

スライドカンファレンス

<症例3>

症例：80歳代，男性。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：2ヵ月前に顔面神経麻痺を主訴に来院。同時に左耳下腺腫張を認めた。可動性不良。圧痛あり。エコーにて左耳下腺に30×28×22 mm大の低エコー腫瘍あり。両側顎下腺，右耳下腺に特記すべきことなし。

検体：耳下腺腫瘍穿刺吸引細胞診

回答者診断：粘表皮癌

出題者回答：唾液腺導管癌疑い

解説：穿刺内容物吹付け標本では，壊死物質を認めた。粘液は認めなかった。穿刺針洗浄液の細胞像は核形不整，核の大小不同，核クロマチン増量，明瞭な核小体を有した異型細胞が孤立散在性～シート状や，腺腔構造がうかがえる小集塊状に認められた(写真1)。異型細胞の胞体は豊富で厚く，ライトグリーン好性で，顆粒状を呈していた(写真2)。その他さまざまな形態の細胞を認めた(写真3,4)。

出題者の施設は以上の所見と臨床情報より，唾液腺導管癌疑いとした。間質様成分をわずかに認めることから，多形腺腫由来癌が否定し得ず，また腺癌 NOS

との鑑別も要した。

手術材料の肉眼像では，35×25×25 mm大の一部分葉状を示すやや境界不明瞭な灰白色充実性結節であった(写真5)。組織学的には核小体が明瞭な腫大異型核と好酸性胞体を有する腫瘍細胞が，部分的に硝子化を混じる間質を伴いつつ，小胞巢状，索状に浸潤増殖する像がみられた(写真6,7)。胞巢内には壊死がみられた(写真7)。組織には多形腺腫の部分は認めず細胞診で採取された間質様は矢印のような部分から採取された可能性があると考えられた(写真8)。免疫組織化学染色(IHC)で，腫瘍細胞はHER2(3+)，GCDFP-15(+), AR: androgen receptor: (+), ER(-), PgR(-)が確認された(写真9)。以上の組織所見から唾液腺導管癌と診断された。

唾液腺導管癌は乳癌にきわめて類似した組織像を示す高悪性度腫瘍であり，高齢者男性の大唾液腺(特に耳下腺)に好発する。典型例では急速に増大する腫瘍としてみとめられ，顔面神経麻痺をしばしば伴う。先行病変として多形腺腫がある症例も少なくない¹⁾。

病理学的特徴として，好酸性の豊かな胞体を有し，核は大型で多形性強く，核小体明瞭である。アポクリン化生様を呈することもまれではなく，核分裂像は目立ち時に異型分裂像を混じる。大型の癌胞巣では

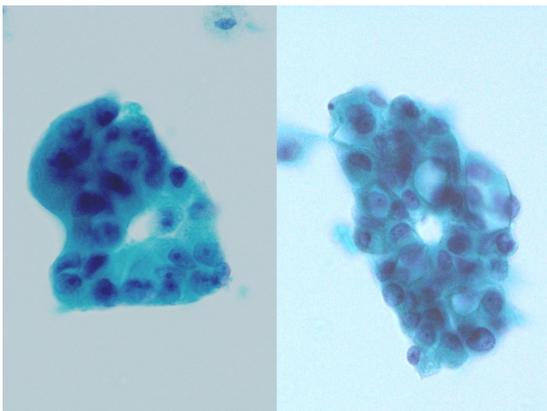


写真1 腺腔構造がうかがえる異型細胞の小集塊がみられた(Pap. 染色, ×40)。

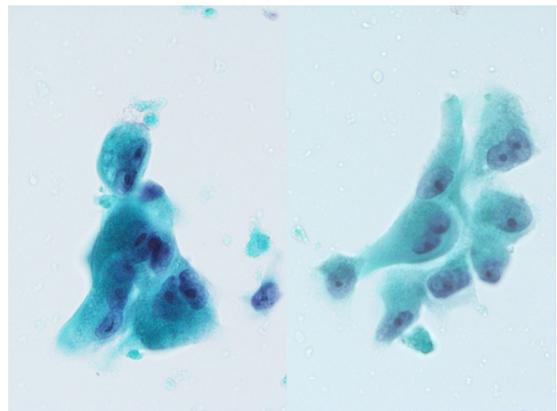


写真2 胞体は豊富で厚く，顆粒状。ライトグリーン好性に染まる異型細胞がみられた(Pap. 染色, ×40)。

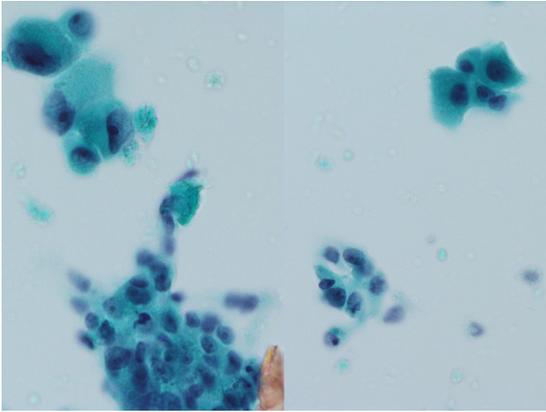


写真3 扁平上皮系をうかがわせる細胞集塊と腺系をうかがわせる細胞集塊がみられた (Pap. 染色, $\times 40$).

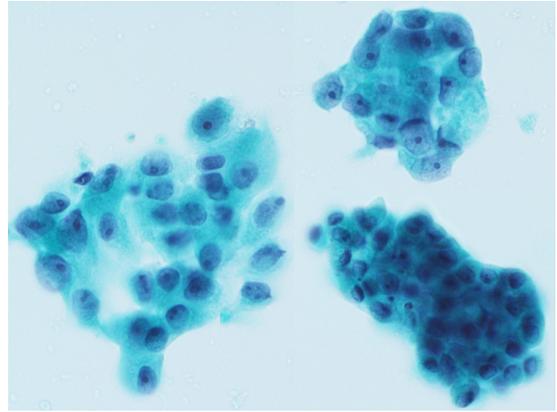


写真4 様々な形態の細胞がみられた (Pap. 染色, $\times 40$).

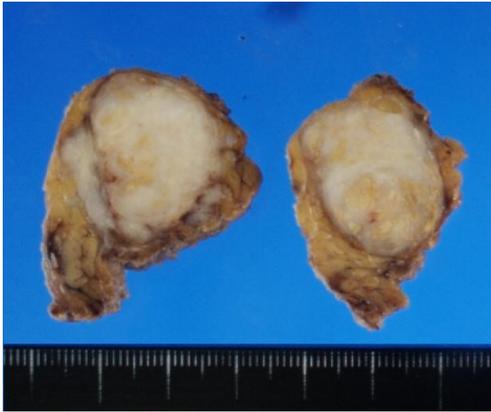


写真5 一部分葉状を示し、やや境界不明瞭な $35 \times 25 \times 25$ mm 大の灰白色充実性結節がみられた。

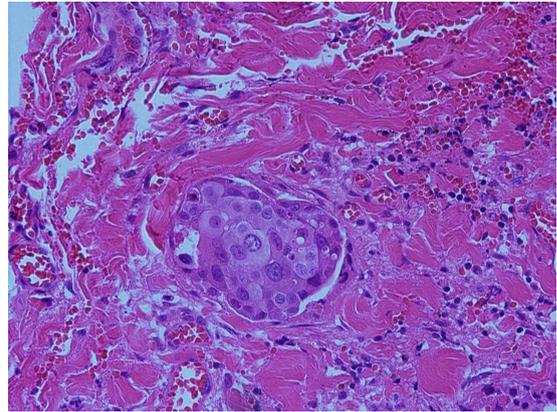


写真6 核小体が明瞭な腫大異型核と好酸性胞体を有する腫瘍細胞が、部分的に硝子化を混じる間質を伴いつつ、小胞巣状、索状に浸潤増殖する像がみられた (HE 染色, $\times 20$).

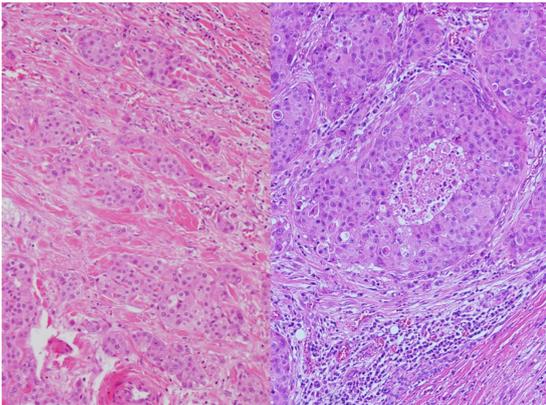


写真7 小胞巣状、索状に浸潤増殖する像がみられ、胞巣内には壊死がみられた (HE 染色, $\times 10$).

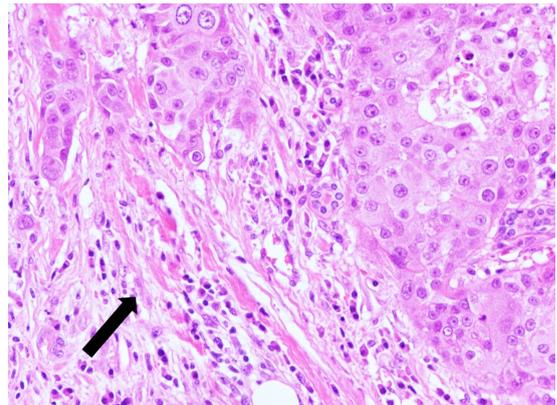


写真8 細胞診で間質様に見えたところは、矢印から採取された可能性があると考えた (HE 染色, $\times 20$).

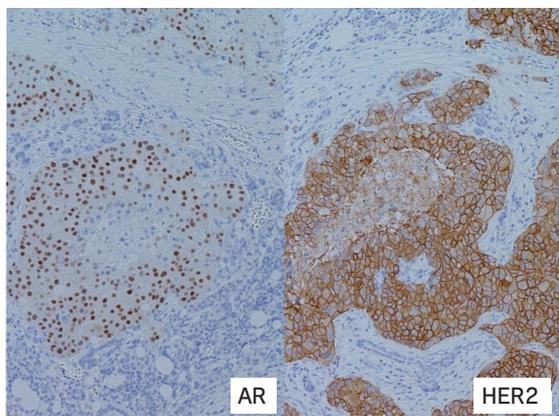


写真9 腫瘍細胞はHER2 (3+), AR (+) 像を呈する (免疫組織化学染色, $\times 10$).

COMEDO型壊死を伴い, 神経浸潤や脈管侵襲を約半数の症例で認める. IHCでARが高率に陽性を示し, ER, PgRはほとんどの症例で陰性. その他にGCD-FP-15が高率に陽性¹⁾, 約15%の症例でHER2陽性を呈する²⁾. AR陽性が最も大きな特徴ではあるが, あくまで形態学的診断の補助として用いる.

次に唾液腺導管癌と鑑別を要する疾患について簡単にまとめる. 唾液腺導管癌と鑑別を要する疾患には, オンコサイト癌, 高悪性度粘表皮癌, 乳癌の転移などがあげられる. オンコサイト癌ではオンコサイト細胞

のみが多数出現するのに対して, 本疾患は腫瘍細胞に多彩性が強い印象をうける. ただし好酸性の異型細胞のみが採取された場合, 細胞診での鑑別は困難と考える. 高悪性度粘表皮癌では粘液の産生が少なくなり¹⁾, 粘液の有無での鑑別は困難となるものの, 扁平上皮癌と鑑別を要する細胞像を呈するため, その点で鑑別が可能であると考ええる. 最後に乳癌の転移だが, 臨床情報なしでは乳癌の転移の否定は困難と考える. 組織診により導管内病変が証明され, AR陽性, ER, PgR陰性であれば唾液腺導管癌と診断しうる¹⁾.

唾液腺導管癌は全唾液腺腫瘍の1~2%と稀ではあるが, 遠隔臓器への転移が高率にみられ, 約60%の症例が術後平均2年半で死の転帰をとる高悪性度の腫瘍である¹⁾. 本症例も術後半年で再発した. よって早期発見による早期治療が重要であることから細胞診による組織型の推定が大切であると考ええる.

著者は, 本論文において開示すべき利益相反状態はありません.

文 献

- 1) 長尾俊孝. 唾液腺. 向井 清, 真鍋俊明, 深山正久, 編集. 外科病理学第4版I. 東京: 文光堂; 2006: 149-206.
- 2) 長尾俊孝, 高橋礼典, 永井 毅, 松林 純. 唾液腺. 病理と臨床常任編集委員会, 編集. 病理と臨床臨時増刊号 Vol32. 東京: 文光堂; 2014: 92-101.