

症例報告

気管支喘息と診断された声門下型喉頭癌症例

金谷浩一郎, 鎌田朋子, 今手祐二¹⁾, 沖中芳彦¹⁾

厚生連長門総合病院耳鼻咽喉科 長門市東深川85 (〒759-4194)

山口大学医学部分子制御系・耳鼻咽喉科学 宇部市南小串1-1-1 (〒755-8505)

Key words : 気管支喘息, 声門下型喉頭癌, 呼吸困難, 救急医療

緒 言

喉頭癌は, その発生部位により, 声門上癌, 声門癌, 声門下癌に分類されるが, このうち声門下癌の発生頻度は極めて低い。喉頭癌のうち6~7割を占める声門癌では, 比較的初期から嗄声などの症状が出やすいのに対して, 声門下癌は進行するまで症状が出にくいとされる¹⁻⁴⁾。今回, 我々は, 夜間, 突然の呼吸困難で発症し, 救急病院を受診し気管支喘息と診断された声門下癌例を経験した。患者は, その後内科で気管支喘息として2カ月間加療を受けるも軽快せず, 精査目的に当科紹介となった。当科初診時には, 腫瘍により声門下腔が高度に狭窄しており, 臥位になることが困難であった。緊急気管切開術を行った後, 最終的に喉頭全摘術を施行した。声門下癌患者の緊急時の対応を含め, 若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 67歳, 男性。

主訴: 嗄声, 呼吸困難

現病歴: 1998年夏頃より, 軽度の喘鳴を自覚するようになったため, 某病院を受診した。風邪と診断され投薬を受けるも喘鳴は改善しなかった。同年11月, 早朝就寝中に突然呼吸困難を来し, 救急車で同院へ搬送された。内科当直医の診察の結果気管支喘息と診断され, 約10日間の入院加療を受けた。この間,

平成13年4月12日受理

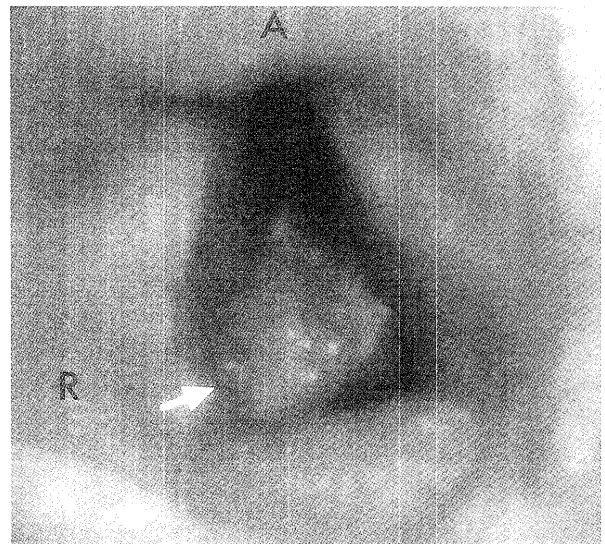


図1 初診時の喉頭ファイバー所見
声門下を占拠する腫瘍病変(矢印)が認められる。
R: 右側。A: 前方。

酸素吸入などにより症状は若干改善したが, 一般の喘息治療薬に対する反応は乏しかった。退院後も, 外来で気管支喘息としての薬物療法が継続されたが, 呼吸困難感は持続していた。1999年1月4日, 喘鳴と呼吸困難が著明に増強したため再度同病院内科を受診した後, 精査目的に当科紹介となった。既往歴: 57才頃より高血圧で内服治療中。40才時, 交通事故で左下肢手術。嗜好品: たばこ20本/日 23年間, 酒2合/日 24年間。初診時現症: 身長160cm, 体重75.9kg, 血圧140/90, SpO₂95%。著明な喘鳴が認められ, 肺野の聴診では全肺野で呼吸音の軽度減弱が認められた。喉頭ファイバーによる所見では, 声門下腔は腫瘍でほとん



図2 頸部CT (軸位断)

声門直下のレベルで、右腹側に腫瘍 (矢印) が認められる。 R:右側。

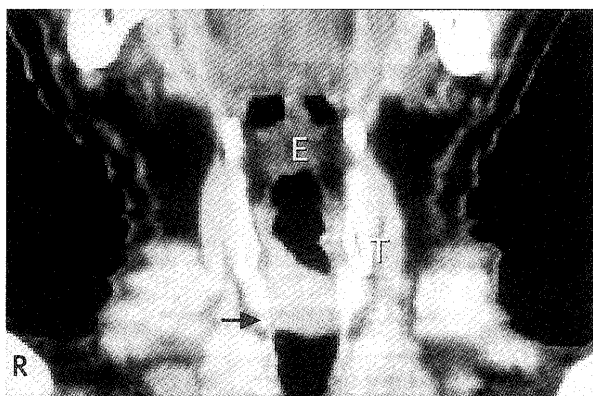


図3 頸部CT (再構成による冠状断)

腫瘍 (矢印) は、声門直下から輪状軟骨レベルに及ぶ。 R:右側。 E:喉頭蓋。 T:甲状軟骨。

ど閉塞し、声門下左側に僅かに間隙が認められるのみであった (図1)。声門・声門上には異常は認められなかった。緊急CTにより、声門直下から輪状軟骨のレベルにかけての右腹側に存在する腫瘍が確認された (図2, 3)。

臨床経過: 初診時、臥位になると呼吸困難が増強し、SpO₂は91%まで低下した。酸素吸入を行いつつ緊急気管切開術が施行された。同時にファイバー下で腫瘍の生検が行われたが、確定診断が得られなかった。1週間後改めてファイバー下に行われた生検で、扁平上皮癌の診断が得られた。頸部MRIでは、甲状軟骨、輪状軟骨への浸潤が疑われ、また甲状腺峡部に腫瘍が認められた。明らかなリンパ節転移を疑わせる所見は認められなかった。全身的には、骨シンチで左第4前肋骨、左第5腰椎、および顔面骨右眼窩内側に集積が認められ、腫瘍の骨転移が疑われた。以上より、声門下癌T4N0M1と診断された。患

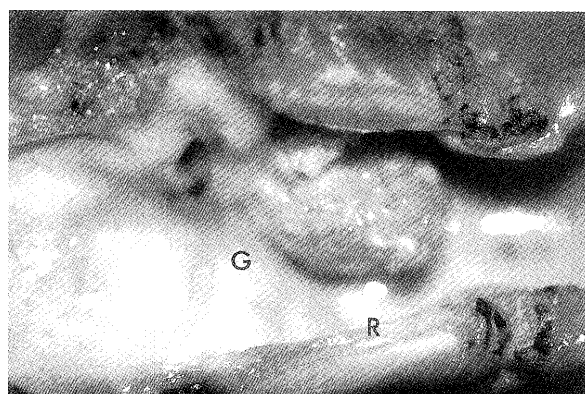


図4 摘出標本

声門下の右腹側に基部をもつ腫瘍を認められる。 R:右側。 G:声門

者、家族と相談の上、気道確保や誤嚥防止の観点からのQOLを考慮して、全身麻酔下に喉頭全摘術、甲状腺全摘術、傍気管リンパ節、および傍食道リンパ節郭清術が施行された。摘出標本では声門下の右腹側前方に基部をもつ腫瘍が確認された (図4)。術後の永久標本では、左甲状腺に接した軟部組織中に中分化な扁平上皮癌の浸潤を認められたが、リンパ節転移は認められなかった。

考 察

急性発症の呼吸困難は、原因別に中枢神経系、呼吸器系、循環器系、心因性、呼吸筋の障害などに分類される。この内、呼吸器系疾患による呼吸困難は、部位別に声門部の異物や喉頭腫瘍などによる上気道病変と、気管支喘息などの下気道病変とに分けられる⁵⁾。主病変が上気道にあるか下気道にあるかは、一般には、呼吸困難が吸気性か呼気性か、また肺野の聴診などの理学所見から鑑別される^{5,6)}。しかし、呼吸困難が高度になった場合には、これらで鑑別が困難な場合も生じうる。本症例では、初回受診時の時点で、既に声門下の腫瘍が大きく気道を閉塞して高度の呼吸困難を来していたため、気管支喘息との鑑別が困難となったと思われる。加えて、急性呼吸困難の原因として、声門下型喉頭癌によるものは稀であることも診断を遅らせた要因と考えられる。

呼吸困難は、救急治療部を受診する患者の愁訴の中では、比較的頻度の高いものの一つであり⁷⁾、その場合の気道確保では、一般には気管切開術よりも迅速に気管内挿管を行うことが推奨されている^{8,9)}。

しかし、喉頭癌の場合、気管内挿管は腫瘍からの出血や下気道への腫瘍の播種を招く危険性が高いため望ましくない。ことに本症例の如く声門下が腫瘍で閉塞している場合には禁忌である。

Escalanteらは、テキサス大学M.D.Anderson Cancer Centerの救急治療部を呼吸困難を主訴に受診した患者の原因を検討し、10%が腫瘍による気道閉塞に基づくものであったとしている⁷⁾。声門下癌は頻度の高いものではないが、急性の喘鳴や呼吸困難として発症する可能性がある。救急医は、急性発症の呼吸困難の患者を診察する際、本疾患の可能性も念頭に置いておく必要がある。

喉頭癌の発生率は、全癌の1%前後とされるが、そのほとんどは声門癌であり、声門下癌は、全喉頭癌の数%を占めるに過ぎない¹⁻⁴⁾。声門癌の初発症状は、通常嗄声であるが、声門下癌についての臨床症状は、報告者により種々異なる。林ら¹⁰⁾や森ら¹¹⁾、また柏村ら¹²⁾は、声門下癌の初発症状としても嗄声が主体であると述べているのに対して、Harrison²⁾や、Sasakiら³⁾は、初発症状として、嗄声ではなく、呼吸困難や喘鳴が見られることが声門下癌の特徴であると述べている。結局、声門下癌における嗄声の出現の有無は、発生部位と声帯との位置関係で決まるため、初発症状は症例によって異なると考えられる。この点について、Maranらは、声門癌の声門下進展例と真の声門下癌の区別を強調し、前者は、嗄声を主訴とするのに対して、後者は、通常喘鳴で発症することで区別されるとしている⁴⁾。

声門下癌は、一般に進行癌として発見されることが多い³⁾。このため、本症例のごとく、初診時に緊急気管切開の対象となるような例も、他部位の喉頭癌に比し多い。しかし、声門下癌では、気管切開の部位が腫瘍と近接しているため、注意が必要である。治療に先立っての気管切開が、再発の危険性、ことに喉頭全摘術後の気管孔再発の頻度を増すという指摘も多い^{3,11,13)}。これらの危険を回避するため、緊急気管切開術に代わり、生検やレーザーによる腫瘍減量や、緊急の喉頭全摘術を勧めるものもある^{3,4)}。しかし、緊急喉頭全摘術は、インフォームドコンセントの観点から見て現実的ではない。また本症例のように、既に腫瘍が声門下腔を閉塞するほどになっている場合は、腫瘍減量術は適応外である。

声門下癌の治療としては、発生率が少ないため、

声門癌ほど確立された基準がない。リンパ行性転移や気管孔再発予防の目的から上縦隔を含んだ術後照射の重要性を強調する報告もある^{3,11)}が、本症例では、術後の永久標本でこれらの部位のリンパ節浸潤が認められなかったことや、既に遠隔転移を来していることなどから術後照射は行われなかった。

ま と め

1. 急性の呼吸困難で発症し、喘息として加療された声門下癌進行例を報告した。
2. 初診時、緊急気管切開を必要とし、その後、喉頭全摘術が行われた。
3. 急性の呼吸困難発症例の場合、声門下腫瘍による気道閉塞の可能性も念頭におく必要がある。

文 献

- 1) 広戸幾一郎, 金子敏郎, 天津睦郎. 喉頭の腫瘍, 臨床耳鼻咽喉科頭頸部外科全書8-B, 広戸幾一郎, 竹田千里編, 金原出版, 東京, 1985, 239-327.
- 2) Harrison DFN. The pathology and management of subglottic cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1971; **80**: 6-12.
- 3) Sasaki CT, Carlson RD. Malignant neoplasms of the larynx. In: Fredrickson JM, ed. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery vol.3*. Mosby-Year Book, St.Louis, 1993, p1925-1954.
- 4) Maran AGD, Gaze M, Wilson JA. Tumors of the larynx. In: Maran AGD, Gaze M, Wilson JA, eds. *Stell & Maran's Head and Neck Surgery*. 3rd ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, 1993, p106-138.
- 5) 小西得司, 症候別内科エマージェンシー呼吸困難. *Medicina* 1994; **31**: 2108-2109.
- 6) 村上 泰, 喉頭の解剖, 臨床耳鼻咽喉科頭頸部外科全書10-A, 齊藤成司, 日野原正編, 金原出版, 東京, 1985, 7-35.
- 7) Escalante CP, Martin CG, Elting LS, Cantor SB, Harle TS, Price KJ, Kish KS, Manzullo EF, Rubenstein EB. Dyspnea in cancer patients. Etiology, resource utilization, and survival-

- implications in a managed care world. *Cancer* 1996 ; **78** : 1314-1319.
- 8) 大久保直光. 気道確保. 診断と治療 1993 ; **81**(Suppl.) : 58-59.
- 9) 島田宗明, 中村匡信. 気道確保. *Medicina* 1998 ; **35-11** : 22-26.
- 10) 林 秀俊, 山際幹和, 坂倉康夫. 喉頭癌147例の臨床統計. *耳鼻臨床* 1991 ; **84** : 793-801.
- 11) 森 茂樹, 岩田重信, 高須昭彦, 桜井一生, 浦野 誠, 小森克彦. 早期声門下癌症例の臨床的検討. *耳鼻臨床* 1995 ; **88** : 1171-1176.
- 12) 柏村正明, 福田 諭, 間口四郎, 樋口栄作, 犬山征夫. 声門下癌の臨床的検討. *日耳鼻* 1995 ; **98** : 254-259.
- 13) Keim WF, Shapiro MJ, Rosin HD. Study of postlaryngectomy stomal recurrence. *Arch Otolaryngol* 1965 ; **81** : 183.

A Case of Subglottic Cancer Misdiagnosed as Bronchial Asthma

Koichiro KANAYA, Tomomi KAMATA, Yuji IMATE¹⁾, Yoshihiko OKINAKA¹⁾

*Department of Otolaryngology, Nagato General Hospital,
Nagato, Yamaguchi 759-4194, Japan*

*1) Dept of Otolaryngology. and. Specific Organ Medicine, Yamaguchi University School of Medicine,
1-1-1 Minamikogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan*

SUMMARY

This case of subglottic cancer was originally diagnosed as bronchial asthma. A 67-year-old man was brought to a hospital because of extreme difficulty of breathing. He was examined by an internist and diagnosed as bronchial asthma. He was treated for asthma in the hospital for 10 days. Two months later he was referred to our hospital because of recurring symptoms. A fiberscopy and CT scan revealed a large tumor in the subglottic area. The tumor biopsy revealed squamous cell carcinoma. After an emergency tracheotomy, he underwent a total laryngectomy including total thyroidectomy and resections of the paratracheal and paraesophageal lymph nodes.

According to statistics, the occurrence of laryngeal cancer is around 1 % of all cancers. Over 90 % of laryngeal cancers, however, occur in the supraglottic or glottic area, and subglottic cancers are rare. In addition, the clinical features of subglottic cancer, which often starts as stridor or dyspnea without hoarseness, are quite different from other laryngeal cancers. Emergency physicians must exclude subglottic cancers when the obstruction of the upper respiratory tract is suspected.