頸部食道癌の治療成績および QOL に関する検討

上村 裕和*, 佐藤 武男**, 吉野 邦俊**
藤井 隆**, 稲上 憲一**, 長原 昌萬**
西谷 茂樹***

Treatment and QOL of Patients with Cervical Esophageal Cancer

Hirokazu Uemura, M.D.,* Takeo Sato, M.D.,** Kunitoshi Yoshino, M.D.,**
Takashi Fujii, M.D.,** Ken-ichi Inakami, M.D.,** Masamitsu Nagahara, M.D.,**
and Shigeki Nishitani, M.D.***

*Department of Otorhinolaryngology, Nara Medical University, Nara, **Department of
Otolaryngology, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases, Osaka,
and ***Department of Plastic Surgery, Osaka Medical Center and Research Institute
for Maternal and Child Health, Osaka

Cervical esophageal cancer is usually diagnosed at an advanced stage, and treatment is often limited to palliation. So it is difficult for the patients to benefit fully from treatments such as surgery, irradiation and chemotherapy. Surgery, which offers the best relief of dysphagia, is controversial. Surgery must support the *Quality of Life* (QOL) of patients with cervical esophageal cancer.

We treated 41 patients for cervical esophageal cancer, 20 patients by surgery, 18 patients by radiotherapy, and 3 patients by palliative chemotherapy. As is often the case in reports of cervical esophageal cancer, our results were poor. The 5-year overall survival rate was 12% (5/41). The patients treated surgically were able to feed orally for a longer period than the patients treated with irradiation—a mean of 24 months and 13.4 months, respectively. Thus, surgery in cervical esophageal cancer can support one aspect of QOL in patients.

Key words : 頸部食道癌, 治療成績, QOL, 経口摂取可能期間

I. はじめに

頸部食道癌は頭頸部領域で取り扱う悪性腫瘍のなかでも極めて予後不良であり, 治療に難航することの多い疾患である。したがって拡大手術に否定的な意見もきかれるが, 経口摂取が不可能となる経過を考慮するならば手術治療が望

ましいと思われる。“口から食べることは基本的生理行為であるとともに生きる喜びのひとつであり, 患者の quality of life (QOL) と深くかかわっている。今回われわれは, 頸部食道癌の治療成績と手術治療の QOL に対する貢献度を評価する目的で種々の検討を行ったので報告する。

II. 対 象

1978年から1994年に大阪府立成人病センターにおいて初回治療を施行した頸部食道癌41例(性別: 男性24例, 女性17例; 年齢: 42~82歳

*奈良県立医科大学耳鼻咽喉科, **大阪府立成人病センター耳鼻咽喉科, ***大阪府立母子センター形成外科
別刷請求: 〒634-8522 橿原市四条町840

奈良医科大学耳鼻咽喉科 上村裕和
投稿受付: 1997年10月14日

表1 治療法

治療法	症例数	腫瘍占拠部位 (腫瘍長径平均値: cm)		
		PC~Ce	Ce	Ce~Iu
手術	20	12 (7.2)	7 (5.2)	1 (5.3)
照射	18	0	7 (3.9)	11 (6.5)
化学療法	3	2 (6.3)	0	1 (7.0)

PC~Ce: 輪状後部から頸部食道, Ce: 頸部食道,
Ce~Iu: 頸部食道から胸部上部食道

(平均62歳))を対象とした。腫瘍占拠部位はPC
~Ce 14例, Ce 14例, Ce~Iu 13例であった。

III. 治療法

われわれはこれまでに頸部食道癌に対する初期治療として手術治療を20例に, 照射を18例に, 化学療法を3例に適用してきた。手術治療例では, 術前化学療法もしくは術前照射を行ったものはそれぞれ2例であった。また, 照射例では化学療法を併用したものは4例で, 照射量は36~70 Gy (平均62 Gy) であった。いずれの治療法を選択するかは腫瘍の大きさによらず, その占拠部位に依存する傾向にあった。化学療法は姑息的治療法として選択され, うち2例はそれぞれ気管食道瘻, 肺線維症のため継続治療が不可能であった (表1)。

治療法の年次変遷を図1に示した。1980年代後半に血管吻合による再建術が積極的に導入されてからは手術治療の占める割合が増加し, それ以前には照射が多く選択されていた。1980年

代前半までは食道再建にDP皮弁が多用されていた。

IV. 結 果

1. 予後および死因

姑息的治療法として化学療法を施行した3例はいずれも4カ月以内に死亡した。手術例, 照射例では長期生存例が認められるものの, 5年粗生存率はおおの20%, 5.6%と不良であった (図1)。

現在までに死亡が確認された症例についてその死因をみると, 照射例では局所制御不能例が18例中13例 (72%) に認められた。

手術例では局所再発による死亡が照射例に比較して17例中3例 (17%) と減少していたが, 遠隔転移による死亡が8例 (47%) に認められた。化学療法例では2例が治療効果なく死亡し, その他1例は化学療法に起因した死亡であった (図2)。

2. 経口摂取可能期間

治療法別に経口摂取可能期間と治療後の在宅期間を比較した (表2)。経口摂取可能期間は手術例では術後経口摂取可能時点から, 化学療法例では施行終了時点から算定した。また, 照射例では照射開始時点から算定した。

手術治療と照射の治療後の経口摂取可能期間は, それぞれ24カ月, 12.4カ月と2倍近い開きがあり, さらに手術死亡例を除外すると約2.5倍の期間を獲得することができた。

図1 治療法の年次変遷

図2 生存率曲線

表2 経口摂取可能期間と在宅期間

治療法	経口摂取可能 期間 (月)	在宅期間 (月)
手術	24.0 (34.2)	22.1 (27.6)
照射	12.4	13.4
化学療法	1.3	0

注: () 内は手術死亡例を除外した場合

V. 考 察

頭頸部癌、食道癌の分子生物学的検索 (PRAD-1, C-erbB, int-2 など) 遠隔・リンパ節転移のきたしやすさが検討され、術前予測の補助となり得る結果も報告されている^{1,2)}。また、P53などの遺伝子の異常と照射あるいは化学療法感受性との関係についても研究が進められている³⁾。しかしながら、食道癌の中でも頸部食道癌は拡大手術、喉頭全摘出術を要することが多いがいまだに飛躍的予後向上はみられていない。Kelly ら³⁾は Collin ら⁴⁾の頸部食道癌に関する報告の後に、さらに最近の同施設での頸部食道癌の治療成績等について報告しているが、5年生存率で9%から12%へ向上したにすぎない。われわれの結果でも予後は不良で (12%), 縦隔気管口造設等拡大手術を要した例が認められた。手術、照射もしくは化学療法のいずれを選択するか、また、いずれの組み合わせを選択するかは治癒を目的としてだけでなく、経口摂取を可能にすることも大きな目標である。表3に示したように今回対象とした症例でも主訴は嚥下時痛、通過障害といった嚥下に対する

表3 主訴と病悩期間

主 訴	例数 (%)	病悩期間 (月)
咽喉頭異常感	9 (22)	5.1
咽頭痛・嚥下痛	11 (27)	4.9
通過障害	20 (49)	4.7
無症状	1 (2)	—

不都合であった (76%)。

近年頭頸部領域でも機能温存などに関する問題に盛んに意見が交わされるようになってきた。しかしながら、本邦では患者の QOL に関して議論の歴史が浅く、概念の浸透が十分ではない。そもそも QOL は癌患者のみならず他の種々の疾患、種々の方面にあてはめることが可能であるのでその概念も幅広く、検討項目も多岐にわたる⁵⁾。今回われわれは QOL の 1 つの指標として経口摂取に焦点を絞って検討したが、本来は performance status, 他人とのかかわり、社会での役割などさらに多くの項目に関して調査する必要がある。それらは患者にとって主体的であるべきである。今回はカルテ記載による retrospective study を行い QOL の一指標として“口から食べられること”を追跡してみたが、手術治療は照射に比較して2倍程度の経口摂取可能期間を獲得することができ、その果たす役割は大きいと思われた。照射と手術では5年粗生存率に差はなく、以上のような結果が得られたことから、経口摂取可否の面からみた QOL 向上に手術は寄与していると考えられる。

一方、手術治療を行うことで状況を悪くすることもあり得る。1980年代前半までは食道再建に DP 皮弁が多用され、経口摂取可能となるまでかなりの期間を費やし QOL 低下を招く一要因となったと考えられた。また、再建手術の進歩により手術適応の枠は広がってきたが⁶⁻¹¹⁾、開胸・開腹、前縦隔気管口造設など大侵襲が加えられることもあり、手術死亡も起こり得る。したがって、手術治療では適応の的確な判断、厳重な全身管理が必要である。

図2および図3に示したように、手術、照射のいずれもその予後に差はなく、遠隔転移によるところが多い。Thomas Kuchler の述べているように、癌での治癒率は依然として5年生存

図3 死因

* : 脳内出血, その他の原因による死亡

** : 手術死亡4例を含む

*** : 肺線維症で死亡

T, N, Mはそれぞれ局所, リンパ節, 遠隔転移を示す。

率で規定されているが, 治療の大半は緩和的である⁵⁾。したがって, 適応と管理が適切であるならば頸部食道癌に対する手術治療は根治という目的に限らず意義があると考えられた。

VI. まとめ

1) 頸部食道癌41例について遠隔成績, 経口摂取可能期間等に関する検討を行った。

2) 頸部食道癌の5年粗生存率は手術例20%, 照射例5.6%, 化学療法例0%であった。

3) 予後不良の疾患ではあるが, 各症例に応じた最適な治療法により患者のQOL向上に貢献できた。

なお, 本論文の要旨は第20回頭頸部腫瘍学会(1996年, 福井市)で発表した。

文 献

- 1) 上田政和, 菊池 潔, 小沢壯治・他: 遺伝子異常からみた転移予測—一般消化器外科領域の癌を中心として—, 実験医学, 12: 1113-1117, 1994.
- 2) Michalides, R., van Veelen, N., Augustinus, H., et al.: Overexpression of Cyclin D1 correlates with recurrence in a group of forty-seven operable squamous cell carcinomas of the head and neck. Cancer Res., 55: 975-978, 1995.
- 3) Kelly, D.J., Wolf, R., Shaha, A.R., et al.:

Impact of clinicopathologic parameters on patient survival in carcinoma of the cervical esophagus. Am. J. Surg., 170: 427-431, 1995.

- 4) Collin, C.F., and Spiro, R.H.: Carcinoma of the cervical esophagus. Am. J. Surg., 148: 460-466, 1984.
- 5) Guggenmoos-Horzmann, I.・他: QOL—その概念から応用まで—(漆崎一郎, 栗原 稔監修), シュプリンガー・フェアラーク東京, 1996.
- 6) Silver, C.E.: Surgical treatment of hypopharyngeal and cervical esophageal cancer. World J. Surg., 5: 499-507, 1981.
- 7) Carlson, G.W., Coleman, J.J., and Jurkiewicz, M.J.: Reconstruction of the hypopharynx and cervical esophagus. Curr. Probl. Surg., 30: 429-472, 1993.
- 8) Spiro, R.H., Bains, M.S., Shah, J.P., et al.: Gastric transposition for head and neck cancer. Am. J. Surg., 162: 348-351, 1995.
- 9) Kelly, K.E., Anthony, J.P., and Singer, M.: Parapharyngeal reconstruction using the radial forearm fasciocutaneous free flap. Otolaryngol. Head and Neck Surg., 111: 16-24, 1994.
- 10) Cahaw, C.E., and Sasaki, C.T.: Gastric pull-up reconstruction for pharyngo-laryngo-esophagectomy. Arch. Surg., 129: 425-430, 1994.
- 11) Goldberg, M., Freeman, J., Gullane, P.J., et al.: Transhiatal esophagectomy with gastric transposition for pharyngolaryngeal malignant disease. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 97: 327-333, 1989.