

# 早期口腔がんの病理

大分大学医学部歯科口腔外科学講座  
教授 河野憲司



## 1. はじめに

本シリーズ第1回では早期口腔がんの臨床像について解説しましたが、口腔がんの肉眼所見が多彩であることをご理解いただけたと思います。潰瘍を形成してくぼんでいるものがあれば、逆に隆起しているものもあるといったふうで、なかなか単純ではありません。がんが大きくなれば、教科書に書かれているような「汚い潰瘍あるいは膨隆」、「周囲に粘膜下硬結を触れる」といった表現が当てはまりますが、早期がんではこのような悪性腫瘍としての典型的臨床所見は、しばしば明らかではありません。ここに早期がん発見の難しさがあります。

私ども口腔がん治療医は、臨床像から病理組織像をイメージしながら口腔粘膜疾患を診ています。簡単なことではありませんが、そのようなトレーニングを積むと、小さな異常所見でも「もしかすると、がんではないかな？」と考える習慣が身につきます。

今回は、病理像のイメージングについて簡単に解説し、早期がん症例の一例を提示します。

## 2. 白い病気、赤い病気、硬い病気…どんな組織像なのか？

白い病気、赤い病気、硬い病気の3つの臨床的变化を例として、病理像のイメージングについて説明します。

### 1) 「白い病気」

粘膜面が白く見える口腔病変といえば、白板症が初めに思いつくでしょう。口腔扁平苔癬や義菌性角化症でも、口腔粘膜が限局的に白くなります。これらに共通する組織変化は上皮層の肥厚です。肥厚する部分は口腔粘膜上皮(重層扁平上皮)の最表の角化層であったり、中間の有棘層であったり、その両方であったり、様々です。角化層の肥厚を過角化症(hyperkeratosis)、有棘層の肥厚を棘細胞症(acanthosis)と言います。図1、図2は上皮層肥厚のイメージと実際の組織像です。

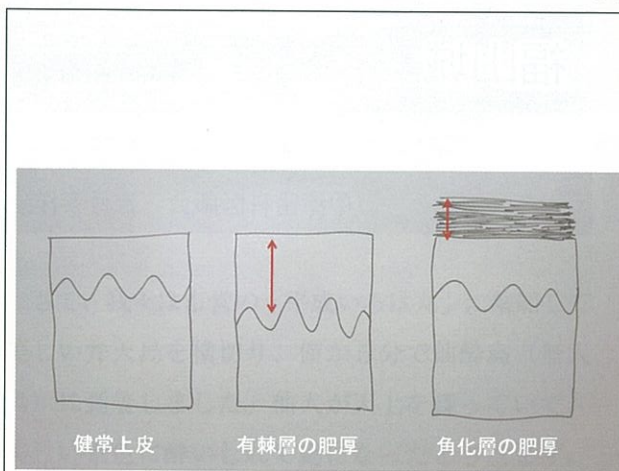


図1 「白い病気」

口腔粘膜が白く見える場合は、上皮層の肥厚が生じている。有棘層の肥厚を棘細胞症、角化層の肥厚を角化症と呼ぶ。

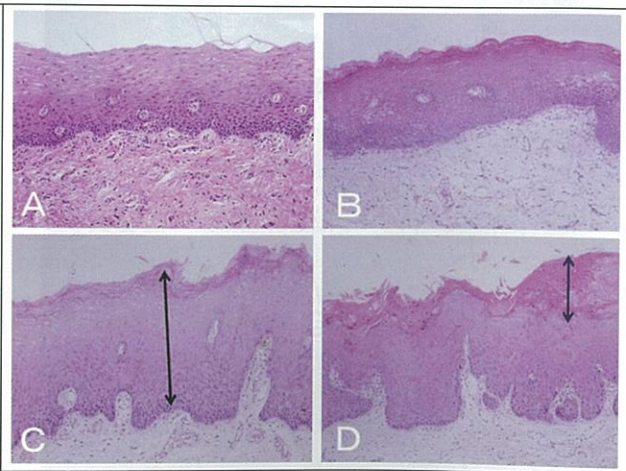


図2 口腔粘膜上皮の肥厚

A. 健常の非角化重層扁平上皮、B. 健常の角化重層扁平上皮、C. 有棘層の肥厚、D. 角化層の肥厚。A、BにくらべてC、Dは上皮が厚くなっていることに注目。

## 2) 「赤い病気」

赤く見える場合は、上皮層の菲薄化か、急性炎症による充血が起こっています(図3)。

まず、上皮の菲薄化は文字通り上皮層が薄くなっている状態で、粘膜上皮下の動脈血の赤みが透過して粘膜面が赤く見えるようなイメージを持つとよいでしょう。上皮層の菲薄化による粘膜の赤みは、上皮の前がん性変化でよく見られるので、注意が必要です(図4)。口腔扁平苔癬で見られる赤い部分も上皮菲薄化の一例です。

一方、急性炎症による充血は、上皮下の血管が拡張したことによる粘膜面の赤みで、いわゆる“発赤”という炎症所見です。

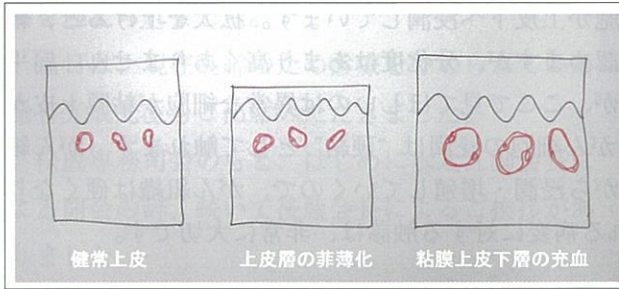


図3 「赤い病気」

口腔粘膜が赤く見える場合は、上皮層の菲薄化、あるいは急性炎症による充血で上皮下の血管が拡張している。

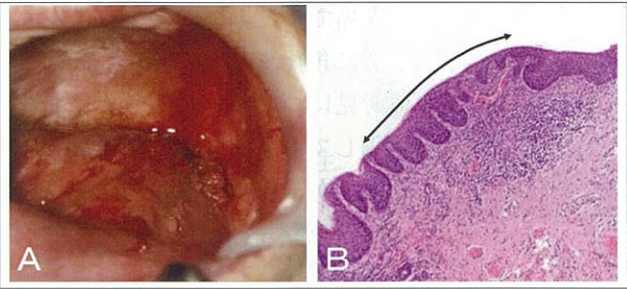


図4 口腔粘膜上皮層の菲薄化

Aの頬粘膜の赤い部分を組織で見ると、Bのように粘膜上皮が薄くなっている。この症例は紅板症(口腔前がん病変のひとつ)で、上皮細胞の前がん性変化には、しばしば上皮層の菲薄化が見られます。

## 3) 硬い病気

ここではがん周囲の“硬結”について説明します。簡単に言えば、「口腔がんではがん細胞が周囲へ浸潤性に増殖するので、がんの周りを触診すると硬く感じる」ということですが、組織学的なイメージを持つておくことは大切です。図5は口腔扁平上皮癌の浸潤性増殖のイメージと実際の組織像です。

がん細胞のもつ浸潤・増殖能の強さによって硬さの程度は違いますし、また外向性発育の口腔がん(第1回を参照。盛り上がってくる傾向のあるがんです)や早期口腔がんでは触知しにくいことがしばしばです。しかし、注意深く触診を行うことは、良性病変と悪性病変の臨床的鑑別で大切です。

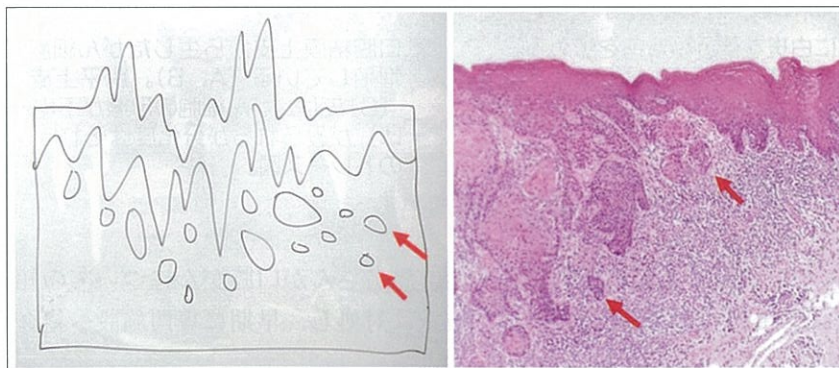


図5 口腔扁平上皮癌のイメージと組織像

がん細胞は周囲へ浸潤性増殖をするので、がんの周囲粘膜を触診すると“硬結”を触れる。赤矢印はがん周囲の健常粘膜下へ浸潤性増殖をするがん胞巣。

### 3. “超” 早期口腔がんの病理所見

最後に、非常に早期に受診し、局所麻酔での切除によって治癒した舌がん症例を紹介します。数週間治癒しない舌潰瘍のため、かかりつけ歯科医院からの紹介で当科を受診した45歳男性患者です。

当科初診時、左舌縁部に小さな潰瘍を認めました(図6)。潰瘍がやや不整形で、潰瘍底が少しデコボコしていました。また、潰瘍周囲に白斑を伴っており、潰瘍部やその周辺はやや硬い感じがしました。

不適合補綴物の刺激によって生じた角化症の中に潰瘍ができたとも考えられますが、かかりつけ歯科医院での処置でなかなか治らなかったこと、潰瘍底の状態からがんも疑わねばならない臨床像です。

そこで細胞診を行ったところ“異型あり”の報告でしたので、直ぐに切除術を行いました。切除物の病理検査結果は扁平上皮癌でした。図7のようにがん細胞が上皮へ浸潤しています。拡大を上げると、細胞異型が著しく、一部に角化真珠(keratin pearl)を認めますが、分化度はあまり高くありません。扁平上皮癌の細かい病理所見についての説明は省略しますが、ここで見てほしいのは異常な細胞が粘膜上皮から発生して下方へ浸潤している所見です。このようながん細胞の浸潤は“硬結”として触れます(がん細胞自体は軟らかいのですが、線維組織の増生を伴いながら浸潤・増殖していくので、がん組織は硬くなります)。粘膜疾患、特に前がん病変や早期がんが疑われる病変に対する触診は、非常に大切です。



図6 45歳男性の舌潰瘍

左舌縁部に、周囲に白斑を伴う小潰瘍を認める。  
不適合補綴物による潰瘍、それとも早期がん？

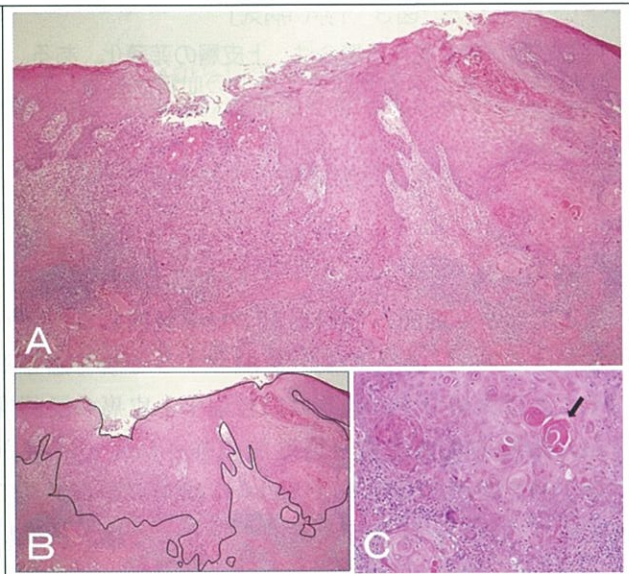


図7 図6の切除物の病理組織像

口腔粘膜上皮から生じたがん細胞が下方へ浸潤性に増殖している(A、B)。扁平上皮癌である。強拡大(C)では、がん細胞の形態が不均一で、角化真珠(矢印)がみられるが分化度はそれほど高くない。BはAのトレース図。

この患者さんのように治癒しない粘膜病変の場合、患者さんが口腔がんについての知識を持っていること、かかりつけ歯科医が口腔がんを考慮に入れて慎重に対処し、早期に専門施設へ紹介すること、この2つは口腔がん早期発見に必須です。

今回は口腔がんが疑われる場合に、診断確定のためにどんな検査を行うかを解説します。