

耳下腺粘表皮癌の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (指導: 青柳安誠教授)

恒川謙吾・篠原秀幸

(原稿受付 昭和33年10月30日)

A CASE OF MUCOEPIDERMOID CARCINOMA
OF THE PAROTID GLAND

by

KENGO TSUNEKAWA and HIDEYUKI SHINOHARA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

A case of mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland has been reported from clinical and pathological aspects, and a brief consideration upon the histopathology, clinical symptoms and treatment has been done.

The mucoepidermoid carcinoma is a little recognized malignant neoplasma of the salivary glands, and the tumor is now classified into three groups, i. e., low and high grade malignancy and intermediate form. Histologically, this tumor consists of three cell components, i. e., epidermoid, intermediate and mucus-secreting cells.

Our case is probably a intermediate grade tumor, because the composed predominant cells are epidermoide and intermediate types, and contrary the mucus-secreting cells are scarcely observed.

緒言

粘表皮癌 (Mucoepidermoid carcinoma) は1945年 Stewart, Foote 及び Becker により唾液腺腫瘍の1病型として独立分類されたものである。我々は最近その1例を経験したのでここに報告する。

症例

患者: 62才の女子
主訴: 右耳介前部の無痛性腫瘍
現病歴: 入院約8ヵ月前, 右耳介前部に示指頭大の腫瘍があるのに気附いたが, 特に苦痛を覚えないため放置していたところ, 腫瘍は漸次大きさを増し, それと共に右頬部に放散する鈍い神経痛様疼痛, 及び右顔面

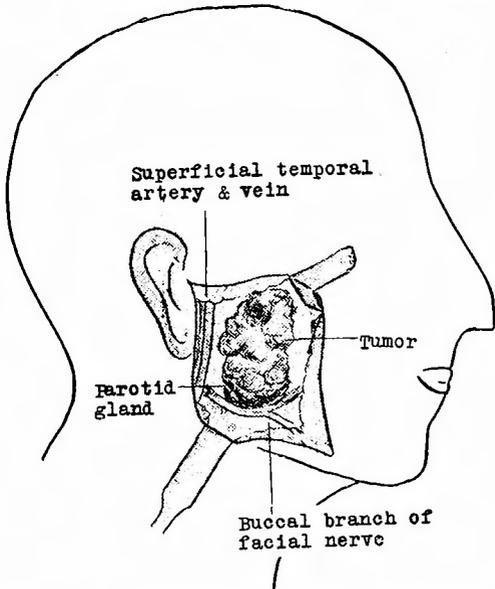
半分に軽度のシビレ感を来すようになった。最近では腫瘍は胡桃大となつている。言語障害, 唾液分泌増加或は, 血性唾液は認めないが, 右耳の難聴を訴えている。

既往歴: 13才及び36才の時右頸部リンパ節結核の診断で手術を受けた。

入院時所見: 体格, 栄養中等, 胸腹部及び四肢に異常を認めない。

局所所見: 右耳介前部に胡桃大の腫瘍を認め, 表面皮膚には異常を認めない。腫瘍は長楕円形, 表面一部凹凸不平, 一部平滑, 境界鮮明, 弾性硬 (所謂, 軟骨様硬度), 基底との癒着は強固で移動性は全くない。然し皮膚との癒着は証明されない。顔面神経麻痺は認められない。

手術所見：局所浸潤麻酔のもとに皮切を加え、皮下組織及び顔面筋を鈍性に剝離し腫瘤に達した。腫瘤は被膜を有せず、表面凹凸不平であつて周囲組織と強固に癒着し、一部に於いて顔面神経頰筋枝と癒着していた。之等の所見は一見、炎症性肉芽腫を疑わしめた。(第1図)



第1図 腫瘤は顔面神経頰筋枝の一部癒着している

摘出標本肉眼所見：大きさ2×1.5×1.5cm、表面は粗大凹凸、淡赤色、弾性硬、断面は実質性、均質、淡紅色を呈し、被膜は認められない。(第2図、第3図)

組織学的所見：多角形或は円柱状の細胞体の明るい

粘液分泌性細胞及び扁平上皮様の腫瘍細胞から構成された蜂窩状構造が認められる。(第4図、第5図)PAS染色では前者の胞体の明るい細胞中にPAS陽性物質が認められ、更に小腺腔中及び間質中にもPAS陽性粘液物質が証明された。(第6図)

診断：耳下腺粘表皮癌

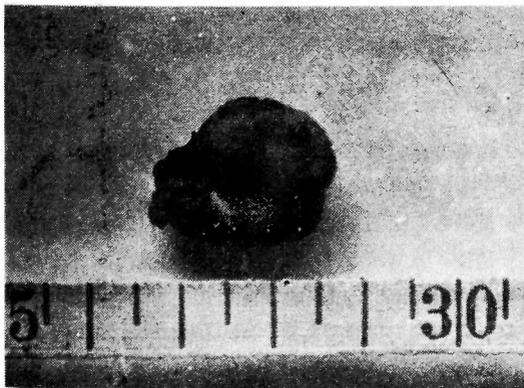
術後経過：術後右鼻唇溝消失、右口角下垂等の顔面神経麻痺症状を認めたが、此の麻痺を少し残したまま患者は術後3週に退院した。

考 按

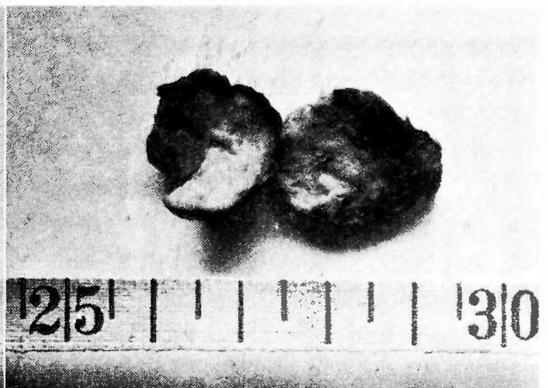
粘表皮癌 (Mucoepidermoid carcinoma) は "mixed epidermoid and mucus-secreting carcinoma" の略で、Foote, Stewart 及び Becker は最初 (1945) 臨床経過、特に此の腫瘍の転移及び予後の点から、良性と悪性の2型に分類したが、良性と報告されたものにもその後転移例を認めたので、最近 (1954) では本腫瘍はすべて悪性と考えられ、低悪性度、高悪性度及び其の中間型に分けられている。

発生頻度及び好発部位：Kirklin は909例の唾液腺腫瘍中約3%に本腫瘍を認め、Patey は80例の唾液腺腫瘍中4例を記載している。Foote 等は877例の大唾液腺腫瘍中低悪性度のもの51例、高悪性度のもの47例を報告している。好発部位としては90%以上が耳下腺に発生し、舌下腺及び小唾液腺には少ないと云う。

性別及び年齢：性別では、低悪性度腫瘍の2/3が女性にみられ、高悪性度のものは男女同率である。年齢的には前者は40才から50才代に多く、後者は主に50才以上の高年者に発生する。我々の症例は62才の女子であった。



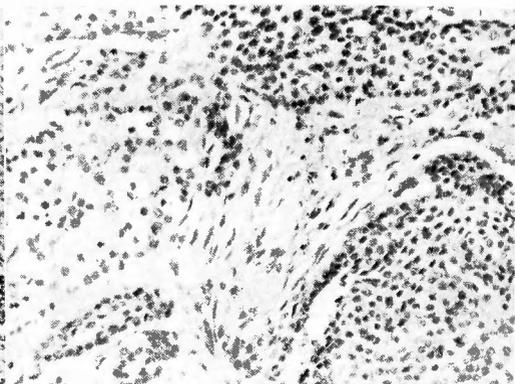
第2図 摘出標本



第3図 断面、実質性で均質、被膜は存在しない

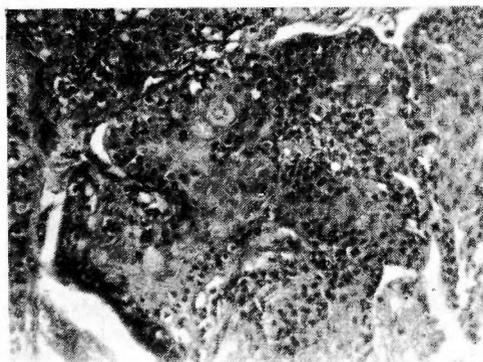


第4図 弱拡大



第5図 強拡大

扁平上皮癌を思わせる腫瘍細胞と多角形及び円柱状粘液細胞とを認める。



第6図 PAS 陽性細胞及び間質又は腺腔中のPAS 陽性物質

発生起源：正常の輸出管上皮中にも不規則に単細胞粘液腺が分布存在する点、或いは極めて初期の直径数ミクロンの粘表皮癌の組織像の観察に於て、腺房成分が関与しない点等から、腺房近接部の輸出管起源であろうと考えられている。

肉眼所見：低悪性度腫瘍の大きさは平均2~3cmで卵円形を呈するものが多い。周囲への浸潤傾向は少ないが完全な被膜を形成する事は稀である。時に囊腫状のものも認められる。高悪性度のは前者に較べて稍々大で、一般に周囲への浸潤が強く、被膜を形成する事は殆どない。多くの場合所属リンパ節転移を証明する。我々の症例では被膜形成はなく、周囲と強固に癒着していたが、所属リンパ節転移は認められなかった。

組織学的所見：粘表皮癌は表皮様細胞 (epidermoid cell)、粘液分泌細胞 (mucussecreting cell) 及び中間細胞 (intermediate cell) によつて構成される。此の

うち中間細胞とは唾液腺排出管上皮に類似した細胞で表皮様細胞及び粘液細胞のいづれにも移行し得る性質を有するものである。以上の3種類の細胞が種々の量的比率で存在するのであるが、悪性度の高いもの程粘液細胞成分が少なく、表皮様細胞が増加し、扁平上皮癌の形態をとつてくる。この腫瘍がリンパ行性に転移した場合、転移腫瘍に於いては粘液細胞は証明されず未分化癌或は扁平上皮癌の像を示めず、我々の症例は粘液細胞成分の少ない点から、高悪性度又は中間型のものと考えらるべきである。

更に、粘表皮癌は囊腫形成の傾向が強く、時に隣接間質中に粘液洩出が起り炎症性変化を認める事がある。

臨床症状：低悪性度粘表皮癌の初発症状は無痛性に経過する腫瘍であり、一般に顔面神経麻痺を伴わず、所属リンパ節への転移を認める事は稀である。高悪性度のもものでは疼痛が初発し顔面神経麻痺を高率に伴い、その他、流涙、牙関緊閉、言語障害、鼻出血等を来すことがある。大多数に於いて所属リンパ節或は遠隔部(骨髄、肺、脳、皮下組織等)への転移が認められる。

再発及び転移：一般に再発は高率で、低悪性度のもので、可成りの局所再発率が報告されている。高悪性度のは前述の如く転移の傾向が強い。

治療：腫瘍の完全摘出を行うのであるが、必要によつては健常部を含めて耳下腺全摘出を施行しなければならぬ場合も生じてくる。此の粘表皮癌は周囲への浸潤態度が混合腫瘍と単純癌との間に位するので、手術時、顔面神経或は耳下腺管等への癒着、浸潤を考慮し充分な注意を払わなければならない。我々の症例も顔

面神経頰筋杖と一部癒着していたが、之を保護して、完全摘出を行つたが、軽度の顔面神経麻痺を残してしまつた。

再発に対しては放射線治療も効ありとされている。この患者に対しても目下放射線照射を行つている。

結 論

62才女子の右耳下腺に発生した粘表皮癌の1例を経験したので、其の組織学的特徴、臨床症状、治療等に就て、2~3の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Anderson, W. A. D.: Pathology, 754, 1953.
- 2) Foote, F. W. & Franzell E. L.: Tumors of

- the major salivary glands, A. F. I. P., Section IV-Fascicle II, 79, 1954.
- 3) Kirklin, J.W. et al: Parotid Tumors, Surg. Gyn. & Obst., 92, 721, 1956.
- 4) 宮地徹: 臨床組織病理学, 208, 1956.
- 5) 太田邦夫: 唾液腺腫瘍について, 臨床病理, 3, 203, 1955.
- 6) Patey, D. H. & Thackray A.C.: The treatment of parotid tumors in the light of pathological study of parotidectomy material. Brit. J. Surg., 14, 476, 1958.
- 7) Stewart, F. W. et al: Mucoepidermoid Tumors of Salivary Glands, Ann. Surg., 122, 820, 1945.

僧帽弁交連切開後過高熱を来した1例

山口県立医科大学外科学教室第1講座 (松本 彰教授)

佐々木 和 昭・八 牧 力 雄

(原稿受付 昭和33年12月15日)

HYPERPYREXIA FOLLOWING MITRAL COMMISSUROTOMY REPORT OF A CASE

by

KAZUAKI SASAKI and RIKIO YAMAKI

From the 1st Surgical Division, Yamaguchi Medical School
(Prof. Dr. AKIRA MATSUMOTO)

Patient: H. K., a 45-year-old miner was admitted on May 29, 1956 with complaints such as palpitation, dyspnea and bloody sputum, sometimes accompanied by edema. These symptoms were not relieved by rest.

Physical examination revealed a well developed and well nourished individual without cyanosis. The puls rate was irregular at 48/minute. The blood pressure was 141/62 mm Hg. The thorax was well resonant with a precordial bulging. Cardiac dullness enlarged bilaterally. Auscultation revealed a diastolic rumbling murmur above the cardiac apex and marked accentuation of the second pulmonary sound. The liver was palpable. There was no abdominal tenderness. The extremities were free of edema. The tendon reflexes were equal and active.

At urinalysis protein and urobilinogen were positive. Slight hepatic disturbance was proved by means of bromsulphalein test. A chest x-ray film showed generalized cardiac enlargement. The electrocardiogram was interpreted as follows: i) right