

安藤 健一¹、水田 啓介¹、村井 道典¹、青木 光広¹、伊藤 八次¹、宮田 英雄²

¹岐阜大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、²一宮西病院

【はじめに】聴器悪性腫瘍は全頭頸部悪性腫瘍の約1%と稀な疾患であり、いまだ一般的な治療法は確立されていない。今回我々は、定位放射線照射治療をおこない良好な経過を得た中耳癌の1症例を経験したので報告する。

【症例】58歳女性。主訴は右耳漏、右難聴。現病歴は約35年前に右中耳炎の手術をうけた。術後も右耳漏は持続していた。平成16年7月ごろから右耳漏、右難聴悪化を認め、近医耳鼻咽喉科受診し、右外耳道に充満する腫瘤を認めたために精査目的にて総合病院耳鼻咽喉科紹介となった。病理組織検査の結果、扁平上皮癌の診断を得たために加療目的にて、同年8月当科紹介となった。CT、MRIでは右中耳腔を中心とした腫瘤を認め、中頭蓋窩、後頭蓋窩との連続性を認め、広範囲な硬膜浸潤が示唆された。右内頸動脈管の骨破壊と内頸動脈の直接浸潤を疑わせる所見を認めた。右頸静脈球以下の血流は途絶しており腫瘍による閉塞が疑われた。全身検索にて頸部リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。手術による根治は困難と考え9月より導入化学療法(nedaplatin、fluorouracil)を開始。2クール終了後、11月より化学療法併用放射線治療(docetaxel)を開始した。30Gyの時点でCTによる評価をおこなったが、腫瘍の縮小効果は乏しく、docetaxelとcarboplatin併用による放射線照射に変更した。50Gyの時点でCTによる再評価をおこなったところ縮小を認めたがPRにいたらず、抗癌剤を併用した通常の放射線治療での根治は困難と考えた。平成17年1月よりdocetaxelとcarboplatin併用による定位放射線治療を2回(20Gy)おこなった。治療直後のCTでは腫瘍の残存を認めたが、7月のCTでは治療前に見られた広範囲な側頭骨の骨破壊部は骨再形成を認め、中耳腔にはわずかな軟部陰影を認めるのみとなった。視診でも明らかな腫瘍は確認できず、経外耳道の2回の生検でも悪性所見を認めなかった。以上よりCRと判定した。外来にてTS-1の内服で経過観察を行い、治療後1年3ヶ月の腫瘍の再発を認めておらず、経過中重篤な副作用も認めなかった。

【考察】定位放射線照射とは体軸の多方向から3次的にライナックX線を集光して行い、照射中心精度が1mm以内の精度を持つものである。定位放射線照射には分割照射を行う定位放射線治療と1回照射の定位手術的照射の2つに分けられる。一般的に腫瘍径が3cm以内とされており、これは病変の容積が10mlを超えると正常組織の障害発生頻度が高まることに基づいている。我々は通常の放射線治療を含めた方法では治療困難であると判断したため、腫瘍径が3cm以上であったが、患者への十分な説明をおこなった上で定位放射線治療を実施した。頭頸部は呼吸の影響が少ない部位であるために定位放射線照射の良い適応とされている。しかし頭頸部癌に対する定位放射線治療の適応、特に放射線既治療例に対する適応や照射回数、照射量に関して一定の見解はない。また照射後の晩発障害に関しては今後の問題であると思われる。今回の我々の症例の経験から、通常の放射線照射で効果はあるが十分でない場合に定位放射線治療は検討すべき方法と思われた。