

—症例から学ぶ—

頸部腫瘍のみを訴えた中咽頭癌症例

頸部腫瘍に対する初期対応を考える

横島 一彦^{1,2} 中溝 宗永^{1,2} 八木 聰明^{1,2}

¹日本医科大学大学院医学研究科頭頸部・感覺器科学

²日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

Oropharyngeal Cancer: Report of Two Patients Complaining of Only a Neck Mass

Kazuhiko Yokoshima^{1,2}, Munenaga Nakamizo^{1,2} and Toshiaki Yagi^{1,2}

¹Department of Head & Neck and Sensory Organ Science, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School

²Department of Otorhinolaryngology, Nippon Medical School

Abstract

A neck mass is one of the most common complaints. General physicians and general surgeons often examine patients complaining of a neck mass; however, they tend to ignore the possibility of metastasis of the head and neck cancer. We report on two patients with oropharyngeal cancer who complained of only a neck mass, and we show how to diagnose a neck mass effectively. Patient 1 was a 71-year-old woman with advanced oropharyngeal cancer who had complained of a neck mass for 6 months. Although primary oropharyngeal tumor can be diagnosed easily by examining the oropharynx, the mass was misdiagnosed. After a correct diagnosis was made, neck dissection was performed, and this was followed by chemoradiotherapy. Patient 2 was a 48-year-old man with advanced oropharyngeal cancer. The neck mass was thought to be caused by a malignancy, but no primary lesion was detected with computed tomography, magnetic resonance, or endoscopic examination of the esophagus. However, the correct diagnosis was made after the oropharynx was examined. This patient was then successfully treated with en-bloc resection. The most important point for general physicians when examining patients with a neck mass is to consider the possibility of metastasis of the head and neck cancers.

(日本医科大学医学会雑誌 2008; 4: 32-35)

Key words: neck mass, oropharyngeal cancer, neck metastasis, differential diagnosis, primary care

Correspondence to Kazuhiko Yokoshima, Department of Otorhinolaryngology, Nippon Medical School, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8602, Japan

E-mail: kyok@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

緒 言

日常臨床の場で、頸部腫瘍の診療を行う機会は多い。それは耳鼻咽喉科医に限ったものではなく、内科医や外科医でもしばしば遭遇する訴えであり、その初期対応について熟知しておくことは重要である。

頸部腫瘍は多種多様な疾患の初発症状になりえるため、それらの鑑別診断は決して容易ではない。しかし、それらの疾患の中での頻度を考えると、悪性腫瘍、特に頭頸部癌の頸部リンパ節転移の存在を常に、最も強く考慮しておく必要がある。診断が遅れることは、治療内容や予後に悪影響があるばかりでなく、患者や家族との信頼関係にも多大な影響がある。

そこで、頸部リンパ節転移である頸部腫瘍のみを訴えて受診した症例で、耳鼻咽喉科医でなくても比較的容易に診断できると思われる中咽頭癌の2症例を提示し、診断・治療のポイントを解説する。

症 例

症例 1

71歳女性

主訴：左頸部腫瘍

現病歴：約6カ月前から左頸部腫瘍を友人に指摘されるようになった。3カ月前に、30mm径の頸部腫瘍を訴え近医内科を受診したところ、頸部リンパ節炎と診断され、抗生素質を処方され、経過観察をされていた。しかし、その後腫瘍が急速に増大したため当科を受診した。ほかの症状は全くなかった。

既往歴、家族歴：特記事項なし。

喫煙歴、飲酒歴：なし。

現症：左上頸部に可動制限のある65mm×58mmの硬い腫瘍を認めた（図1）。自発痛、圧痛はなかった。一方、左口蓋扁桃は45mm径に腫脹しており、表面に壊死を伴った細顆粒状の腫瘍を容易に確認できた（図2）。同部の生検病理診断は高分化型扁平上皮癌であった。画像診断と合わせて中咽頭（口蓋扁桃）癌T3N3M0：Stage IVと診断した。

経過：CDDPと5Fuによる化学療法でPRが得られたため、頸部転移に対して頸部郭清術を施行した。また、術後14日目から原発巣に対してTS-1を併用した放射線治療（64Gy）を行った。現在まで2年間経過し、化学放射線治療による口腔乾燥症は認められるものの、再発所見はない。

症例 2

48歳男性

主訴：右頸部腫瘍

現病歴：約2カ月前に右上頸部腫瘍に気付き近医外科を受診した。悪性腫瘍の可能性を指摘され、頸部・胸部CT、上部消化管内視鏡検査を施行されたが原発巣は発見できなかったため、当科に精密検査目的に紹介された。咽頭症状はなかった。

既往歴、家族歴：特記事項なし。

喫煙歴：1日30本×30年

飲酒歴：なし。

現症：右上頸部に30mm径の硬い腫瘍を認めた（図3）。自発痛、圧痛はなく、可動性も良好であった。一方、右口蓋扁桃は軽度腫脹していた。潰瘍形成や壊死は認められなかったが、触診で25mm径の硬い腫瘍を触れ、圧痛があった。同部からの生検病理診断は中分化型扁平上皮癌であった。画像診断と合わせて中咽頭（口蓋扁桃）癌T2N2aM0：Stage IVと診断した。

経過：CDDPと5Fuによる化学療法でPRが得られたため、手術を行った。左頸部郭清術を行い、中咽頭側壁と一塊切除した。中咽頭の欠損は前腕皮弁で再建した。術後経過は良好で、術後21日目に退院した。放射線治療は行わなかった。軽度の術後構音障害を認めるものの、術後1年の現在まで再発所見はない（図4）。

2 症例の解説

中咽頭進行癌の治療成績は不良である。また、その中でも病期がより進行すると極端に治療成績が不良になる¹。つまり、頸部転移が生じている中咽頭癌であっても、早期診断には大きな意義がある。

頭頸部癌の初発症状が、転移リンパ節である頸部腫瘍であることは多い。咽頭痛、嗄声、構音障害や嚥下時の違和感などの咽喉頭症状の訴えがないと頭頸部癌の可能性を否定しがちであるが、今回供覧した2症例のような症例は決して少なくない。

頸部腫瘍が硬く、大きく、しかも上頸部に存在する場合には、頭頸部癌の転移を第一に考え、迅速に対応する必要がある。つまり、症例1では経過観察をせずに耳鼻咽喉頭の診察を行い、原発巣を探す必要があった。症例2では原発巣として頭頸部を第一に考えた検索を進めるべきであった。少なくともこの2症例では、口腔・中咽頭を診察するだけで、早期に疾患の全貌を明らかにすることはできたはずである。より早期に治療を開始することで、治癒率の向上や機能障害の

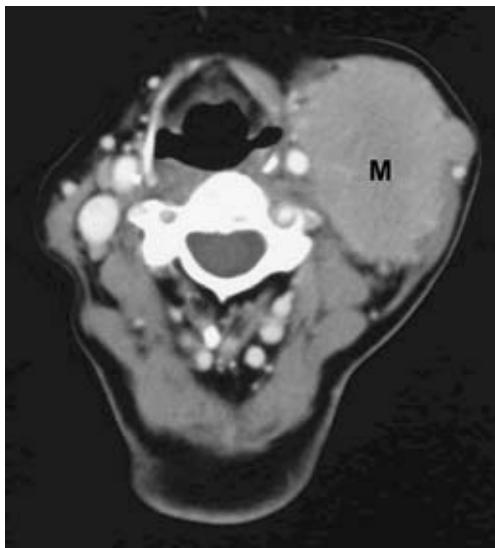


図1 症例1頸部CT所見

左上頸部には60mm径の腫瘍(M)を認めた。触診所見からも、明らかに悪性を疑う腫瘍であった。



図3 症例2頸部CT所見

右上頸部に触診上30mmの腫瘍(M)を認めた。硬さ、大きさ、形状から悪性腫瘍が示唆された。

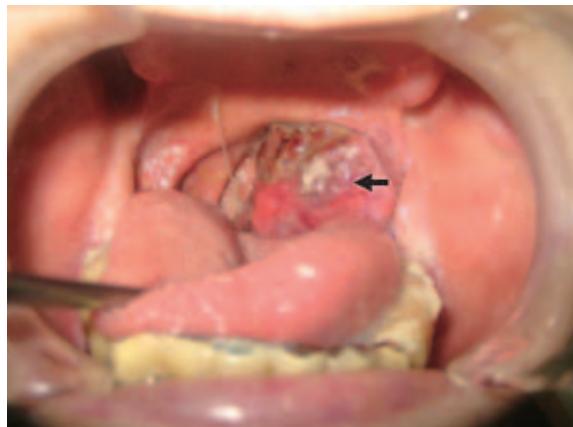


図2 症例1中咽頭所見

左口蓋扁桃に壊死を伴った腫瘍(矢印)を認めた。左頸部リンパ節転移の原発巣と考えられた。生検組織の病理診断は高分化型扁平上皮癌であった。

軽減を図れる可能性があり、より早期の診断確定が理想的であった。

頸部リンパ節転移の診断の進め方

頸部腫瘍の原因疾患の中で、悪性腫瘍は頻度、疾患の重大性、早期診断の重要性から大きな位置を占めている²。成人の頸部腫瘍の25%を占める炎症性疾患、5%の先天性疾患に比べ、腫瘍性疾患が非常に多く、その中でも悪性腫瘍の占める割合が高い³とされている。さらに重要なのは、その悪性腫瘍の多くが頭頸部癌の頸部リンパ節転移である³ということである。頸

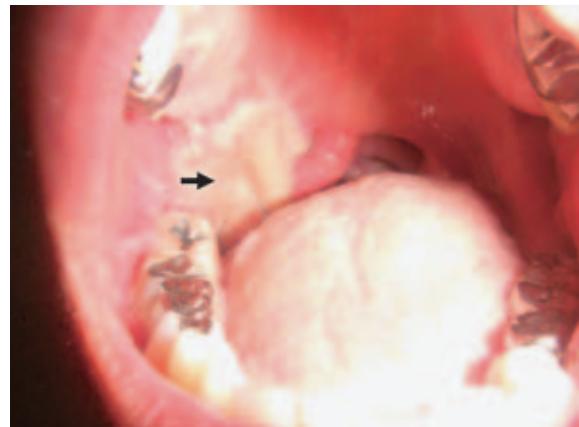


図4 症例2術後中咽頭所見

術後1年経過し、軽度の構音障害は続いているものの、再発の兆候はない。中咽頭右側壁は前腕皮弁で再建した(矢印)。

部腫瘍が触診上硬く、15mm径以上で、球形に近い形状で、しかも上・中頸部にある時には、頭頸部癌の頸部リンパ節転移を疑うべきである。つまり、頸部リンパ節転移の診断をすすめる出発点として最も重要なのは、悪性腫瘍の頸部リンパ節転移を常に念頭におくことであり、良性疾患を第一に考えていては、対応が遅くなってしまうことを銘記すべきである。

頸部リンパ節転移を考えた場合、腫瘍の存在する部位から原発部位の予測をすることも非常に重要である²。腫瘍が鎖骨上窩に存在する場合は胸部・腹部臓器からの転移の可能性も高いと思われるが、この2症例のように上頸部に存在する場合は、頭頸部、特に

表1 頸部腫瘍の主な原因

	良性疾患との鑑別
腫瘍性	頭頸部癌の頸部リンパ節転移 甲状腺腫瘍（良性/悪性） 悪性リンパ腫 大唾液腺腫瘍（良性/悪性） 胸腹部臓器からの転移 骨軟部組織由来の腫瘍（多くが良性） 原発不明癌、鰓性癌
炎症性	特異的/非特異的リンパ節炎 膿瘍
先天性	正中頸囊胞 側頸囊胞（鰓性囊胞）
	疾患の頻度の観点から原因疾患を整理した。 この優位順を銘記して診療することが重要と思われる。

口腔・中咽頭、下咽頭に存在する原発巣からの転移である可能性が高く、頭頸部での原発巣検索が何よりも優先される。その方法としてCTやMRIでの評価も重要であり、近年ではPETによる原発巣検索の有用性も指摘されているが、微小な原発巣を発見するためには耳鼻咽喉頭の注意深い視触診が最も重要である。不必要な全身検索の前に頭頸部の詳細な診察をすべきである。もちろん、耳鼻咽喉頭全範囲を検索するには耳鼻咽喉科医の診察に委ねる必要がある。しかし、口腔・中咽頭の視診をしさえすれば容易に原発巣を指摘できる症例が含まれており、迅速な対応が求められる頭頸部癌の診療において、プライマリーケアを担当する医師が原発巣を発見する意義は大きい。

原発巣検索の前に頸部腫瘍に対する安易な開放生検が行われることがある。摘出した腫瘍の病理診断が扁平上皮癌であることが判明してから、耳鼻咽喉科を紹介受診する患者は決して少なくない。開放生検は確実に病理診断できる方法であることは事実だが、その後の診療・治療に多くの支障を生じる³。開放生検の瘢痕は頸部手術の妨げになる。また、癌の播種のために手術範囲の拡大が必要になるばかりでなく、頸部再発や遠隔転移の危険性を高めるため、安易な開放生検は厳に慎むべきである。原発巣を発見して、同部から生検することで質的診断を下すことが望ましく、原発巣が発見されない場合にのみ、開放生検に比べて播種の可能性の少ない穿刺吸引細胞診で頸部腫瘍の質的診断が行われるべきである。

今回の2症例は、頸部腫瘍を触れれば、硬さからも、大きさからも悪性腫瘍であることが明らかな症例であるが、日常臨床でより問題になるのは、触診のみでは悪性腫瘍と断定できない腫瘍であろう。表1のごとく頸部腫瘍には様々な原因があり、その鑑別は容易ではないため、時に多くの検査を要する。しかし、プライマリーケアにおいて最も求められていることは、病歴聴取や簡単な診察で、専門医診察の必要性を判断することである。

病歴期間から増大のスピードの推測ができれば、鑑別の参考になる。急性炎症による頸部腫瘍の増大スピードは速く、病歴期間は日単位であることが多い。それに対し、たとえ悪性腫瘍であっても腫瘍性頸部腫瘍の経過は比較的長い。悪性腫瘍の経過は短いと考えがちであるが、月単位の経過が多いことは鑑別する上で有用である。また、頭頸部癌の発生危険因子である飲酒、喫煙の習慣を尋ねることも重要である。飲酒歴、喫煙歴がなければ頭頸部癌を否定できる訳ではないが、危険性の推測が可能になることが多い。高リスクの症例であれば、同様の所見に思える頸部腫瘍であっても、その後の対応を変えるべきであると考えられる。

診療のポイント：比較的硬く、大きい頸部腫瘍
は頭頸部癌の頸部リンパ節転移である可能性を考えておく必要がある。耳鼻咽喉科医の診察で原発巣を早期に検索することが重要であるが、プライマリーケアの時点で口腔・中咽頭の病変が発見されれば、より迅速な対応が可能になり、その意義は大きい。

文 献

1. Kazuhiko Yokoshima, Tomohiko Nigauri, Shin-etsu Kamata, Kazuyoshi Kawabata, Katsuhumi Hoki, Hiroki Mitani, Seiichi Yoshimoto: New classification of stage IV squamous cell carcinoma of the oropharynx. ANL 1999; 26: 311-316.
2. Shah JP, Patel SG: Cervical lymph nodes. Head and neck surgery and oncology, 2003; pp 353-394, Mosby.
3. 岸本誠司：頸部腫瘍 4 頸部腫瘍治療における Decision Making. 耳鼻咽喉科診療プラクティス, 2001; pp 50-53, 文光堂.

(受付：2007年7月27日)

(受理：2007年9月8日)