ANALYSIS OF THE TREATMENT RESULTS OF THE NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

SHUJI KOTAKA, M.D., ISAMU ONO, M.D., SATOSHI EBIHARA, M.D.
KUNIO SUZUKI, M.D. AND HIROO SAITO, M.D.

National Cancer Center

CHISATO TAKETA, M.D. AND SHIZUMI MATSUURA, M.D.

Gunma Cancer Center

YOICHIRO UMEGAKI, M.D.

National Institute of Radiological Sciences

Seventy-one consecutive cases of nasopharyngeal carcinoma, which were treated in our clinic from 1962 through 1971, were studied to evaluate the results of our treatment and to search for the factors which seemed to influence the prognosis.

The cumulative 5-yr. survival rate was 37%, and the relative 5-yr. survival rate was 40%.

Females survived better than males. Patients under 50 yrs. of age had better survival rates than older patients.

Undifferentiated squamous cell carcinoma (transitional cell carcinoma including so-called lymphoepithelioma) had better survival rates than well-differentiated squamous cell carcinoma.

The cases with neurologic findings, bony destruction and/or large metastatic lymph nodes had the poorest prognosis.

The patients with the primary lesion which disappeared by the doses ranging from 3,000 to 6,000 rads had better survival rates than the patients of whose tumor disappeared by the smaller or larger doses than above mentioned range.

Unless the patients were disturbed by recurrence in two years after the initial treatments, they had a better prognosis.

A80—1488—51329

上咽頭癌の治療成績

— 予後に影響を及ぼす因子の分析 —

国立がんセンター頭頸部

小高修司, 小野 勇, 海老原敏, 鈴木邦夫, 齋藤裕夫

群馬県立がんセンター

竹田 千里, 松浦 鎮

放射線医学総合研究所

梅 垣 洋 一 郎

I 緒 言

上咽頭癌の治療は原発部位の解剖学的な位置関係と、
腫瘍が未分化なものが多く放射線感受性が高いという 2

つの大きな理由から、万国共通の傾向として放射線治療
が第一選択として行なわれている。

1960年代に入ってから超高エネルギー放射線装置が

普及し、わが国の各施設における放射線治療の水準はかなり高い位置で均等化されたといってもよいであろう。このような条件のもとでは、予後に影響を及ぼす因子を分析することが clear-cut に行ないうるし、それだけ治療開始時点における患者側の種々の条件および治療中の経過などの因子が予後を推定する材料として大きな意味をもつことになる。

以上の観点から国立がんセンターにおける上咽頭癌治療の成績を評価し、患者サイドから得られる各種の情報と予後との関連について検討するのが本論文の主旨である。

Ⅱ 研究対象

昭和37年5月から昭和47年3月迄の約10年間に国立がんセンター（以下 NCC と略す）を受診した上咽頭腫瘍症例は142例であり、そのうち NCC 初診のもの、および他院で診断をつけたが治療を行っていないものは91例であった。悪性リンパ腫等の非上皮性腫瘍20例を除いた71例を対象として研究を行なった（表1）。

表 1

上咽頭腫瘍

国立がんセンター（昭和37年5月～47年3月）

5年以上経過症例 142例
 Primary Case 91例 ← 上皮性腫瘍71例（調査対象）
 Secondary Case 51例 ← 非上皮性腫瘍20例

Ⅲ 分析因子

従来予後に影響を及ぼす因子の分析は数多くの著者により行なわれているが、これらを参考とし、更に原発巣の消失時期と予後との関係など独自の項も採りあげて、以下の各項につき5年生存率を検討してみた。

(1)性差, (2)年齢分布, (3)初発症状, (4)原発部位, (5)腫瘍の病理組織, (6)TNM 分類, (7)治療方針, (8)原発巣の臨床的消失に要する放射線線量, (9)再発時期の9項目につき行なった。

Ⅳ 治療方針

上咽頭癌は放射線感受性の高い腫瘍が多いにもかかわらず、頭蓋底において拡大進展しているものが多いので有効な照射ができず、かつての治療成績は惨憺たるものであった。1955年頃から本邦においても超高エネルギー放射線治療が実用化され、その結果治療成績はより高い水準まで急速に改善された。

本研究対象症例についての診断・治療は竹田（頭頸部）、梅垣（放射線科）の責任・指導の下に行なわれた。梅垣¹¹⁾による放射線治療の単純分面照射の術式は、原発巣およ

び転移リンパ節領域を含める広範囲をリニアックX線の前後2門あるいは左右2門で均等に照射する。必要があれば上部縦隔を含める。この照射方法では3,000 rad 位になると口腔咽喉頭に放射線粘膜炎が強くなり照射続行が困難になる。この時点以降は原発部位とリンパ節転移とを個別的に照射する事になる。すなわち原発巣はテレコバルト回転照射、転移に対してはペータロン電子線照射を用いている。このような併用照射により原発巣、転移巣の各々に7,000 rad 程度の照射をさほどの困難なしに終了することができる。本研究対象例の治療を行なった大部分の期間における照射線量は一応の目安として、分化型扁平上皮癌では8,000 rad/6～8週、未分化型扁平上皮癌では6,000 rad/5～6週、悪性リンパ腫では4,000 rad/4～5週とし、症例により±1,000 rad 程度の増減があった（図1）。

Ⅴ 結 果

個々の因子の分析結果を述べる。

まず上咽頭癌の生存曲線を図2に示す 計算方法は

図1 高エネルギーX線、電子線、テレコバルト併用による鼻咽癌の治療法（合成された線量分布）（文献11より引用）

図2 上咽頭癌の治療成績
 国立がんセンター（昭和37年5月～47年3月）

International symposium on end results of cancer therapy (1963) で採用された方法による¹⁾。3年実測生存率 43.0%, 5年実測生存率 37.2%, 5年相対生存率 39.9%であった。

(1) 性差と予後の関係

男 48 名, 女 23 名, と約 2 対 1 の割合であるが, 5 年生存者数は男 12 名, 女 13 名である。3 年実測生存率は男 35.4%, 女 59.5%, 5 年実測生存率は男 26.9%, 女 59.5%, 5 年相対生存率は男 29.1%, 女 62.8%であった, 図 3 に男女別の生存率曲線を示す。統計的処理 ($P=0.05$, 以下統計的処理は全て 95%信頼限界による) によると僅かに有意差無しということになるが, 症例数が増えることによって有意差がでることが予測される。

(2) 初診時年齢と予後の関係

図 4 のごとき年齢分布を示す。50 歳以上と 50 歳未満に分けて予後を見てみると, 50 歳未満の 5 年生存率は 17/38 で 45%であるのに対し, 50 歳以上は 8/33 で 24%である。これも統計的有意差はでない。

(3) 初発症状と予後の関係

頸部腫瘍を主訴として来院する者が最も多いが, 病歴を丁寧に聴取すると鼻閉, 鼻出血等の鼻症状や耳閉感, 難聴, 耳鳴などの耳症状を以前から自覚していた者が多

く, 頸部腫瘍が初発症状であった者 30 名 42%, 耳症状初発の者 19 名 26%, 鼻症状初発の者 14 名 20%であり, 脳神経症状や頭痛, 肩こり等を初発症状とした者は 8 名 11%であった。

5 年生存率は頸腫が 10 名で 33%, 耳症状が 4 名で 21%, 鼻症状 10 名で 71%であった。もちろん統計的有意差を論ずることはできないが, 鼻症状を訴えてくる群の予後が良い理由として, 鼻出血の患者は比較的医師を訪れる機会が多いことが考えられる。

4) 原発部位と予後との関係

上咽頭は解剖学的に 3 つの部位に分けられている。即ち側壁, 後上壁, 下壁である。側壁に腫瘍が発生したと思われた者が 40 名で最も多く, 後上壁が 25 名であった。調査対象の中に下壁に原発したものは無かった。

5 年生存率は側壁 16 名で 40%, 後上壁 8 名で 32%であった。なお腫瘍の拡がりが大きすぎたり, 記載が不充分のために原発部位不明とした者が 6 名, うち 1 名が 5 年生存している。

5) 病理組織別治療成績

「考察」の項で詳述するが, われわれは上咽頭腫瘍を 3 群に分けた。即ち未分化型扁平上皮癌, 分化型扁平上皮癌, その他 (組織分類記載不明のものを含む) である。各々の症例数は 61 名, 7 名, 3 名であり, 5 年生存は未分化型 23 名 38%, 分化型 1 名 14%, その他 1 名 33%であった。

6) TNM 分類別 5 年生存率

U.I.C.C. の TNM 分類 (1962 年案, 1963~1972 年試行, 表 2) に基づく症例の分布および 5 年生存率は表 3 のとおりである。

初診時に頸部リンパ節転移を伴っていた者は 80%である。各カテゴリー 1 つ 1 つやいくつかを組み合わせても症例数が充分でない事もある。予後を推測する上で何らかの意味を有する分け方をすることは困難であり, stage 分類として種々のグループ分けの試みが為されているが思うような結果をだしていない。しかし T4 は T0~T3 の群に比べると明らかに予後は悪く, T0~T3 群の症例数 57 名のうち 5 年生存 24 名, 42%であるのに対して, T4 は 14 名のうち 5 年生存 1 名で僅かに 7%である。

N については段階的な有意差はださない。N0, N1 と N2, N3 の間に差があるようにも思えるが, これも統計的有意差は認められなかった。

7) 治療方針と予後の関係

図 3 上咽頭癌の治療成績 (男女別)
国立がんセンター (昭和 37 年 5 月 ~ 47 年 3 月)

図 4 上咽頭癌 患者数及 5 年生存者数

表 2

NASOPHARYNX

Classified 1962. Trial period 1963-1972

T — Primary tumour

- T1S Pre-invasive carcinoma, (carcinoma *in situ*).
 T0 No evidence of primary tumour.
 T1 Tumour limited to one region.
 T2 Tumour extending into two regions.
 T3 Tumour extending beyond nasopharynx without bone involvement.
 T4 Tumour extending beyond nasopharynx with bone involvement, including the cartilaginous portion of the Eustachian tube.

N — Regional lymph nodes

- N0 Regional lymph nodes not palpable.
 N1 Movable homolateral nodes.
 N1a Nodes not considered to contain growth.
 N1b Nodes considered to contain growth.
 N2 Movable contralateral or bilateral nodes.
 N2a Nodes not considered to contain growth.
 N2b Nodes considered to contain growth.
 N3 Fixed nodes.

M — Distant metastases

- M0 No evidence of distant metastases.
 M1 Distant metastases present.

STAGE-GROUPING

No stage-grouping is at present recommended.

表 3 上咽頭癌 TN 分類別 5 年生存率

	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	
N ₀		3/3	3/4	2/6	0/1	8/14(57%)
N ₁	0/1	1/3	5/5	0/2	0/1	6/12(50%)
N ₂		0/1	2/5	3/5	0/6	5/17(29%)
N ₃	0/2	0/3	3/8	2/9	1/6	6/28(21%)
	0/3	4/10	13/22	7/22	1/14	25/71 (40%)(59%)(32%)(7%)

(N₀=所属リンパ節転移の無かった者=14/71=20%)
 (追跡不能 2 名は死亡とした)

治療の第一選択として全例に放射線治療が行なわれた。対象 71 名のうち放射線治療に終結した者 55 名で、5 年生存 17 名である。放射線治療の後に頸部リンパ節腫瘍が残存した場合には根本的頸部廓清またはリンパ組織廓清が行なわれた。その数は 9 名（未分化型扁平上皮癌 7

名、分化型扁平上皮癌 2 名）であり、このうち 5 年生存したのは未分化型癌の 3 名を除いた 6 名であった。放射線治療後化学療法（エンドキサン、ソエドマイシン）を行なった者 7 名、5 年生存 2 名でいずれも未分化型扁平上皮癌の例であった。

8) 原発巣の臨床的消失に要する放射線線量と生存率の関係（表 4）

表 4 上咽頭癌 原発巣消失に要する放射線線量と生存率

未分化型 扁平上皮癌	症例数 ¹⁾	5 年生存 者数 ¹⁾	(%)
3,000 rad 以下	17	7	(41.2) ¹⁾
3,000~6,000 rad	30	15	(50.0)
6,000 rad 以上	14	1	(7.1) ²⁾
分化型 扁平上皮癌			
3,000~6,000 rad	4	1	(25.0)
6,000 rad 以上	3	0	(0.0)

1): 死亡者は遠隔転移が多い（病理解剖施行者 7 名中 7 名）

2): 死亡者は原発巣から頭蓋底への浸潤が多い（病理解剖施行者 10 名中 9 名）

3): 組織型不明の 3 名（うち生存 1 名）は除外した。

4): 追跡不能 2 名は死亡とした。

分化型扁平上皮癌は症例数が少ないので、未分化型扁平上皮癌と併せて検討した。単純分画照射コースの 6,000 rad 照射時点を一つの目安として予後を考えることができる。即ち 6,000 rad 未満で原発巣に腫瘍が認められなくなった者は 51 名であり、そのうち 22 名が 5 年生存しており生存率 43% である。6,000 rad 以上の線量を要した者は 17 名でそのうち 2 名だけが 5 年生存しており、生存率は 12% であった。統計的有意差とはなりえないが、一つの予後を占う材料となりそうである。

なお死因と腫瘍消失線量との関係を病理解剖 17 例の所見から検討すると、3,000 rad 未満で腫瘍が消失した群では 7 名全員が肺、肝、骨などへの遠隔転移によって死亡している。一方 6,000 rad 以上の線量を消失に要した群は腫瘍が残存または原発部位に再発し頭蓋底ないし頭蓋内への浸潤を示す者が多かった。すなわち 10 名中 9 名がこれに合致し、1 名は肺転移を合併していた。

9) 再発時期と予後の関係

5 年生存 25 名のうち再発を認めた者は僅か 1 名であり、他は再発を認めていない。ただしこの 1 名も治療終

了後5カ月目に滑車神経麻痺を認め再発を疑ったが、その後なら治療を施すことなく10年生存しており、再発によるものかどうか疑わしい点がある。

再発例についての分析は「考察」の項で述べることにする。

Ⅵ 考 察

頭頸部がんが全がんに占める割合は、NCC では約14%であり、頭頸部がんのうち上咽頭腫瘍の占める割合は5.7%である

上咽頭癌の臨床的特徴として第一にあげられるべき事は、頸部リンパ節への転移が早期におこり、頸部腫瘍を初発症状として訴えてくる者が多く(42%)、初診時に頸部リンパ節転移を伴う者は実に80%に達しているということであろう。

個々の分析因子につき考察を加えていく。

1) 性差と予後の関係

男女比はNCCでは2.08:1であり、文献では2.92:1(1,000)³⁾, 2.4:1(142)⁵⁾, 2.3:1(170)⁶⁾, 2.3:1(115)⁷⁾, 2.9:1(79)⁸⁾, 3.6:1(1,000)⁹⁾と男が2~3.6倍多いデータがでている、括弧内の数字は各文献の対象症例数である。

5年生存率はNCCでは男27%、女60%と大きな差を認めたが、他の報告では男29%、女33%³⁾, 男34.4%女50%⁵⁾, 男33%女36.8%⁶⁾, といずれも女性の生存率が上位にあるもののNCCほどの差を認めていない。ただし我々と同じくほぼ2倍の差を認めている報告⁷⁾もある。このように上咽頭癌の場合その発生率については明らかな男性優位が認められ、予後については女性優位の傾向が認められる。その理由は不明であるが、Hsieh⁹⁾は興味あるデータをだしている。即ち前述のように男女比は3.6:1と他の報告以上にきわだった差を示しているが、病状の進行していない群(stage Iと称する)では男女比が1.95:1とその差は大幅に縮小しており、逆に脳神経症状を呈するほどに進行した群(stage IVのA type)では6.23:1と男の比率が極端に多くなっている。われわれの症例から病期と性差との関係をみてみると(図5)、男ではT3、T4が多く、またT4の5年生存者無しという事実と、女がT2に多く含まれしかも5年生存率が良い事実があり、Hsiehのデータと同様の結果を示している。病期の進んだ群に男が多いということが、男性の社会的、性格的な問題なのか、腫瘍の進行が速い故か、女性には腫瘍の進行を抑制する何かがあるのかなど興味は尽きないが、現状では全く推測の域を脱せ

ず、今後さらに症例を重ねたうえで有意の結論をだしていきたいと思う。

※追跡不能2名は死亡とした。

図5 上咽頭癌 原発巣進捗別患者数および5年生存者数

2) 初診時年齢と予後の関係

好発年齢は文献により多少のズレはあるが30歳代から50歳代の中年層である事は一致している。

5年生存率については50歳を境として差があるとする報告が多く、50歳未満45%に対し50歳以上35%とするもの⁶⁾, 50歳未満45~50%, 50歳以上25~27%とするもの³⁾, 文献中の表を基に計算をすると50歳未満40%, 50歳以上29%となるもの⁵⁾があり、われわれの50歳未満45%, 50歳以上24%の値とほぼ同様の傾向を示しており、50歳を境として予後に差がでると考えてよさそうである。

3) 初発症状と予後の関係

初発症状別に5年生存率を検討している論文^{3,8)}は、いづれもNCCのような鼻症状を主訴とした者の予後が良いという結果はでておらず、初発症状と予後の間に何らかの相関を考えることは今のところ困難である。

4) 原発部位と予後の関係

側壁と後上壁は報告により多少の差はあるがほぼ同数であり、両者で上咽頭癌は約90%を占め、残りを下壁例及び不明例(NCCでは下壁例無し)が占めている。原発部位と予後との関連性はScanlon⁵⁾が詳細に検討しているが、やはり有意の結論は出していない。

5) 病理組織別治療成績

上咽頭癌の病理学的分類は長年に渉り論議されてきているが、未だにその統一見解は為されていない。中でも特に問題となるのは移行上皮癌とリンパ上皮腫の扱いであろう。リンパ上皮腫はRégaud型とSchmincke

型とに分けられているが、Yeh³⁾、大塚¹⁾によれば移行上皮癌とリンパ上皮腫の違いは腫瘍細胞とリンパ組織が混在しているかないかの違いであり、これら3種の癌は同一腫瘍の異なった発育段階にすぎず別の腫瘍として分類することは不可であるとしている。またいわゆるリンパ上皮腫の腫瘍細胞は上皮由来とみなされ、本腫瘍は扁平上皮癌の一つの未分化型として分類されるべきであるとしている⁴⁾。今回われわれはNCC病理部の方針に従い、移行上皮癌、リンパ上皮腫、紡錘細胞癌、未分化扁平上皮癌を全て未分化型扁平上皮癌として1群にまとめ、Brodersの分類I型II型に相当するものを分化型扁平上皮癌として1群にまとめた。今回の対象症例の中にはこれ以外のものは存在しなかったが、再発症例の中には腺癌、粘表皮癌などが含まれていた。病理組織分類が施設により異なり、しかも悪性リンパ腫を含めた報告が多く対象母集団が異なる故、5年生存率を他施設と比較することは意味が少ないと思われるが、従来の報告にくらべるとNCCの5年生存率は平均かやや良い位である。なおたまたまNCCと同一の病理組織分類を採っているMayo Clinicの報告⁵⁾は5年生存率30%であり、NCCの方がやや良い。しかし分化型癌の5年生存率は22%であり、われわれの14%を上回っている。またMeyer⁶⁾の分類は移行上皮癌、リンパ上皮腫、未分化癌と扁平上皮癌に分けているが、前3者をNCCの未分化型扁平上皮癌に相当するものと解釈して1群にまとめると、その5年生存率は44%となって、NCCの38%を上回る。また彼の扁平上皮癌がNCCの分化型癌に相当するものとする。その5年生存率は30%でわれわれの14%を大きく上回っている。結局全体としての5年生存率も38.8%とかなり良い結果をだしている。Yeh³⁾は5年生存率23.52%の結果をだしているが、扁平上皮癌を更に細かく分類しても組織型と予後の間に重要な相関は無いとしている。Bertelsen⁷⁾は5年生存率23.8%の成績をだしており、リンパ上皮腫は一つの組織型群として独立させる必要性は無いとしている。Perez⁸⁾は組織型を細分類しており、組織型と予後の間に明らかな相関は見出せないとしながらも、リンパ上皮腫や分化型扁平上皮癌は低分化型のものにくらべて予後は良いと述べており、分化型癌は低分化型のものより予後が悪いとするわれわれや他の発表者と相反する成績を発表している。なお彼らの5年生存率は34%である。

以上まとめるとリンパ上皮腫の扱いをめぐって多少の混乱はあるが、リンパ上皮腫を未分化癌に含めておおよ

ね未分化型扁平上皮癌は分化型扁平上皮癌より予後は良いとするものが多く³⁾⁹⁾⁷⁾、この結論は妥当であると思われる。

6) TN別5年生存率

TあるいはNを1つ1つの範疇に分けて各々の予後と比較しても、個々の症例数が少なくなる故もあり期待されるような差違はでてこない。母集団を多くする為に種々のstage分類が試みられている。第一回国際癌学会(天津, 1959)におけるstage分類⁹⁾、American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting (1965)によるもの、また個人的にもLarsson (1976)¹⁰⁾によるものなどいろいろとあるが、われわれの症例をこれらのstage分類方法にできる限り当てはめてみたが、明らかな生存率の段階的推移は見出せなかった。結論的に、脳神経症状を伴わず、X線学的に骨破壊像を認めず、大きな頸部リンパ節転移を認めないものは予後が良い⁹⁾という程度のことしか言えない。

われわれは症例数を増やして更に検討する予定であるが、あるいは上咽頭癌のTNM分類そのものを考え直す必要があるのかもしれない。

7) 治療方針と予後の関係

Scanlon⁵⁾は照射線量、照射野、照射方法などを種々検討している。5,000 rad以上照射した場合の方が、5,000 rad未満で照射を終了した群より成績が良いという。また照射野では上咽頭に加えて全頸部を照射したり、頸部の上1/3を照射した群より、上2/3の頸部照射を併用した群の成績が良いという結果をだしており興味深い。また彼は通常の照射方法よりもsplit dose methodsによる方が2倍以上の高い5年生存率を示している(25%対58%)。われわれはこの方法の経験が無いのでコメントを加えることはできないが、今後の検討に値する問題であろう。頸部の照射方法は予防的に全頸部の照射を行なった方が良いとするものと、限局して転移巣のみの照射をすれば良いとするものとある¹⁰⁾が、NCCでは終始全頸部に予防的意味を含めて照射を行なった。既述の如く約3,000 rad前と後で照射方法を変更し、粘膜等の障害を少なくするようにし、容積線量の過大化を防ぎつつ、肉眼的病巣に対しては平均7,000 radの照射を行なった。

8) 原発巣の消失時期と予後の関係

かつてわれわれは上、中咽頭の悪性腫瘍を対象として、一回照射する毎に腫瘍の生検を行ない(serial biopsy)照射による病理組織および臨床像の推移を調べたことが

ある。照射による組織学的効果は比較的速やかに現われ、特に悪性リンパ腫等の場合は1～2回ないし数回の照射で殆んど診断に困難をきたす程度にいたる事実が判明した。それ故初診時の所見を正確に記載図示し、原則的には生検から病理診断がつくまでの期間は治療を開始しないこと、またひとたび放射線治療を始めたならば毎日照射前に耳鼻科医と放射線治療医が協力して診察を行ない、その時点における全身および局所所見を記載あるいは図示することを実行してきた。

臨床経験により未分化型扁平上皮癌は放射線の感受性の程度により3群に分けられる事が推定された、即ち悪性リンパ腫と同様に早期に腫瘍が消失する第1群、逆に分化型扁平上皮癌に似て大線量によっても腫瘍が消失しにくい第3群、そしてこの中間で消失する第2群であり、このうち第2群の予後が良いように推定されていた。そこで調査対象のカルテを踏査してみたところ、表4のような臨床経験を裏付ける興味ある成績が得られた。3,000 rad と 6,000 rad を境として各群を腫瘍の反応によって分けてみたところ、早期に腫瘍が消失し放射線感受性の最も高い第1群は第2群にくらべて5年生存率が劣り、しかもその死因は遠隔転移によるものが多いという結果が得られた。つまり3,000 rad 未満の照射時点で腫瘍が消失するようなものは、肺、肝、骨などの遠隔転移に充分注意を払いながら経過観察していかなければならない。また6,000 rad 以上の大線量によっても腫瘍が消失しにくい第3群に属するものは、最も予後が悪く、局所再発し頭蓋底や脳内へ浸潤し死亡する者が多く、局所の観察および脳神経症状の出現などに留意しつつ経過観察すべきである。

細胞学的ないし組織学的所見によって予め未分化型扁平上皮癌を上記3群に分けることは、今のところ成功していない。

9) 再発時期と予後の関係

5年以上生存者の構成をみると、1名を除き、初回治療のあと再発を認めていない者によって占められている。逆に言えば再発症例の予後は極端に悪いことになる。自段1名と胆嚢癌を重複した1名を除いた死亡者の初診から死亡迄の期間は最短2カ月、最長4年9カ月で平均1年8カ月であった。そこで再発時期の明らかな症例25名を調べてみると、最も再発時期の早かった者は初診日から3カ月後であり、遅かった者は2年7カ月で、平均初診から再発迄11.6カ月であった。また2年未満で再発した者が21名(T0:1名, T1:3名, T2:3名, T3:

7名, T4:7名)2年から3年の間に再発した者は4名(T1～T4;各1名)で3年以後の再発は無かった。次に再発してから死亡する迄の期間を調べてみると最短3カ月、最長2年2カ月であり、平均10.2カ月であった。

再発治療としては再照射や全身的化学療法が行なわれたが、当時あまり有効な手段を持たず、結果はおもわしくなかった。

再発に関してはMeyer⁶⁾が分析しており、それによると、31%が原発巣に再発し少くとも1度の再照射を行なっている。そして初回治療後2年以内に再発した者が50%強を占めており、再発死亡迄の期間は3月から5年に涉り、平均1.8年であるが、再発後10年生存をしている者が2名いるという。2年経過後再発した者の平均生存期間は初治療後4.2年であるという。リンパ節に再発した者も原発巣再発の場合と同様の傾向を示しており、初回治療から再発までの期間が長いほど予後が良いと述べている。

この項の結論としてわれわれの言えることは、2年以内に再発の無い者はその後に再発する公算が少く、5年以上生存する可能性が高いということである。

VII 結 論

NCC 開設以来約10年間の上咽頭癌新鮮例71名を対象として研究を行なった。

実測5年生存率は37.2%、相対5年生存率39.9%であった。

上咽頭癌の治療は各施設とも放射線照射を第一選択とすることが多く、予後に影響する因子を分析する際、治療の因子は比較的均質化されているものと解せられる。このことは初診時における患者サイドの種々の因子や治療中の状態などから予後を推測する作業、つまりわれわれが行なったNCCにおける分析結果がある程度普遍性をもつことにつながり有意義と思われる。

今回われわれは(1)性差、(2)年齢、(3)初発症状、(4)原発部位、(5)病理組織、(6)TNM分類、(7)治療方針、(8)原発巣の消失に要する照射線量、(9)再発時期の9項目につき予後との関係を分析し、文献的考察を加え、ある程度普遍性をもつと思われる以下の結論を得た。

1) 男女の発生頻度は男が2倍強多いが、5年生存率は女が2倍強高かった。

2) 初診時50歳未満の者は50歳以上の者より予後が良かった。(45%対24%)

3) 初発症状と予後および原発部位と予後の間に相関は認めなかった。

4) 未分化型扁平上皮癌は分化型扁平上皮癌より予後が良かった。

5) TN 別では T4 の予後が極端に悪い以外に著しい差は認めなかった。

6) 未分化型扁平上皮癌は照射に対する感受性により 3 群に分けられる。

3,000 rad 未満の線量で原発巣が消失する群は遠隔転移をおこし易く、また 6,000 rad 以上の大量線量でも消失しない群は局所再発し、頭蓋底や脳へ浸潤することが多く、いずれも 3,000 rad ～ 6,000 rad の間で消失する群より予後が悪い。

7) 初治療後 2 年以内に再発しない者は予後が良い。

文 献

- 1) 栗原 登, 高野 昭: 癌の治療率の計算方法について。癌の臨床, 11; 628-632, 1965.
- 2) 竹田千里編: 頭頸部腫瘍図譜。215-217, 中山書店, 1975. 東京
- 3) Yeh, S.: A Histological Classification of Carcinomas of the Nasopharynx with a critical Review as to the Existence of Lymphoepitheliomas. Cancer, 15; 895-920, 1962.
- 4) 大塚 久: 鼻咽腔のいわゆるリンパ上皮腫について。最新医学, 19; 1708-1719, 1939.
- 5) Scanlon, P.W., Rhodes, R.E. Jr., Woolner, L.B., Devine, K.D., McBean, J.B.: Cancer of the nasopharynx. Amer. J. Roentgen., 99; 313-325, 1967.
- 6) Meyer, J.E., Wang, C.C.: Carcinoma of the nasopharynx. Radiology, 100; 385-388, 1971.
- 7) Bertelsen, K., Andersen, A.P., Elbrond, O., Lund, C.: Malignant tumours of the nasopharynx. Acta Radiol. Ther. Phys. Biol., 14; 177-186, 1975.
- 8) Perez, C.A., Ackerman, L.V., Mill, W.B., Ogura, J.H., Power, W.B.: Cancer of the nasopharynx. Cancer, 24; 1-17, 1969.
- 9) Hsieh C.-K., Li C.-C., Min. H.-C., Chang F.-I., Li P.-K.: Clinical analysis of 1,000 cases of nasopharyngeal carcinoma. Chinese Medi. J., 84; 767-780, 1965.
- 10) Larsson, L.-G., Soeling, I.: Malignant nasopharyngeal Tumours. Acta Radiol. Ther. Phys. Biol., 15; 209-218, 1976.
- 11) 梅垣洋一郎: 放射線療法, 現代外科学大系。266-270, 中山書店, 東京, 1971.

本論文の要旨は第78回日本耳鼻咽喉科学会総会学術講演会において発表した。

稿を結えるにあたり次の事項を明記して謝意を表したい。昭和46年2月以降は梅垣に替られた北川俊夫部長が放射線治療を担当されている。また病理学的事項については研究所病理部の故・佐野量三博士、現部長の下里幸雄博士の指導を受けた。

本研究は厚生省がん研究助成金の援助を受けた。

(原稿受付 昭和52.8.30日)

原著者住所 〒104 東京都中央区築地5-1-1

国立がんセンター頭頸部 小高修司