

耳下腺腫瘍の統計的観察

吉田真次, 舘田 勝, 沖津卓二

I. はじめに

耳下腺腫瘍は、決して頻度の高い疾患ではないが、その病理組織像の多彩さや解剖学的特殊性などの面から診断、治療に注意を要する疾患である。近年、我々耳鼻咽喉科が頭頸部外科としての立場を確立しつつあり、最近では、耳下腺腫瘍は耳鼻咽喉科の疾患であるとの認識が一般化してきている。しかし、一般外科、口腔外科、形成外科でも取り扱う場合があり、耳下腺腫瘍は依然として境界領域の疾患とみなされている。一方、近年、診断法や治療法が進歩してそれにもとづく数々の報告がなされて来ている。

今回、我々は当科で手術又は生検を行い病理組織診断の確定した耳下腺腫瘍症例を対象として臨床的検討を行ったので若干の文献的考察を加え報告する。また、当科での診断法についても述べる。

II. 対象と方法

1989年4月より1992年10月までの3年6カ月に当科で、耳下腺腫瘍と診断され手術または生検を行い病理組織学的診断が確定した21例を対象とした。性、年齢分布、病理組織学的分類、診断方法、治療、合併症などについて検討を加えた。

III. 結果

1. 年度別症例数 (表1)

年間2例から7例の症例があった。

2. 年齢分布及び性別 (表2)

生後4カ月から78歳まで幅広く認められた。全体として50~60歳台にピークがあった。良性腫瘍例は50~60歳台に多く、悪性腫瘍例は若年者と高齢者に認められた。平均年齢は男53.2歳、女55.8歳であった。性別分類では21例中男11例、女10例

例ではほぼ同数であった。良性は、男9例、女8例で、悪性は、男女それぞれ2例ずつであった。

3. 初診時症状

ほぼ全例に耳下腺部の腫脹を認めた。悪性腫瘍では、悪性腫瘍の際に認められる顔面神経麻痺、自発痛、圧痛は認められなかった。

4. 病理組織学的分類 (表3)

病理組織学的分類は、1972年WHOの唾液腺腫瘍の分類基準により行った。良性腫瘍は17例(80.9%)、悪性腫瘍は4例(19%)であった。良性腫瘍は多形腺腫が多く9例(52.9%)、次いで腺り

表1. 年度別症例数

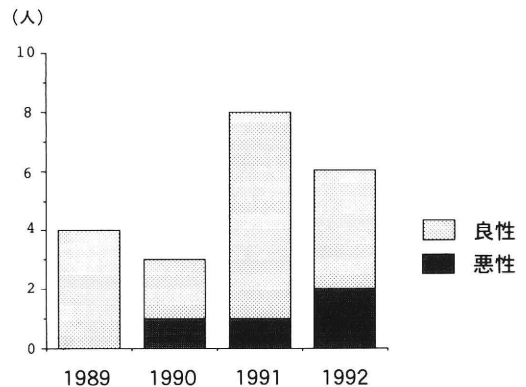


表2. 年齢分布

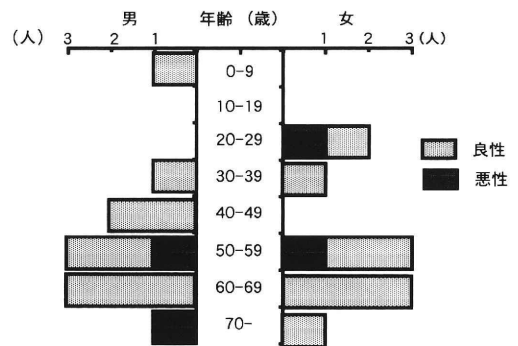


表3. 病理組織学的的分類
耳下腺腫瘍

	男	女	計
良性腫瘍			
多形腺腫	4	5	9
腺リンパ腫	3	0	3
鰓原性嚢胞	0	1	1
良性リンパ上皮病変	0	1	1
脂肪腫	0	1	1
脂肪芽細胞腫	1	0	1
貯留嚢胞	1	0	1
悪性腫瘍			
粘表皮腫	0	1	1
腺癌	1	0	1
悪性リンパ上皮病変	0	1	1
転移性腫瘍(胃癌)	1	0	0
計	11	10	21

(人)

ンパ腫(ワルチン腫瘍)の3例(17.6%)であった。その他、鰓原性嚢胞、良性リンパ上皮病変、脂肪腫、脂肪芽細胞腫、外傷を契機とした貯留嚢胞がそれぞれ1例であった。悪性腫瘍は粘表皮腫、腺癌、悪性リンパ上皮病変、胃癌の耳下腺内転移がそれぞれ1例であった。

5. 術前診断法

表4に示す方法があるが、当科では、ほぼ全例に対して耳下腺造影(以下ジアログラフィと呼ぶ)、ジアロCT(ジアログラフィ後CT)を行っている。20例(90%)に施行した。また、悪性を疑わせる症例に対し21G以下の細い針を用いた穿刺吸引細胞診(以下FNAと略す)を行っており、5例(25%)に施行した。MRIは2例に施行

表4. 術前検査

耳下腺腫瘍の術前診断
単純xp
ジアログラフィ
ジアロCT
穿刺吸引細胞診
MRI
Tc, Ga シンチグラフィー

した。脂肪腫、腺リンパ腫の症例で、MRIにて診断された。Ga シンチは腫瘍の増大傾向を示した1例と悪性を疑わせた1例の2例に施行したがup-takeは認められなかった。

6. 部位診断

ほぼ全例にジアログラフィ、ジアロCTを行い、腫瘍の存在部を診断しているが、術前に浅葉由来、深葉由来と診断し的中した例数は、それぞれ20例中14例、2例であった。術前浅葉由来の腫瘍と診断されたが深葉由来であったのが1例、深葉由来と診断されたが、不明であったのが1例、部位診断ができなかったのが2例であった。術前診断における腫瘍の存在部位診断の正診率は80%(16/20)であった。

7. 手術術式

手術は表5に示す通りであるが、2例を除き部分切除、葉切除をおこなった。核出術施行の2例は、脂肪腫、脂肪芽細胞腫で耳下腺とは明確な境界を有していた症例であった。また、部分切除を行った悪性腫瘍3例の内訳は、術前診断で良性と診断された2例と術中病理迅速診断で悪性と診断されたが腫瘍が耳下腺尾部にあり十分なmarginを確保することができた1例であった。

8. 術後合併症

Frey症候群は2例(9.5%)で術後4カ月、9カ月後に発症した。唾液瘻は2例で入院中に軽快した。顔面神経麻痺は2例(9.5%)で、1例は悪性過高熱を来す恐れがあり、吸入麻酔薬を使用することができず筋弛緩剤とケタラールにて手術を施行した。そのため神経刺激装置が使えず神経を切断せざるを得なかった症例であった。顔面神経の近位端を乳突部で露出し端々吻合し再建を行った。現在改善傾向にある。もう1例は、術中迅速

表5. 手術

耳下腺腫瘍		
良性腫瘍	腫瘍核出術	2例
	部分切除術	14例
	葉切除術	1例
悪性腫瘍	部分切除術	3例
	(上頸部リンパ節郭清術)	1例

病理診断で悪性と診断され深葉まで及ぶ腫瘍であった。そのため広範な切除が必要となり術中の操作で脱神経となった症例であった。術後6カ月で麻痺は改善した。

9. 予後及び再発

良性腫瘍では再発はなかった。悪性腫瘍に於いても転移性の腫瘍例を除き局所再発はなかった。悪性リンパ上皮病変の1例に術後2年6カ月で肺への遠隔転移を認めた。

IV. 考 案

耳下腺腫瘍は頭頸部に約3%と比較的まれな疾患で、奥田¹⁾らの報告によると1984~1985年の耳下腺腫瘍全国実態調査では年間2,118例で、6万人に1人の割合であった。また、その報告によると、75%が耳鼻咽喉科で治療され、その他は一般外科、口腔外科、形成外科で治療されていた。この報告からもわかるように、耳鼻咽喉科でそのほとんどが取り扱われているが、依然として境界領域の疾患であることが言える。しかし、近年、耳鼻咽喉科が頭頸部外科としての独自性を確立しつつあり、野崎²⁾の報告にも見られるように年間症例も増加し、耳下腺腫瘍に占める耳鼻咽喉科の割合が高くなりつつある。このことは、耳下腺手術が、顔面神経に対して十分な注意を要する手術で、また切開部が顔面に及び顔貌に大きく関与してくる手術であること、また腫瘍の組織像が多彩である疾患であるなど、このような特殊性のある疾患に対して積極的に耳鼻科医が取り組んできた現われと考えられる。

我々の21例の男女比は、1:1とほぼ同数であった。諸家の報告^{1~3)}によると、1:1.1~1:1.3でやや女性に多いようであった。また、良性腫瘍は女性に多く、悪性腫瘍は男性に多いとされているが、我々の症例ではその傾向はなかった。

平均年齢は男性53.2歳、女性55.8歳で50歳から60歳に多く認められた。男性は良性、悪性とも中高年に多いが、女性は良性腫瘍は高年齢に多く認められた。悪性腫瘍は20歳台、50歳台に1例ずつ認められ、年齢による傾向はなかった。金子³⁾は女性の悪性腫瘍7例中6例が高齢者に認められ

たとし、女性の高齢者の耳下腺腫瘍の場合、悪性を念頭に置くべきだとしている。

耳下腺腫瘍の組織像は、多彩であるがその分類は、THACKRAY⁴⁾が1972年に唾液腺腫瘍の病理組織分類を発表したものを一部修正し用いている。本邦でもその分類にもとづき報告がなされている。

我々の症例では、良性腫瘍は、多形腺腫の割合が45%、腺リンパ腫が15%であった。男女比で見ると、多形腺腫は、1:1.2と女性に多く、腺リンパ腫は全例男性であり、これまでの報告と一致するものであった。悪性腫瘍は、金子³⁾、野崎²⁾、ENEROTH⁵⁾は耳下腺腫瘍の約30%~40%に認められたとしているが、我々は15%と少ない結果であった。ENEROTH⁵⁾は粘表皮腫が最も多し、北村⁶⁾は腺癌が多いとしているが、われわれの症例では、例数が少なく一定の傾向は見られなかった。しかし、悪性リンパ上皮病変の様な非上皮性の腫瘍や、まれにはあるが胃癌の耳下腺への転移症例も認められた。金子³⁾は、乳癌根治後6年経過したあと耳下腺部に転移した症例を報告しており、他臓器の悪性腫瘍に罹患している場合は転移性病変も念頭に置く必要があると思われる。

臨床症状では、悪性腫瘍では諸家の報告^{1,2,5)}によると30~50%の割合で顔面神経麻痺を認め、20~40%に自発痛、圧痛を認められたとしているが、我々の症例では顔面神経麻痺は0%、自発痛、圧痛は0%であり異なっていた。また、悪性腫瘍の場合、腫瘍の腫大が急激とされているが、我々の症例ではその傾向はなかった。従って症状から悪性を否定することは難しく、このことは、診断を下したり治療方針を立てるうえで考慮すべきことと考えられる。

診断に際し、病歴、視診、触診は、耳下腺腫瘍に限らず重要であることは言うまでもないが、特に触診は耳下腺原発か非耳下腺原発⁷⁾かを鑑別したり、良性、悪性かを鑑別する上で非常に重要である。部位診断、質的診断を行うためには、表4に示す診断法が挙げられ、それらにより腫瘍の性状、位置、周囲との関係を明確にすることができる。

部位診断に際しては、我々は、ルーチン検査として、単純 xp, ジアログラフィ, ジアロ CT を施行している。これにより、ほぼ浅葉由来か深葉由来かを判別することができる。また、造影剤の漏洩像は悪性を疑わせる所見として重要である。RI シンチグラフィは $^{99m}\text{TcO}_4$, ^{67}Ga -citrate の 2 種が悪性度評価に有用としているが我々は例数が少なくはっきりしなかった。超音波断層法は非侵襲性で簡便であることから各領域で活用されており、耳下腺領域でも、山下ら⁸⁾は診断基準を作り質的診断を試みかなりの正診率を得ている。しかし、我々は他の検査に代わる検査となりえないことから症例に応じて行っている。

質的診断法として、FNA⁹⁾があるが、21G 以下の細い針を使う、超音波リアルタイム下に行うなどの工夫が行われており、それにより、播種転移、不確実さ、周囲臓器への侵襲などの問題を克服しつつある。しかし、耳下腺の場合、組織像が多彩であること、細胞診断医の熟練度が要求されること等、解決されなければならない問題がある。さらに、それが誤診の原因につながる場合があり、事実、林崎ら⁹⁾の報告によると悪性腫瘍では、正診率は 78% と満足すべき結果ではなかったとしている。我々も 5 例に行ったが、正診率は 60% と低く、5 例中 2 例は false negative であった。今後解決されるべき問題と思われる。従って、現在当科では以上のことを考慮し、多くても 3 回までの穿刺にとどめること、なるべく手術前提の症例で FNA と手術との間に時間をおかぬよう心掛けている。

最近、MRI の普及により CT では行えない質的診断を下せるようになってきた。橋本¹⁰⁾は、T2 画像で強信号を示すものは良性の可能性が強いとしている。我々は、15% の症例にしか施行していないが、正診率が高く有用な検査と考えられ今後は施行例が増加するものと考えられる。従って、質的診断に際しては、現在のところ FNA+MRI の組み合わせが最も有用と考える。

以上のことから、診断に際しては、個々の検査単独で得られる情報には限界があり、これらの結果を総合的に検討する必要がある。それにより、腫

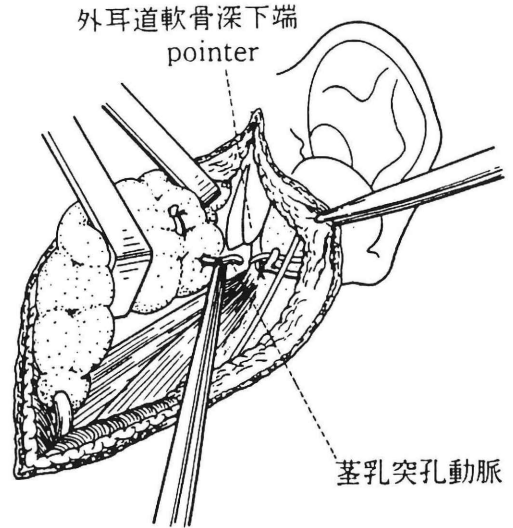


図 1. 耳下腺後縁を深く剥離。外耳道軟骨深下端 pointer の方向の索状物の中に顔面神経がある。後耳介動・静脈は切離してある。

瘍の局在部位、質的診断を下し治療方針や手術法の選択を行うことが、非常に重要である。

耳下腺腫瘍の治療は、手術療法が主体であり、当科では診断がつきしだい手術を行うよう心がけている。手術手技^{11,12,14,15)}としては、現在では腫瘍核出術はほとんど行われず、良性混合腫瘍の場合でも核出術の再発率は 20~45% と高いと報告¹⁶⁾され、その適応は否定的である。したがって、良性と判断された場合でも腫瘍になるべく正常耳下腺組織を付けたまま摘出することが一般的となりつつある。また術前に悪性と判断されず、術後の病理診断にて悪性と診断された症例もあることから正常耳下腺組織をつけ摘出することは、ある程度の safety margin を確保することができ推奨されるべき術式と言える。

一般的な手術アプローチとしては(図 1)耳前部より下顎縁に沿って S 字切開を入れ耳下腺全貌を露出、次いで耳下腺外側面を乳様突起および胸鎖乳突筋から剥離し、その後、顔面神経主幹部を丁寧に神経刺激装置にて探しながら露出する。この際、おおよそ位置を確認したのち、走行に沿って耳下腺内で顔面神経主幹部を探し露出すると容

易である。顔面神経の主幹部を明視下におきながら耳下腺内にて神経を露出させ腫瘍と正常腺組織と顔面神経の走行との位置関係を確認しながら正常耳下腺組織を腫瘍に付け摘出を行う。さらに、我々は、ほぼ全例に残存耳下腺を縫縮し、症例により胸鎖乳突筋あるいはその flap を用い耳下腺断端を被覆し、Frey 症候群や唾液瘻の防止に努めている。悪性腫瘍の場合では、十分な margin を確保することが必要であり、腫瘍が神経を巻き込んでいる場合など神経を切断せざるを得ない場合がある。そのような場合、大耳介神経、副神経などをを用い再建することになる。

放射線療法については、放射線感受性が低いとされている¹⁷⁾が、術後の再発予防転移の防止等の意味から行われることがある。

化学療法は、COP 療法 CAP 療法、Cis-5FU 療法が行われているが、現在のところその効果については最終的判断をくだすには至っていない。

術後の合併症については、Frey 症候群、唾液瘻、顔面神経麻痺等が挙げられる。Frey 症候群は、諸家らの報告^{1,14,18)}では 6% から 46% に認められたとしている。我々は、10% に認められ少ない結果であった。このことは、我々の術式が適切であるためと思われる。顔面神経麻痺は、厚生省班研究の報告¹⁾は 45% と高かったが、我々は、10% と低かった。また、我々と同様の術式を行っている山下¹⁴⁾の報告でも 16.3% と低い結果であった。このことから、この術式の正当性を証明するものといえる。また、局所再発は現在のところ 0% であり十分な margin を確保し手術を行えたと思われる。

ま と め

平成元年 4 月より平成 4 年 10 月まで、当科で耳下腺腫瘍と診断され、手術または生検を行い病理組織学的診断が確定した 21 例について臨床的観察を行った。

その結果

1. 耳下腺腫瘍は、50～60 歳台に多く認められた。
2. 病理学的検討では、多彩な病理組織像が見

られたが、多形腺腫が最も多かった。

3. 耳下腺良性腫瘍の 82% に部分切除術を施行した。観察期間は短期間であったが、再発は認められず、術式の有効性を確認した。

4. 文献的考察を行うとともに、我々の行っている術式の実際についても言及した。

文 献

- 1) 奥田 稔 他：耳下腺腫瘍の診断と治療。耳鼻臨床 **79**, 867-879, 1986.
- 2) 野崎秋一 他：大唾液腺腫瘍の臨床統計的観察。耳鼻臨床 **74**, 1044-1053, 1981.
- 3) 金子まどか 他：耳下腺腫瘍の統計的観察。耳鼻 **33**, 261-268, 1987.
- 4) Thackray, A.C. et al.: Atlas of tumor pathology. Second series No.10, Tumors of the major salivary glands. AFIP, Washington, D.C., 1974.
- 5) Eneroth, C.M.: Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region. *Cancer* **27**, 1415-1418, 1971.
- 6) 北村 武：耳下腺腫瘍の臨床一教室 20 年間の統計的観察。耳鼻臨床 **64**, 1286-1301, 1971.
- 7) 海野徳二：耳下腺腫瘍とまぎらわしい非耳下腺疾患。耳鼻臨床 **82**, 489-496, 1989.
- 8) 山下敏男：耳下腺腫瘍の診断と治療。超音波診断。耳鼻臨床 **78**, 233-234, 1985.
- 9) 林崎勝武：穿刺吸引生検の有用性と問題点。口咽科 **2**, 17-22, 1990.
- 10) 橋本 省：耳下腺腫瘍診断における MRI の有用性と限界。口咽科 **2**, 7-8, 1990.
- 11) 宮下久夫：耳下腺腫瘍における顔面神経剝離。JOHNS **6**, 1251-1255, 1990.
- 12) 飯塚桂司：耳下腺腫瘍に対する区域切除。手術 **43**, 509-513, 1989.
- 13) 花沢 秀 他：摘出標本からみた耳下腺悪性腫瘍における顔面神経切断の可否。口咽科 **2**, 29-38, 1990.
- 14) 山下敏夫：耳下腺良性腫瘍手術一部分切除か葉切除か一。口咽科, **2**, 23-27, 1990.
- 15) 戸川 清：耳下腺腫瘍手術の要領と顔面神経の処理。奥田 稔編, 東京, 143-159, 医学教育出版社 1984.
- 16) Donovan, D.T., Conley, J.J.: Capsular significance in parotid tumor surgery: Reality and myths of lateral lobectomy. *Laryngos-*

- cope **94**, 324-329,1984.
- 17) Rafla, S. : Malignant parotid tumors : natural history and treatment. *Cancer* **40**, 136-144, 1977.
- 18) Wennmo, C. et al. : Pleomorphic adenomas of the parotidectomy or limited excision? *The Journal of Laryngology and Otology* **102**, 603-605, 1988.