MALIGNANT TUMORS OF LATERAL WALL OF THE MESOPHARYNX

KAZUHIKO MASHIMA, M. D., ISAMU ONO, M. D., SATOSHI EBIHARA, M. D.,
HIROO SAITO, M. D., KUNIO SUZUKI, M. D. and WAICHIROU OOOYAMA, M. D.

Division of Head and Neck Surgery, Department of Surgical Oncology,
National Cancer Center Hospital, Tokyo

CHISATO TAKETA, M. D.

Department of Otolaryngology, Tokyo Medical School, Tokyo
(Director: C. Taketa, M. D.)

Malignant tumors of the mesopharynx are not common among malignant tumors of the head and neck region. The incidence at the National Cancer Center Hospital (NCCH) was 10.6% (209 out of 1966 patients). From 1962 through 1974, one hundred and five patients with malignant tumor of the lateral wall of the mesopharynx were treated at NCCH. 57 of them were squamous cell carcinoma and 48 were malignant lymphoma.

The male to female ratio was 3.4 : 1 in the patients with squamous cell carcinoma and the majority of the patients were between 50 and 79 years of age. There was no sex predominance in the patients with malignant lymphoma and they ranged equally from fourth to eighth decade.

The most common symptom was sore throat in cases with squamous cell carcinoma and a mass in the neck in cases with malignant lymphoma.

Radiation therapy was used as the initial treatment in 82% of the patients with squamous cell carcinoma and in 90% of the patients with malignant lymphoma. The five-year crude survival rates for the cases with squamous cell carcinoma and malignant lymphoma were 49% and 56%, respectively.

Squamous cell carcinoma of palatine tonsil were predominantly poorly differentiated type and frequently developed cervical lymph nodes metastases. Control of clinically involved cervical lymph nodes is imperative. In the majority of the patients with squamous cell carcinoma from anterior pillar, radiation therapy was done and failed to control the primary site. Surgical treatment should, therefore, be considered.

A85—1553—50379

中咽頭側壁悪性腫瘍の臨床像

国立がんセンター頭頸科

真島 一彦, 小野 勇, 海老原 敏, 斎藤 裕夫,
鈴木 邦夫, 大山 和一郎

東京医科大学耳鼻咽喉科学教室 (主任: 竹田千里教授)

竹田 千里

はじめに

中咽頭悪性腫瘍は頭頸部癌の中でも頻度は高くない。国立がんセンターで取り扱った頭頸部管腔癌 1966例中わずかに 209例 (10.6%) にすぎない。従って、われわれの施設でもどのような悪性腫瘍にはどのような治療法がよいか迷うことも少なからずある。各症例ごとに頭を悩ませているのが現状である。ことに側壁型の扁平上皮癌は治療法の選択に迷うことが多い。そこで、少ない症例ではあるが自験例を検討して、今後の治療計画の参考にしたいと考えこの研究を行った。

表 1 対象症例

頭頸部管腔腫瘍	1966例
中咽頭悪性腫瘍	209例 (10.6%)
対象症例	105例
側壁原発症例 (既治療例を除く)	
扁平上皮癌	57例
悪性リンパ腫	48例

1962～1974年, 国立がんセンター

1. 研究対象および研究方法

1962年より1974年までの13年間に国立がんセンター頭

頸科を訪れた中咽頭悪性腫瘍 209例中、未治療の側壁 (口蓋扁桃, 前口蓋弓, 後口蓋弓, 舌・扁桃溝) 悪性腫

図 1 性・年齢分布 1962～1974年, 国立がんセンター

瘍であると考えられた症例は 105 例（扁平上皮癌 57 例，悪性リンパ腫 48 例）であった。これらの症例を研究対象とした（表 1）。

研究対象の性・年齢分布，臨床症状，診断，診断過程，発生部位と組織型の関係，TN 分布，治療法と生存率，予後と死因などについて検討し文献的に考察した。

2. 結果

a. 性・年齢分布

性・年齢分布は図 1 に示した。性比に関しては扁平上皮癌では 3.4:1 で男性に多く，悪性リンパ腫では性差はみられない。年齢については扁平上皮癌では 50 歳以上が 81% を占め 60 歳台にピークを示すのに対し，悪性リンパ腫では 50 歳以下と 50 歳以上では略同数で，特に好発年齢はなく，30 歳台以上に平均して発生している。

b. 臨床症状

中咽頭側壁悪性腫瘍は種々の初発症状を呈する。一般に，炎症性疾患では視診上軽度の所見でも自覚症状は比較的激しいものである。ところが，腫瘍性疾患では比較的穏やかに発症し，相当大きくなっても案外軽度の自覚症状にとどまることが多い傾向がみられる。初発症状の頻度は表 2 に示した。扁平上皮癌では咽頭痛が最も多く，頸部腫瘍がつづく。悪性リンパ腫ではこれが逆転している。いずれにしても咽頭痛と頸部腫瘍が初発症状として最も頻度が高い。扁平上皮癌でも頸部腫瘍を初発症状とする症例が 28% に達することは注目に値する。特に口蓋扁桃原発の癌腫症例では 50% が頸部腫瘍を初発症状とし，悪性リンパ腫と変らない。扁平上皮癌では出血（歯ブラシが当たって出血して気づくことが多い）が初発症状の症例も 5 例にみられた。悪性リンパ腫では高熱を伴う扁桃周囲膿瘍（この統計では咽頭痛に含まれる）の所見が初発症状であった症例が 2 例にみられた。

c. 確定診断までの過程

扁平上皮癌について初発症状が発現してから医師を訪れるまでの期間（月数）と医師を訪れてから診断確定までの期間を示したものが表 3 である。訪れた診療科は必ずしも耳鼻咽喉科ではなく，内科（咽頭痛の場合が多い），外科（頸部腫瘍の場合が多い）が多い。始めから耳鼻咽喉科医を訪れる患者はむしろ少ない。歯科医師を訪れるものも少なくない。

初発症状の発現から 1 カ月以内に 50%，3 カ月以内に 75% が医師を訪れている。

医師を訪れてから診断確定までの期間をみると，66%

表 2 初発症状 1962～1974 年，国立がんセンター

	扁平上皮癌	悪性リンパ腫
咽 頭 痛	22(39%)	16(33%)
咽頭腫瘍感	9	7
出 血	5	1
頸 部 腫 瘍	16(28%)	22(46%)
耳 痛	1	0
歯 痛	2	0
そ の 他	2	2
計	57	48

表 3 扁平上皮癌の初発から診断まで

1962～1974 年，国立がんセンター

月数	症状初発から訪医まで		訪医から診断まで	
	症例数	確定生存率	症例数	確定生存率
～ 1	28	15/26	37	16/32
～ 2	11	5/10	5	1/3
～ 3	4	2/4	4	4/4
～ 4	2	1/1	3	2/3
～ 5	1	1/1	1	0/1
～ 6	3	2/3	2	2/2*
6～12	4	2/2	2	2/2*
12～	3	1/2	2	2/2*

* 全例 5 年生存

表 4 扁平上皮癌の組織型と原発部位

1962～1974 年，国立がんセンター

	前口蓋弓	口蓋扁桃	その他
角 化 型	27	5	1
非角化型	1	23	0

は 1 カ月以内に診断が確定している。診断確定が遅れることはわれわれ医師にとっては不面目なことではあるが，診断確定までに 5 カ月以上を要した症例が 6 例みられた。しかし，この 6 例とも 5 年健在している。

悪性リンパ腫ではほとんどの症例が初発から 3 カ月以内に診断が確定している。

d. 原発部位と組織型

扁平上皮癌症例について原発部位を口蓋扁桃と前口蓋

弓に分けて、組織型との関係をみたものが表4である。実際にはいずれの部位か判別が困難な症例もみられるが、その場合にはどちらの部位にその容積が多いかをみきわめていずれかに分類した。これによると口蓋扁桃原発の症例と前口蓋弓原発の症例ではきわだった病理学的な差異がみられる。すなわち、前口蓋弓原発の癌はほとんど全角化型扁平上皮癌であり、口蓋扁桃原発の癌はその80%以上が非角化型扁平上皮癌であった。(p<0.01)

e. TN 分布

扁平上皮癌の TN 分布は表5のごときものであった。初診時頸部リンパ節転移の有無について口蓋扁桃原発例と前口蓋弓原発例について検討したものが表6である。口蓋扁桃原発例は76%に頸部リンパ節転移を認めたのに対し、前口蓋弓原発例では29%であった。すなわち転移率に有意の差が認められた(p<0.01)。なお、口蓋扁桃ではN3症例も多い。

悪性リンパ腫の症例をStage別(Ann Arborの分類)にみたものが表7である。StageⅡA症例が最も多く全症例の73%(35/48)を占めた。

f. 治療法と成績

扁平上皮癌症例について行われた一次治療は表8のごとくであった。82%に放射線根治照射が試みられている。治療法別の5年粗生存率は表9のごとく放射線治療単独例では20/38(53%)、手術単独例では2/2、手術と化学療法併用例では1/5であった。全症例の5年粗生存率は28/57(49%)であった。口蓋扁桃原発例の5年粗生存率は18/29(62%)、前口蓋弓原発例では10/28(36%)であり口蓋扁桃原発例の生存率は前口蓋弓原発例よりも高かった。しかし、少数例のため両者の間に有意差は認められなかった。

表5 扁平上皮癌の TN 分布

1962～1974年, 国立がんセンター

	N0	N1	N2	N3	計(%)
T0	0	1	0	0	1(2)
T1	4	2	1	1	8(14)
T2	15	11	1	4	31(54)
T3	8	4	0	4	16(28)
T4	0	0	0	1	1(2)
計	27	18	2	10	57(100)

└——53%——┘

表6 扁平上皮癌の頸部リンパ節転移

1962～1974年, 国立がんセンター

原発巣	症例数	初診時の臨床的転移 N1	N2	N3	計	転移率
前口蓋弓・その他	28	5	0	3	8	29%
口蓋扁桃	29	13	2	7	22	76%

表7 悪性リンパ腫の病期分類

(Ann Arbor 案による)

1962～1974年, 国立がんセンター

Stage	I A	II A	II B	計
		11	35	2
				48

表8 扁平上皮癌に対する一次治療

1962～1974年, 国立がんセンター

	口蓋扁桃	前口蓋弓	計
放射線治療単独	23(4)	15(2)	38(6)
根治照射→手術	1	8	9
手術単独	2	0	2
手術化学療法併用	1	4	5
姑息的手術のみ*	2	1	3

() は neck dissection

* 途中治療拒否など

表9 扁平上皮癌の5年粗生存率

1962～1974年, 国立がんセンター

	口蓋扁桃	前口蓋弓	計
放射線治療単独	14/23	6/15	20/38(53%)
根治照射→手術	1/1	3/8	4/9(44%)
手術治療単独	2/2	0	2/2
手術化学療法併用	0/1	1/4	1/5
姑息的手術	1/2	0/1	1/3
計	18/29 (62%)	10/28 (36%)	28/57(49%)

表 10 悪性リンパ腫の病期別 5 年粗生存率

1962～1974年, 国立がんセンター

Stage	放射線治療 単独	放射線化学療法併 用(初治療として)	計
I A	10/11	0	10/11
II A	13/30	2/5	15/35
II B	2/2	0	2/2
計	25/43(58%)	2/5	27/48(56%)

悪性リンパ腫の病期別 5 年粗生存率を表 10 に示す。Stage I A の粗生存率は 10/11 (91%) であった。症例数の多い Stage II A では 15/35 (43%) と低かった。全体では 27/48 (56%) であった。この時期の症例では第一次選択治療として化学療法が行われることはほとんどなかった。

g. 予後と死因

今後の治療成績向上のためにはどのようなことに努力をはらったらよいかをみるために、扁平上皮癌症例について死亡例の検討を行ったものが表 11 である。全例 27 例のうち、死亡時点で原発巣に癌が残存していた症例が 12 例 (44%) であった。頸部リンパ節に残存していたものを含めると 16 例 (60%) におよぶ。特に前口蓋弓原発の症例は治療不成功の原因のほとんどは原発巣のコントロールができなかったことによる。一方、口蓋扁桃原発例の不成功の原因は原発巣のコントロールの失敗によることは少なく、頸部リンパ節あるいは遠隔転移に原因があることが多い。

他病死 6 例中 4 例は重複癌であった。(胃癌 2 例, 肝癌 1 例, 食道癌 1 例)。他の 2 例は脳血管障害であった。

悪性リンパ腫の不成功例 21 例中 17 例は全身化によるものであった。他の 4 例中 1 例は他病死 (食道癌), 3

例は死因不明例であった。

3. 考 按

中咽頭悪性腫瘍は民族あるいは風習の違いにより発生頻度に著しい差がある¹⁾。国立がんセンターでは全頭頸部管腔悪性腫瘍の 10.6% であり、その頻度は高くない。側壁癌はそのうちの約半数を占める。しかし欧米では上気道悪性腫瘍の中で喉頭癌に次いで 2 番目に多い癌である²⁾⁻⁹⁾。

a. 性・年齢分布

扁桃癌は男性に多く、男女比は諸家の報告によって 2.2 : 1 ないし 5 : 1 と幅がある¹⁾⁻¹²⁾¹⁴⁾。われわれの症例では男女比は 3.4 : 1 であった。平均年齢は 59 歳で 60 歳代にピークを示した。これは諸家の報告と一致している¹⁾²⁾⁷⁾⁹⁾¹¹⁾⁻¹⁷⁾。

b. 臨床症状

口蓋扁桃癌は特徴的な症状を示さないで早期発見が非常に難しい。患者が自覚するころには隣接臓器へ進展している場合が多い。最も頻度の高い症状は咽頭痛であるが、頸部腫瘍も注目すべき症状である。悪性リンパ腫の場合は膨隆の顕著な状態でも愁訴は少ない。しかし、膨隆が増大すれば構音障害、いびきを伴うものもある¹⁾。

酒、タバコ、口腔衛生の悪さは中咽頭癌の発症に重要な役割を果たすとされている¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾。

c. 診断経過

中咽頭癌は視診可能部位でありながら早期に診断される例が意外に少ない。中咽頭は炎症の好発部位であるため咽頭炎、扁桃炎、扁桃肥大症として扱われ頸部転移が起こってから初めて悪性腫瘍と診断されることも多い¹⁾⁷⁾¹²⁾¹⁸⁾。Melz ら²⁾の報告では初発症状発現から診断がつくまでの期間は 2 カ月未満が多く (57%), 平均 3.7 カ月である。Barr ら¹²⁾¹⁸⁾は、確定診断までの平均期間は 5 カ月であり、長いものは数年に及び、この初期診断の遅れが他の部位の頭頸部癌と比較して、この部位の治療成績を悪くしている最大の原因であるとしている。わ

表 11 扁平上皮癌一死亡例の検討

1962～1974年, 国立がんセンター

	死 亡 時 原発巣に残存	原発巣消失 頸 部 残 存	原発巣・頸部治療 遠 隔 転 移	他病死	不 明	計
口蓋扁桃	2	4	2	0	1	9
前口蓋弓	10	0	0	6*	2	18
計	12	4	2	6	3	27

* うち、他病死 4 例; 食道癌 1 例, 胃癌 2 例, 肝癌 1 例, 脳血管障害 2 例

れわれの症例では初発症状発現から訪医までの平均期間は2.4カ月、訪医から診断確定までの平均期間は4.4カ月である。ここで特徴的なことは、訪医までの期間と予後との関係をみると3カ月以内に医師を訪れた患者の5年確定生存率は55%であるのに対し、4カ月以上の症例では78%の5年確定生存率を得ている(推計学的に有意差はない)。このことは奇異にも思えるが、4カ月以上のものは発育が遅い癌であると考えればその予後が相対的に良いことはうなずける。また、診断確定までに5カ月以上を要した5症例の内、全例が5年健在しているという事実は予後を左右する因子として癌の性質自身による要因が大きいことをものがたっており、Fleming ら⁷⁾の報告と同じく診断確定の遅れはただちに予後を不良とするものではないという事実であり、Barr らの報告と逆の結果が出ている。

一方、悪性リンパ腫では扁平上皮癌症例にみられたような傾向を指摘することは困難であった。しかし、確定診断までに4カ月以上を要した9症例中6例が5年生存しているという事実はある。これもやはり診断確定が遅れるような症例は発育の遅い腫瘍が多く、またそのような症例では全身化する傾向が少ないため、予後がよいものとなると推察される。

d. 原発部位と組織型

扁桃に原発する中咽頭悪性腫瘍の約60%は悪性リンパ腫であり、最も多い。次いで低分化型扁平上皮癌である。悪性リンパ腫の多くは粘膜下で球形で急速に腫脹し、口蓋を圧排して口峡部を塞ぐが、深層浸潤はあまりおこさない。ある時期において表面の一部が崩壊し潰瘍をつくる。その硬度は弾性軟である。低分化型扁平上皮癌は浸潤腫脹型のものが多く、潰瘍形成の傾向は少ない²⁴⁾。

扁桃癌は中等度ないし高分化型扁平上皮癌が多いという報告が多い^{8)12)~14)20)}。分化度の差による術後の再発率あるいは生存率への影響の有無に関しては、報告者により意見がわかれる。Fleming ら⁷⁾ および Doyle ら⁹⁾ は影響ありと述べているが、Barrs ら¹²⁾、Chen ら¹³⁾、Perez ら¹⁴⁾ および Chung ら²⁰⁾ は影響なしとしている。われわれの症例では口蓋扁桃原発癌は80%以上が非角化型扁平上皮癌であり、70%に頸部リンパ節転移を認めた。前口蓋弓原発癌では非角化型扁平上皮癌は3.6%にすぎず残りはすべて角化型扁平上皮癌であり、頸部リンパ節転移は29%に認められた。両者の間には明らかな差異を認めた。

e. TN 分布

TN 分類は UICC 分類、AJC 分類あるいは施設独自の分類など施設により用いられる分類法が異なっている。従って、同じ分類を用いた施設と比較しなければ正確な比較は出来ない。

しかし、大方の傾向を見るために分類法の差を無視して諸家の報告を通覧してみると、T1, T2 は平均約 62% (47~80%)、T3, T4 は平均約 38% (29~53%) であり、初診時頸部リンパ節転移触知率は平均約 56% (40~64%) である^{2)7)~9)11)~13)21)}。当院症例では T1, T2 は 70%、T3, T4 は 30% であり、初診時頸部リンパ節転移触知率は52%であった。T1, T2 が若干多い傾向を示したが、症例数が少ないので断定はできない。

f. 治療法と成績

治療成績を比較する場合、TNM 分類、対象母集団、治療法、観察期間、統計処理の方法が報告者によって違うので単純に数値のみで比較はできない。例えば、生存率の表示には数種類の方法があり、同一症例を対象とした場合でも方法の選択により数%から20%前後の差が出る⁸⁾²³⁾。これらのことを念頭において比較すべきである。

諸家の報告の治療法別による成績およびT分類をまとめてみると表12のようになる。われわれの放射線治療単独の症例は57例中38例(67%)であり、その5年粗生存率は20/38(53%)である。これを粗生存率を用いた放射線治療例の報告⁸⁾¹¹⁾と比較してみると、われわれの成績の方が良い結果を得ている。他の治療方法は症例数が少ないので比較出来ない。Barrs ら¹²⁾、Givens ら⁹⁾の報告では手術治療で良い結果が出ているが、手術治療ではT1, T2が多く、放射線治療単独症例ではT3, T4が多いため、単純に治療成績を比べることはできない。放射線治療と手術治療の併用療法は各報告とも症例数が少ないので結論は出せない。

g. 予後を左右する因子

頸部リンパ節転移は生存率を左右する重要な因子である²⁾⁷⁾⁸⁾¹²⁾¹³⁾²²⁾。Barrs ら¹²⁾の報告例では手術治療症例の5年生存率を頸部リンパ節の病理組織学的検索所見をもとに比較してみると、転移陽性のリンパ節なしで22/37(60%)、1ケで14/33(42%)、2ケ以上では8/30(27%)である。Chen ら¹³⁾は根本的頸部郭清術を行った症例で、病理組織学的検索により組織学的に検索したリンパ節のうちに転移陽性のリンパ節がないものは3年生存率が7/10(70%)であり、転移陽性リンパ節が10

表 12 治療法と成績（扁平上皮癌）

A. 放射線治療単独

	報 告 者	T1	T2	T3	T4	生 存 率	備 考
粗	Perez ¹⁴⁾					38%(37/97)	3 yrs tumor free
	Cardinale ¹¹⁾	20%(13)	35%(23)	45%(24)	----	37%(24/65)	
	Doyle ⁸⁾	26%(41)	24%(37)	50%(77)	—	30%(47/155) (32%) (38%)	保険統計法 相対生存率
	国立がんセンター	16%(9)	54%(31)	28%(16)	2%(1)	(49%)(28/57) 53%(20/38)	全症例
保 険	Barr ¹²⁾			37%		25%(7/29)	
	Fleming ⁷⁾					57%(? /35)	
	Weller ²²⁾	12%(17)	38%(53)	50%(70)	—	32%(? /140)	
	Doyle ⁸⁾	26%(41)	24%(37)	50%(77)	—	32%	
推 定	Chen ¹³⁾	2%(1)	42%(23)	56%(30)	—	20%(11/54)	3 yrs cancer free
	Kaplan ²¹⁾	12%(7)	34%(20)	36%(21)	18%(10)	40%(17/43)	
	Givens ⁹⁾			← 進展例が多い →		27%	
相対	Doyle ⁸⁾	26%(41)	24%(37)	50%(77)	—	38%	

B. 外科治療単独

粗	国立がんセンター					100%(2 / 2)	
保険	Barr ¹²⁾			15%		42%(34/90)	
推 定	Chen ¹³⁾	9%(3)	82%(26)	9%(3)	—	56%(18/32)	
	Givens ⁹⁾	← 初期例が多い →				87%(13/15)	

C. Combined Therapy (Planned)

粗	Malz ²⁾	14%(5)	44%(16)	42%(15)	—	64%(23/36)	2 yrs tumor free
	Perez ¹⁴⁾					44%(43/98)	3 yrs tumor free
保 険	Barr ¹²⁾			15%		47%(9/20)	
	Fleming ⁷⁾					35%(? /6)	
推 定	Chen ¹³⁾	100%(3)				100%(3 / 3)	3 yrs cancer free
	Givens ⁹⁾					32%(7/22)	

D. Combined Therapy(unplanned)

粗	国立がんセンター					44%(4 / 9)	
保険	Fleming ⁷⁾					17%(? /17)	
推定	Chen ¹³⁾	100%(6)				17%(? / 6)	3 yrs cancer free

表 13 扁桃癌の他病死における他癌死の割合

報 告 者	他 病 死	他 癌 死	他癌死/他病死
Fleming et al ⁷⁾	12.3%(18/65)	6.2% (4/65)	33% (4/12)
Perez et al ¹⁴⁾	30.6%(44/146)	9.6%(14/146)	32%(14/44)
Givens et al ⁹⁾	21.0%(22/104)	治療期間中 27%(31/104)に2次原発癌併発	
国立がんセンター	10.5% (6/57)	7.0% (4/57)	67% (4/6)

%以下では 12/18 (67%), 10%以上では 0/4 (0%) であったと報告している。

原発巣の大きさが予後に大きな影響を及ぼすと考えられる研究者も多い²⁾⁸⁾¹¹⁾¹⁴⁾²²⁾。Kaplan ら²¹⁾ は 1 cm 以上の舌浸潤がある場合、原発巣は進展例が多く、その予後は悪いと報告している。Melz ら²⁾ も舌浸潤は予後を悪くする因子であるとしている。Fleming ら⁷⁾ は低分化型扁平上皮癌は高分化型に比べて予後が悪いと報告している。5 年生存率はそれぞれ 25%および 65%である。また、初回治療後も喫煙を続けている患者の予後は悪く、上気道の 2 次癌発生頻度も高いと述べている。

扁桃癌の全経過中に出現する遠隔転移は 9～21%に認められる。これは部位による差だけではなく、前口蓋弓原発例では角化型扁平上皮癌が多く、口蓋扁桃原発例では非角化型扁平上皮癌が多いことも関係しているであろう。Chung ら²⁰⁾ は扁桃癌 471 例中 72 例 (15%) に遠隔転移を認めている。転移頻度の高い臓器は 肺 42/72 (58%), 肝 21/72 (29%), 骨 16/72 (22%) であり、治療開始前および経過観察中に同部位をチェックすることの重要性を強調している。

扁桃癌の死因の中で他病死の占める割合は 10～30.6% である⁷⁾⁹⁾¹³⁾¹⁴⁾ (表 13)。他病死は動脈硬化による心・血管障害、感染症、全身衰弱などの加齢によるものが多い。

われわれの症例で他癌死が他病死中に占める割合は 67% であり、他の報告例の約 2 倍の頻度である。しかし、全症例に対する割合は 7% であり、他の報告例との間に差は認められない。Givens ら⁹⁾ は他癌死を減少させることは扁桃癌の生存率の向上にきわめて重要であり、今後の課題であると言っている。2 次原発癌の頻度は頭頸部領域、食道、肺の順に高い⁹⁾¹³⁾¹⁴⁾²²⁾。

4. まとめと結論

1962 年より 1974 年の 13 年間に国立がんセンター頭頸科で治療を受けた中咽頭側壁悪性腫瘍 105 例 (扁平上皮癌 57 例, 悪性リンパ腫 48 例) を対象に性・年齢分布, 臨床症状, 診断, 経過, 原発部位と組織型の関係, TN 分布, 治療法と生存率, 死因などについて検討した。

主として、扁桃の扁平上皮癌に関して文献的考察を行った。

1) 5 年粗生存率は扁平上皮癌で 49%, 悪性リンパ腫では 56%であった。

2) 口蓋扁桃に原発する中咽頭悪性腫瘍は悪性リンパ

腫が最も多く、76 例中 48 例 (63%) であった。次いで低分化型扁平上皮癌であり、76 例中 23 例 (30%) であった。

扁桃の扁平上皮癌では低分化の傾向が強く、頸部リンパ節転移の頻度も高く、頸部リンパ節転移のコントロールが大切である。

3) 前口蓋弓に原発するものは分化型扁平上皮癌が多く、28 例中 27 例 (96%) であった。

前口蓋弓の扁平上皮癌は局所のコントロールに失敗することが多かった。今後は、手術治療をもっと積極的に採用する方向に進むべきものと考えられる。

参 考 文 献

- 1) 佐藤武男 宮原 裕: 咽頭癌 (その基礎と臨床) 新臨床医学文庫 267, 金原出版, 東京: 61-81, 1977.
- 2) Maltz R, Shumrick D A, Aron B S and Weichert K A: Carcinoma of the tonsil: Results of combined therapy. *Laryngoscope* 84: 2172-2180, 1974.
- 3) Staple T W, Holtz S, Ogura J and Powers W E: Carcinoma of the Tonsil: *Missouri Med* 62: 909-911, 1965.
- 4) Ackerman L V and Del Regato J A: *Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognosis*. Mosby, St, Louis, 1962.
- 5) Seda H J and Snow J B: Carcinoma of the tonsil. *Arch Otolaryngol* 89: 756-761, 1969.
- 6) Allen G W and Hemenway W G: Carcinoma of the tonsil. *Laryngoscope* 70: 246-257, 1960.
- 7) Fleming P M, Matz G J, Powell W J and Chen J W: Carcinoma of the tonsil. *Surg Clin North Amer* 56: 125-136, 1976.
- 8) Doyle P J, Flores A and Jewett L: Cancer of the tonsil — a retrospective study. *J Otolaryngol* 7: 189-195, 1978.
- 9) Givens C D, Johns M E and Cantrell R W: Carcinoma of the tonsil. *Arch Otolaryngol* 107: 730-734, 1981.
- 10) Neal C L, Snow J B and Seda H J: An analysis of therapy for Carcinoma of the tonsil. *Trans Amer Acad Ophthalmol Otolaryngol* 77: 97-104, 1973.

- 11) Cardinale F and Fischer J J: Radiation therapy of Carcinoma of the tonsil. *Cancer* 39: 604-608, 1977.
- 12) Barrs D M, De Santo L W and O'Fallon W M: Squamous cell carcinoma of the tonsil and tongue-base region. *Arch Otolaryngol* 105: 479-485.
- 13) Chen T Y, Johnson R and Sako K: Carcinoma of the tonsillar fossa. *Cancer of the Head and Neck*. Chambers R G, et al. ED. Excerpta Medica, Amsterdam, 1975.
- 14) Perez C A, Lee F A, Ackerman L V, Ogura J H and Powers W E: Non randomized comparison of preoperative irradiation and surgery versus irradiation alone in the management of carcinoma of the tonsil. *Amer J Roentgenol* 126: 248-260, 1976.
- 15) Andrews P E and Spinkle P M: Carcinoma of the tonsil. *South Med J* 65: 982-984, 1972.
- 16) Wang C C: Management and Prognosis of Squamous cell carcinoma of the tonsillar region. *Radiology* 104: 667-671, 1972.
- 17) Fayos J V and Lampe I: Radiation therapy of carcinoma of the tonsillar region. *Amer Roentgenol* 3: 85-94, 1971.
- 18) De Santo L W: Cancer of the posterior oral cavity. *Surg Clin North Amer* 57: 597-617, 1977.
- 19) Keane W M, Atkins J P, Wetmore R and Vidas M: Epidemiology of head and neck cancer. *Laryngoscope* 91: 2037-2045, 1981.
- 20) Chung T S and Stefani S: Distant Metastases of tonsillar region: A study of 475 patients. *J Surg Oncol* 14: 5-9, 1980.
- 21) Kaplan R, Million R R and Cassisi N J: Carcinoma of the tonsil: Result of radical irradiation with surgery reserved for radiation failure. *Laryngoscope* 87: 600-607, 1977.
- 22) Weller S A, Coffinet D R, Goode R L and Bagshaw M A: Carcinoma of the oropharynx. *Amer J Roentgenol* 126: 236-247, 1976.
- 23) 酒井俊一 尾崎正義 池田 寛 山本邦之 吉田淳一 矢野和栄: 頭頸部腫瘍の登録と統計を行うためのコンピュータ利用システム 耳鼻 22: 25-44, 1976.
- 24) 海老原 敏 竹田千里: 中咽頭がん 竹田千里編, 頭頸部腫瘍図譜 中山書店 東京: 218-220, 1975.

(原稿受付 昭和 57. 6. 2日)

別刷請求先 〒113 東京都文京区湯島 1-5-45

東京医科歯科大学医学部耳鼻咽喉科学教室

真島一彦