。表面は凹凸不整で，易出血性はなかった。同部唇側はびまん



図 1

性の腫脹を呈し，①，②の動揺度は3であった。

検査所見：特記事項なし。

臨床診断：上顎腫瘍（T2N1M0）

処置および経過：画像等による全身検索により転移所見は認められなかったため，根治的治療を予定した。9月17日からCBDCA，5-FU，BLMによる術前化学療法を1クール施行したが，効果は認められなかった。10月16日，上顎骨部分切除，右側頸部郭清術を施行した。術後の病理診断でリンパ節に転移所見が認められたため，タキソテル，CBDCA，5-FUによる化学療法を施行したが，下痢などの副作用が出現したため中止した。11月下旬になって右側下顎外側に腫瘍が認められ，穿刺吸引細胞診（FNAC）を施行したところ，扁平上皮癌が強く示唆された。腫瘍の増大傾向が強く，QOLを考慮し，頸部に対してライナックによる照射を開始したが，効果はほとんどなく，嚥下痛等も出現し，患者の希望もあったため27Gyで中止した。疼痛コントロールをおこなっていたが，2002年1月30日，呼吸不全のため死の転帰をとった。

（島村）

画 像 所 見

初診時（2001年8月30日）の単純X線写真では，ほぼ正中から③近心の歯槽骨に辺縁不整な骨透過性病変が認められた（図2，図3）。切歯管壁は不明瞭で，①および②は周囲歯槽骨が吸収され，正中離開および②，③間には歯根の離開がみられたが，いずれの歯根にも明らかな吸収は認められなかった。

2001年9月3日に撮影された初回の造影CTで，上顎前歯部に骨破壊をともない，唇舌的・上下的に膨隆，進展したmass lesionが認められた（図4-a，b）。病変は内部が筋と同程度に，辺縁が筋より強く不均一に造影され，辺縁不整に骨を吸収し，切歯管壁を吸収していたが，鼻腔底の破壊は認められなかった。頸部のリンパ節には明らかな転移は認められなかった。病変の原発部位が歯肉か否かは断定できなかった



図 2

が、臨床所見や既往を考え合わせ、転移性腫瘍である可能性は否定できないと考えられた。2001年9月25日と10月1日にそれぞれ骨シンチとGaシンチを施行したが、転移所見は認められず、頭部の単純X線写真でも頭蓋骨に病的なX線透過像はみられなかった。術前化学療法終了約2週後のCT（2001年10月11日）では、病変は初回よりさらに増大し、鼻腔底が破壊されていた。右側顎下リンパ節には明らかな転移陽性所見が認められた（図5）。

上顎部分切除術と右側頸部郭清術が施行され、約6週後に3回目の



図3

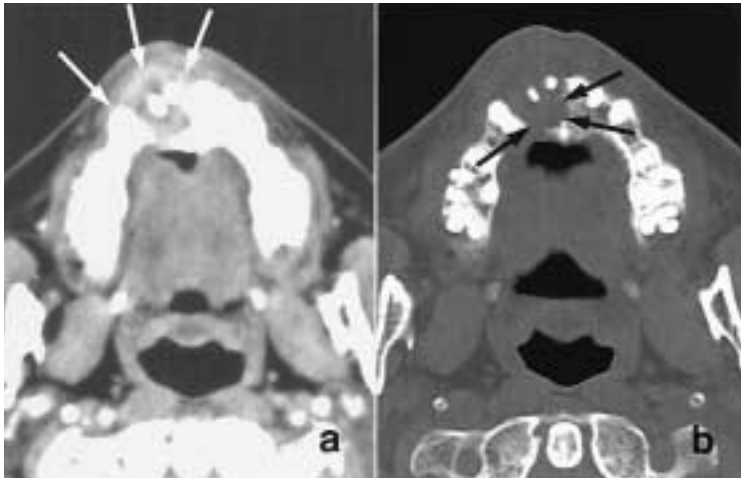


図4

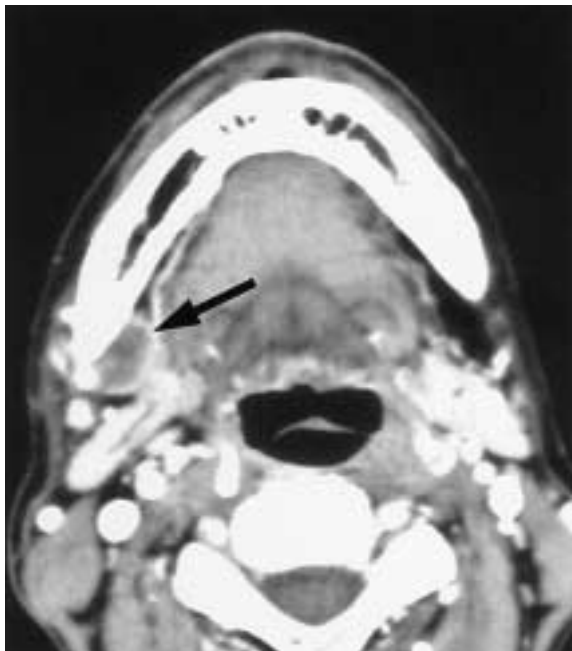


図5

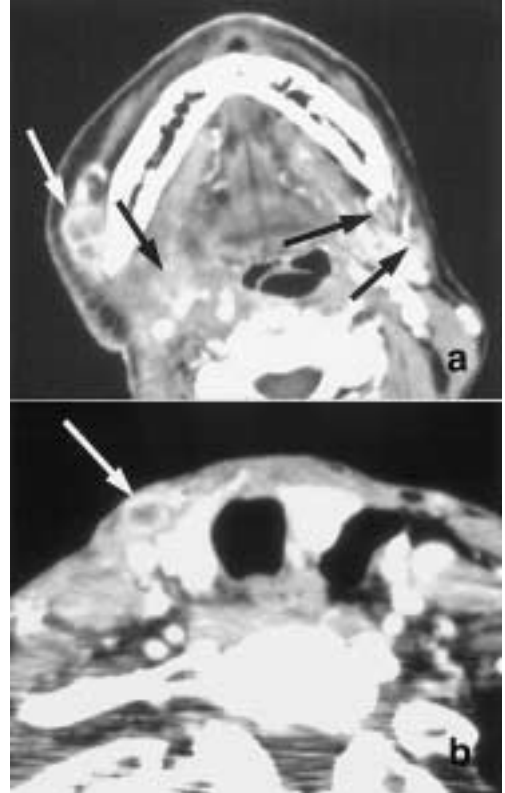


図6

CT撮影を行なった（2001年10月16日）。腫瘍切除部位には異常所見はみられなかったが、右側の下顎骨外側部、顎下部および下顎部には不均一に造影される辺縁不整なmass lesionが、また、左側では顎下リンパ節2個に転移陽性所見が認められた（図6-a, b）。

右側顎下部のmass lesionに対し、2001年12月4日にUSガイド下でFNACを施行し、病理診断で扁平上皮癌が示唆された。右側の下顎骨外側部および下顎部のmass lesionは、播種による腫瘍の再増殖の可能性が高いと思われた。これらの病変について2001年12月5日に胸部と腹部のCTが撮影されたが、胸部、腹部に転移所見は認められなかった。また、胸部X線写真で転移所見はみられなかった。（田中）

病理所見

食道癌所見

本学口腔外科受診2ヶ月前に食道癌のため、開胸食道全摘出術、残胃切除、食道再建術（有茎結腸法、後縦隔経路、空腸造瘻術）、リンパ節郭清術が施行された。癌は高分化型扁平上皮癌で、胸部中部食道に位置しており、大きさは40×54mm、表層では潰瘍を形成し、深部は食道外膜にまで浸潤しており、血管、リンパ管を含む侵襲も確認された（図7）。



図7

生検ならびに手術材料所見

初診時の上顎右側口蓋側歯肉の生検材料は、穿掘性潰瘍を伴う扁平上皮癌であった。上顎骨部分切除材料では、上顎骨内を中心とする高分化型扁平上皮癌の膨張性増殖がみられ、近遠心的には右側犬歯部から左側前歯部までおよんでいた（図8）。腫瘍と粘膜上皮との連続性は認められなかった。間質は狭少で線維性、リンパ球反応はわずかであった。浸潤先端では癌巣は小型化していた（図9）。切除断端には癌組織の残存はなかったが、頸部郭清術で摘出された右側頸下リンパ節と上内深頸リンパ節に節外浸潤をともなう転移巣が確認された。これらの生検、上顎骨切除物、リンパ節の組織像は食道癌のものと同様で、転移が示唆された。

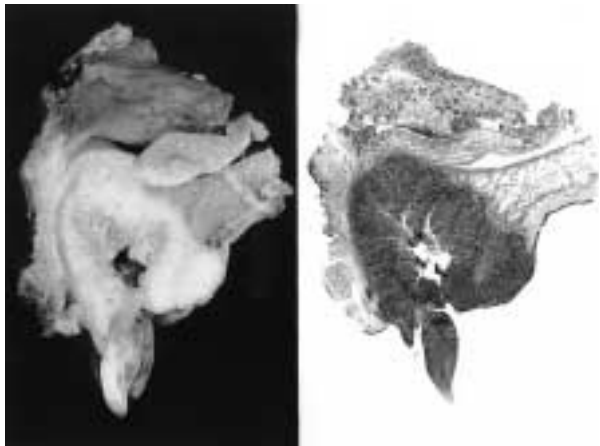


図8

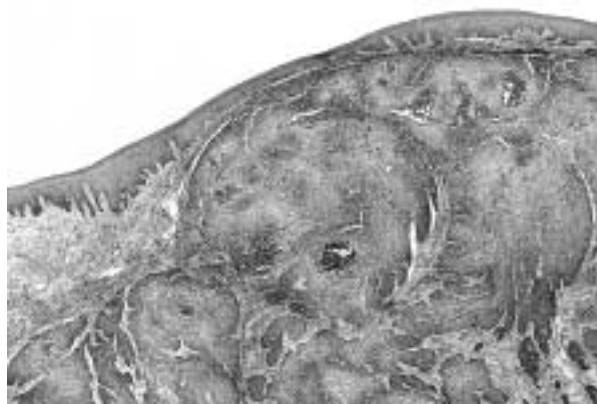


図9

剖検所見

剖検は死後3時間でおこなわれた。身長162cm、体重42kgとるいそう状態で、皮膚は中等度の黄疸を呈していた。術後の上顎部に腫瘍は認められなかった。右側頸部皮膚に表面灰白色から茶褐色をしめす広範な癌性潰瘍があり、上方は右側側頬部、耳下腺前方から下方は顎下、上胸部、後方は耳介後方におよんでいた。リンパ節転移は左側顎下、腋窩部、臍臓部、胆嚢部、肺門部の各リンパ節に認められた。右側頸部潰瘍から、癌は連続的に舌、咽頭、喉頭、甲状腺にまで浸潤しており、これに加えて両肺、心臓、肝臓、腎臓、脾臓、胸部皮膚に遠隔転移が確認できた。

主要臓器所見

心臓：重量350g。右心室、左心室の肥大により、心尖部が鈍円化していた。黄緑色、漿液性の心嚢水が70ml貯留していた。右心室前壁に癌の転移巣が認められた。心外膜および心筋内の冠状動脈枝の硬化と、左心室の心筋の癒痕巣が確認できた。

肺：左肺325g、右肺680g。胸水は左150ml、右130ml、淡黄緑色で軽度に混濁していた。気管および気管支に喀痰の貯留があった。肺の色調は暗褐色から淡褐色で、漿膜は広範に混濁していた。両肺とも小葉間、壁側胸膜、横隔膜との線維性癒着があり、右肺肺尖部に顕著であった。両肺でうっ血があ

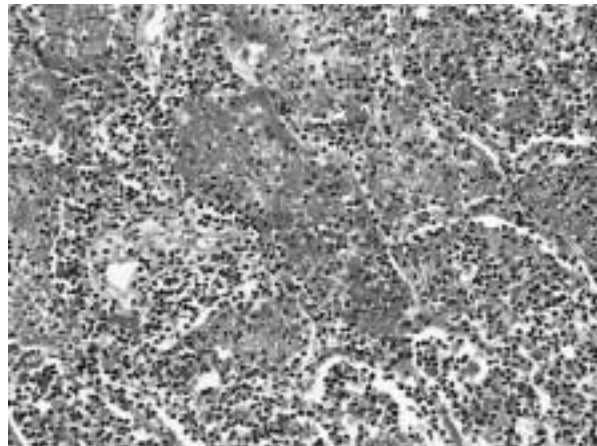


図10

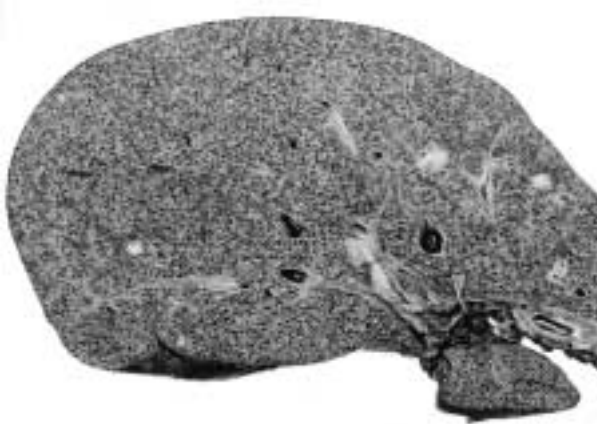


図11

り、また肺胞内に好中球を主とする炎症性細胞の浸潤が広範囲にみられ、一部ではフィブリンの析出を伴っており、気管支肺炎が遷延化した状態であった(図10)。肺への癌転移巣は少数で、いずれも小型であり、増殖性の高いものとはいえなかった。

肝臓：重量は970gで、肉眼的に緑褐色を呈し、表面および断面には小豆大から大豆大の白色結節が点在していた(図11)。組織学的には、白色結節は扁平上皮癌転移巣で、さらにグリソン鞘にそった細い浸潤もみられた。また、小葉中心性のうっ血が高度で、類洞の拡張により肝細胞索が萎縮、壊死におちいており、ビリルビンの停滞とリンパ球浸潤が認められた。(図12-a,b)

腎臓：左120g、右160g。左腎表面に多数の小陥凹が認められた。いずれも皮質、髄質の境界は明瞭であったが、皮質に小豆大までの転移結節が点在していた。皮質の小動脈硬化があり、これによる糸球体の硝子化と線維化が認められた。

脾、脾、副腎に軽度の萎縮が確認できた。食道再建術にともなう腸管の癒着、術後癒着が認められたが、吻合に問題はなかった。(五十嵐・鈴木)

ま と め

上顎両側にわたった癌は化学療法、外科療法で十分に制御されており、剖検時に上顎に癌の残存はなかったものの、右側頸部の再発巣から同部皮膚、舌、咽頭、気管への直達性浸

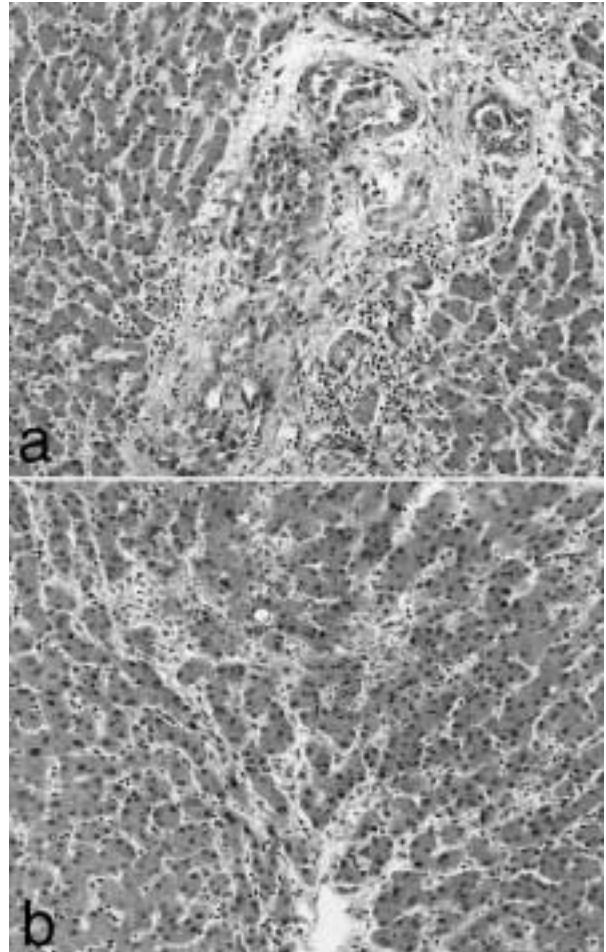


図12

潤増殖が確認された。さらに多臓器への血行性転移ならびに数カ所のリンパ行性の転移が認められた。すべての癌病巣を組織学的に検討した結果、上顎癌は食道に原発した扁平上皮癌の転移と判定された。他の転移巣については食道癌からか上顎癌からかを確定することは困難であったが、その進展範囲と臨床経過からは頸部再発巣からの拡大とみなすのが妥当であると思われた。癌の多臓器転移と低栄養状態にともなう悪液質が進行しており、さらに肺炎が広範囲にみとめられ、多量の喀痰による閉塞性換気障害と胸水貯留による圧迫性拡張不全が直接死因であると考えられた。(五十嵐・鈴木)