

臨床病理検討会レポート

〔第21回〕舌癌

長期にわたり再発をくりかえした口腔癌の1例

日時：2001年1月16日

新潟大学歯学部附属病院病理検査室
 新潟大学大学院医歯学総合研究科
 顎顔面口腔病理学分野
 鈴木 誠
 顎顔面放射線学分野
 益子 典子
 顎顔面口腔外科学分野
 藤田 一

症 例 提 示

患者：64歳，女性。

初診：1985年4月。

主訴：舌の白斑，腫瘍が気になる。

既往歴：1980年より慢性関節リウマチのため薬物治療，1981年より十二指腸潰瘍のため薬物治療を受けた。

現病歴：1983年頃，右舌縁部に白斑が生じたが，放置していた。徐々に増大したため，1985年，他大学附属病院口腔外科を経て新潟大学歯学部附属病院第二口腔外科を初診した。

初診時現症

口腔内所見：右舌縁部に10×7mm，左舌縁部に23×10mmのやや隆起した境界明瞭な弾性軟の腫瘍が認められたが，周囲に硬結は触れず，表面は滑沢であった。右側の腫瘍の後方に不整形の白斑がみられたが，硬結はなく，表面はやや粗造であった（図1）。上顎両側の中・側切歯，左側小白歯・大白歯，下顎右側小白歯・大白歯，左側第二大白歯が欠損し，上下顎に部分床義歯が装着されていたが，残存歯の衛生状態は不良であった。また，口腔乾燥症が認められた。

臨床診断：舌炎または扁平苔癬の疑い。



図 1

処置および経過：1985年11月および1989年3月の左右舌縁部の白色病変に対し，レーザー焼灼が行われた。これらは過形成上皮および疣贅性過形成であった。

1990年3月，右舌背前方部白色病変が切除され，疣贅癌と判定された。

1991年1月，右舌縁部の腫瘍が切除されたが，これも疣贅癌であった。

1992年2月，右口底部の白色病変の全摘生検を施行した。病理組織学的には疣贅癌であった。同年9月，ほぼ同部位に再び白色病変が認められ，舌部分切除術が行われた結果，疣贅癌であった。

1995年2月，左舌尖・舌縁部に白色病変がみられ，舌部分切除を行った。左舌尖部の病変は中等度異型上皮，左舌縁部のものは高分化型扁平上皮癌であった。

右舌尖・舌下部の白色病変にはレーザー焼灼を行った。

同年6月，超音波検査で左側上内深頸リンパ節に転移が疑われ，7月，左側上頸部郭清術を行い，左側上内深頸リンパ節1個，中内深頸リンパ節2個に節外浸潤を伴う転移が認められた。

1996年1月，右舌背部および左舌縁・舌下面の，また，1997年11月に舌背正中部の白色病変に対し，レーザー焼灼が行われた。右舌下・口底部の病変は全摘され，病理診断により異型上皮と診断された。

1999年5月，右下顎前歯部顎堤に表面顆粒状の白色病変が生じ，増大傾向を示したため，同年11月，同部下顎骨辺縁切除術が施行された。病理診断は高分化型扁平上皮癌であった。

2000年6月，左舌縁部に赤色病変が認められ，切除された。病理組織学的には高分化型扁平上皮癌であった。

2001年，左舌縁部に赤色顆粒状の病変が増大し，31×15mmの潰瘍性病変となった。1998年4月頃より出現した右舌背部の白色病変も徐々に増大して21×15mmの大きさとなった。2001年7月，両病変が切除され，左側は扁平上皮癌，右側は初期浸潤を伴う疣贅癌の性格の病変で，いずれも切除断端部に癌が残存した。現在，外来で1週間ごとの定期経過観察を行っている。（藤田）

画 像 所 見

臨床での白色病変や，病理所見で異型上皮と診断されたものは，画像撮影されていなかったり，画像上での指摘が不可能であったため，手術直前の画像で明らかにmass lesionとして指摘できた場合のみについて画像所見を述べる。

1991年1月の右舌縁部病変は疣贅癌であったが，その切除前の画像は1990年12月7日のCT（図2）で，舌表層からオトガイ舌筋のレベルの右舌縁に，頬舌径12mm，上下径20mmのmass lesionとして認められた。病変前方の舌尖部は1985年，1989年，1990年の3回にわたってレーザー焼灼や部分切除術が施行されており，造影前から正常舌より高濃度で，病変と同程度に造影されたため，病変の前方断端の特定は不可能であった。境界明瞭な部位では辺縁は整で，外舌筋を圧

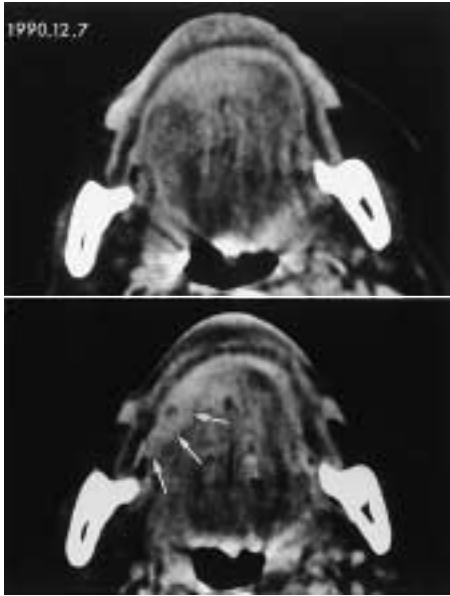


図 2

排していなかった。造影前は筋肉と同濃度（図2上）で、筋肉より強く、ほぼ均一に造影された（図2下、白矢印）。

1995年2月に切除された左舌縁・舌尖部の病理組織は高分化型扁平上皮癌であった。この直前の画像は1月23日のMRI（図3）で、舌表層からオトガイ舌筋のレベル

で左舌縁前方1/2から舌尖にかけて前後径25mm、頬舌径20mm、上下径20mmのmass lesionが認められた。境界やや不明瞭、辺縁不規則で、左オトガイ舌筋を右側へ圧排していた。T1強調画像（図3上）で筋肉とisointensityで、筋肉より強く不均一に造影された（図3中、白矢印）。T2強調画像では筋肉よりhigh intensityを呈した（図3下）。

1995年7月20日の左上頸部郭清術で病理診断上転移陽性であったものは、左上内深頸リンパ節1個（節外浸潤あり、図4上）と、左中内深頸リンパ節2個（うち1個は節外浸潤あり、図4中、下）であった。これらはいずれも直前の7月7日のCTで転移腫瘍による中心壊死を示唆するring enhancementを呈し、長径/短径比が1に近い類球形であった。

2001年7月25日に切除された左舌縁の病理組織は高分化型扁平上皮癌で、右舌背部は疣贅癌であった。直前の7月3日のCT（図5右）をその5ヶ月前の前のCT（2000年2月15日撮影、図5左）と比較すると、舌前方1/3の辺縁が両側とも舌尖を含んで最大1cmの幅をもって、筋肉より強く造影されるようになった（図5右下）。造影前は筋肉と同濃度であった（図5右上）。臨床で赤色病変が指摘され、扁平上皮癌と診断された左舌縁前方では、境界明瞭、辺縁整で正中に向かってやや膨隆し、辺縁が薄く強く、内部は中等度に造影され、大きさは前後径20mm、頬舌径10mm、上下径18mmのmass様の形態を呈するようになった（図5右下、黒矢印）。臨床で白色病変が指摘され、疣贅癌と診断された右舌背部は、造影前後で反対側と同様の所見であり、造影される軟組織は描出されなかつ

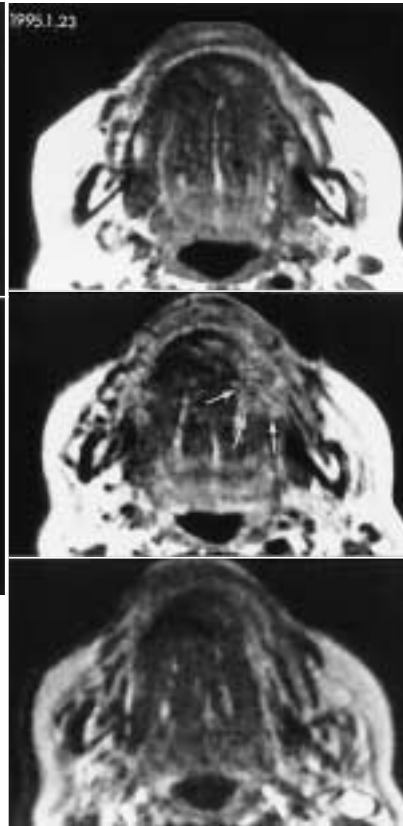


図 3

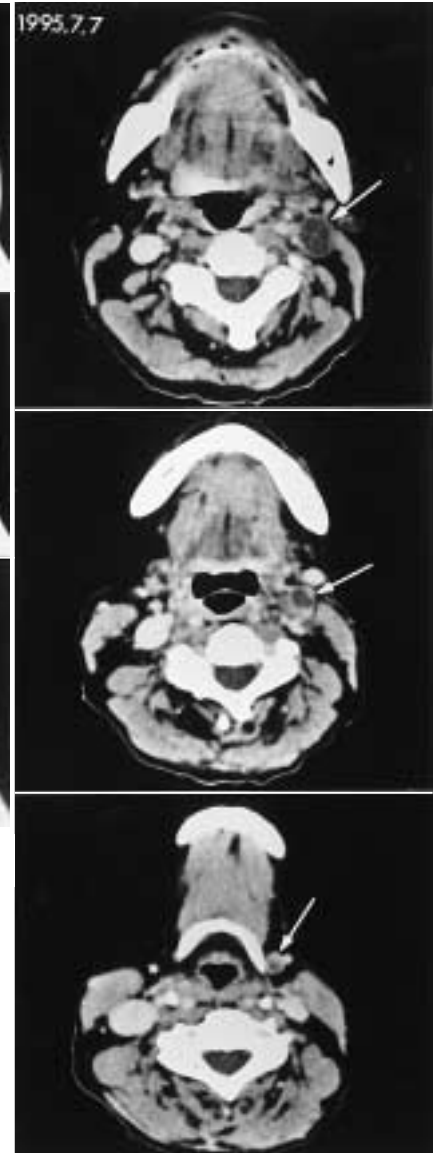


図 4

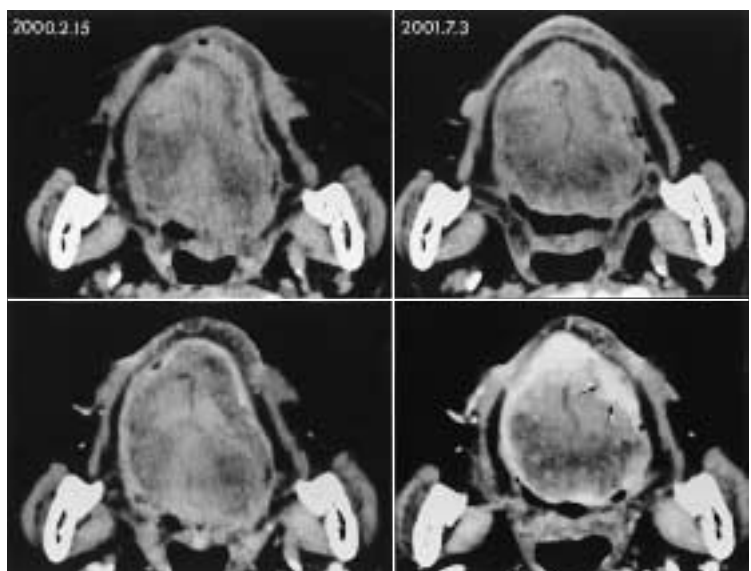


図 5

た。

その他、右下顎辺縁切除部や頸部リンパ節を含め、撮影範囲内に異常所見は認めなかった。
(益子)

病 理 所 見

1985年 舌尖部・右舌縁病変：初診時から認められた白色病変ないし乳頭腫状病変は粘膜上皮の棘細胞症による肥厚を特徴とし、過形成上皮，中等度までの異型上皮ないし疣贅性過形成の組織像を示した。細胞異型は比較的軽度であり，いずれも粘膜固有層以下への浸潤は認められなかった(図6)。

1989年 左右舌縁部病変：いずれも粘膜上皮の著しい肥厚を示し，疣贅性過形成の像を呈したが，上皮基底部の細胞の異型性は前回より明らかなで，中等度ないし高度の異型上皮と判断された。

1990年 舌背部病変：右舌背前部に前回と類似した外向性の上皮の増殖がみられた。棘細胞症による上皮の肥厚は前回より顕著であった。しかし，筋層への明らかな浸潤は認められず，疣贅癌の像であった(図7)。

1991年 右舌縁病変：粘膜上皮の著明な肥厚と基底層の細胞異型の亢進を示す疣贅癌であった。

1992年 右舌下面・口底部の白色病変は疣贅癌であった。

1995年 左舌縁病変：左舌縁の隆起性の病巣は高分化型扁平上皮癌で，舌の筋層に浸潤し，また，周囲に移行的に中等度の異型上皮を伴っていた(図8)。

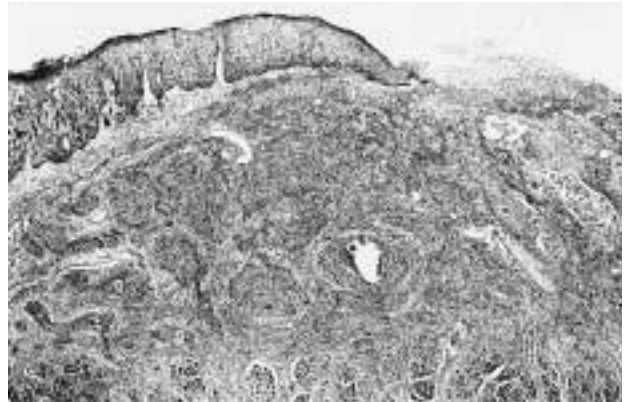


図 8

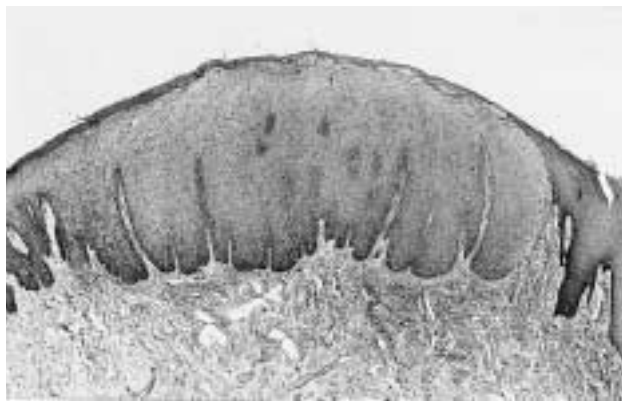


図 9

1995年 右舌縁病変：レーザー照射後に生じた白色病変は棘細胞症の明らかな疣贅性過形成と考えられる中等度の異型上皮であった。細胞異型は軽度であった(図9)。

1995年 頸部リンパ節転移：左鎖骨上および左上内深頸リンパ節に転移がみられた。いずれも中心壊死をきたして，嚢胞状を呈していた。

1996年 舌背前方・舌尖部病変：右舌背前方部の白色病変は棘細胞症と表層の錯角化を示す軽度の異型上皮であった。舌尖部の軽度に隆起した顆粒状病変は著明な棘細胞症と錯角化亢進を示し，明らかな浸潤はみられず，中等度異型上皮と判断されたが，疣贅癌に類似する変化であった(図10)。



図 6

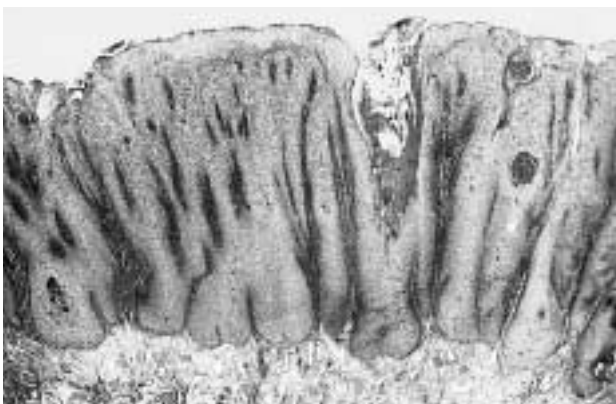


図 7



図10



図11

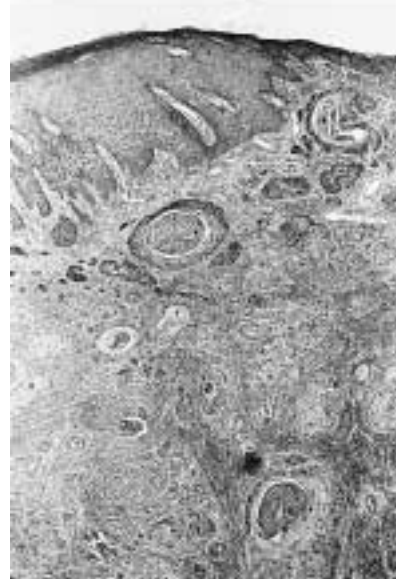


図13

1999年 右下顎前歯部歯槽堤病変：高分化型扁平上皮癌で、歯槽頂部粘膜から骨皮質への浸潤を示し、唇側では筋層に浸潤していた。骨髄への明らかな浸潤はなかった（図11）。

2000年 舌左側縁病変：高分化型扁平上皮癌で、筋層に浸潤していたが、約3mmまでの深さにとどまっていた（図12）。

2001年 左舌縁病変：左舌縁から舌下面の白斑部は断続的にひろがる異型上皮の一部から舌筋内に扁平上皮癌が浸潤し、粘膜表面から18mmの深さに達していた（図13）。

一方、右側の白斑は基本的には異型上皮に続く疣贅癌の像を呈したが、基底部にはわずかながら浸潤傾向を伴っており、扁平上皮癌の初期像と考えられた。

経過中の病変の分布は図14のとおりである。（鈴木）

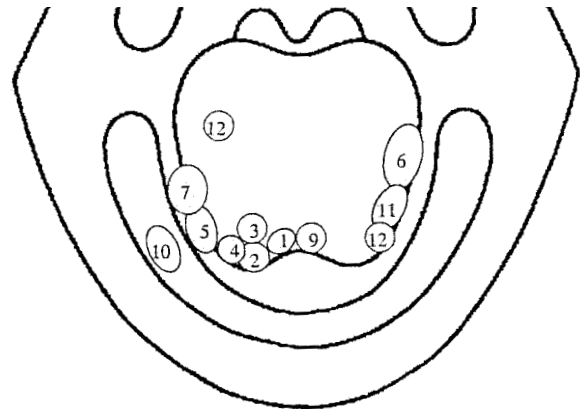


図14

ま と め

本例は舌を中心として16年の長期にわたり異型上皮および扁平上皮癌の発生をくり返した症例である。このような多発性口腔癌は一般の単発性の癌とやや異なる臨床病理所見を呈する。



図12

本院においては同時的または異時的に生じた多発性口腔癌は約30例認められており、近年増加している。また、このような症例は高齢の女性に多い。病理組織学的には異型上皮のひろがりのなかに部分的に癌化をきたすことが多い。本例では疣贅性過形成や疣贅癌としての増殖が先行して、その一部に浸潤癌の性格を示すようになったことから、従来の異型上皮の診断のなかに浅在性癌（superficial carcinoma）が含まれている可能性がある。

これらの癌は長期にわたり粘膜固有層内の限局性増殖ないし筋、骨への軽度の浸潤にとどまることが多いが、治療の機会を失すると一般の口腔癌と同様に浸潤癌としての増殖や転移を生じることがある。多発癌と一般の口腔粘膜癌との間に病因の差があるか否かは明らかでないが、本院の口腔粘膜の多発癌症例の検索の結果からは多発癌の局所的要因として義歯装着が関与している可能性がある。これらの癌と喫煙および飲酒との関係は明らかには認められていない。

口腔粘膜の癌は数ミリメートルまでの初期の浸潤段階でCTやMRIで発見することは困難であることが多い。今後、より精度の高い超音波的探索の併用等による口腔粘膜癌の早期浸潤の診断法の確立が期待される。（鈴木）