

ワークショップ5

表在癌を考える

座長

仙波 伊知郎

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 腫瘍学講座口腔病理解析学分野

出雲 俊之

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔病態診断科学分野



ワークショップ 5 表在癌を考える

WS5-1 舌表在癌の画像診断を考える

Imaging in superficial carcinoma of the tongue

○林 孝文、小林 太一、新垣 元基、中山 美和、新國 農、勝良 剛詞
新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面放射線学分野

Takafumi Hayashi, Taichi Kobayashi, Motoki Shingaki, Miwa Nakayama, Yutaka Nikkuni, Kouji Katsura
Division of Oral and Maxillofacial Radiology, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Niigata, Japan

早期舌癌に対して浸潤の深さの評価のために口腔内エコーを行うと、癌は粘膜上皮層と連続像を呈する低エコー域として描出されるが、最近の装置を用いると、低エコーの浅層に加え、内部エコーがやや高い深層が確認できる。病理組織学的所見と比較すると、浅層は癌の上皮成分が優勢な領域、深層は癌浸潤に伴う肉芽反応が優勢な領域と推定される。深層の範囲を明確にするためには、ドブラによる血流評価やエラストグラフィの併用が有効である。後発リンパ節転移を来した症例を来していない症例と比較すると、浸潤先端付近において深層が不明瞭という傾向がみられるようである。本演題では、舌表在癌の口腔内エコー所見について、特に浸潤先端の定義の面から考察したい。

WS5-2 舌表在癌の臨床病理学的検討

Clinicopathological analysis of superficial carcinoma of the tongue

○岸本 晃治¹、吉田 祥子¹、柳 文修²、銅前 昇平¹、村瀬 友里香¹、長塚 仁³、佐々木 朗¹

¹岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野、²岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 歯科放射線学分野、³岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔病理学分野

Koji kishimoto¹, Shoko Yoshida¹, Yoshinobu Yanagi², Shohei Domae¹, Yurika Murase¹, Hitoshi Nagatsuka³, Akira Sasaki¹
¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, ²Department of Oral Radiology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, ³Department of Oral Pathology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

【目的】舌表在癌の病態を把握するために行った。

【方法】当科で切除を行い、病理組織学的に M(粘膜上皮内)癌または SM(粘膜下組織浸潤)癌と診断された舌表在癌 43 例を対象とし、臨床病理学的に検討した。

【結果】男女比は 1.3:1 で、年齢中央値は 66 歳 (23-92 歳) であった。表層辺縁部からの原発巣再発と後発頸部リンパ節転移が、それぞれ 1 例 (2.3%) 認められた。M 癌は 15 例認められ、全例が臨床型分類では表在型に、病理組織学的には表層分化型に分類された。また、サイトケラチン (CK) の発現は、CK13 陽性症例が 33.3% (5 例)、CK17 陽性症例が 66.7% (10 例) 認められた。一方、SM 癌は 28 例認められ、T 分類では T1 が 18 例、T2 が 10 例であった。臨床型分類では表在型が 24 例、外向型が 3 例、内向型が 1 例認められ、これらは全て M 癌の表層分化型からの粘膜下組織浸潤であると考えられた。次に、超音波検査を行っていた表在癌 19 例について超音波像から測定された生体の腫瘍の厚みと病理標本上で測定された腫瘍の厚みとの関係について回帰分析を行った結果、両者に有意な相関が認められた。そして、43 例の病理標本における腫瘍の厚みと切除された深さの安全域は、それぞれ 1.17 ± 0.69 mm と 4.98 ± 2.04 mm (平均±標準偏差) であった。

【考察】舌表在癌の後発頸部リンパ節転移は稀であり、切除に際し、深さの安全域は原則筋層浸潤癌に対して設定される 10mm の安全域よりも縮小できる可能性が考えられた。

ワークショップ 5 表在癌を考える

WS5-3 舌白板症を経過観察としますか、あるいは積極的に切除しますか？
— 当院の舌白板症切除症例における臨床病理学的検討から考えられること —

Do you observe or treat about a white -superficial lesion of tongue?

○浅野 一成¹、岡部 貞夫²、荘司 洋文³、辺見 卓男⁴、柳下 寿郎²¹日本歯科大学生命歯学部 口腔外科学講座、²日本歯科大学附属病院 歯科放射線・口腔病理診断科、³日本歯科大学附属病院 口腔外科、⁴日本歯科大学生命歯学部 病理学講座Kazunari Asano¹, Sadao Okabe², Hirohumi Shoji³, Takuo Henmi⁴, Hisao Yagishita²¹Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, The Nippon Dental University, School of the life dentistry, ²Division of Oral Diagnosis, Dental and Maxillofacial Radiology and Oral Pathology Diagnostic Services, The Nippon Dental University Hospital, ³Oral and Maxillofacial Surgery, The Nippon Dental University Hospital, ⁴Dept. of Pathology, The Nippon Dental University, School of the life dentistry

口腔がん治療に携わる者達の間では前癌病変を含む早期病変（表在性病変）の臨床・病理診断とその治療方針については、未だ総意が得られているとは言い難い。切除された病変が真の腫瘍なの、病理の結果から今切除すべき病変であったのか、様々な角度からの検討が必要である。今回、我々は当院で根治的に切除された舌白板症について臨床病理学的に見直したので報告する。

【対象】2006年1月から2015年9月までに臨床診断が舌白板症で手術、全摘された97症例について検討した。

【結果】患者は男49名、女48名であった。年齢は23-84歳（中央値56歳）であった。最終病理診断では口腔上皮異形成 OED 43例、扁平上皮癌 Ca 23例（1例が再発）、口腔上皮内腫瘍（Tis 癌）23例（1例が再発）、上皮過形成4例、その他4例で、癌が全体の48%を占めていた。再発例を除く浸潤癌22例において臨床発育分類はすべて表在型で、深達度はSMが15例、MP1が6例で、最深距離は0.3-2mm以内であった。予後については97例中18例に同側部位に再発あるいは新たな病変を認め、OED → OED or Ca、Tis 癌 → Ca、Ca → OED等がみられた。1例ではあったがCa → 頸部転移を認めた。

【まとめ】本検討では、切除された舌白板症のほとんどは上皮異形成あるいは上皮内腫瘍以上の病変であったことから白色表在性病変については早期の治療が望まれる。

WS5-4 舌口腔上皮内腫瘍における病理組織学的解析

Histopathological analysis of oral intraepithelial neoplasia

○岡村 武志^{1,2}、出雲 俊之²、柳下 寿郎³、森 泰昌⁴、原田 清¹¹東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野、²東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔病態診断科学分野、³日本歯科大学附属病院 歯科放射線・口腔病理診断科、⁴国立がん研究センター中央病院 病理・臨床検査科Takeshi Okamura^{1,2}, Toshiyuki Izumo², Hisao Yagishita³, Taisuke Mori⁴, Kiyoshi Harada¹¹Section of Maxillofacial Surgery, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan, ²Section of Diagnostic Oral Pathology, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan, ³Division of Oral Diagnosis, Dental and Maxillofacial Radiology and Oral Pathology Diagnostic Services, Nippon Dental University Hospital, Tokyo, Japan, ⁴Department of Clinical Laboratory and Pathology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan

【Backgrounds】WHO classification of dysplastic epithelium of oral mucosa remains a descriptive diagnosis and cannot be used to qualitatively diagnose malignancy. Furthermore, how individual atypical features should be weighted upon diagnosing malignancy remain unclear.

【Materials and Methods】Mild, moderate and severe dysplasia cases of the tongue were included in this study. These cases were divided into two groups: those that developed into invasive carcinoma and those that did not. Furthermore, we quantitatively evaluated histological, morphometrical and immunohistological factors and statistically assessed by Cox's proportional hazards model.

【Results】Immunohistochemical factors were significantly associated with development into invasive carcinoma more than histological and morphometrical factors.

【Discussion】Atypical epithelium of the tongue which develop into invasive carcinoma can be recognized carcinoma in situ / oral intraepithelial neoplasia. Furthermore, we provided the objective data to show that the diagnostic accuracy may be improved by combining immunohistochemical findings with morphological factors.

ワークショップ 5 表在癌を考える

WS5-5 口腔扁平上皮癌境界病変の客観的病理組織診断:免疫組織化学の導入による診断精度向上の均霑化をめざして

Histopathological diagnosis of oral borderline malignancies, especially of carcinoma in-situ, based on combined immunohistochemistry -our approach towards their objective differential diagnosis in Niigata University Hospital-

丸山 智

新潟大学医歯学総合病院 歯科病理検査室

Satoshi Maruyama

Oral Pathology Section, Department of Surgical Pathology, Niigata University Hospital

口腔扁平上皮癌境界病変は、異型上皮、上皮内癌と微小浸潤癌に分類できます。「口腔癌取扱い規約 第1版」によれば、上皮内癌はTis癌(口腔上皮内腫瘍 oral intraepithelial neoplasia (OIN)/上皮内癌 CIS)に分類され、早期癌が「病変の大きさが比較的小さく(T1,T2)、かつ所属リンパ節転移がなく (N0)、粘膜下組織にとどまる深達度 SM までの癌」と定義されていますが、舌癌では表層筋層内へ浸潤してもリンパ節転移のない症例が少なくないことから、その定義に関して検討が必要とされています。さらに現時点では癌としては診断するのは困難であるが、将来的に癌に進展しうる病変、すなわち異型上皮はより高頻度に遭遇しますので、これらの三つの病変を含めて境界病変と考える必要がありますし、現実にはそれらの病変複合体が同時に出現する機会が多いのではないかと思います。それではそれらの鑑別診断をより客観的に、病理医間または診療機関でのばらつきを無くすにはどのようにしたらよいのでしょうか?わたしどもは免疫組織化学の導入が必須だと考えています。免疫組織化学の補助によってHE所見を見直すと同時に、その意義を確認するための研究が必要であり、その研究成果を科学的診断根拠として、普遍性・再現性の高い診断基準を作っていく必要があると考えます。そこで今回はいくつかの診断に関する成果をしめすとともに、新潟大学でおこなっている診断への取り組みを紹介します。