

症例から学ぶ

外耳道真珠腫より発生した扁平上皮癌症例

青木 秀治¹ 松本 光司²¹日本医科大学付属第二病院耳鼻咽喉科²日本医科大学付属第二病院病理部

A Case of Squamous-cell Carcinoma Originating in External Auditory Canal Cholesteatoma

Hideharu Aoki¹ and Kouji Matsumoto²¹Department of Otorhinolaryngology, Nippon Medical School Second Hospital²Department of Pathology, Nippon Medical School Second Hospital

Abstract

External auditory canal cholesteatoma (EACC) is not a rare lesion. Conservative treatment under an operating microscope is appropriate for most cases. On the other hand, squamous-cell carcinoma of middle ear and external auditory canal is less common. We report a case of a 66-year-old man. He suffered from squamous-cell carcinoma following EACC. A biopsy from the external auditory canal was not useful for diagnosis. A biopsy during the first operation revealed squamous-cell carcinoma. The patient was treated by extended radical mastoidectomy and radiotherapy continuously. There is no evidence of recurrence after 14 months. (J Nippon Med Sch 2003; 70: 363-366)

Key words: External auditory canal cholesteatoma, squamous-cell carcinoma of the external auditory canal, surgical treatment, radiotherapy

症例: 昭和10年生まれ, 男性(手術時66歳)

主訴: 右耳痛

既往歴: 平成5年ソケイ部原発悪性リンパ腫(non-Hodgkin)のため日本医科大学付属第二病院外科にて化学療法を受けた。平成6年, 右頸部に悪性リンパ腫が再発し, 放射線療法を受けた。

病歴: 平成6年9月, 難聴のため日本医科大学付属第二病院耳鼻咽喉科を受診, 鼓膜所見に異常なく, 両側軽度感音難聴と診断された。平成8年11月右難聴を自覚し再診した。耳垢栓塞による右伝音難聴があり, 耳垢除去にて自覚症状は消失した。その後, 平成9年11月, 平成11年8月, 平成12年6月, 同様に右難聴で受診し, いずれも耳垢除去により数回の通院で軽快していた。この経過から, 臨床診断は広義の外耳道真珠腫と考えられた。

診断: 平成13年4月, 右耳痛および難聴が出現したため受診した。外耳道にはこれまでと同様に耳垢栓塞を認めたと, 耳垢を除去すると鼓膜は観察可能であった。4月13日の純音聴力検査(図1)と5月11日の側頭骨CT(図2, 3)を示す。これらの所見から, 外耳道真珠腫が一部中耳に侵入したのと考え, 外来での清掃を頻回に行うことにした。しかし, 7月3日の純音聴力検査(図4)で伝音難聴を認め, さらに外耳道に肉芽を認めた。腫瘍性病変を疑い, 同日生検を行ったが, 病理診断は真珠腫であった。その後耳痛が増強し, 外耳道の真珠腫塊により鼓膜が観察できなくなったため, 外耳道真珠腫の中耳内進展が高度になったのと考え, 8月1日再度, 側頭骨CTを施行した(図5, 6)。この時点では, 病理検査の結果から, 外耳道真珠腫が高度に中耳内に進展したのと考え,

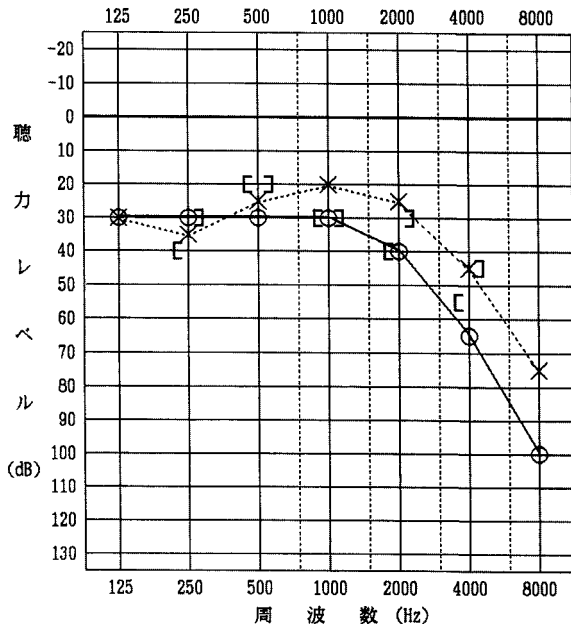


図1 4月13日の純音聴力検査：両耳とも高音暫傾型の感音難聴を示すが、左右差は軽度である。

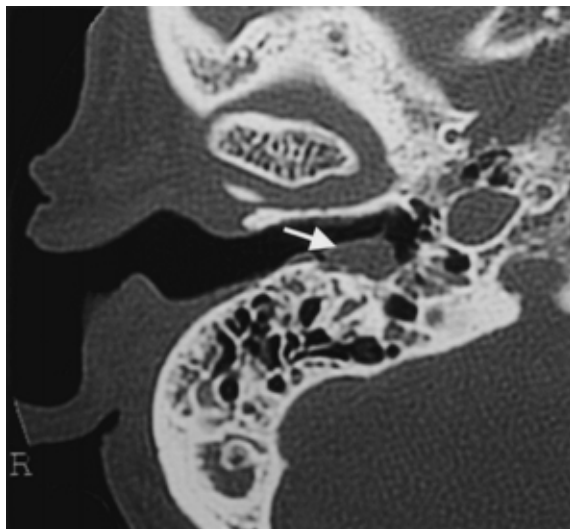


図2 側頭骨CT軸位(5月11日): 外耳道後壁に軟部陰影(白矢印)を認めるが、外耳道から鼓膜を確認できる状態で、中耳への進展は軽度である。

8月13日全身麻酔下手術を行った。

手術所見(一回目): 耳後部からのアプローチにより深部外耳道の真珠腫上皮を摘出すると、外耳道下方には骨欠損があり、顎関節節が一部露出していた。外耳道皮膚との連続性は明らかではなかったが中鼓室、乳突洞には肉芽様組織が侵入していた。乳突蜂巣には肉芽の侵入はなく、含気がみられた。耳小骨は

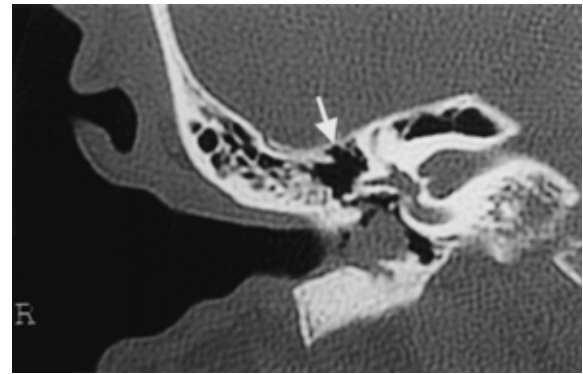


図3 側頭骨CT冠状断(5月11日): 乳突洞内には含気(白矢印)が認められ、中耳腔内への進展は軽度である。

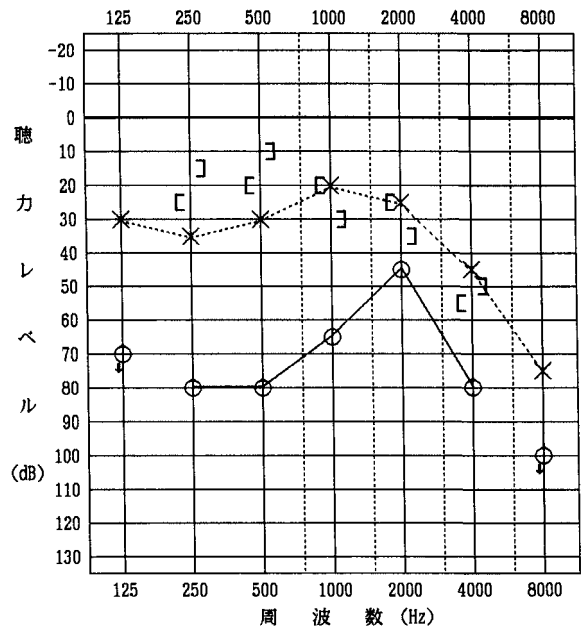


図4 7月3日の純音聴力検査：右耳の気導骨導差が増大している。

キヌターアブミ関節が消失していたため、キヌタ骨は摘出した。外耳道および鼓膜を形成し手術を終了した。病理検査の結果外耳道深部の皮膚、および乳突洞の肉芽ともに扁平上皮癌の診断を得た(図7)。

治療: この結果より治療方針の検討を行った。聴器内癌(外耳道深部および中耳原発の癌)はその解剖学的特長から、拡大手術が困難な疾患である。この時点で本例は根治的には側頭骨全摘術が適応であると考えられた。しかし、この術式は侵襲が大きく、高度な技術的と経験が必要であり、66歳という年齢や、悪性リンパ腫で化学療法を受けているため免疫能低下が予想された。以上を本人および家族に説明し、比較的

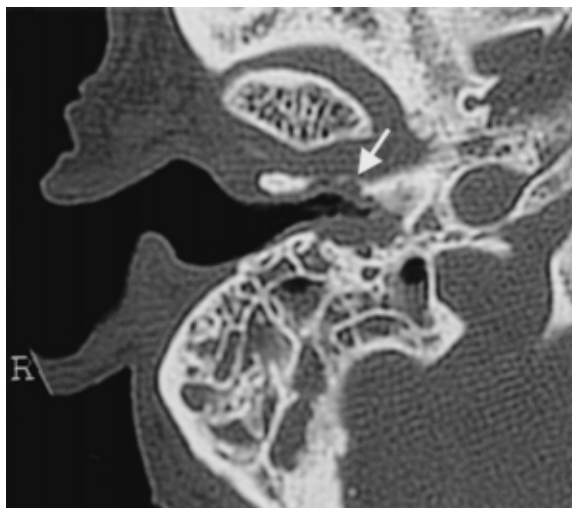


図5 側頭骨CT軸位(8月1日): 外耳道前壁の骨破壊(白矢印)を認める。

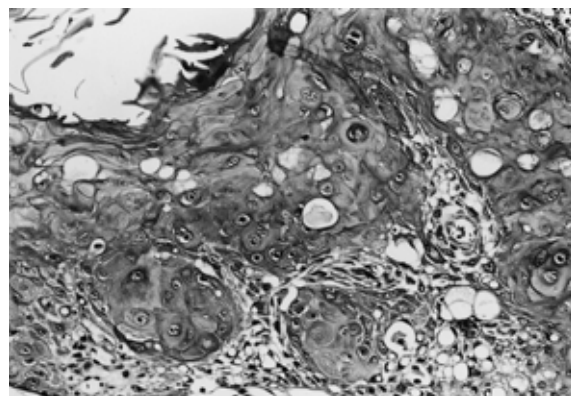


図7 病理所見(H-E染色): 異型細胞のシート状増殖, 粘膜固有層にも不規則な浸潤を認める。

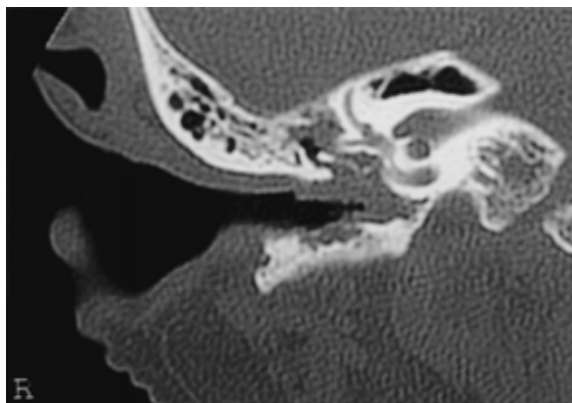


図6 側頭骨CT冠状断(8月1日): 中耳への進展が高度になり, 含気をほとんど認めない。

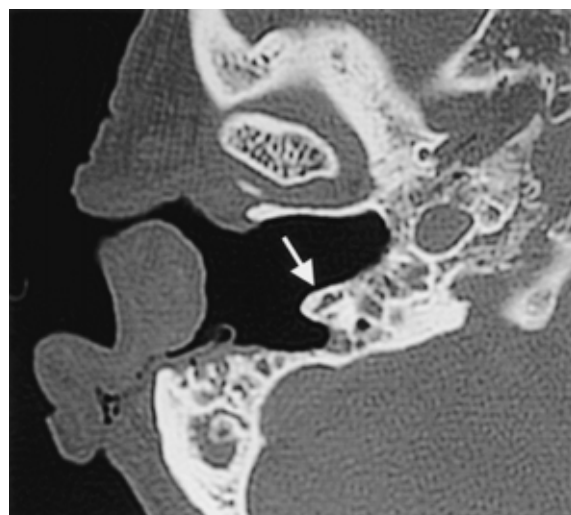


図8 側頭骨CT軸位(9月20日): 拡大中耳根治術後の状態。中耳腔は顔面神経管(白矢印)を残して削開されている。

侵襲の少ない, 中耳根治手術に外耳道切除を追加し, 術後放射線治療を行うという治療を提案し同意を得た。この際, 放射線治療により, 患側内耳機能の廃絶と顔面神経麻痺の発生も不可避であることも説明した。9月6日全身手術麻酔下に手術を施行した。

手術所見(二回目): 耳後部からのアプローチで乳突削開術を行った。乳突蜂巢内には腫瘍の浸潤は認めなかった。顔面神経管を保存し外耳道後壁を除去した。ツチ骨を含む鼓膜と外耳道骨部は一塊にして摘出した。耳後部は開放創とした。

9月20日(術後14日)のCT所見を示す(図8, 9)。9月28日より放射線治療を66グレイ行い, 11月14日終了した。放射線感受性の増強効果と抗腫瘍効果を期待して放射線照射中は5FU軟膏を局所に使用した。11月16日退院となったが, 12月11日から右末

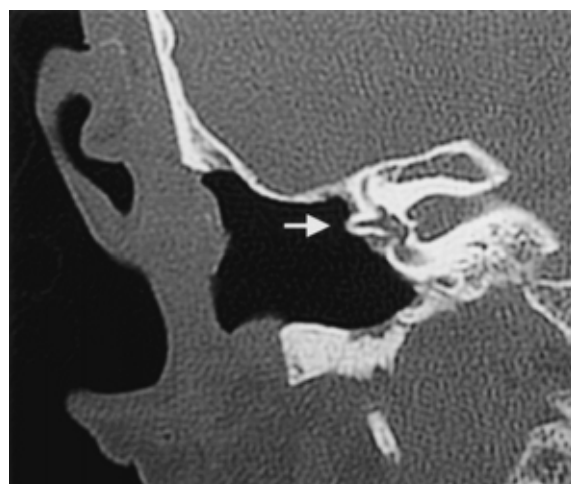


図9 側頭骨CT冠状断(9月20日): 水平半規管隆起(白矢印)を残し削開されている。

梢性顔面神経麻痺が出現した。病巣からの生検および画像診断より、腫瘍再発ではなく、放射線治療の晩発障害および創腔が開放しているための感染や局所の乾燥によるものと考えた。その後顔面麻痺は回復していないが、平成12年11月1日現在、再発の所見はない。

本症例は外耳道真珠腫が急激に悪化し、中耳内へ進展したと考え、手術時の病理組織から確定診断された。その前にも経外耳道的に病理検査は施行しているが、結果的には診断可能な組織採取は不可能であった。治療は諸般の事情から、根治度の高い側頭骨全摘術ではなく、拡大中耳根治術に術後照射を加えた治療で経過良好となった症例であった。

診断のポイント：外耳道真珠腫は以外に多く遭遇する。通常顕微鏡下の処置で経過を観察するが、しばしば再発する。経過中急激な悪化をみたときは、悪性腫瘍の併発を考慮して、外耳道の深部から病理組織を採取する必要がある。

(受付：2002年12月12日)

(受理：2002年12月20日)

トピックス・用語解説

ボツリヌス毒素 (botulinum toxin)

ボツリヌス毒素は、食中毒の起炎菌として知られる嫌気性菌、ボツリヌス菌 *Clostridium botulinum* が産生する神経毒素であり、コリン作動性神経末端に作用してアセチルコリンの放出を抑制することにより、神経筋伝達を阻害する。ボツリヌス菌は免疫学的に8種類(A, B, C₁, C₂, D, E, F, G)に分類され、A型毒素が最も強力な筋肉麻痺作用を有する。最近、このボツリヌスA型毒素による顔面、頸部の異常運動疾患への対症療法が注目されている。まさに「毒をもって毒を制す」治療であるが、痙攣、過緊張状態の筋肉内に少量注射することで、3~6カ月間の効果が期待される。本邦においては1997年から眼瞼痙攣に使用可能となり、その後2000年に片側顔面痙攣、2001年に痙性斜頸が追加承認された。米国においては斜視や眉間のしわにも承認されており、さらに適応拡大に向けて治験が進められている。

(第二内科 中澤 勝)