

〔臨 床〕

側頸嚢胞の2例

村瀬博文, 北村完二, 谷内正喜, 堀越達郎, 原田江里子\*,  
原田尚也\*, 額賀康之\*, 金沢正昭\*, 館山美樹\*\*, 奥山富三\*\*

東日本学園大学歯学部口腔外科学第二講座,  
\* 東日本学園大学歯学部口腔外科学第一講座  
\*\* 東日本学園大学歯学部口腔病理学講座

(主任: 堀越 達郎 教授)  
\* (主任: 金沢 正昭 教授)  
\*\* (主任: 奥山 富三 教授)

Two Cases of Lateral Cervical Cyst

Hirofumi MURASE, Kanji KITAMURA, Masaki TANIUCHI, Tatsuro HORIKOSHI,  
Eriko HARADA\*, Naoya HARADA\*, Yasuyuki NUKAGA\*, Masaaki KANAZAWA\*,  
\* Miki TATEYAMA\*\* Tomizo OKUYAMA\*\*

Second Department of Oral Surgery, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY  
\* First Department of Oral Surgery, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY  
\*\* Department of Oral Pathology, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY

(Chief: Prof. Tatsuro HORIKOSHI)  
\* (Chief: Prof. Masaaki KANAZAWA)  
\*\* (Chief: Prof. Tomizo OKUYAMA)

Abstract

There are many theories regarding the origin of the lateral cervical cyst, among them two main theories are mentioned.

One is that the cyst arises from the embryonic branchial cleft and the other is that it originates from salivary gland epithelium enclosed in the embryonic lymphnodes.

The investigators who support the former theory refer to it as the branchial cyst while the workers who support the latter refer to it as the lymphoepithelial cyst.

The typical histologic feature is that the inner wall is covered with squamous epithelium and that lymphoid tissue is embedded in the outer wall. This cyst is located on the lateral side of the neck, hence it is called the lateral cervical cyst.

Recently we have encountered two cases of this cyst, hence the outline of the cases will be given.

CASE 1: An 18-year-old female noticed a painless swelling on the right side of her neck two months hence.

The swelling slowly increased in size and eventually she came to our clinic. Except

---

受付: 昭和57年10月12日

本論文の要旨は第7回日本口腔外科学会・第19回日本口腔科学会北日本地方部会(昭和56年11月14日)において発表した。

for an egg-like diffuse swelling that fluctuated to palpation, her condition was aggravated. 15ml of yellowish liquid solution was aspirated by puncture probatoria and the cyst was diagnosed as a lateral cervical cyst. As a result the cyst was surgically removed. This case was diagnosed as a lateral cervical cyst, "Bailey I type," by operative and post operative pathological findings.

CASE 2: A 15-year-old female child noticed two walnut-like swellings on the right side of her upper neck about six months before coming to our clinic and was immediately referred to a surgeon. At surgery one cyst was removed.

The cyst was diagnosed as non-malignant. After surgery the remaining cyst grew in size and dimension.

The swelling was 50mm in diameter on the center right side of the angulus mandibulae. At the first we considered the swelling as tuberculous lymphadenitis but after further examination we diagnosed the case as lateral cervical cyst and thus removed it by surgical methods.

The cyst was diagnosed as a lateral cervical cyst, "Bailey II type" by operative and pathological findings.

**Key words:** Branchial cyst, lymphoepithelial cyst, lateral cervical cyst

## 緒 言

側頸嚢胞は側頸部に腫脹をきたす疾患の1つで、その発生に関しては、鰓原説<sup>7-3)</sup> または腺上皮迷入説<sup>4-6)</sup> などがあるが、その他、種々の説<sup>7)</sup> が唱えられており、未だ定説はなく、興味ある比較的稀な疾患である。本邦では富田ら<sup>8)</sup>、安藤ら<sup>9)</sup>、朝倉ら<sup>10)</sup>、杉山らの報告がある。最近我々は側頸嚢胞の2例を経験したので報告する。

## 症 例

### 症例 1

患者: 18才, 女性

初診: 昭和53年12月19日

主訴: 右頸部の腫脹

家族歴, 既往歴: 特記事項はない。

現病歴: 昭和53年10月下旬に右側頸部の拇指頭大の無痛性腫脹に気付く、某内科を受診し、投薬を受けるも、腫脹は漸次増大し、同年12月

中旬頃より疼痛が発現したために某歯科を受診、当科へ紹介され来院した (Fig. 1, A)。

現症; 全身所見: 体格中等度, 栄養良好。

局所所見: 顔貌正常, 口腔内には異常を認めなかった。右上側頸で胸鎖乳突筋前縁に鶏卵大, 半球形, びまん性腫脹を認め, 硬度は弾性軟で波動を触れた。表面皮膚は異常なく, 皮膚との癒着は認めない。また双手診では, 顎下腺の後下方に位置し, 腺との癒着を認めない。表面は平滑で, 境界は明瞭な  $40 \times 25 \times 30 \text{mm}^3$  大の腫瘤として認められ, 圧痛を伴ない, その他, 特に異常所見を認めない。試験穿刺により黄白色の漿液性無臭のコレステリンを含有しない内容液が15ml吸引され, その細菌培養検査は陰性であった (Fig. 1, B)。

リンパ節所見: 右胸鎖乳突筋前縁に小指頭大の腫脹を認めたが, 圧痛はなく, 可動性であった。なお顎下リンパ節の腫脹は認めなかった。

臨床検査成績: 血液, 尿検査所見, 胸部 X線

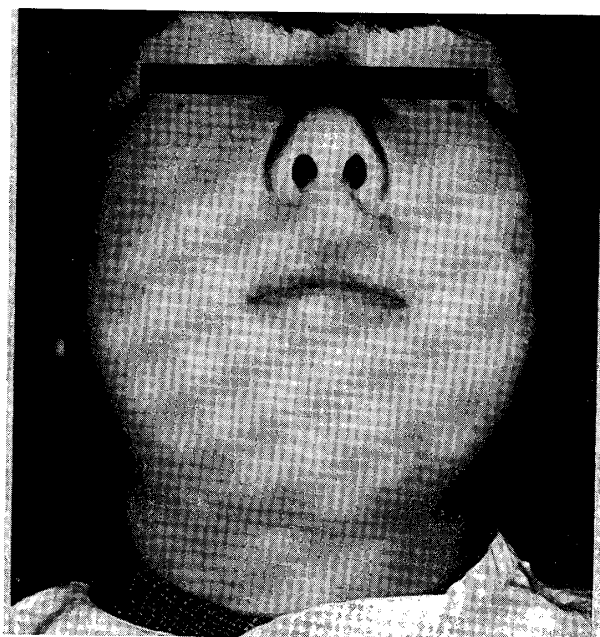


Fig. 1. A Full face and right side neck

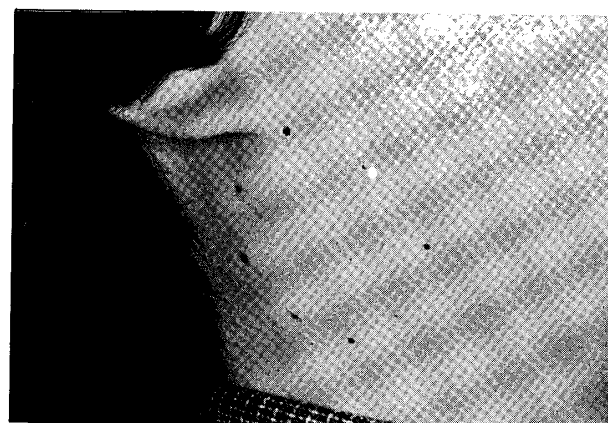


Fig. 1. B Puncture probaforia



Fig. 1. C A side view of submandibular sialogram

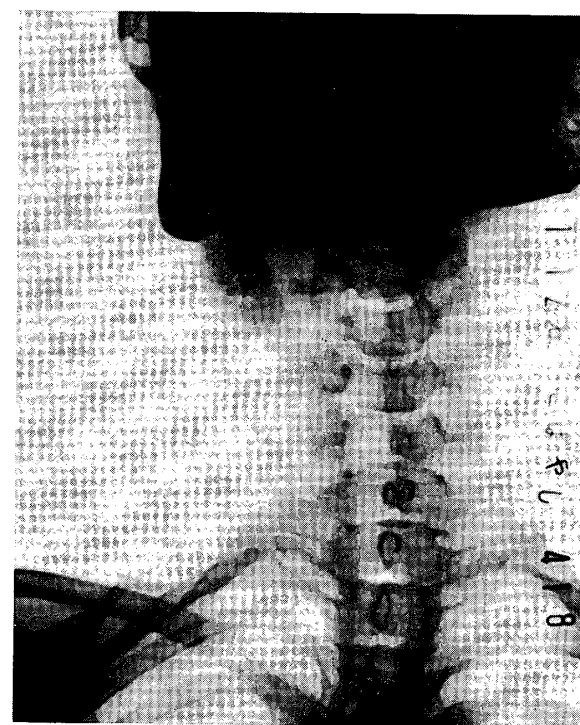


Fig. 1. D The front view of submandibular sialogram

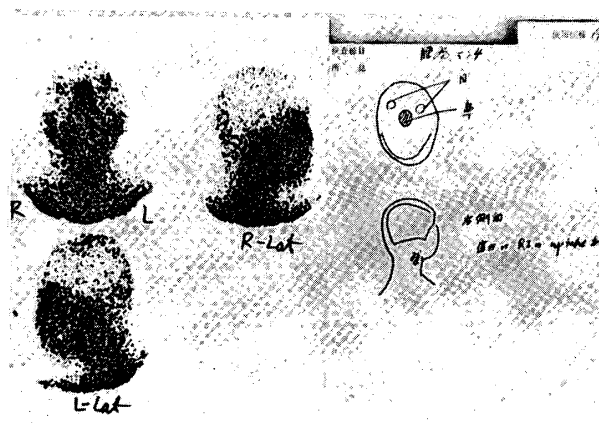


Fig. 1. E Ga sintigraphic finding

写真, EKG などには, 異常を認めなかった。  
唾液腺造影 X線写真では顎下腺の導管の断絶及  
び腺体の偏位, 破壊像等の異常は認めなかった  
(Fig. 1, C, D)。Ga シンチレーションにて,

僅かに右上側頸部に RI の取り込みを認めた (Fig. 1. E)。

臨床診断：側頸嚢胞

処置及び経過：昭和54年1月10日，全麻下で摘出手術を行った。手術は胸鎖乳突筋前縁に沿って切開を加え，広頸筋を排除し，嚢胞に達した。嚢胞は胸鎖乳突筋前縁上部，内頸静脈の外側に接しており，一塊として摘出した。術後の経過は良好で再発はない。

摘出物所見：摘出物は  $30 \times 40 \times 25 \text{ mm}^3$  大で表面は平滑で，腫瘤の一端に乳頭状の突起を認めた。断面は薄い嚢胞壁を有し，多房性で突起物は充実性で黄褐色のリンパ節様の所見を呈した (Fig. 1. F, G)。

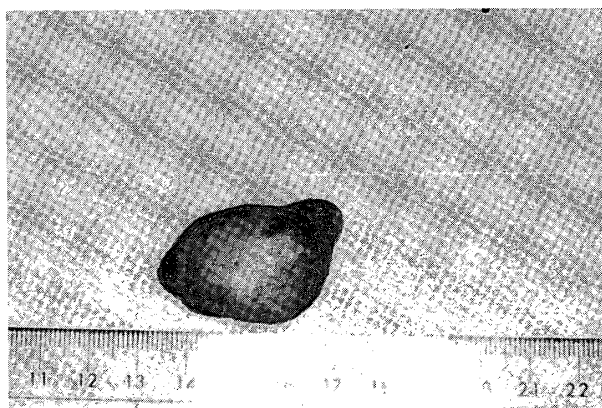


Fig. 1. F The gross specimen

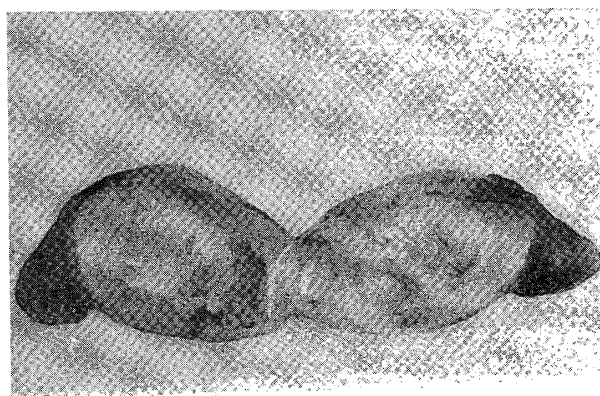


Fig. 1. G A cross section of the cyst

病理組織所見：嚢胞壁は線維性結合組織よりなり，内腔側は重層扁平上皮で被われており，上皮組織の下層にはリンパ濾胞の形式があり，嚢胞壁の一部にリンパ器官の増生が見られた (Fig. 1. H, I)。

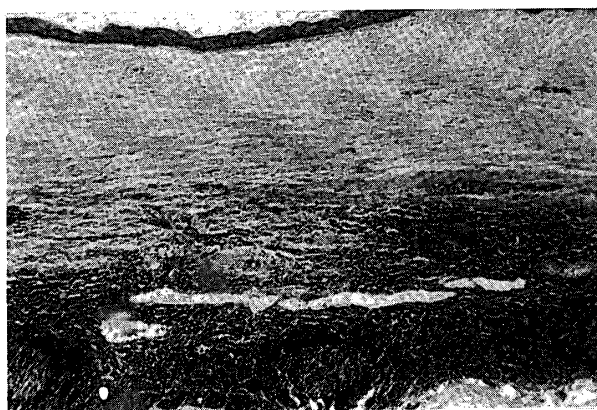


Fig. 1. H Low-power photomicrograph of cyst (H & E)

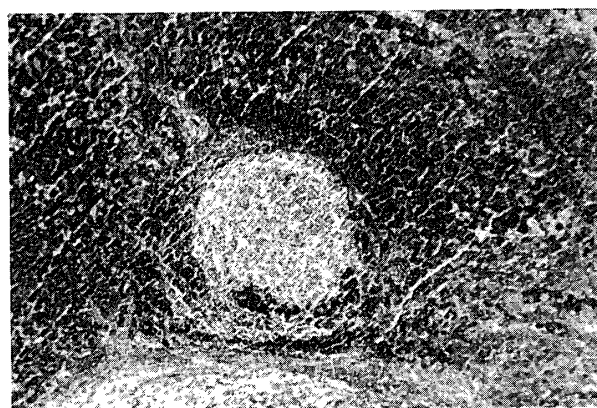


Fig. 1. I High-power photomicrograph of cyst (H & E)

病理診断：側頸嚢胞

症例 2

患者：15才，女性

初診：昭和55年11月5日

主訴：右頸部の腫瘤

家族歴，既往歴：特記事項はない。

現病歴：昭和55年5月頃に偶然，右側頸部にクルミ大の腫瘤2個を触知，可動性で疼痛はなかった。その後，漸次腫瘤は増大し，2ヶ月位前より自発痛を認めるため，某外科を受診，腫瘤の1個を摘出されたが，悪性のものではないと診断される。その後残存腫瘤はさらに増大し，自発痛を伴ない，腫瘤は硬度を増し，可動性を呈するようになったため，某病院外科を受診，耳下腺炎と診断され，11月5日，当科へ紹介された。

現症；全身所見：体格中等度，栄養良好，

局所所見：顔貌正常，口腔内には異常を認めなかった。右下顎隅角部に直径50mm大のびまん性腫脹を認め，表面皮膚に異常なく，皮膚との癒着を認めない。腫瘤の表面は平滑で弾性軟，境界明瞭であるが，一部胸鎖乳突筋と癒着を認め，波動を触れ，圧痛を認めた。双手診にて腫瘤は顎下腺の後方に位置し，腺と癒着は認めなかった。また前述の腫脹部の下方に長さ10mmの線状の発赤した手術癒痕を認めた(Fig. 2. A)。

リンパ節所見：右胸鎖乳突筋後縁下方に小指頭大の腫脹を認めるが，圧痛はなく，可動性であった。顎下リンパ節の腫脹はなかった。

臨床検査所見：血液，尿検査，胸部X線写真，EKGなどには異常を認めなかった。唾液腺造

影X線写真の耳下腺造影では導管の断絶，及び腺体の偏位等の異常所見は認めなかった。顎下腺造影では，導管の走行に異常はなかったが，腺体の遠心側にわずかに圧迫像を認めたが破壊，吸収像はなかった(Fig. 2, B, C)。

ツベルクリン反応：陰性

臨床診断：結核性リンパ節炎または側頸嚢胞。

処置及び経過：腫瘤に試験穿刺をおこない，乳白色，漿液性無臭のコレステリンを含有しない内容液を5ml吸引し，結核性リンパ節炎の疑いで，同部にストレプトマイシンの注入を数回試みたが，腫瘤に変化なく，その後穿刺液が褐色透明となり，30ml吸引され，細菌検査の結果，結核菌を認めなかったため，同部の造影を試みた(Fig. 2, D)。穿刺部X線造影にて境界明瞭な卵円形の不透過像を認め，造影所見より側頸嚢胞と診断し，手術をおこなった。昭和56年12月11日，全麻下で摘出手術は胸鎖乳突筋前縁に沿い切開を加え，広頸筋を排除し，嚢胞に達した。嚢胞は胸鎖乳突筋前縁にあり，腫瘤の最深部は内頸静脈と接していたが，癒着は認めなかった。また一部広頸筋及び胸鎖乳突筋と癒着を認めたが，腫瘤は一塊として摘出した。また腫瘤の下方で胸鎖乳突筋上のリンパ節1個を同時に摘出した。術後の経過は良好で再発はない。

摘出物所見：摘出物は $30 \times 45 \times 35 \text{mm}^3$ 大で薄い結合組織被膜に被われ，表面平滑で，腫瘤の一端に乳頭状の突起を認めた。断面は厚い嚢胞壁を有し，多房性で，突起物は充実性で黄白色のリンパ節様の所見を呈していた(Fig. 2, E, F)。

病理組織所見：嚢胞壁は重層扁平上皮で被われており一部上皮が脱落し，炎症性肉芽組織に代っている。重層扁平上皮の表層は硝子様ないし角化傾向を示し，また外層にはリンパ濾胞形成の強い炎症性リンパ節増生を認めた(Fig. 2, G, H)。

病理診断：側頸嚢胞

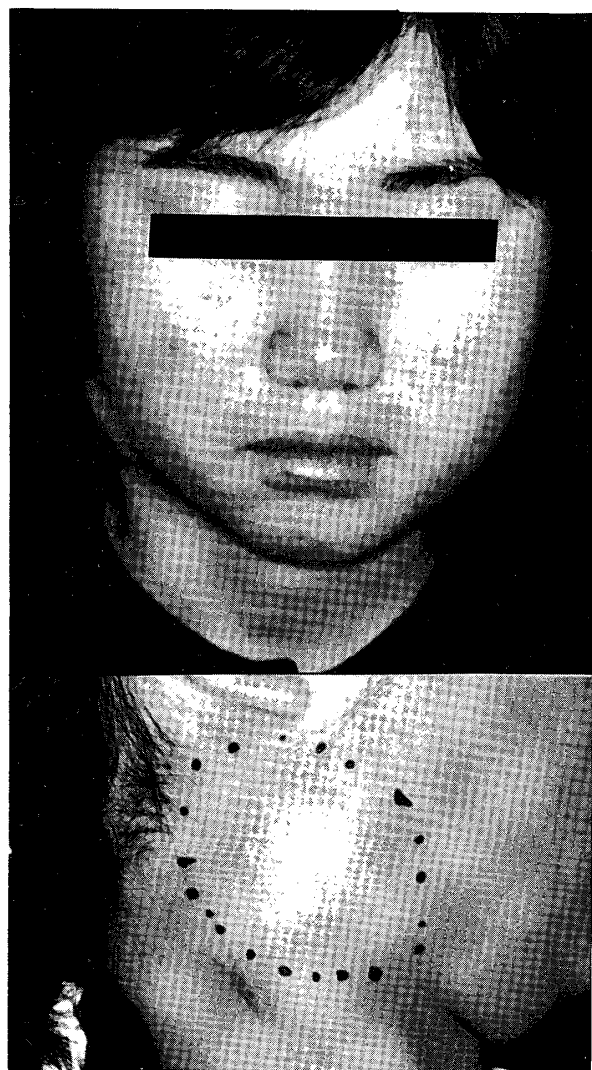


Fig. 2. A Full face and right side neck





Fig. 2. B The front and side view of parotid sialogram

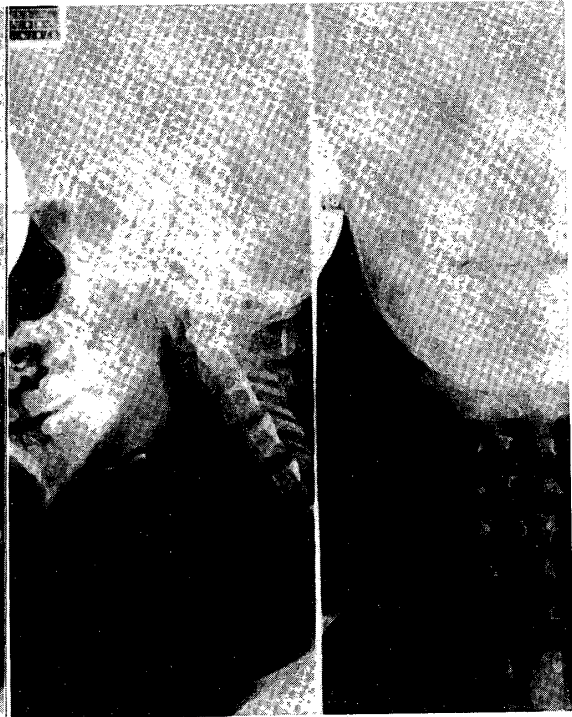


Fig. 2. C The front and side view of submandibular sialogram



Fig. 2. D Contrast radiographs of cyst

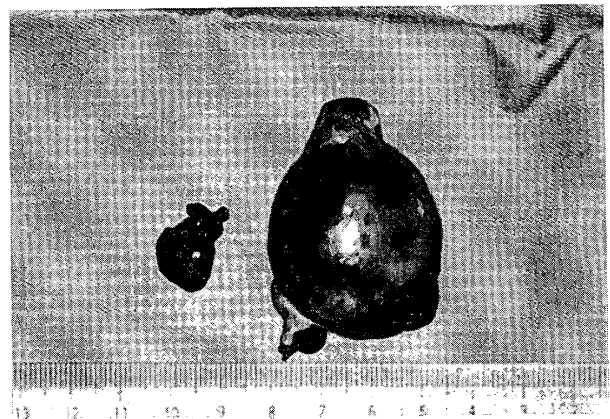


Fig. 2. E The gross specimen

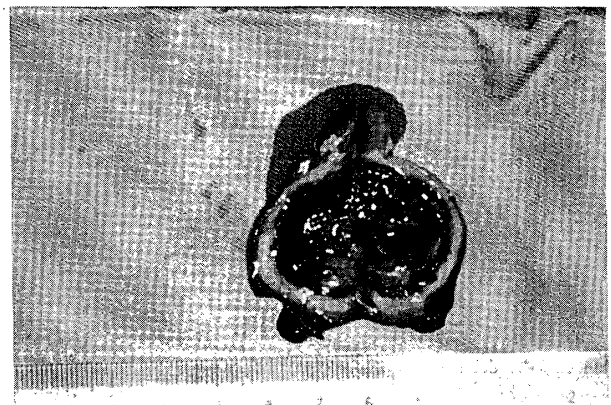


Fig. 2. F A cross section of the cyst



Fig. 2. G Low-power photomicrograph of cyst (H & E)



Fig. 2. H High-power photomicrograph of cyst (H & E)

### 考 察

側頸嚢胞は外科, 耳鼻科, 口腔外科領域<sup>8~11)</sup>から多数の報告があるが, 1789年 Huncyowski<sup>14)</sup>が最初に報告し, 日本では1905年宇野<sup>15)</sup>がはじめて発表したと言われる。

本嚢胞の発生機序は胎生期における鰓原性器官の発育異常に基づく先天性疾患と考えられ,

鰓溝説<sup>1, 15)</sup>, 鰓嚢説<sup>2, 16)</sup>, 胸腺咽頭管説<sup>3)</sup>などの諸説があり, また以上の説に対して各々の可能性があるとする折衷説<sup>7)</sup>もある。一方腺上皮がリンパ節内に迷入し嚢胞化するという腺上皮迷入説<sup>15~17)</sup>もあるが, 本疾患の発生に関しては種々の説が唱えられ, 未だ定説はないようである。前者を支持するものにあつてはbranchial cyst, 後者を支持するものにあつては, これをlymphoepithelial cystと呼んでいる。

Bailey<sup>20)</sup>は頸部臓器との位置的関係から, 本嚢胞を4型に分類している(Fig. 3)。即ちI型は

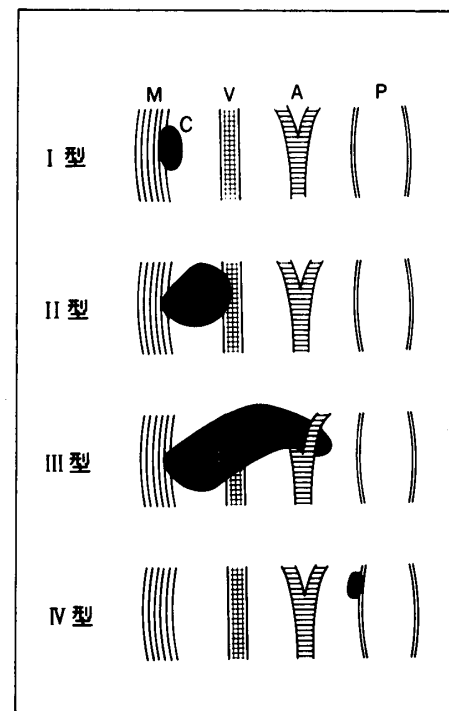


Fig. 3. Bailey の分類

表在性で, 筋膜直下で胸鎖乳突筋の前縁に位置するもの。II型は最も普通の型で, 筋膜の下で大血管に向け拡大接続している。III型は咽頭側壁に向って内側に拡大したもので, 内外頸動脈の間にあり, 第1頸椎側塊や頭蓋底にまで伸展しているものがある。IV型は咽頭壁に接して頸動脈の内側にあるものとしている。

我々の第1例はI型, 第2例はII型であった。臨床症状は多くは片側の側頸部, 胸鎖乳突筋前縁に孤立性, 表面平滑, 境界明瞭は無痛性腫瘤として現われ, 周囲との癒着はなく可動性で

あり、通常波動は触れるが、Bailey<sup>20)</sup>Ⅲ,Ⅳ型の如く深部に存在する場合は不明のこともあり、穿刺により内容液を認める。経過は緩慢で自覚症状は少ないが、二次感染を起こして来る場合が多い。稀には嘔声<sup>21)</sup>や食事時の圧迫感、新生児、幼児における呼吸困難、チアノーゼ等を引き起こした例も報告されている<sup>22)</sup>。

発生部位はBhaskarとBernierは下顎角部が最も多く、Ricklesらは中頸部が最も多いと報告し、同様にSedgwick<sup>24)</sup>、大久保ら<sup>25)</sup>も中頸部に発生した本嚢胞を報告している。また早坂<sup>26)</sup>らは側頸嚢胞では胸鎖乳突筋の上1/3の部に位置する場合が多いと言っており、我々の2例も全例胸鎖乳突筋の上1/3であった。

左右別では、左右差はないとする報告<sup>4, 15, 23)</sup>、左側に多いとする報告<sup>7, 25)</sup>、右側に発生したとする報告<sup>10)</sup>があり、一定の傾向はみられなかった。我々の症例は2例共右側であった。

性別では、やや女性に多いとする報告<sup>7, 26)</sup>、男性が多いとする報告<sup>25)</sup>があり、左右別と同様に一定の傾向はみられなかった。我々の症例は2例共女性であった。

年齢別では、何らかの症状を自覚した年齢は、全年齢にわたり、生下時に認められた症例<sup>22)</sup>、84才になって自覚した症例<sup>26)</sup>も報告されているが、各報告者とも一致して比較的40才代以前に発生するという報告が認められた。我々の症例は2例共に10才台であった。

臨床的に鑑別を要する診断としては、側方型類皮嚢胞が最も鑑別困難とするが、その他頸部転位悪性腫瘍、結核性リンパ節炎、耳下腺腫瘍、悪性リンパ腫、唾石症などがあり、小児では頸部嚢水腫との鑑別が重要であるが、上述の発生部位の特徴を考慮すれば、側頸嚢胞の診断は必ずしも困難ではないと思われる。

診断に際しては、触診、試験穿刺、X線造影などが行われる。穿刺内容液の性状については、今までの報告では極めて種々であるが、感染の

ない場合には混濁した乳白色のものが多く、感染した場合には膿性、血性となり、時にコレステリン結晶も存在する。Bailey<sup>20)</sup>はコレステリン結晶の存在の有無が本疾患の診断に重要であると報告している。我々の症例では、2例共にコレステリン結晶を含まなかった。

治療は、切開、穿刺吸引、硬化剤の注入などの方法も報告<sup>29)</sup>されているが、根治療法は外科的に嚢胞の全摘出である。その際注意を要することは嚢胞が深部にある場合、外頸動脈、内頸動脈、舌下神経、副神経等の血管神経を損傷しないようにすることである。

本嚢胞の病理組織学的所見は一般に嚢胞壁の外層は線維性結合織からなり、内面は重層扁平上皮または絨毛円柱上皮あるいは両者の混合した上皮層より構成されている。また上皮層基底膜直下にはリンパ組織が多く認められ、Bhaskar & Bernier<sup>23)</sup>は96.6%、Pickles & Little<sup>4)</sup>は149例中135例にリンパ組織を認めている。本嚢胞は胸腺、扁桃などのリンパ組織の起源と発生学的に極めて近い場所から由来することがしばしば指摘されており、竹田<sup>29, 30)</sup>は扁桃炎に続発した側頸嚢を報告している。我々の症例も2例ともに胚中心を有するリンパ組織を認めた。

## 結 語

側頸部に生じる側頸嚢胞は比較的稀な疾患であるが、最近われわれは、本疾患の2例を経験したので発表した。

## 文 献

1. Ascherson 9より引用
2. Hanmer 10より引用
3. Wenglowshi, R.: Veber die Halsfisteln und Cysten, Arch Chir., 98; 151-208, 1912.
4. Rickles, N. H., and Little, J. W.: The histogenesis of the branchial cyst. A study of the lining epithelium, Am. J. Path., 50; 765-777, 1967.
5. Little, J. W., and Rickles, N. H.: The histogene-



- sis of the branchial cyst, *Am. J. Path.*, 50; 533-547, 1967.
6. Bernier, J. L., and Bhaskar, S. N.: Lymphoepithelial lesions of classification and histogenesis, *Cancer*, 11; 1156-1179, 1958.
7. Lorenz, H. E.: Das Branchiogene carcinoma. *Chir Klin z Bres.*, 85; 599-632, 1913.
8. 富田喜内, 望月重己, 小林八州男, 永井和男, 石川雅昭: 先天性側頸嚢胞の1例, 口腔外科学会雑誌, 3; 86-88, 1957.
9. 安藤竜男, 大態孝徳, 上田忠: 前後8回の切開排膿をくりかえした側頸部嚢胞の1例, 口腔外科学会雑誌, 12; 150-156, 1966.
10. 朝倉昭人, 藤林孝司, 植木直之, 小林洋二: 側頸嚢胞の3例, 日本口腔科学会雑誌, 18; 126-133, 1969.
11. 杉山忠正, 福田広志, 玉井達人, 河内四郎, 増田正樹, 大谷隆俊: 鰓原嚢胞の4例, 日本口腔外科学会雑誌, 22; 563-570, 1976.
12. Huncyowski 13より引用
13. Buckingham, J. M., and Dynn, H. B.: Branchial cleft cyst and sinuses in children. *Mayo Clin Proc.*, 49; 172-175, 1974.
14. 宇野, 8より引用
15. Virchow 7より引用
16. Kóstanecki. 10より引用
17. Bhaskar, S. N.: Lymphoepithelial cysts of the oral cavity, *OS OM OP.*, 21; 120-128, 1966.
18. Gold, C.: Branchial cleft located in the floor of the mouth, *OS OM OP.*, 15; 1118-1120, 1962.
19. Calman, H. I.: Sublingual branchiogenic cyst; report of a case. *OS OM OP.*, 16; 333-338, 1963.
20. Bailey, H.: The clinical aspects of branchial fistulae. *Brit. J. Surg.*, 21; 173-182, 1933.
21. 井上及婦世, 滝口馨: 鰓原嚢胞の一例, 口腔外科学会雑誌, 5; 162-164, 1959.
22. Sinniah, D., and Somasundaran, K.: Lateral cervical cyst. A case of respiratory distress in the newborn. *Amer. J. Dis. Child.*, 124; 582-583, 1972.
23. Bhaskar, S. N., and Bernier, J. L.: Histogenesis of branchial cysts. A report of 468 cases. *Am. J. Path.*, 35; 407-424, 1959.
24. Sedgwick, C. E., and Walsh, J. F.: Branchial cysts and fistulas. A Study of seventy-five cases relative to clinical aspects and treatment. *Am. J. Surg.*, 83; 3-8, 1952.
25. 大久保高明: 最近8年間に経験させる頸部嚢腫について, 日本臨床外科医学会雑誌, 24; 216-230, 1963.
26. 早坂滉, 白松幸爾: 先天性頸瘻と頸嚢胞, 外科診療, 13; 1043-1053, 1971.
27. 原科孝雄: 頸部嚢腫及び瘻の治療, 形成外科XV, 494-500, 1972.
28. 高橋広臣: 頭頸部先天性嚢腫の3例, 耳喉., 44; 389-400, 1972.
29. Taylar, J. N. S., and Burwell, R. G.: Branchiogenic nasopharyngeal cysts, *J. Laryng. & Otol.*, 68; 667, 1954.
30. Mc Farland, J.: Surgical pathology, 125, Blakiston, Philadelphia, 1942.
31. Miller, J. B.: Branchial cleft cysts, fistulae and appendages, *Laryngoscope*, 67; 1123-1193, 1957.