HOKKAIDO UNIVERSITY

| | |
|---|---|
| Title | 下顎骨骨髄から発生したと考えられた巨大な悪性リンパ腫の１例 |
| Author(s) | 山田, 珠希; 栗林, 和代; 大廣, 洋一 他 |
| Citation | 北海道歯学雑誌, 36(2), 134-141 |
| Issue Date | 2016-03 |
| Doc URL | https://hdl.handle.net/2115/60955 |
| Type | journal article |
| File Information | 36-02_12_Yamada.pdf |

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北海道歯誌　36：134−141，2016.

**症例報告**

# 下顎骨骨髄から発生したと考えられた巨大な悪性リンパ腫の１例

山田　珠希[1)]　栗林　和代[1)]　大廣　洋一[1)]　篠原　早紀[1)]　松田　光平[1)]
鈴木　豊典[3)]　北村　哲也[2)]　進藤　正信[2)]　鄭　漢忠[1)]

**抄　録**：顎顔面領域に発症する悪性リンパ腫の顎骨における発生は極めてまれである．今回われわれは下顎骨骨髄から発生した悪性リンパ腫の１例を経験したので報告する．

患者は59歳，男性．2014年９月に右耳下腺咬筋部の腫脹を自覚し，その後腫脹の増大傾向を認めたため，10月に病院歯科口腔外科を受診した．同院では臨床所見ならびに画像所見から歯に起因する炎症性疾患と診断され，抗菌薬による消炎処置後，原因歯の抜歯術が施された．腫脹は一時改善傾向を示したが，その後再燃したため，腫瘍性病変が疑われ2015年１月に紹介受診した．初診時の口腔外所見では顔貌左右非対称で右耳下腺咬筋部に弾性硬の著明な腫脹を認め，右オトガイ部皮膚と下唇に知覚鈍麻を認めた．口腔内所見では右頬粘膜下に腫瘤性病変を認めたが，表面を被覆する粘膜は正常であった．画像検査では右下顎骨体，下顎枝，下顎頭の骨髄内からその周囲に比較的境界明瞭な腫瘤性病変を認め，また，皮質骨全体に点状の骨欠損を認めた．PET-CT検査では腫瘤と一致した部位にSUV max 22.5の集積亢進を認めた．臨床検査所見では特記すべき所見は認められなかった．下顎骨骨髄由来の腫瘍の臨床診断のもと，右頬粘膜部から腫瘤性病変の生検を行い，びまん性大細胞性B細胞リンパ腫と診断された．血液内科に対診し，R-COHP療法ならびに放射線治療により寛解が得られ，現在血液内科にて経過観察中である．

**キーワード**：悪性リンパ腫，非ホジキンリンパ腫，炎症性疾患，びまん性大細胞性B細胞リンパ腫，下顎骨

## 緒　　言

悪性リンパ腫はホジキンリンパ腫（HL）と非ホジキンリンパ腫（NHL）に大別され，悪性リンパ腫のほとんどがNHLである．顎顔面領域に発症するNHLはそのほとんどが節外リンパ腫であり，発生部位として口蓋，歯肉，頬部に発症するものが多く[1)]，骨原発症例は１％未満と言われ，非常にまれである．今回，われわれは下顎骨骨髄から発生した悪性リンパ腫の症例を経験したので，文献考察を加えてその概要を報告する．

## 症　　例

患　者：59歳，男性
初　診：2015年１月
主　訴：右耳下腺咬筋部の腫脹と同部の疼痛
既往歴：2012年，胃癌の診断で胃全摘
家族歴：特記事項なし
現病歴：2014年９月中旬，右耳下腺咬筋部の腫脹を自覚したが，それ以外の症状がないため放置していた．その後腫脹に改善なく，徐々に増大を続けたため，同年10月下旬，歯科医院経由で某病院歯科口腔外科を受診した．同院では右下顎第二小臼歯歯周炎による下顎骨周囲炎と診断され，原因歯と考えられた右下顎第二小臼歯の抜歯術と抗菌薬による消炎処置が施行された．抜歯後は上皮化し，治癒状態に問題はなく，一時腫脹は改善傾向を示した．しかしながら，再度腫脹が出現し消炎処置が奏功しないため腫瘍性病変が疑われ，精査加療目的で紹介により当科を受診し，遠方であったことから即日入院となった．
現　症：
全身所見；
身長166.0cm，体重45kg，BMI16.3kg/m$^2$，やせ型で顔色はやや不良であった．倦怠感や発熱は認めなかった．

[1)]〒060-8586 札幌市北区北13条西７丁目
北海道大学大学院歯学研究科　口腔病態学講座　口腔顎顔面外科学教室（主任：鄭　漢忠 教授）
[2)]〒060−8586 札幌市北区北13条西７丁目
北海道大学大学院歯学研究科　口腔病態学講座　口腔病理病態学教室（主任：進藤　正信 教授）
[3)]〒090-0836 北見市東三輪２丁目54−８
医療法人耳鼻咽喉科麻生北見病院歯科口腔外科（主任：鈴木　豊典 部長）

口腔外所見；

顔貌は左右非対称で，右耳下腺咬筋部に著明なびまん性腫脹を認めた（図１）．腫脹は弾性硬で同部の自発痛と軽度の圧痛を伴っていた．表面皮膚は腫脹により光沢感を伴っていたが発赤は認めなかった．右オトガイ部皮膚ならびに右下唇に知覚鈍麻を認めた．

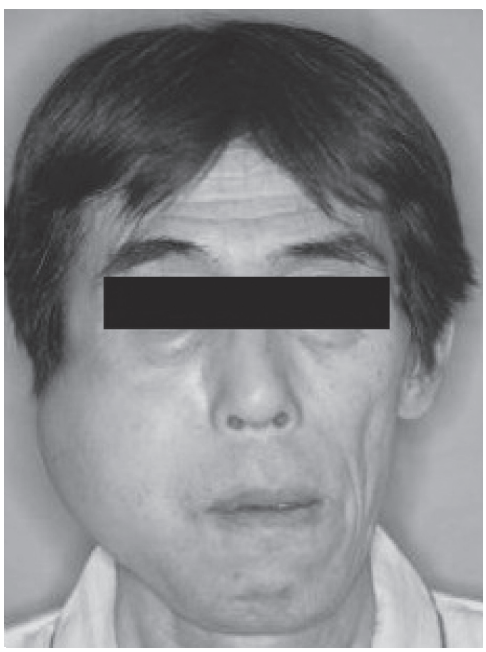


**図１**　口腔外写真
顔貌は左右非対称であった．

口腔内所見；

開口量は18mmで，また，閉口障害も認めた（図２）．右頬粘膜下に弾性硬で粘膜とは可動性のある腫瘤を触知し，被覆表面粘膜は正常であった（図３）．

画像所見；

パノラマX線写真では，右関節突起の辺縁の境界がやや不明瞭であったが，骨体部に左右差はなかった（図４）．CTでは皮質骨全体的に点状の欠損を認め，右下顎骨体～下顎枝～下顎頭の骨髄内から周囲にかけて境界明瞭で巨大な腫瘤性病変を認めた（図５）．MRIでは，病変はT1強調像で筋肉と同等の信号を示し，T2強調像で比較的均一な高信号を示した．内部には索状ないしは隔壁様の低信号部分を認めた（図６）．造影後，骨髄内は不均一に増強され，骨髄外は骨髄内より強く比較的均一に増強された（図７）．PET-CTでは，右耳下腺咬筋部にSUV max値が22.5のFDG集積を認める以外，他の全身諸臓器に有意な集積は認めなかった（図８）．

臨床検査所見；

血清Ig Eが1041.9mg/dlと高値を示した他はsIL2-R，WBCやCRPなどの血液一般検査，生化学検査および尿検査において異常値は認めなかった（表１）．



**図２**　口腔内写真
閉口時の咬合は開咬状態で閉口不能であった．



**図３**　口腔内写真
右頬粘膜下に腫瘤を認めるが，被覆表面粘膜は正常であった．

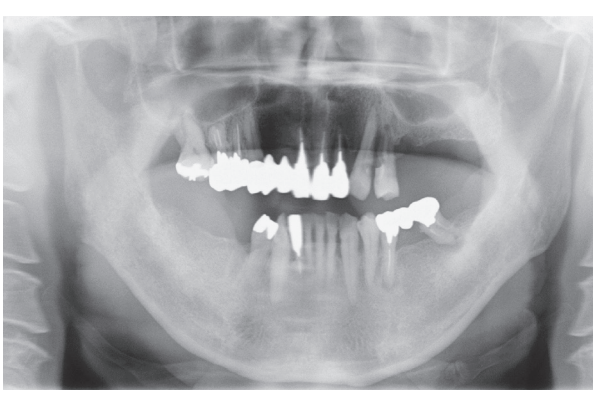


**図４**　パノラマX線写真
右関節突起の辺縁の境界がやや不明瞭であった．

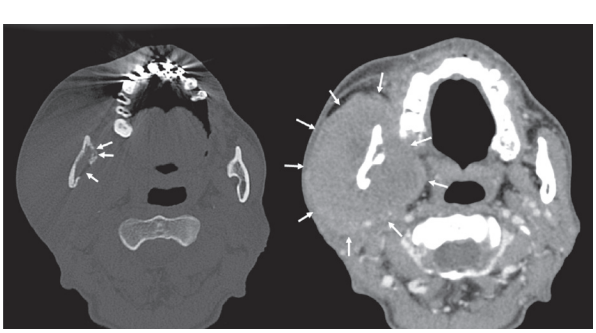


**図５**　CT画像
下顎骨に点状の欠損を認め（左図→），周囲に腫瘤性病変（右図→）を認めた．

① T1強調像　② T2強調像

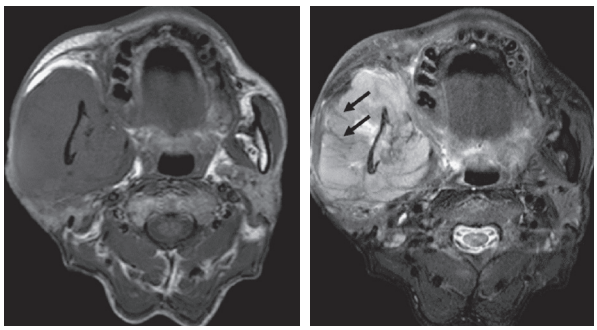


図６　MRI画像
T1強調像（①），T2強調像（②）．病変はT1強調像で筋肉と同様の等信号であった．T2強調像では比較的均一な高信号を示し，中心部に強い高信号部分や軽度低信号部分を認めた．また，内部に索状ないしは隔壁様の低信号が多数認めた（→）．

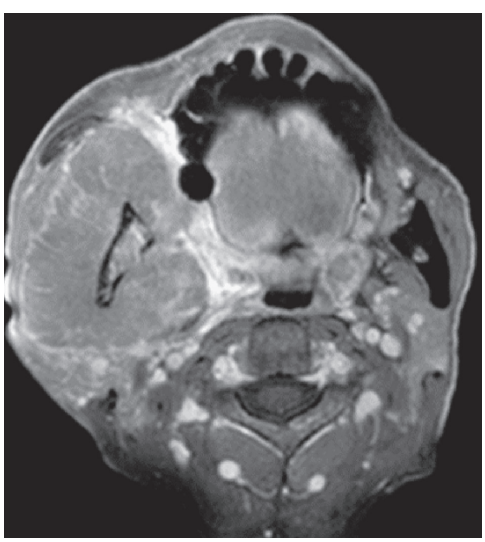


図７　造影MRI画像
骨髄内は不均一に造影され，骨髄外は内より強く造影された．

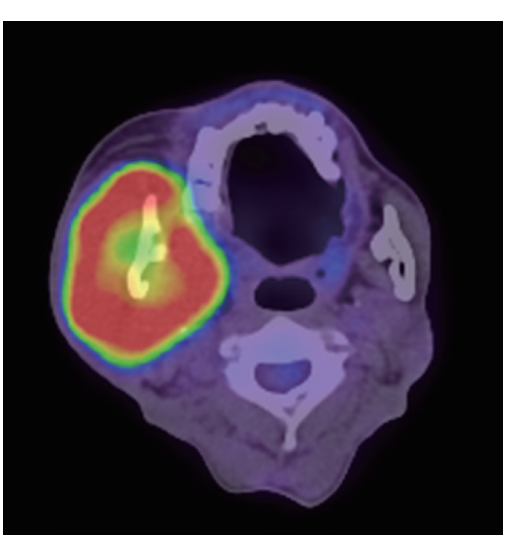


図８　FDG-PET-CT画像
右耳下腺咬筋部にSUV max：22.5のFDG集積を認めた．

表１　初診時臨床検査所見

| | | 正常値 |
|---|---|---|
| WBC | 6,600/μ | 4,000~8,000 |
| RBC | $3.98\times10^6$/μ | 4.1~5.3 |
| Hb | 11.6 g/dl | 13~17 |
| Plt | $281\times10^3$/μ | 120~400 |
| TP | 7.0 g/dl | 6.3~7.8 |
| Alb | 4.1 g/dl | 3.7~4.9 |
| AST | 27 U/dl | 13~33 |
| ALT | 22 U/dl | 8~42 |
| LDH | 212 U/dl | 101~193 |
| γ-GT | 28 U/dl | 0~50 |
| ALP | 221 U/dl | 100~325 |
| BUN | 16 mg/dl | 8~20 |
| Cre | 0.88 mg/dl | 0.8~1.3 |
| CRP | 0.22 mg/dl | <0.3 |
| Na | 142 mEq/l | 136~144 |
| K | 4.1 mEq/l | 3.6~4.9 |
| Cl | 108 mEq/l | 98~109 |
| | | |
| sIL-2R | 456 U/ml | 145~519 |
| IgA | 292 mg/dl | 100~350 |
| IgG | 1376 mg/dl | 800~1600 |
| IgM | 102 mg/dl | 60~250 |
| IgD | 1.8 mg/dl | <9 |
| IgE | 1041.9 mg/dl | <170 |

尿中B-Jタンパク（-）
血清IgE値高値以外に異常値は認めなかった．

臨床診断：下顎骨骨髄由来腫瘍
処置および経過：2015年１月某日，局所麻酔下に右頬粘膜部から腫瘤性病変の生検を行った．生検時，正常粘膜下に淡桃色で脆弱な充実性軟組織を認め，止血は容易であ

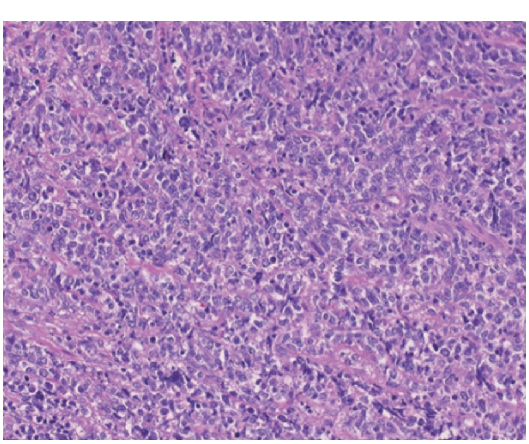


図９　病理組織像（HE染色）
異型を示す細胞のびまん性増殖からなり，比較的多数の核分裂像が認められた．

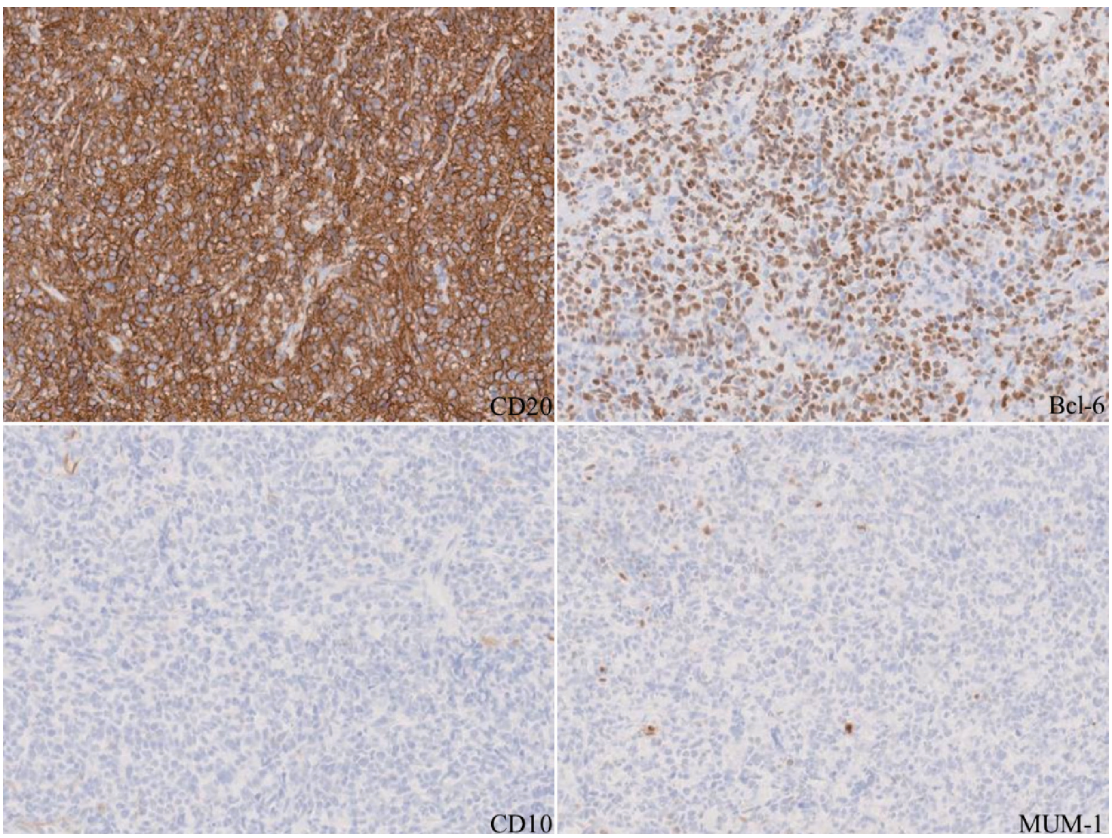



**図10**　免疫組織化学像
腫瘍細胞は免疫染色でB細胞マーカーであるCD20陽性であった．CD10陰性，Bcl-6陽性，MUM-1陰性であった．

った．病理組織学的所見では，上皮下にびまん性に増殖する腫瘍細胞を認めた．腫瘍細胞はクロマチンが粗に分布し，切れ込みのある核をもつ大型の異型細胞を主体とし，比較的多数の分裂像が認められた（図９）．免疫染色ではCD20陽性でB細胞の形質を発現し，CD10は陰性でBcl-6は陽性，さらにMUM-1が陰性であった（図10）．

病理組織学的診断：びまん性大細胞性B細胞リンパ腫

当院血液内科に診察を依頼したが，自宅近くでの加療を希望されたため，某病院血液内科に紹介となった．病期はAnn Arbor 分類[2]でstage ⅡA，予後因子としてはIPI score[3]でlow-intermediate riskと診断され，R-CHOP療法（リツキサン550mg×１日，オンコビン２mg×２日，アドリアシン73mg×２日，エンドキサン1100mg×２日，プレドニン70mg×２日～５日）を３クール施行後，放射線照射（30Gy/15fr）が施行された．寛解が得られ同院で経過観察中である．

## 考　　察

口腔顎顔面領域に発生する悪性腫瘍の約90%が扁平上皮癌であり，悪性リンパ腫は数%と言われている[4-5]．悪性リンパ腫はホジキンリンパ腫（HL）と非ホジキンリンパ腫（NHL）に大別され[6-7]，約90%をNHL[8-10]が占めている．HLは約90%がリンパ節に発生するが，それに比較してNHLは約40%が節外に発生する[11-13]．口腔や顎顔面での発生はそのうち約２～３%程度と報告されている[5, 13-14]．顎顔面領域では唾液腺や上顎洞，口腔領域では口蓋，歯肉，舌，頬粘膜，口底，唇などの軟組織が一般的な発生部位である[5, 15-16]．これらの報告から考えると全悪性リンパ腫において下顎骨原発は非常にまれであり1%未満であると考えられる[17-19]．Shindoh[20]らの報告によると1971年から1994年までに当院口腔外科およびその関連病院を受診した111例のNHLのうち骨内に発生したものはわずか３例（2.7%）であり，その報告からも顎骨に発生するものはまれであると言える．本症例は自覚症状の出現から当科での診断に至るまで他病院を経由し４ヶ月程度を要しているが，その原因の一つに悪性リンパ腫が下顎に発生する確率が極めて低いことならびに一時は抗菌薬による消炎療法に反応したために炎症性疾患との鑑別が困難であったことが関与していると考えられた．過去の文献でも下顎骨原発の悪性リンパ腫は診断が困難で治療に至るまでに時間を要するとの報告があり，平均で3.9ヶ月（最大７ヶ月）であった[21]．また，今回の症例と同様に炎症性疾患との鑑別が困難であったとする報告もみられた[17]．本症例も当院に受診し診断されるまでに顎骨周囲炎と診断され，消炎処置を施されていた．前医受診時の所見では右耳下腺咬筋部の腫脹とオトガイ部皮膚ならびに下唇の知覚鈍麻，また，口腔内

では原因歯と考えられた歯の動揺と打診痛さらには周囲歯肉に軽度の炎症を伴っており，歯性感染症の診断として矛盾はなかった．同病態に対して抗菌薬の使用と原因歯の抜歯を行い，一時は腫脹が軽減し症状の改善が認められたことも診断を困難にした一因と考えられた．口腔領域に発生する悪性リンパ腫は臨床的にも画像的にも非特異的で多様な症状を示すため，炎症性疾患や良性腫瘍などどの鑑別が困難になる[2-24]．血液検査では血液一般検査以外に可溶性インターロイキン2受容体（sIL-2R），各種LDH，免疫グロブリン，また，尿検査一般以外にベンスジョーンズ蛋白（BJP）を加えて検査した．一般的にsIL-2RはT細胞系の活性化に伴い増加するため，T細胞系の活性化の消長を示す指標となり，白血病，悪性リンパ腫，関節リウマチ，膠原病など免疫系の様々な病的状態で上昇することが知られている．しかし，今回の血液ならびに尿検査では診断に有用な結果は得られなかった．画像では下顎骨骨髄由来腫瘍と診断され，鑑別疾患として悪性リンパ腫，多発性骨髄腫（形質細胞腫），骨肉腫があげられた．悪性リンパ腫の臨床像ならびにX線像は特異的ではない[25]ため，生検以外の方法で確定することは困難である[26]が，骨髄由来病変が疑われた場合には悪性リンパ腫の可能性も念頭にいれ，治療方針決定のためにも生検は必須である．今回画像検査の一つとして，FDG-PET検査を施行した．FDGの集積度は腫瘍細胞の増殖速度，悪性度，腫瘍細胞の密度などと相関するため一概に標準値を提示することは困難ではあるが，悪性リンパ腫は悪性腫瘍の中でも特にFDGの集積を示すことが知られている．本症例でもSUV max 22.5と一般のSCCと比べてかなり高値であったことから，FDGの集積値が診断の一助となった．

病理織学的診断はDiffuse large B-cell lymphoma（DLBCL）であった．Ostrowski[27]は，骨原発の悪性リンパ腫のうち，30.3%がDLBCLであると報告している．本症例の発生部位はまれではあったが，病理組織型はDLBCLであり最も多く認められるものであった[28]．前述のShindohらの報告でも口腔顎顔面領域では111例中63例がDLBCLであり，他の文献でもDLBCLは約半数を占めているとの報告が散見される[20, 29]．DLBCLは多彩な形態を示し，形態のみからは癌腫や肉腫などと鑑別が難しいと言われている．適切な免疫染色が行われないまま未分化癌や未分化肉腫といった誤った診断を下される可能性もある．このような場合，画像や血液検査の情報が診断の一助となる．本症例では画像から悪性リンパ腫が鑑別診断の一つにあがり，生検材料に対して適切な免疫染色が行われたことが迅速な確定診断につながったと考えられた．DLBCLはMUM-1，Bcl-6，CD10などの抗体による免疫染色を用いたHans[30]らやChang[31]らの分類法でgerminal center Bならびにnon-germinal center Bに細分類される．これらの分類法により予後の推察が可能であり，治療法を決定する上でも抗体を用いた免疫染色は臨床的に意義がある．本症例ではCD10陰性，Bcl-6陽性，MUM-1陰性の結果からgerminal center Bであり，一般的に５年生存率は76%[30]と言われ，予後は比較的良いと思われる．

悪性リンパ腫の病変の範囲は治療方針や予後予測に影響を与えるため，病期を分類することは非常に重要である．病期分類にはAnn Arbor分類[2]が，また予後予測モデルとしてIPI score[3]が広く用いられている．IPIは１．年齢，２．全身状態，３．血清LDH値，４．リンパ節以外の病変が２箇所以上，５．病期Ⅲ以上の５つの項目でスコアリングされる．本症例はAnn Arbor分類でⅡA，IPI scoreでlow-intermediate riskに分類される．治療方針はAnn Arbor分類やIPI scoreを踏まえて決定されるが，現在のDLBCLに対する標準的な治療法としては，R-CHOP療法が行われている．R-CHOP療法は抗体療法であるリツキシマブ（抗CD20モノクローナル抗体）を併用した化学療法で，化学療法としては，シクロホスファミド，ドキソルビシン，ビンクリスチン，プレドニゾロンが用いられる．限局型（Ann Arbor分類で病期Ⅰ，Ⅱ）の場合にはR-CHOPを３コースと放射線療法（区域照射）の併用，またはR-CHOPが６コース行われる．放射線の照射は治療開始前に大きな腫瘤があった場合，化学療法終了後にその部位に追加される．一方，進行型（Ann Arbor分類で病期Ⅲ，Ⅳ）の場合にはR-CHOPが６～８コース行われる．本症例は紹介先の血液内科にてR-CHOP療法を３コースと放射線照射[32]（30Gy/15fr）が終了し寛解しており，報告によると生命予後予測[3]で５年生存率が69%と比較的良好であると言われている．診断の遅れが患者の生命予後に直接関係する疾患であるため，迅速な診断と早急な治療介入が非常に重要である．そのためには，口腔外科，画像診断医，病理医の綿密な連携が大切であると考えられた．

## 結　　語

今回われわれは発生部位が極めてまれな下顎骨骨髄から発症した悪性リンパ腫の症例を経験したので，その概要を報告した．

本症例は，第41回日本口腔外科学会北日本支部学術集会（2015年６月，札幌）において発表した．

## 謝　　辞

稿を終えるにあたり，本症例の画像的所見に関して多大なるご指導ご協力をいただきました北海道大学大学院歯学研究科歯科放射線学教室の箕輪和行教授に深く感謝致します．

## 参 考 文 献

1） 陶山一隆，山辺　滋，徳久道夫，川崎五郎，松尾長光，空閑祥浩，北野明夫，岡邊治男：顎口腔領域における悪

性リンパ腫症例の臨床病理学的検討. 口科誌, 47 : 175-180, 1998.
2) Paul P. Carbone (Chairman), Henry S. Kaplan, Karl Musshoff, David W. Smithers, and Maurice Tubiana : Report of the committee on Hodgkin's disease staging classification. Cancer Research 31 : 1860-1861, 1971.
3) Shipp MA, Harrington DP : The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma patients. N Engl J Med 329 : 987-994, 1993.
4) Epstein JB, Epstein JD, Le ND, Gorsky M : Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: a population-based review of 361 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 92 : 518-525, 2001.
5) Guevara-Canales JO, Morales-Vadillo R, Sacsaquispe-Contreras SJ, Barrionuevo-Cornejo C, Montes-Gil J, Cava-Vergiú CE, Soares FA, Chaves-Netto HD, Chaves MD: Malignant lymphoma of the oral cavity and the maxillofacial region: Overall survival prognostic factors. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 1 ; 18(4) : 619-626, 2013.
6) Kobler P, Borcic J, Zore FI, Nola M, Sertic D : Primary non Hodgkins lymphoma of the oral cavity. Oral Oncol Extra 41 : 12-14, 2005.
7) Kemp S, Gallagher G, Kabani S, Noonan V, O'Hara C : Oral non-Hodgkin's lymphoma : review of the literature and World Health Organization classification with reference to 40 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 105 : 194-201, 2008.
8) The list of the members of the Study Group appears in Appendix I : Lymphoma Study Group of Japanese pathologists : The World Health Organization classification of malignant lymphomas in Japan : incidence of recently recognized entities. Pathol Int 50 : 696-702, 2000.
9) Lu P : Staging and classification of lymphoma. Semin Nucl Med 35 : 160-164, 2005.
10) Villa A, Mariani U, Villa F : T-cell lymphoma of the oral cavity : a case report. Aust Dent J 55 : 203-206, 2010.
11) Freeman C, Berg JW : Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer 29 : 252-260, 1972.
12) Jordan RC, Speight PM : Extranodal non-Hodgkin's lymphomas of the oral cavity. Curr Top Pathol 90 : 125-146, 1996.
13) Haioun C, Reyes F : Les lymphomas agressifis. Rev Prat 52 : 972-977, 2002.
14) Eisenbud L, Sciubba J, Mir R, Sachs SA : Oral presentations in non-Hodgkin's lymphoma: a review of thirty-one cases. Part I . Data analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 56 : 151-156, 1983.
15) Kolokotronis A, Konstantinou N, Christakis I, Papadimitriou P, Matiakis A, Zaraboukas T, and Antoniades D : Localized B-cell non-Hodgkin's lymphoma of oral cavity and maxillofacial region : A clinical study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 99 : 303-310, 2005.
16) Kawasaki G, Nakai M, Mizuno A, Nakamura T, Okabe H : Malignant lymphoma of the mandible: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 83 : 345-349, 1997.
17) 山本　崇, 宮崎晃恒, 野口　誠, 針谷靖史, 仲盛健治, 永井　格 : 診断に苦慮した下顎歯槽部悪性リンパ腫の１例. 日口外誌, 53 : 8-12, 2007
18) Mnejja M, Hammami B, Kolsi N, Kallel S, Chakroun A, Charfeddine I, Hdiji S, Elloumi M, Ghorbel A : B-cell lymphoma of the mandible. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 127 : 186-188, 2010.
19) Okahata R, Shimamoto H, Marutani K, Tomita S, Nakatani A, Kishino M, Kakimoto N, Murakami S, and Furukawa S : Diffuse large B-cell lymphoma of the mandible with periosteal reaction : a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol. 117 : 228-232, 2014.
20) Shindoh M, Takami T, Arisue M, Yamashita T, Saito T, Kohgo T, Notani N, Totsuka Y and Amemiya A : Comparison between submucosal (extra-nodal) and nodal non-Hodgkin's lymphoma (NHL) in the oral and maxillofacial region. J Oral Pathol Med 26 : 283-289, 1997.
21) Schimming R, et Lobnitzer A : Lymphome primaire non-hodgkinien de la mandibule, presentation d'un cas. Rev Mens Suisse Odontostomatol 109 : 837-843, 1999.
22) 花沢康雄, 伊藤公介, 内山　聡, 金沢春幸, 佐藤研一 : 最近６年間に経験した顎口腔領域の悪性リンパ腫症例の臨床的検討. 日口外誌, 38 : 1859-1866, 1992.
23) 平野正美, 飛内賢正 : 悪性リンパ腫治療マニュアル. 10-11, 南江堂, 東京, 1998.
24) 須永真司 : 悪性リンパ腫の診断, 遺伝子診断の原理と有用性. 内科, 80 : 441-443, 1997.
25) Adouani A, Bouguila J, Jeblaoui Y, Ben Aicha M, Abdelali MA, Hellali M, Zitouni K, Amani L and

Issam Z : B-cell lymphoma of the mandible : a case report 2 : 445-450, 2008.
26）荻場明子, 田村　稔, 千葉恭子, 栗田　浩, 小木曽暁, 峯村俊一, 倉科憲治, 小谷　朗：当科における悪性リンパ腫症例の初発臨床像に関する検討. 日口外誌, 39 : 1206-1212, 1993.
27）Ostrowski ML, Unni KK, Banks PM, Shires TC, Evans RG, O'Connell MJ, Tayloy WF : Malignant lymphoma of bone. Cancer 58 : 2646-2655, 1986.
28）Coiffier B : Diffuse large B cell lymphoma. Curr Opin Oncol 13 : 325-334, 2001.
29）窪田泰孝, 竹之下康治, 二宮史浩, 篠原正徳, 三橋哲哉, 吉浦一紀：顎・口腔領域における非ホジキンリンパ腫の臨床的および病理組織学的検討. 日口外誌, 42 : 430-432, 1996.
30）Christine P. Hans, Dennis D. Weisenburger, Timothy C. Greiner, Randy D. Gascoyne, Jan Delabie, German Ott, H. Konrad Müller-Hermelink, Elias Campo, Rita M. Braziel, Elaine S. Jaffe, Zenggang Pan, Pedro Farinha, Lynette M. Smith, Brunangelo Falini, Alison H. Banham, Andreas Rosenwald, Louis M. Staudt, Joseph M. Connors, James O. Armitage, and Wing C. Chan : Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. Blood 103 : 275-282, 2004.
31）Chang CC, McClinstock S, Cleveland RP, Trzpuc T, Vesole DH, Logan B, Kajdacsy-Balla A, Pekins SL : Immunohistochemical expression patterns of germinal center and activation B-cell markers correlate with prognosis in diffuse large B-cell lymphoma. Am J Surg Pathol 28 : 464-470, 2004.
32）Coiffier B, Lepage E, Brière J, Herbrecht R, Tilly H, Bouabdallah R, Morel P, Van Den Neste E, Salles G, Gaulard P, Reyes F, Lederlin P, Gisselbrecht C : CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. N Engl J Med 346 : 235-242, 2002.

CASE REPORT

# A case of malignant lymphoma arising in the bone marrow of the mandible

Tamaki Yamada[1)], Kazuyo Kuribayashi[1)], Yoichi Ohiro[1)], Saki Shinohara[1)], Kohei Matsuda[1)], Toyonori Suzuki[3)], Tetsuya Kitamura[2)], Masanobu Shindoh[2)] and Kanchu Tei[1)]

ABSTRACT : Malignant lymphoma arising in the mandible is extremely rare. In this study we report on a case of malignant lymphoma arising in the bone marrow of the mandible. The patient was a 59-year-old man. In September 2014, he noticed a swelling in the right parotid masseteric region. The swelling was getting bigger, and thereafter he visited an oral surgeon's hospital in October, 2014. In the hospital, antibiotics were administered and he had the diagnosis of an odontogenic inflammation from clinical and imaging findings. The swelling was improved temporarily, but the symptom recurred soon. Other diseases, including lesions, were suspected. He was then referred to our hospital. At the first visit, an extra-oral examination showed facial asymmetry caused by the swelling and hypoesthesia of the right mental region and lower lip. An intraoral examination showed a mass under the right normal buccal mucosa. Contrast enhanced CT and an MRI showed irregular and punctate bone resorption in the cortical bone of the right mandible and uniformly enhanced soft tissue. PET-CT revealed an abnormal uptake in the right mandible region (SUV max : 22.5). In blood tests there were no apparent abnormalities. Biopsy of the tissue showed diffuse large B-cell lymphoma. He received chemotherapy with R-CHOP and irradiation at the department of hematology. He has remained in remission six months after treatment.

Key words : Malignant lymphoma, non-Hodgkin's lymphoma, inflammatory disease, diffuse large B-cell lymphoma, mandible

[1)]Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Division of Oral Pathobiological Science, Graduate School of Dental Medicine, Hokkaido Univrsity (Chief : Prof. Kanchu Tei) Kita 13 Nishi 7, Kita-ku, Sapporo, 060-8586, Japan
[2)]Department of Oral Pathology and Biology, Division of Oral Pathobiological Science, Graduate School of Dental Medicine, Hokkaido Univrsity (Chief : Prof. Masanobu Shindoh) Kita 13 Nishi 7, Kita-ku, Sapporo, 060-8586, Japan
[3)]Departmemt of Dentistry and Oral Surgery, Azabu Kitami Triology Hospital (Chief : Dr. Toyonori Suzuki) 54-8, Higasimiwa 2, Kitami city, Hokkaido, Japan