

臨床懇話会

第277回東京医科大学臨床懇話会記録

口底部腫瘍を契機に発見された MALT Lymphoma の1例

A case of MALT lymphoma which could be found by
a phyma of the floor of the mouth.

日 時：平成10年1月30日(金) 午後3時～

場 所：東京医科大学霞ヶ浦病院第4.5会議室

当 番：霞ヶ浦病院歯科口腔外科

司 会：山田容三助教授

発言者：藤原靖之（外科学第4講座教授），本田一文（歯科口腔外科），草間 博（病理部助教授），
高木 聡（内科学第5講座），溝上裕士（内科学第5講座）

藤原：時間になりましたので、第277回の東京医科大学臨床懇話会を始めさせていただきます。本来ならば本部のほうから臨床懇話会の委員長、あるいは副委員長の先生がいらしゃってご挨拶をされるころなのですが、霞ヶ浦病院もそろそろ一本立ちしてやればよいではないかということで、私がこの会の世話をずっとやっていたので、一言挨拶をさせていただきます。

毎年1月になりますと、霞ヶ浦病院に臨床懇話会の担当が回ってきます。各科持ち回りですずっとやってきて、今年は口腔外科の山田先生が快く引き受けて下さり、担当教室になっていただきました。それに関連教室として内科学第5講座と中検病理部が一体となって、本日の演題としまして「口底部腫瘍を契機に発見された MALT lymphoma の1例」ということで、今回の臨床懇話会を始めさせていただきます。われわれにわからないようなことがありましたら、よく説明していただきたいと思いますし、また、有意義な会でありますことを祈念して挨拶に代えます。それでは山田先生、よろしくお願いします。

山田：臨床懇話会を始めさせていただきます。今回は霞ヶ浦病院歯科口腔外科の担当です。『口底部腫瘍を契機に発見された MALT lymphoma の1例』と

いうことで、MALT lymphoma とは、粘膜関連リンパ組織リンパ腫、mucosa associated lymphoid tissue delived lymphoma です。司会は、口腔外科の山田が努めさせていただきます。演者は口腔外科の本田先生と、それから内科の高木先生、病理部の草間先生にご意見を頂きたいと思います。

口底部には腫脹とか腫瘍形成のみられる病変が多数ありますが、悪性リンパ腫の発生は少ないとされています。今回とり上げる口底部の悪性リンパ腫というのは比較的まれな組織系であるということと、その診断治療には多くの問題があるということから、本症例について検討しようと考えました。最初に口底部の解剖学的な話を簡単にします。

口底は顎舌骨筋の上にある軟組織で口腔内から観察しますと舌と舌下部に分けられ、舌を挙上しますと、下顎歯肉の内側粘膜は舌下面に移行して口底粘膜となります。

粘膜には舌下ヒダという舌下腺による隆起があり、前端は舌下小丘になります。舌下ヒダには小舌下腺管、舌下小丘には大舌下腺、顎下腺管の開口があります。粘膜下には外側に舌下腺、内側に舌神経が走行しています。その後方では顎下腺管の外側に舌神経、また内側に舌下神経があります。オトガイ舌筋、オトガイ舌骨筋、顎舌骨筋と下顎骨で囲ま

れた領域が口底部です。解剖学的に大変複雑な構造であるために、炎症であるとか嚢胞、腫瘍などの様々な疾患が発生します。今回の症例はこの部位に発症した悪性リンパ腫についてです。それではまず初診時に診察されました口腔外科のほうから症例の提示をお願いします。

本田：患者さんは74歳、女性で、初診は1997年7月14日、主訴は左側口底部の腫瘍でした。現病歴としましては、1992年頃より左側口底部に腫瘍を自覚していましたが、疼痛などの症状がないため放置していました。1996年8月頃より同腫瘍により、下顎義歯の不適合をきたしたため、近歯科医院を受診しました。その際にも口底部の腫瘍を指摘されましたが、疼痛などの症状がないために、下顎義歯の調整だけにとどめ、同腫瘍に対して特に積極的な治療は受けていませんでした。

約1年後の1997年7月に今度は上顎の歯の治療のために同歯科医院を受診したところ、腫瘍は舌小帯を超えて右側にも進展していたため精査目的で当科を紹介されて来院しました。

既往歴、家族歴に特記事項はありませんでした。

初診時の口腔内所見ですが、左側舌下ヒダ部から舌小帯を超えて右側の舌下ヒダ部まで、25 mm × 20 mm 大の馬蹄形の腫瘍がみられました。腫瘍は弾性硬で無痛性のくりくりとした可動性を持ち、下部組織との癒着はみられませんでした（写真1）。

舌下小丘からの唾液の排出は左右とも少量でした

が認められました。また左側の舌下小丘からワルトン管に鼻涙管ブジの挿入を試みましたが狭窄しており不可能でした。両側の舌下小丘からの唾液の排出が非常に少量だったので、口腔内は乾燥しているようでしたが、患者さんからは特にそのような訴えはありませんでした。

また、顎下腺、顎下リンパ節などの所属リンパ節に腫脹等の所見はみられませんでした。

咬合型 X 線写真では、口底部に唾石などの石灰化物や異物の存在は確認できませんでした（写真2）。

口底部の CT 所見ではオトガイ舌筋の上方に内部が均一な腫瘍様の像がみられました（写真3）。

初診時の血液検査では、LDH が若干上昇しているのとクレアチニンの低下以外は特に異常な値は認められず、CRP は陰性でした（表1）。

炎症反応がみられず、X 線診査で唾石などによる唾液の排出障害の可能性が否定的なこと、CT 所見で充実性の内容を示す像がみられることから考えて、臨床診断は良性腫瘍の疑いとし、7月15日に生検を施行しました。生検時の所見としましては、腫瘍は粘膜とは連続性を持たず剥離は容易でした。生検検体の病理診断に関しましては、後程、病理部の草間先生のほうからコメントがあると思いますが、low grade B-cell type lymphoma を強く示唆す

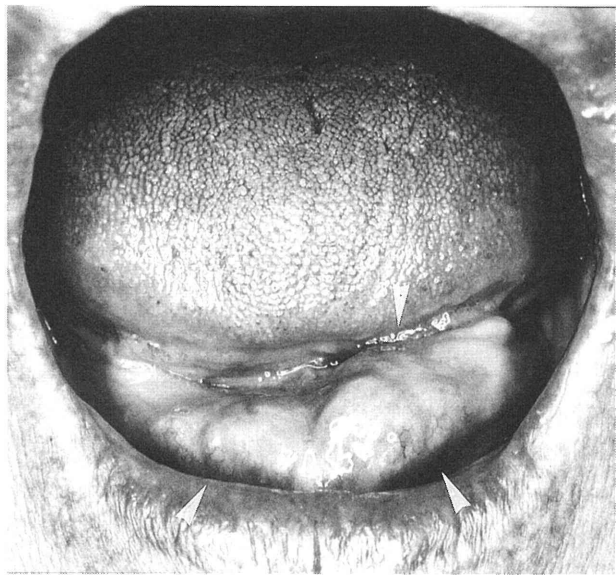


写真1 初診時口腔内写真



写真2 口底部の咬合型 X 線写真

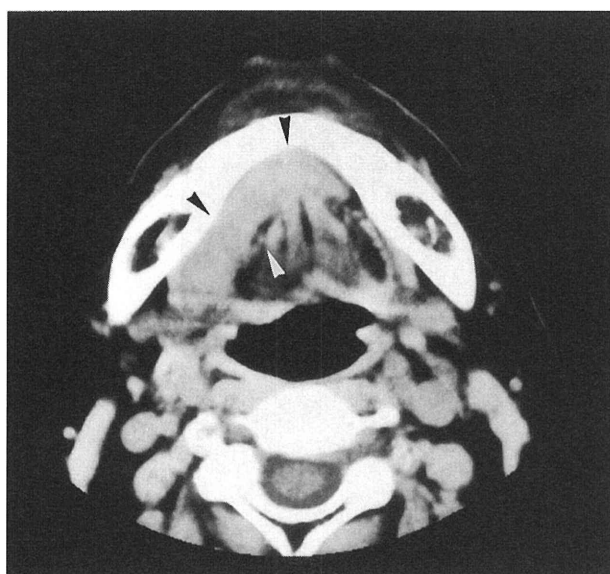


写真3 口底部のCT像

表1 初診時臨床検査所見

血液検査	血算	ALP	240 U/l
WBC	$5.5 \times 10^3 / \mu\text{l}$	LDH	481 U/l
RBC	$4.21 \times 10^6 / \mu\text{l}$	GGT	35 U/l
Hb	13.2 g/dl	CHE	6.72 U/ml
Ht	38.7 %	CK	110 U/l
Plt	$242 \times 10^3 / \mu\text{l}$	T-Bil	0.9 mg/dl
血液像	%	BUN	18.3 mg/dl
Neu	43.7	CRE	0.36 mg/dl
Eo	2.2	Na	142 mEq/l
Ba	0.9	K	4.1 mEq/l
Lym	45.7	Cl	104 mEq/l
Mo	7.5	BS	96 mg/dl
尿検査		免疫血清	
異常無し		CRP	0.00 mg/dl
生化学検査		STS/TPHA	(-)
TP	7.0 g/dl	HBS Ag	(-)
GOT	25 U/l	HCV Ab	(-)
GPT	21 U/l		

るという回答でしたが、病理形態学的には確定診断には至りませんでした。またその際、B-cellの clonality に関して抗ヒト immunoglobulin light chain 抗体を用いて免疫組織化学的に検索していただいたのですが、やはり確定診断には至りませんでした。そこでもう一度 biopsy を行い、fresh frozen 検体で Southern blot 法で immunoglobulin heavy chain の DNA のリアレンジメントについて検討する計画を立てました。再度生検を行い、内科の高木先生に DNA のリアレンジメントの検索をお願いしました。後程、高木先生から詳しくお話しがあると思いますが、摘出検体の immunoglobulin heavy chain の DNA のリアレンジメントが Southern blot 法により証明されたことから、lymphoid neoplasm を疑い、今回その段階で low grade B-cell lymphoma, MALT type と診断しました。診断までの経過としましては以上です。

山田：ありがとうございました。比較的臨床症状が少なく経過の長い口底部の腫瘍から MALT lymphoma の確定診断に至ったわけですが、確定診断に際して草間先生に2回の生検材料を病理形態学的に、また免疫組織化学的に検討をしていただきましたので、その所見についてお願いします。

草間：病理には病変部の生検組織が2回提出されていますが、ともに同様の組織像を呈しています。弱拡大像でみると、比較的小型の lymphoid cell がびまん性、密に浸潤しており、明らかな follicular

pattern は認められません。間質には硝子化を伴った密な膠原線維が増生しています。唾液腺の腺房組織は消失していますが、所々に導管が残存しており、一部導管上皮の中に lymphoid cell が浸潤して、いわゆる lymphoepithelial lesion を形成する所があります（写真4）。また、末梢神経束の周囲に lymphoid cell が密に浸潤する像もみられます。

拡大を上げて観察すると、浸潤する lymphoid cell の多くは小型ではありますが、正常の小リンパ球よりはやや大きく若干の核形不整を伴っています。MALT lymphoma の提唱者である Isaacson らの言う centrocyte-like cell に相当する細胞です。さらにこの症例では淡明な広い胞体を有する monocytoïd B-cell と呼ばれる細胞も多くみられます（写真5）。少数ながら、核小体明瞭な大型の blastic cell も散見されます。

以上の組織像から、この病変は反応性浸潤ではなく、腫瘍性のリンパ球増殖すなわちリンパ腫であることが強く示唆されますが、このような小型の lymphoid cell からなる病変では組織形態のみでは確定診断が困難です。そこで2回目の生検検体の一部は未固定凍結保存し、蛍光抗体法を用いて免疫組織化学的に検索しました。その結果、浸潤する lymphoid cell のほとんどは細胞膜に IgM ならびに λ -chain が陽性像を呈して monoclonal な増殖であると判定され、組織形態と総合して low-grade B-cell lymphoma of MALT type と診断しました。

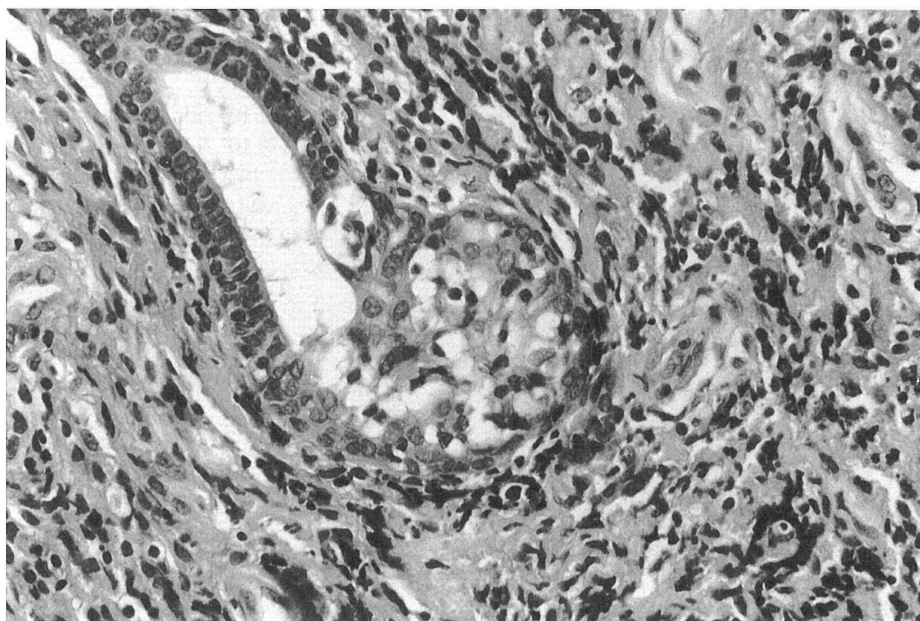


写真4 生検組織のH・E染色像（中拡大）

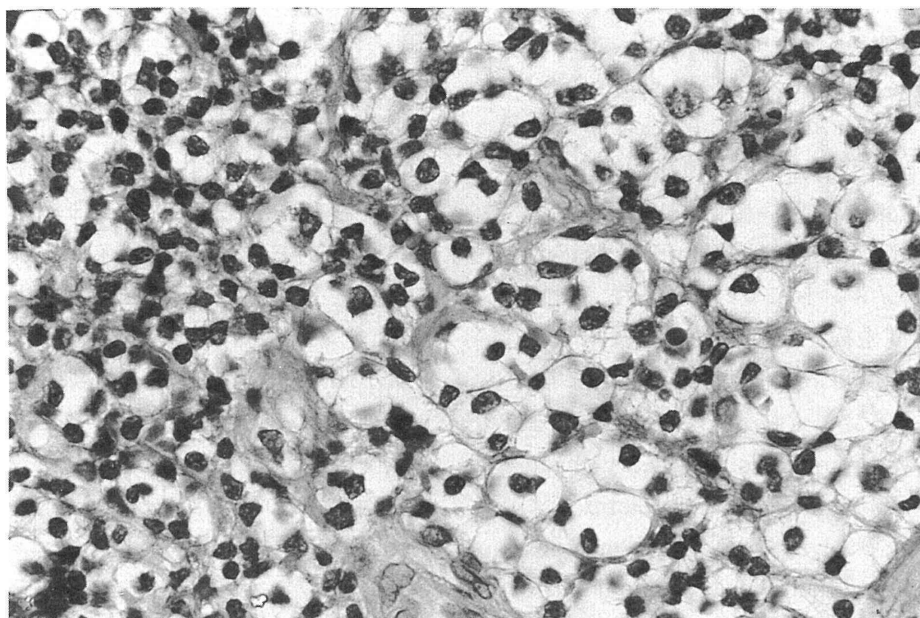


写真5 生検組織のH・E染色像（強拡大）

治療後に生検された組織では、硝子化した密な線維性間質の中に唾液腺の導管が散在し、陳旧性の出血を示唆するヘモジデリン沈着を伴っています。少数の小リンパ球が散見されるのみで、腫瘍性増殖を示唆するような所見は認められません。

山田：草間先生どうもありがとうございました。口底部の悪性リンパ腫というように確定診断されたわけですが、ご存じのとおり、悪性リンパ腫と申しますのは、他の固形がんと異なって、その進展様式

は全身に波及することが多いわけです。全身の綿密な検査と治療法に関しては、内科の方にご相談いたしました。全身の精査所見、並びに治療経過については内科の高木先生のほうからお話し頂きたいと思っています。よろしくお願いします。

高木：悪性リンパ腫の診療について大事なことは、ひとつは先ほど、草間先生がおっしゃった病理分類です。それから、もうひとつは臨床病期分類。つまり、悪性リンパ腫がどのくらい進行しているか

という事です。まず病歴、それから理学所見、さらに先ほど、草間先生からお話がありましたリンパ節の検査です。無論、今回のように原発がリンパ節外である場合には、その病変部位の生検を行って病理診断を行います。

生検したリンパ節を検査するわけなのですが、一般的には組織をとってきますと、それをホルマリンにつけて病理に提出します。しかし、ことリンパ節の場合には普通の HE 染色以外に、様々な検索が必要となります。したがって、生検したリンパ節をいくつかに分割して、その一部を保存しておく。そして後日、必要があれば DNA 解析を行ったり、あるいは免疫染色を行ったりします。それから、一部は病理診断に使いますし、さらにモノクローナル抗体を用いて、免疫染色を行い、それがどのようなリンパ球が主体となっているのかということを検索します。また、フローサイトメーターを用いた表面マーカーの検査、リンパ球というのは多彩な表面マーカーを持っていて、その種類を検索することにより、リンパ球の種類を分類できます。それから、染色体検査、DNA 解析、また必要があれば、ウイルスの分離、同定を行います。あるいは、組織の培養を行ったりして、ひとつの組織を使って多数の検索を行います。

今回のリンパ腫で immunoglobulin の遺伝子の再構成があるかどうかを Southern blot 法で検査しました。これにより免疫グロブリン遺伝子の再構成を認め、この組織が B 細胞性の腫瘍であることが証明されました (写真6)。

次に、臨床病期を決定するわけですが、それには画像診断が重要となります。特に現在有用であるのが CT 検査、MRI、それから超音波、あとシンチレーション検査です。CT については先ほど本田先生のほうからご提示がありましたので省きます。

ガリウムシンチの結果を示します。このシンチの有用性というのは1枚の写真で全身を検索することができるという点です。今回の症例では左側下顎部に集積があり、それ以外の部分には集積がありません (写真7)。先ほどの理学所見、CT 所見、内視鏡所見、骨髄所見、それからこのシンチの所見を併せて、ステージ I と臨床病期を決定いたしました。先ほどいいました様に、悪性リンパ腫の診療の2本柱は、ひとつは病理組織、もうひとつは臨床病期分類です。悪性リンパ腫の場合、なぜこのふたつが

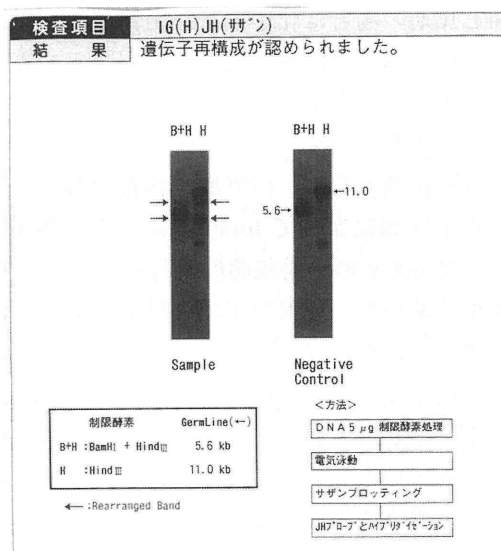


写真6 イムノグロブリン重鎖 JH Southern blotting の結果

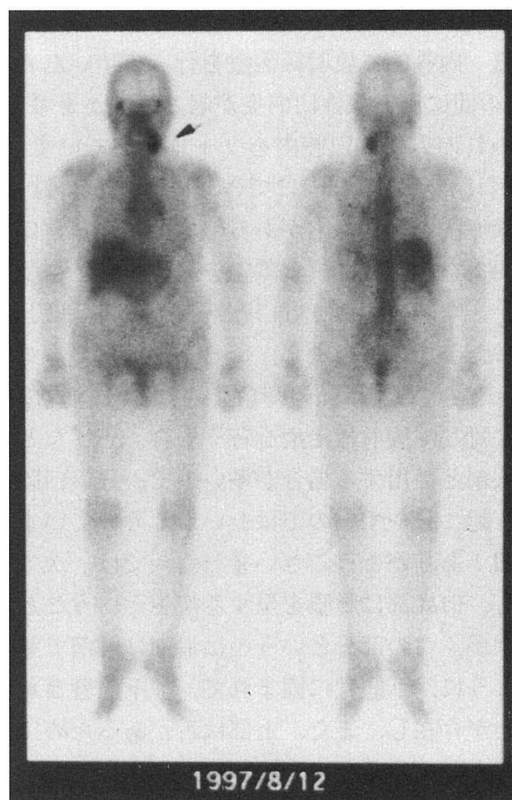


写真7 シンチグラム像 (←: 集積部)

大事かということ、このふたつにより、その治療方針が決まってくるからです。低悪性度の悪性リンパ腫の場合、この臨床病期が I 期、II 期の場合には、放射線療法がその治療の主体になってきます。それか

らⅢ期とⅣ期の場合は化学療法が主体になってきます。今回の症例では低悪性度のリンパ腫で、臨床病期がⅠ期ということでしたので、放射線療法を行うことになりました。

入院後の経過として、口腔底を含む中咽頭から頸部、鎖骨下領域にかけて total 50Gy, 特に腫瘍局所に対しては 60Gy の放射線照射を行いました。その結果腫瘍は縮小し、照射終了時にはほぼ米粒大の病変を残すのみになりました。

山田：高木先生、どうもありがとうございました。今の高木先生からのお話から、今回の症例は口腔内に限局するⅠ期の悪性リンパ腫であること、治療としては放射線療法を主体として行ったということですから、口腔粘膜に対して放射線を照射することになりますと粘膜に炎症が起きたりして、いわゆる放射線性の口内炎ができて摂食障害を引き起こすことがよくありますけれども、今回はいかがだったのでしょうか。

本田：内科的に放射線治療を行って頂いたのですが、その間に放射線性口内炎が起ることを考えて、われわれの方でも口腔内をフォローしていました。日頃われわれも口腔内にできる固形がんに対して、放射線療法を行う適応があるのですが、非常に重篤な口内炎を起こして摂食障害を起こすことも多いのですが、今回の症例では口腔粘膜の障害はほとんどなかったように思います。なぜかと考えてみたのですが、これは私の印象なのですが、通常、口腔がんに対して放射線治療を行う場合、5FU などの化学療法剤と併用するケースが多いので、強い口腔粘膜障害を起こしやすいのではないかと考えています。

山田：ありがとうございました。では、次ですが、口底部に腫脹を呈する疾患ということになりますが、この部分というのは最初に解剖で触れましたように、下顎骨に囲まれて、顎下腺管とか舌下腺などが存在し、また、上部は舌があるために複雑な構成をしておりそのために様々な疾患が発生しやすいという部位です。今回のような症例が来院した場合の診断のポイントについて、初診時診察されました本田先生のほうからお願いしたいと思います。

本田：口底部に腫脹、もしくは腫瘍などを呈した患者さんが来院した場合の診断のポイントについて簡単に述べてみたいと思います。

口底部に見られる腫瘍形成性の疾患は大別すると感染による炎症、嚢胞、ならびに腫瘍。この3つに

分けられると思います。ただ、炎症では、腫瘍と言ってよいのかどうかちょっと問題がありますが、口底部の炎症による疾患としましては下顎骨に歯が存在するために、その原因は複雑になります。一般的にはこれら下顎骨にある歯のうちのひとつ、もしくは複数の歯の根尖性歯周組織炎から顎骨を通して口底部に腫脹が発現したり膿が排出されるようになります。舌下隙に膿が溜まることによって膨隆というか、腫脹するような形態をとる場合があります。そのような場合、X 腺写真を撮影しますと原因である歯の根尖部には類円形の透過像がみられるため、歯性炎症が起きていることがよくわかります。

もちろんこの場合は感染によるものですので、CRP の上昇、発熱、局所に熱感があって痛みを伴うということから、診断はそれほど難しくありません。次に嚢胞にはガマ腫や類皮嚢胞、類表皮嚢胞、甲状舌管嚢胞などがありますけれども、ガマ腫というのは唾石や導管の損傷などにより唾液腺管が閉鎖し唾液が停滞することによって起きるものです。粘膜直下に唾液が貯留するため半球状のやわらかい腫脹膨隆をきたします。これもすぐわかると思います。他にも嚢胞性疾患があるのですが充実性の場合、腫瘍性疾患との鑑別が困難な場合がありますが CT を撮像すると被膜状に観察されますし、その内容は比較的、低密度な density を示すことが多いために比較的診断は容易だと考えます。腫瘍性疾患としましては、良性腫瘍では乳頭腫、線維腫、血管腫、リンパ管腫などいろいろな腫瘍が発生します。また悪性腫瘍としては扁平上皮癌がもっとも多いのですが、粘表皮癌、腺癌なども発生します。これらは CT では充実性を示しますので鑑別の要点となります。今回診断のポイントとなったのは、CRP が陰性であったこと、熱感、疼痛など炎症反応を示さなかったこと、X 腺診査で唾石などの異物がみられず、埋伏歯など歯が存在しなかったこと、CT で内部が充実性を示す像であったことなどを全部考え合わせて腫瘍性病変を疑って biopsy を行ったわけですが、正直なところ、悪性リンパ腫はわれわれも予想はしていませんでした。鑑別のポイントとしては以上です。

山田：どうもありがとうございました。MALT type の malignant lymphoma に関しまして、内科的な臨床症状であるとか、その好発部位、治療法、予後などについて高木先生にお話を伺いたいと思いま

す。よろしくお願いします。

高木：MALT lymphoma についてですが、この MALT というのは本来粘膜に形成されるリンパ装置をさすわけです。代表的なものは小腸にあるパイエル板が代表的なものだと言われています。本来、こういったものを MALT というのですが、それが転じて節外性のリンパ腫のうち粘膜上皮に接した部位に発生するリンパ腫を MALT リンパ腫と呼ぶようになっています。発生部位としましては消化管、それから唾液腺、甲状腺、肺、口腔内などとなっています。なぜこれらの部位に悪性リンパ腫ができるかという唾液腺ではシェーグレン症候群などによる慢性の炎症、それから消化管では *Helicobacter pylori* による刺激、甲状腺では橋本病などの刺激により発生するのではないかとわれています。すなわち、本来リンパ装置がなくても、いま言ったような慢性的な炎症が加わるとここにリンパ装置が形成され、それが MALT リンパ腫の母体となるというわけです。発症年齢は 30～80 歳で、平均が 50～56 歳ぐらい。また性差はみられません。MALT リンパ腫は、発生臓器に比較的限局する傾向があります。しかし、これが進展していくと発生臓器以外の節外臓器にも浸潤することがあります。予後は比較的良好で限局性のものであれば、手術あるいは今回のように放射線療法で治癒する可能性があります。あと、比較的最近の話題としましては、胃の MALT リンパ腫では *Helicobacter pylori* の除菌によっても治癒するものがあります。ただし、すべてがそうなるわけではなくて、稀により悪性度の高いリンパ腫に転化してしまうこともあります。

山田：ありがとうございます。いま、高木先生に全身的なお話をさせていただきましたけれども、口腔領域において本腫瘍の発生頻度とか治療法など何か文献的な報告がありましたらお願いしたいのですが、本田先生いかがですか。

本田：今回、MALT lymphoma を経験したので調べてみたのですが、口腔内における発生頻度については、今回文献の検索を行った範囲内では正確な数字を記載しているものはありませんでした。ただ、MALT lymphoma は、頭頸部領域においては特に唾液腺での発生が多いと言われているようです。1992 年に長崎大学歯学部口腔病理のグループから唾液腺における MALT lymphoma について「Journal of Oral Pathology and Medicine」に報告されたもので、

MALT lymphoma 10 例について検討していますが、圧倒的に耳下腺が多く 7 例、顎下腺 2 例、あと舌下腺 1 例であったと報告しています。臨床症状としては腺の両側、もしくは片側性の無痛性の腫脹が多いようです。舌下腺発生例が 1 例報告されていますが、舌下腺というのは口底粘膜の真下にある腺です。ですから、今回、発表した症例では口底部の腫瘍で MALT lymphoma といたしました。舌下腺から発生した MALT lymphoma ではなかったでしょうかという可能性も否定できないのではないのでしょうか。治療法に関してみますと、耳下腺、顎下腺では圧倒的に腺体の摘出が多く行われています。舌下腺では 1 例のみですが、腺の切除術と化学療法と放射線治療の 3 者を併用した治療が行われています。私が検索した範囲では、舌下腺にできた MALT lymphoma というものはこの 1 例しか見つからなかったわけで、治療法に関しては今後の検討課題ではないでしょうか。また Sicca Syndrome、すなわち、シェーグレン症候群ですが 10 例中 3 例に併発していました。

山田：ありがとうございます。その 10 例中 3 例が Sicca Syndrome で、いわゆるシェーグレン症候群のことですけれども、シェーグレン症候群に lymphoma を継発しやすい傾向というのがあるのでしょうか。

本田：今回調べたところによりますと、シェーグレン症候群から一般的に MALT type のような lymphoma を継発させるような可能性は、一般患者に比べて 44 倍程度高いのではないだろうかといわれています。

山田：ありがとうございます。今回の症例がそのシェーグレン症候群を合併していた、そのベースがあったというような可能性はいかがなものでしょうか、高木先生いかがですか。

高木：今回の症例では、シルマーテストでは、左右共に 0 mm と涙の分泌は全く見られませんでした。SSA、SSB は陰性でした。しかし口唇粘膜の生検がシェーグレンの診断が必要であり、残念ながら今回行っていないので、確定的なことはわかりませんでした。

山田：ありがとうございます。シェーグレン症候群というのは、dry eye, dry mouthなどを主症状とする自己免疫性の疾患ですけれども、私たちのところにも dry mouth を主訴に来院される患者さ

んも多いので、確定診断するためには口唇腺の生検を行う機会も多いのですが、シェーグレン症候群からこのタイプの lymphoma を継発することが多いとした場合、将来、MALT lymphoma を発症しやすいシェーグレン症候群の患者群というものを特定することができれば、これは臨床的に極めて価値があると言えるわけですが、それについて何かコメントはありますか。本田先生、いかがですか。

本田：われわれの領域でシェーグレン症候群の患者さんに対して、口唇腺の生検をする場合、その口唇腺に集まるリンパ球の clonality と将来的にリンパ増殖性の病変を発生する危険性に関して、何か関連があるのではないかと考えて文献を集めて見ました。その中で興味深い報告があったので、2つほど紹介します。最初に紹介するのは、1993 年「Journal of Clinical Pathology」に掲載された報告ですが、シェーグレン症候群の患者さんの口唇腺の生検検体に対して免疫組織化学的にそこに集まる B-cell の clonality について検討したところ、もうすでに非常に口唇腺で高いような患者さんでは、将来的にリンパ増殖性の病変に罹患発症する危険率が高く、相関するということを述べています。また、1994 年に今度は別のグループからなのですが、シェーグレン症候群の患者さんの口唇腺を immunoglobulin light chain の mRNA の発現状態を in situ hybridization 法、すなわち mRNA を細胞内でディテクションする方法なのですが、こういった方法を用いて、 κ chain と λ chain の mRNA の発現を調べています。先のグループが行った様に immunohistochemical に検索したものの、また mRNA レベルで検討したものの、やはり light chain の restriction が lymphoma の発症率と相関すると報告しています。口唇腺に関してなのですが、口唇腺で取られた検体から DNA レベルでの検討によって遺伝子の再構成について検討したというものは、今回われわれが検索した範囲では認められなかったのですが、PCR 法を用いることにより今後は簡単にできるのではないかと思います。免疫組織化学的な方法もしくはこのような分子生物学的な方法を駆使すれば、もしかしたらですが、ちょっと夢の話になってしまうかもしれませんが、今後、シェーグレン症候群で lip biopsy をしたような患者さんからでた検体を、このような方法を用いることによって MALT lymphoma が今後発生して

くるようなシェーグレン症候群の患者さんの発症前診断が可能になるかもしれないということが言えるのではないのでしょうか。

山田：どうもありがとうございます。今お話になったようなことが可能になったら、臨床的には極めて有意義な情報が得られるわけですが、今後は関係各科と連携してそういうシェーグレン症候群の患者さんなどの生検標本を検討することが重要になると思います。お話は以上なのですが、何かフロアのほうからご質問とかご追加とかありませんでしょうか。どうぞ。

溝上：病理のことでちょっとお聞きしたいのですが、MALT の分類、最近、high grade, low grade と分類されているようですが、この症例は、low grade ですね。もう 1 つは、臨床的に何らかの慢性炎症を示唆する所見はなかったのでしょうか。

山田：臨床的にですか、いかがでしょうか。

本田：この症例に関して慢性炎症があったかなかったかというのはちょっとわかりづらいと思います。ただ、義歯を使用している患者さんでしたので、義歯の不適合が長期間続いて、そこに慢性炎症が存在したと考えることも可能かとは思いますが、確証はありません。

山田：よろしいですか。どうぞ、藤原先生。

藤原：MALT lymphoma の病期が第 I 期であったということで、radiation therapy をおやりになったのでしょうか。コバルトしか当院にはないということを経験しまして、一番最初に lymphoma を切除してしまおうというお考えがなかったかどうかということ、それで、この人は義歯であったために、歯がなくて、radiation の影響があまり口腔内になかったとおっしゃいましたが、それは非常によかったのですが、もしも金属が入っていたり、何かあったら非常にひどいことになりますね。その様なときに、コバルトをかけると言うこと自体、おやりになったかどうか。切除するか、あるいは chemotherapy を選ばれたか。もちろんニアックだったらその場所だけかけられますけれども、そのことをどのようにお考えだったか教えていただきたいのですが。これは本当にラッキーだったと思うのですよ。口腔内に何もなかったのですから。たいがいコバルトをかけますと非常にひどい状態になると思いますが、総義歯ということで治療方針として最初からコバルトでいかれて、うまくいったのでし

ようけれども。

山田：ということは、直接治療にあたられました高木先生にお願いします。

高木：先生のご指摘の通り、どのようにうちでやっているかということ相談したのですけれども、1つは Low grade の B-cell であるということで、結局、局所療法。つまり切除してしまうか、あるいは radiation かという選択でした。ただ、この症例の場合、両側の口腔底に病変があり、切除する場合、かなり広範囲に切除することになると思われます。従って切除した後の機能的な欠損がどうかという問題が1つあったこと。また、確実に切除できたかという点も1つ気になることです。もし切除しきれた確証がない場合には、化学療法を併用することになります。しかし、Low grade の悪性リンパ腫というのは、化学療法では根絶しづらいのです。したがって、radiation での方が、確実に病変のコントロールができるのではないかというような判断で今回の治療法を選択しました。

山田：本田先生、いかがでしょうか。

本田：確かにいま藤原先生からご指摘いただきましたような方法の選択もあったかとは思いますが。ただ、本例が舌下腺組織由来であった場合、耳下腺や顎下腺に関しては、全部取り切るということは可能だと思うのですが、舌下腺というのは広がっていて、全部取ってくるといのはかなり難しいのではないかと思います。また口底部を切除してしまうわけですから再建が必要です。放射線治療で十分なコント

ロールが可能であるなら、そこまですべきかどうかというのは難しいところでもありますので、このような方法を選択しました。

山田：はい、どうぞ。

藤原：もし仮にこの患者さんが、歯があって、そこに金属が被せてあったとしますと、そのときにコバルトを選ばれたかどうかということをお聞きしたいのですが。

山田：どうでしょうか、本田先生。

本田：その場合は、すべて金属を除去するという選択方法もありますので、そういった意味では大丈夫ではないかと思います。

藤原：私が言いたかったのは、コバルトがあまりにもひどい火傷を負わせたり、いろいろなことをするものですから、リニアックのような局所だけにあたるものを早く購入していただき、こういうのが安全に治療ができればよいなと思って発言させていただきました。

山田：私たちも日頃放射線治療の適応疾患というのは大変多いものですから、口内炎、あるいは皮膚炎に常に悩まされています。その他、どなたかありませんか。特にないようでしたら、時間も超過しましたので、これで終わりにしたいと思いますけれども、よろしいですか。では、本田先生、草間先生、高木先生、どうもありがとうございました。ご静聴ありがとうございました。これで終わらせていただきます。