

## 口蓋隆起部に発生した扁平上皮癌の臨床的検討

金 秀 樹<sup>1</sup> 浜田智弘<sup>1</sup> 菅野勝也<sup>1</sup> 佐藤 淳<sup>1</sup>  
高田 訓<sup>1</sup> 大野 敬<sup>1</sup> 森蔭由喜<sup>2</sup> 櫻井裕子<sup>3</sup>  
遊佐淳子<sup>3</sup> 清野和夫<sup>4</sup>

### Clinical Study of Squamous Cell Carcinoma Arising in the Torus Palatinus Region

Hideki KON<sup>1</sup>, Tomohiro HAMADA<sup>1</sup>, Katsuya KANNO<sup>1</sup>, Jun SATOH<sup>1</sup>  
Satoshi TAKADA<sup>1</sup>, Takashi OHNO<sup>1</sup>, Yoshiki MORIKAGE<sup>2</sup>, Yuko SAKURAI<sup>3</sup>  
Junko YUSA<sup>3</sup> and Kazuo SEINO<sup>4</sup>

Squamous cell carcinoma (SCC) arising in the hard palate is relatively uncommon. Cases of those arising in the mid-portion of the hard palate are very rare and those arising in the torus palatinus region are particularly rare. We encountered a case of SCC that arose in the torus palatinus region.

A 78-year-old woman consulted our hospital because of an ulcer on the torus palatinus. Pathological diagnosis was SCC. A full-thickness excision of the hard palate including the palatal mucosa and the torus palatinus with protection of the nasal floor was performed. No recurrence or metastasis has been found at the present time, and the postoperative course has been good. And, the speech and the ingestion function were recovered mostly.

Key words : Squamous cell carcinoma, torus palatinus, excision

### 緒 言

口蓋隆起は白人に比べアジア人での発現頻度が高く、日本人の約30%にみられるとされている。性差では女性に多く、通常、自覚症状を伴わないが、大きなものでは義歯装着の障害や発音障害をきたし、また外的刺激によりしばしば潰瘍を形成することが知られている<sup>1)</sup>。

口腔扁平上皮癌は舌や歯肉に好発し、硬口蓋に発生することは比較的少ない。特に口蓋正中部に発生することはほとんどない。口蓋正中部に発生する口蓋隆起の表面粘膜は機械的刺激を受けやすいと考えられるが、口蓋隆起部に発生した扁平上皮癌の報告は非常に稀である<sup>2,3)</sup>。今回われわれは、口蓋隆起部に発生した扁平上皮癌の1例を経験し良好な治療経過を得たので報告する。

受付：平成24年5月9日，受理：平成24年7月24日  
奥羽大学歯学部口腔外科学講座<sup>1</sup>  
森蔭歯科医院<sup>2</sup>  
奥羽大学歯学部口腔病態解析制御学講座口腔病理学分野<sup>3</sup>  
奥羽大学歯学部歯科補綴学講座<sup>4</sup>

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ohu University School of Dentistry<sup>1</sup>  
Morikage Dental Clinic<sup>2</sup>  
Division of Oral Pathology, Department of Oral Medical Sciences, Ohu University School of Dentistry<sup>3</sup>  
Department of Prosthetic Dentistry, Ohu University School of Dentistry<sup>4</sup>



写真1 初診時口腔内写真

口蓋部に3×2cmの口蓋隆起を認め、口蓋隆起前方部に潰瘍形成がみられた。

## 症 例

患 者：78歳，女性

初 診：平成22年6月

主 訴：口蓋部接触痛

既往歴：白内障，高血圧症，脂質異常症，脂肪肝，気管支喘息，骨粗鬆症にて多数服薬しており，平成18年からビスフォスフォネート薬（ベネット）も内服していた。ビスフォスフォネート薬については当科受診後に処方医対診の上，中止とした。

現病歴：平成21年10月頃，口蓋部に接触痛が出現するも自然に消失したため放置していた。平成22年3月，接触痛が再発したため，近医内科を受診し，ステロイド軟膏を処方され経過観察を行っていたが改善しないため，当科紹介となった。

現症および検査所見：顔貌は左右対称で特記事項はない。口蓋部に3×2cmの口蓋隆起を認めた（写真1）。口蓋隆起後方は骨様硬で表面粘膜は一部に白斑を認めるもののおおむね正常であった。しかし右側前方部は，潰瘍形成がみられ，接触痛があった。エックス線，CTを撮影したところ，エックス線写真において明らかな異常は認めなかったが，CTにおいて口蓋隆起の前方に病変の形成があり，口蓋隆起の骨吸収像を認めた（写真2）。鼻腔や上顎洞への浸潤は認めなかった。同病変について腫瘍の可能性が高いと判断し，生

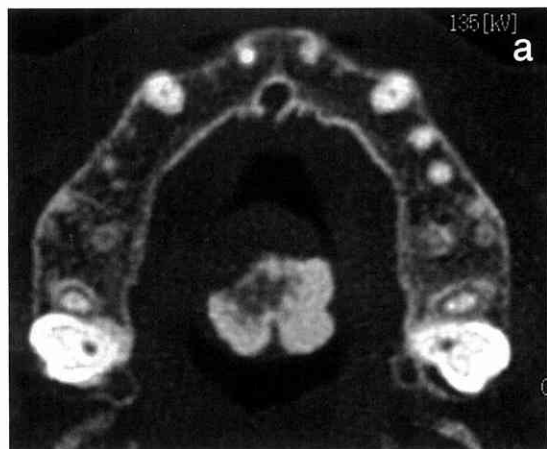


写真2 初診時CT写真

a 水平断：口蓋隆起の前方に病変の形成があり，口蓋隆起の骨吸収像を認めた。

b 前額断：骨吸収は鼻腔や上顎洞へは達していなかった。

検を行った。切除標本は弱拡大像において表層に被覆粘膜はなく癌性潰瘍が形成されていた。また癌胞巢の形成を伴い，腫瘍組織が粘膜表層から結合組織へ浸潤しているのを認めた（写真3a）。強拡大像では，癌真珠が観察され，細胞間橋の形成，核の大小不同，核小体の腫大，核小体数の増加が確認された。また間質には密なリンパ球浸潤が見られた（写真3b）。以上より高分化型の扁平上皮癌と診断した。また，FDG-PETでは，口蓋正中の口蓋隆起前方に限局したSUV 8のFDG集積を認めた（写真4）。PET，MRI，CTにて頸部リンパ節転移や遠隔転移を疑う所見は認められなかった。

診 断：口蓋部扁平上皮癌（T2N0M0，Stage II）

処置および経過：平成22年7月，入院全身麻酔下に入上顎骨部分切除術を施行した。まず1cm

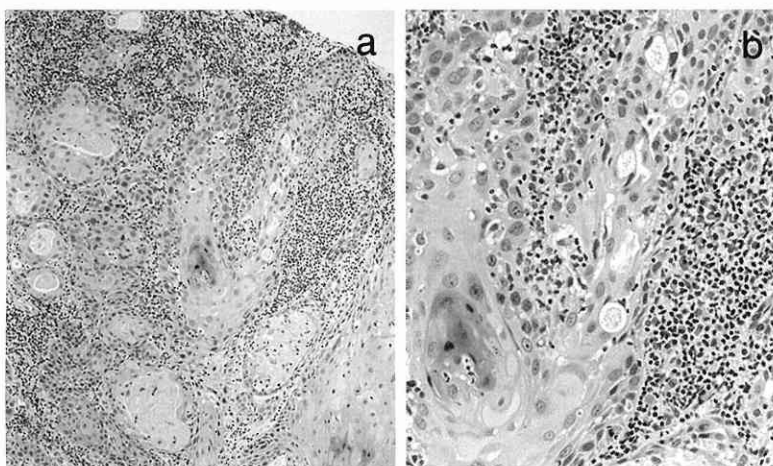


写真3 生検時病理組織写真(H-E染色)

- a 弱拡大：癌巣の形成を伴い、腫瘍組織が結合組織へ浸潤していた。  
 b 強拡大：癌真珠、細胞間橋の形成、核の大小不同、核小体の腫大、核小体数の増加、間質のリンパ球浸潤が見られた。

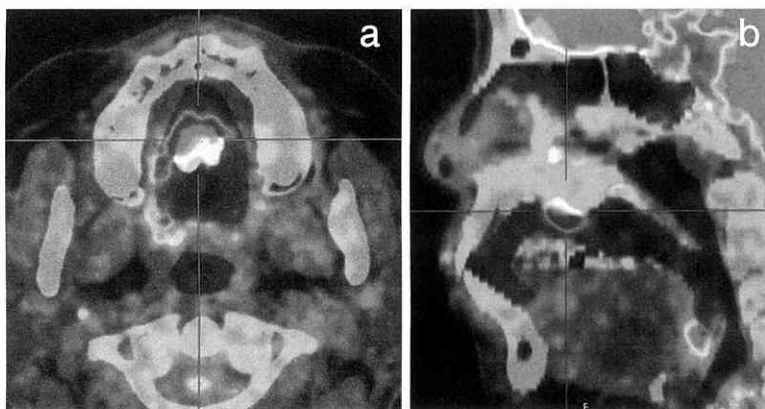


写真4 FDG-PET写真

- a 水平断：口蓋隆起の前方部にFDGの異常集積を認めた。  
 b 矢状断：異常集積は口蓋隆起部に局限していた。

の安全域を設定して電気メスにて口蓋粘膜を骨膜まで切開した。続いて口腔前庭部を切開し梨状口下縁を明示して、鼻中隔マイセルを用いて鼻中隔を切離した。鼻腔底粘膜を上方へ剥離し、ノウベラにて保護しつつ、口蓋よりレスプロソーおよびマイセルにて骨削除を行い、口蓋隆起および骨口蓋を含めた周囲組織を一塊として切除した（写真5, 6）。骨口蓋の鼻腔側は滑沢で異常所見は認めなかった。また手術による鼻腔底粘膜の損傷もほぼなかった。創部は軟膏ガーゼで覆い、サージカルシーネを装着し終術とした。手術時間は1時間

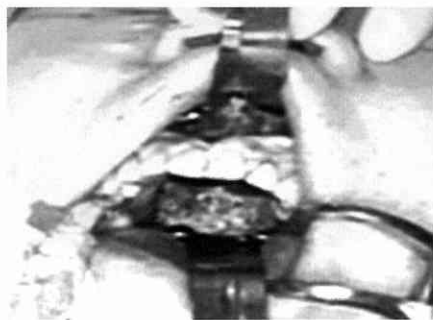


写真5 術中写真

鼻腔粘膜を保護しつつ、口蓋より骨削除を行い、口蓋隆起および骨口蓋を含めて一塊として切除した。

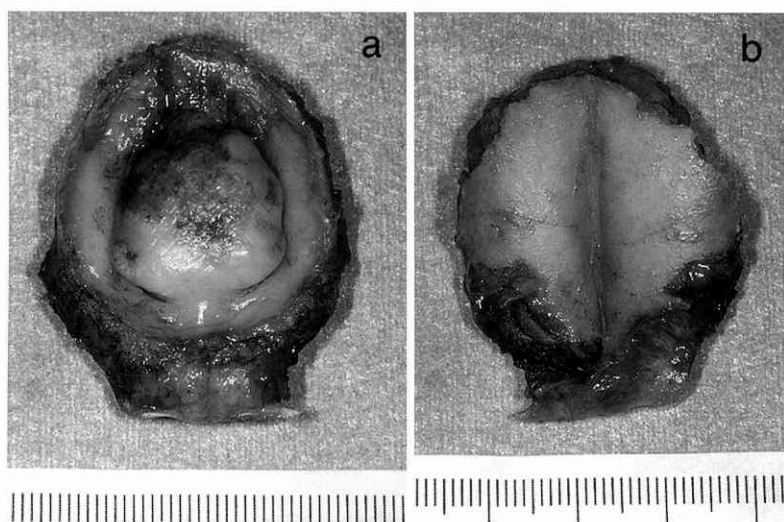


写真6 切除物写真

- a 口蓋面観：腫瘍，口蓋隆起，骨口蓋，周囲組織を一塊として切除できた。  
 b 鼻腔面観：骨口蓋の鼻腔側は滑沢で異常所見は認めなかった。

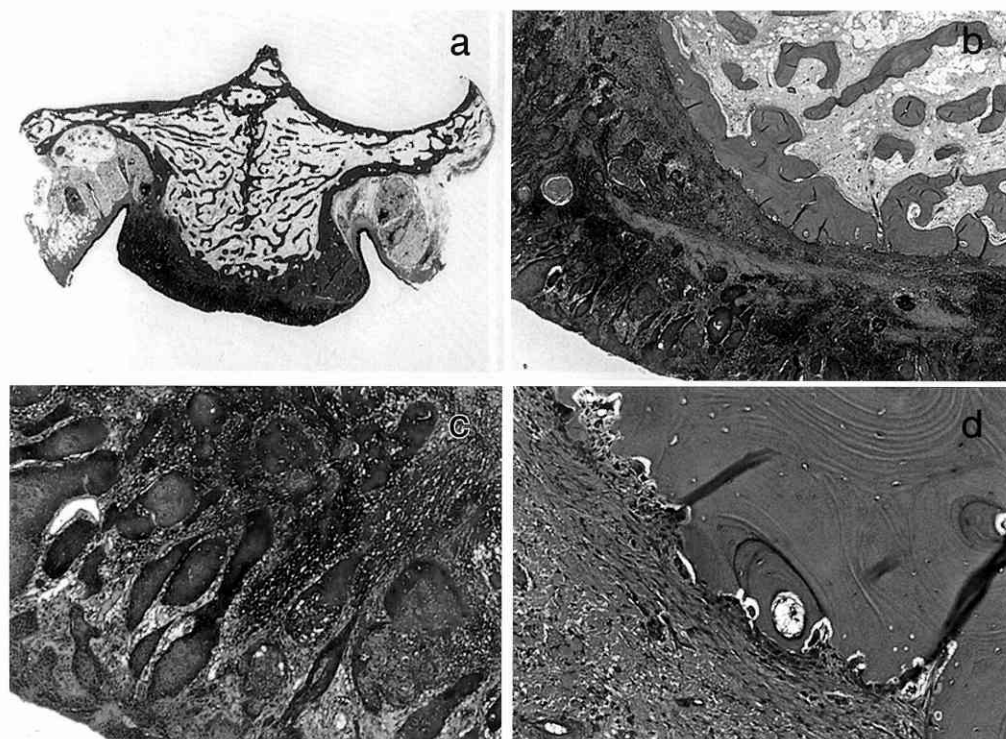


写真7 切除物病理組織写真(H-E染色)

- a ルーペ像：口蓋隆起右側下方部の骨組織は広範にわたり破壊されていた。  
 b 弱拡大：腫瘍組織は骨組織を破壊吸収しつつ，口蓋隆起を形成する骨組織の近傍にまで増殖していた。  
 c 強拡大：腫瘍組織は癌巣を多数形成しつつ増殖していた。  
 d 強拡大：骨組織の表層は破骨細胞による吸収が見られた。

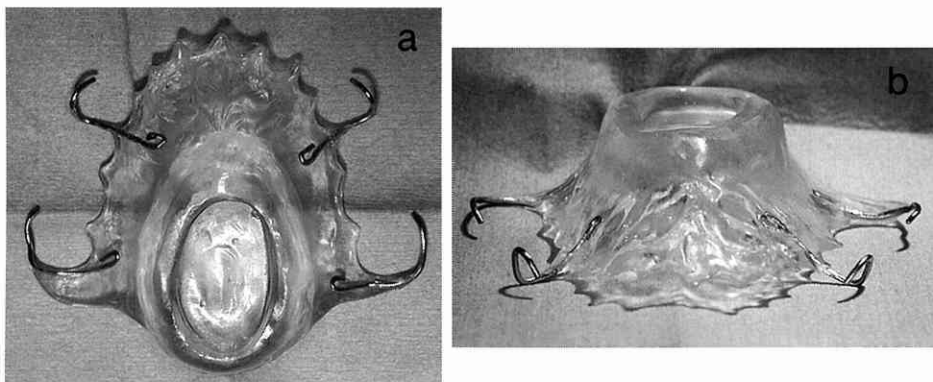


写真8 オブチュレーター写真

- a 口蓋面観：ワイヤークラスプ4本で維持は良好であった。  
b 正面観：口蓋粘膜の修復にあわせて鼻腔側の床は順次削合し調整した。

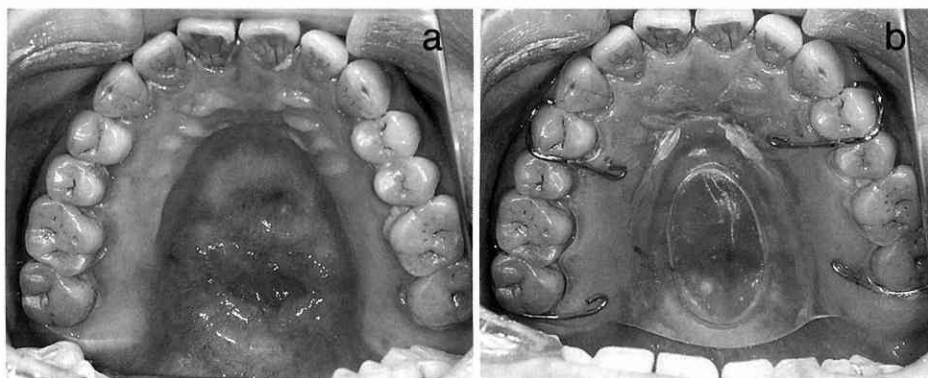


写真9 術後2か月口腔内写真

- a オブチュレーター非装着時：鼻腔粘膜の露出はわずかになった。  
b オブチュレーター装着時：オブチュレーターの適合は良好で、装着時に鼻腔への漏出はなかった。

2分、出血量は30ccであった。

切除物の病理組織像において、口蓋隆起右側下方部の骨組織が広範にわたり破壊されているのが観察された（写真7）。腫瘍組織は癌胞巣を多数形成しつつ増殖しており、生検時の標本と同様、高分化型の扁平上皮癌と診断した。また骨組織の表層は破骨細胞による吸収が見られた。尚、切除断端に腫瘍細胞は見られなかった。

術後33日目までは軟膏ガーゼとサージカルシーネにて創部を保護していたが、術後19日目に印象採得を行い、術後34日目でオブチュレーターを製作のうえ装着した（写真8）。オブチュレーター装着の状態で摂食、構音に支障がないため、術後35日目で退院とした。以後、外来にて

定期的に経過観察を行っている。術後2か月では口蓋粘膜の修復に伴い、鼻腔粘膜の露出範囲はわずかになった（写真9）。オブチュレーターは調整を繰り返しながら使用していたが、術後3か月には鼻腔粘膜の露出はなくなり、オブチュレーターの使用を中止した。その後、術後1年10か月の現在まで再発、転移等の異常もなく良好に経過している。現在も口蓋部に陥凹が残存しており、同部の骨口蓋が欠損しているが、口蓋粘膜の厚みもあり、創部に炎症所見はなく、摂食、構音に支障はない（写真10）。

## 考 察

われわれが渉猟し得た限り、本邦における口蓋



写真10 現在(術後1年10か月)口腔内写真

口蓋部に陥凹が残存しているが、鼻腔との交通は見られない。

隆起部に発生した扁平上皮癌の報告は田上ら<sup>3)</sup>の2例のみである。海外においても Miglani<sup>4)</sup>による症例報告のみであった。したがって治療法、特に切除術の術式は確立されておらず、症例の蓄積により検討する必要がある。田上ら<sup>3)</sup>は、口蓋隆起部の骨に浸潤があった1例について鼻腔底粘膜に至る浸潤はなかったものの、癌の浸潤が骨口蓋におよぶ上顎癌の切除法に準じて、鼻腔底粘膜を含めて切除したと報告している。術後は顎義歯を使用している。また骨への浸潤を認めなかった1例については、骨口蓋を保存して口蓋隆起の基部で切除したと報告している。

自験例では、浸潤範囲は口蓋隆起部の骨におよんでいたが、鼻腔底へは達していなかった。われわれは、口腔前庭部を切開し、梨状口よりあらかじめ鼻腔底粘膜を上方へ剥離した上で、骨口蓋の切除を行うことで鼻腔底粘膜を保護できた。その結果、口蓋粘膜が修復され、術後3か月でオブチュレーターが不要になったと推測される。すべての症例において適応できるとは限らず、また必ず自

験例のように良好な治癒経過をたどるとは限らないが、この術式は口蓋隆起に発生した扁平上皮癌の切除法として非常に有効と思われる。

## 結 語

今回われわれは、口蓋隆起部に発生した扁平上皮癌の1例を経験したので報告した。口腔前庭部を切開し鼻中隔を切離して鼻腔底粘膜を保護しつつ、口蓋隆起および骨口蓋を含めて腫瘍および周囲組織を一塊として切除する術式で上顎骨部分切除術を行った。その結果、術後3か月には構音、摂食機能はほぼ回復し、術後1年10か月の現在まで再発、転移等の異常もなく良好に経過している。

本論文の要旨は、第56回(社)日本口腔外科学会総会・学術大会(2011年11月 大阪)において発表した。

## 文 献

- 1) 塩田重利, 富田喜内, 榎本昭二, 道 健一, 岡野博郎, 関山三郎, 工藤逸郎, 天笠光男: 上顎部の疾患. 最新口腔外科学 第4版; 575-576 医歯薬出版 東京 1999.
- 2) 小浜源耶: 上顎歯肉癌(歯槽粘膜・口蓋粘膜を含む)の診断と外科療法. 口腔癌[診断と治療](清水正嗣, 小浜源耶編)初版; 232-243 デンタルダイヤモンド社 東京 1989.
- 3) 田上隆一郎, 岩本 修, 轟 圭太, 原口尚大, 豊福司生, 楠川仁悟: 口蓋隆起部に生じた扁平上皮癌の2例. 日口外誌 58; 97-101 2012.
- 4) Miglani, D. C.: Squamous cell carcinoma arising in mucosa overlying torus palatinus. Oral Surg. 12; 289-293 1959.

著者への連絡先; 金 秀樹, (〒963-8611) 郡山市富田町字三角堂31-1 奥羽大学歯学部口腔外科学講座

Reprint requests: Hideki KON, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ohu University school of Dentistry.

31-1 Misumido, Tomita, Koriyama, 963-8611, Japan