

臨床病理検討会レポート

〔第22回〕舌癌
舌癌と胃癌が重複した1例

日時：2002年4月16日

新潟大学医歯学総合研究科
顎顔面口腔病理学分野
丸山 智
顎顔面放射線学分野
林 孝文
口腔再建外科学分野
川上 美貴

症 例 提 示

患者：60歳，男性。

主 訴：開口障害。

既往歴：肺炎（35歳時）。摂食不良による低蛋白血症のため入院（1999年5月～7月）。

現病歴：2001年8月頃より左側顎関節部の疼痛と開口障害が出現したため、某大学病院口腔外科を受診したところ、精査を勧められたが、その後通院しなかった。10月下旬、発語が不明瞭になった。11月29日、勤務中に倒れ、埼玉県東松山医師会病院に入院し、その後新潟こばり病院内科へ転院した。開口量半横指で、左顎下部に強い圧痛を伴う硬い腫脹を触知し、CTで左舌根部～咽頭部の境界明瞭な腫瘍性病変が認められた。12月14日、口腔内より生検を行ったが、開口不良のため検体採取が困難で、確定診断は得られなかった。経口摂取も不可能となったため、確定診断と全身管理、加療のため紹介され、2002年1月7日、搬送により本学歯学部附属病院口腔再建外科を初診し、即日入院した。

入院時現症

全身所見：身長170cm。るいそう著明、意識はあったが、発語不明瞭であった。

口腔外所見：左側顎下部に硬い腫脹が認められた。

口腔内所見：開口障害が強く、口腔内を直視できなかった。

臨床検査：Hb 6.3g/dl, TP 4.0g/dl, Alb 1.7g/dl, BS 375mg/dl, GOT 159IU/l, GPT 401IU/l。

臨床診断：左側咽頭部悪性腫瘍。

処置および経過：1月7日：タール便が認められ、医病第三内科を受診したが、開口制限のため内視鏡による精査ができず、濃厚赤血球輸血とH2 blocker投与を開始した。

1月8日：口腔内に出血があり、止血剤の静脈内投与によって止血した。悪性リンパ腫を疑い、第一内科を受診した。

1月9日：左側顎下部より針生検、穿刺吸引細胞診を施行した。37以上の熱発、CRP 12.9から誤嚥性肺炎の増悪または敗血症を考え、抗生剤をフルマリンからチエナムに変更した。

1月10日：腹部エコーと骨髄穿刺を施行した。腹部エコーで

は異常なく、血液検査からDICの可能性を指摘され、濃厚赤血球に加えて新鮮凍結血漿の輸血を開始した。

1月11日：全身状態が悪化し、永眠された。（川上）

画 像 所 見

新潟こばり病院において撮影された造影CT（2001年12月11日撮影・図1）では、舌根から左側の咽頭側壁・傍咽頭



図 1

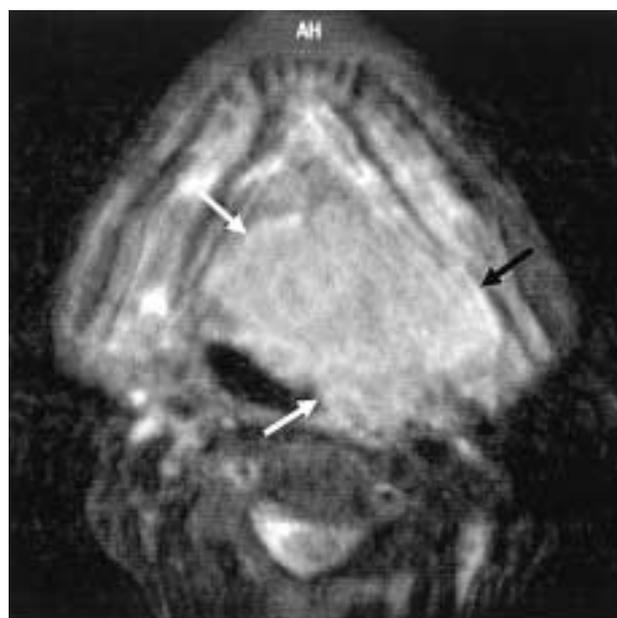


図 2

隙・顎下隙に著明に進展したmass lesionが認められた(矢印)。lesionは筋よりやや強く不均一に辺縁不鮮明に造影され、後縁は外頸動脈(矢頭)に接していた。所属リンパ節には明らかな転移陽性所見は認められなかった。同院において撮影されたMRI(2001年12月22日撮影)は、撮影時の安静が困難であったためT1強調画像と脂肪抑制T2強調画像のみしか撮影されていない。脂肪抑制T2強調画像(図2)では、体動によるアーティファクトが比較的顕著であったが、CTと同様の範囲に比較的高信号を呈するmass lesionが認められた。同院での2回目の造影CT(2002年1月5日撮影・図3)では、lesionのvolumeは若干減少した(矢印)が、下顎骨舌側

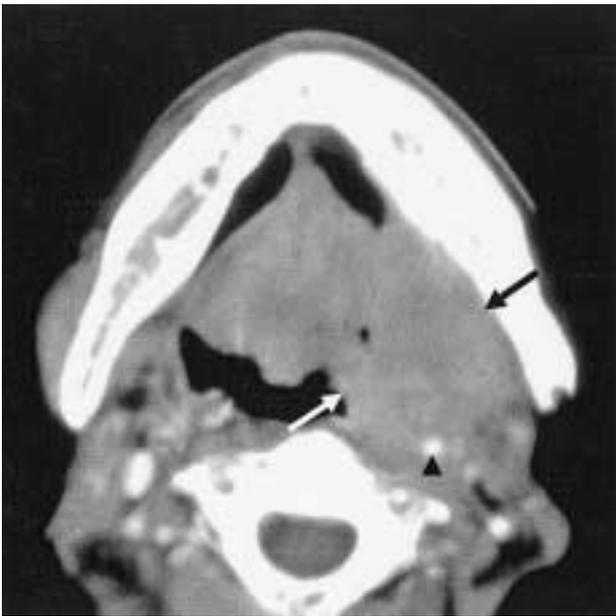


図3



図4



図5

皮質骨との境界が不明瞭化し、外頸動脈(矢印)を取り巻くように変化していた。骨表示では、lesionの接する舌側皮質骨に明らかな骨破壊が認められた。胸部X線写真は2001年12月10日より計4回撮影されており、いずれも明らかな転移巣を思わせる陰影は認められなかった。本院で撮影された4回目の胸部X線写真(2002年1月10日撮影・図4)では、右側の下肺野に気管支肺炎と思われる不透過性の亢進が認められた(矢印)。こばり病院で撮影された胸部単純CT(2001年12月14日撮影・図5)をretrospectiveに評価すると、肺には明らかな転移巣は認められなかったが、胃の小弯に沿って腫大リンパ節ないし拡張した血管を思わせる複雑な構造が認められた(矢印)。(林)

病理所見

生検所見

2001年12月14日、新潟こばり病院歯科での左側舌根部粘膜病変からの生検では、舌筋組織が肉芽組織化し、筋細胞間に好中球、マクロファージの浸潤のみられる筋炎の所見しかえられず、新生物の確定はできなかった。その後、2002年1月9日の左側顎下部腫瘍よりの穿刺細胞診では、N/C比が上昇し、クロマチンの濃縮した濃染核をもつ緑染性細胞が単離状、集塊状に塗沫されており、パパニコロウ・クラスIV、針生検では小型の扁平上皮癌胞巣が壊死組織中にみとめられ、扁平上皮癌と診断された。

剖検所見

剖検は死後8時間で行われた。身長170cm、体重42kgで、全身的にるいそうが著明であり、また腹壁脂肪が0.5cmと薄く、低栄養状態であった。口腔内では、左側舌根部を中心とした高分化型扁平上皮癌の浸潤増殖がみとめられた。舌根部を中

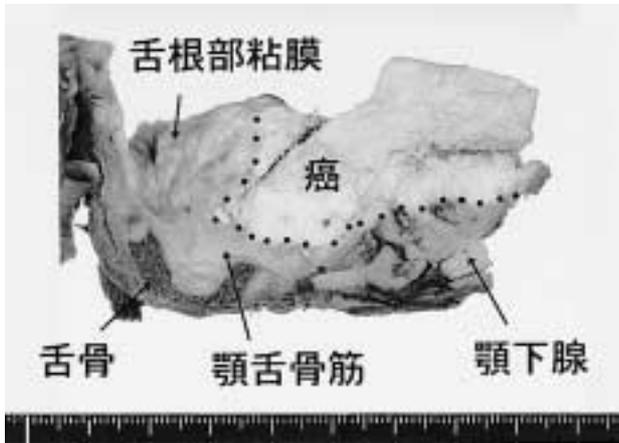


図6 舌癌 顎下腺および周囲組織への浸潤 マクロ像

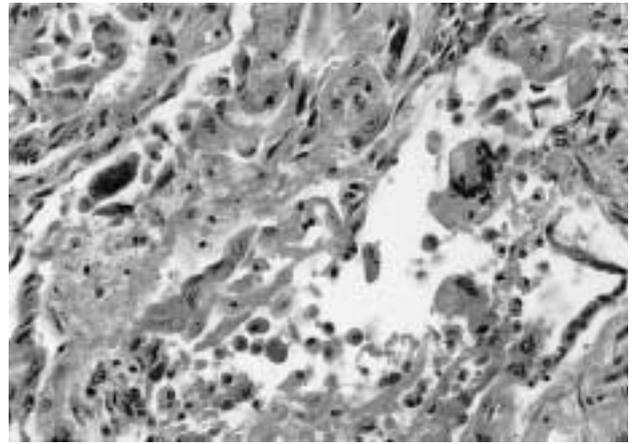


図8 誤嚥性気管支肺炎 HE染色

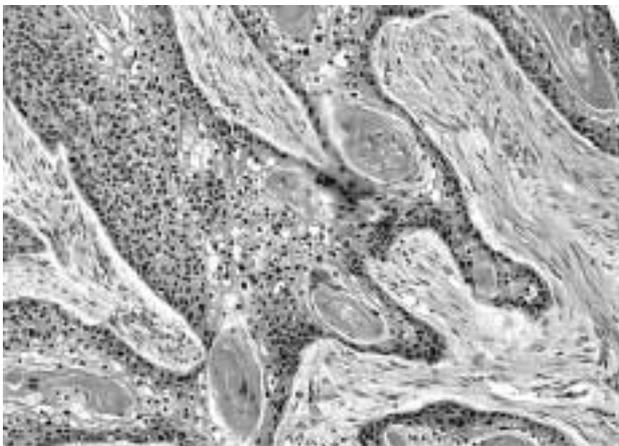


図7 舌癌 高分化型扁平上皮癌 HE染色

心として、外側へは左側舌縁から口底、頬粘膜へ、内側へは舌正中を越えて右側舌粘膜下を広範囲に進展していた。下方では下顎骨内面との癒着がみられ、顎下腺上方も腫瘍におきかわっており、上方へは軟口蓋、喉頭上縁まで、前方へは舌尖側へ、後方では喉頭蓋レベルの咽頭側壁への浸潤がみられた（図6）。腫瘍は高度に線維性間質を誘導し、癌胞巣は大小さまざまな大きさを呈して、形態もシート状から円形、索状の増殖をしめすなどさまざまであった。また中心壊死、角化真珠の形成が多数みとめられた（図7）。以上の所見から左側舌根部の粘膜から発生した高分化型扁平上皮癌と診断された。所属リンパ節、遠隔臓器への転移はみとめられなかった。

主要臓器所見

心臓：重量280gで、心嚢水は黄緑色、透明で50ml貯留がみられたが、心臓と心嚢との癒着はみとめられなかった。左心室は壁厚13mmで、あきらかな肥大はみられなかった。組織学的には、心筋細胞の一部に線維化がみられ、大小の心筋梗塞巣がみとめられた。また、心外膜にフィブリン沈着がみられ、滲出性心外膜炎と診断された。

肺：左肺360g、右肺765gと著明に重量が増加していた。胸腔内には、淡黄色、透明な胸水（左：50ml、右：10ml）

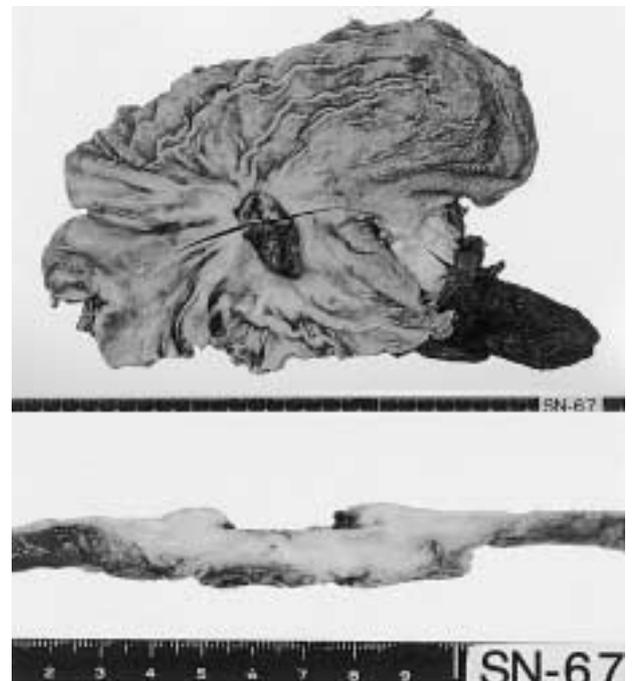


図9 胃（上）と潰瘍部の剖面マクロ像（下）

の貯留がみられたが、肺と壁側胸膜との癒着はみられなかった。両側肺にうっ血、水腫がみられ、特に左肺では下葉のうっ血、右肺下葉の水腫が顕著であった。両側上葉には気腫がみられた。また、肺胸腔内には硝子膜の形成、フィブリンの析出、および好中球を主体とする炎症性細胞の浸潤がみられた。また、肺胸腔内に異物や角化上皮細胞の混入と、それらに対する異物性多核巨細胞の反応がみられ、誤嚥性の機転も含めて気管支肺炎が遷延していた（図8）。

胃：開腹時、胃から小腸、大腸にかけて膨満がみられ、胃には600mlの血液が充満しており、下部消化管にもタール様内容物が貯留していた。胃底部に50x30mmの穿掘性の潰瘍があり、穿孔して脾臓と癒着していた（図9）。潰瘍周囲の粘膜筋板下に印環細胞癌のびまん性浸潤が認められた（図10）。また、潰瘍底部はすでに高度に線維化しており、脾臓癒着部にも印環細胞癌の浸潤がみとめられた。

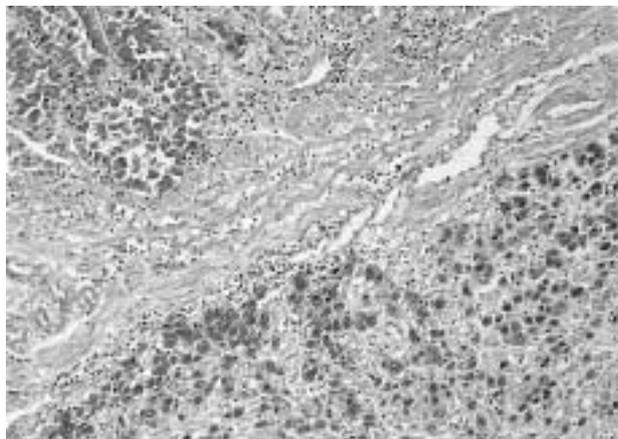


図10 胃 印環細胞癌 PAS染色

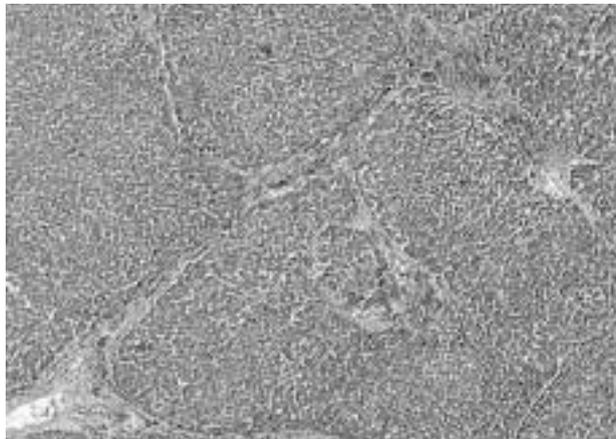


図11 肝臓 線維化 HE染色

肝臓：重量1210g，表面は赤褐色やや帯黄色で，うっ血がみられた。胆嚢は直径5cmに拡張していたが，圧迫試験により胆汁の流出はみられた。胆嚢内には胆汁が50ml貯留しており，黒褐色，粘稠性をしめしていた。肝には広範囲に線維化が進行して，肝細胞の脂肪化と明調化が軽度にとめられ，アルコール性の変化と解釈された（図11）。

脾臓：重量60gで，萎縮しており，濾胞構造の消失がみられた。

腎臓：重量は左側120g，右側140gで，表面は平滑から軽度顆粒状，淡褐色であり，貧血がみられた。断面で皮髄境界は明瞭であり，組織学的には細動脈の硬化，糸球体の硝子化がみとめられた。

甲状腺：重量は11g，嚢胞形成がみられた。

精巣：重量は右側7g，左7gで，高度の萎縮がみられた。

膀胱：膀胱炎のほかに，膀胱の粘膜上皮に異型性増殖がみとめられた。（丸山）

ま と め

左側舌根部を中心に発生した口腔粘膜高分化型扁平上皮癌は，上方へは左側軟口蓋部へ，下方へは口腔底部，左側顎下腺へ，さらに咽頭部にかけてと広範囲に浸潤増殖をしめした。腫瘍の遠隔臓器への転移の所見はみられなかった。同時に胃に直径5cmの大型の潰瘍形成をともなう印環細胞癌の浸潤増殖がみいだされ，大量の下血と貧血の原因が特定された。二重癌にともなう悪液質の状態で，全身的には高度な低栄養状態による低蛋白質血症が著明であり，それにともない左右肺では，特に両側下葉において高度のうっ血および浮腫がみられ，さらに口腔癌に起因する誤嚥性異物反応もかさなり，上・下葉に気管支肺炎が広がっており，徐々に心肺機能の低下をもたらしたと考えられた。（丸山）