ON OUR THERAPEUTIC REGIMEN OF CERVICAL METASTASIS FROM CARCINOMA OF UNKNOWN PRIMARY

NOBUAKI YAMASHITA, M. D., HITOSHI SAITO, M. D.,
FUMIHIKO SATO, M. D. and OSAMU MIZUKOSHI, M. D.

Department of Otolaryngology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto

In the period from 1960 to 1980, 21 patients with cervical lymph node metastasis from unknown primary cancer were treated. They were 1.5% of the patients with malignant tumors of the head and neck region treated during the same period. The presence of primary lesions were confirmed in 7 patients after the treatment of their metastatic lesions. In the group of patients whose metastatic lesions were treated by surgery, four survived more than five years. In one of the 4 patients, the primary lesion was found later, and treated by radiation and surgery. None of the patients whose metastatic lesions were treated by radiation or chemotherapy survived. When the metastatic lymph nodes are not fixed and limited at unilateral side of the neck, surgical treatment by radical neck dissection is recommended.

A86—0164—92384

原発部位不明頸部転移癌

—— 特に治療指針について ——

京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室（主任：水越 治教授）

山下 信 昭，斎 藤 等，佐 藤 文 彦，水 越 治

I はじめに

原発部位不明頸部転移癌の厳格な定義は剖検にても原発部位が不明のものを言うのであるが、実地臨床で用いる原発部位不明頸部転移癌の定義は不明瞭であり、統一的な見解がないため、治療法の選択もあいまいであり、予後に関しても良好な結果が得られていないのが現状である。

さて今回、著者らは原発部位不明頸部転移癌で4例の5年生存例を経験し、京都府立医科大学耳鼻咽喉科における原発部位不明頸部転移癌の集計的観察を行ったので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II 対 象

原発部位不明頸部転移癌の定義は諸家により多種多様

に述べられており統一的な見解がないため、著者らは実地医療の点を考慮に入れ、原発部位不明頸部転移癌に対する治療が終了した時点において原発部位が発見されなかった全部の症例を原発部位不明頸部転移癌とした。

III 症 例

5年以上生存した興味ある経過良好例をまず紹介する。

症例1（表1のNo. 5）50歳，男性。

初診：1968年7月8日。

主訴：左頸部腫瘍。

現病歴：1968年6月頃、咽頭痛を訴え某耳鼻科を受診したところ、左頸部腫瘍を指摘された。試切にて転移性扁平上皮癌と診断されたため当科に紹介された。

初診時所見：左胸鎖乳突筋前縁中央部に4×4cmの弾性硬、表面凹凸で可動性のある腫瘤を認めた。原発部位検索のため頭頸部の視診、触診はもちろんのこと消化管透視等の精査を行うも原発部位は判明しなかった。

経過：1968年7月17日、全麻下に左頸部郭清術を行った。病理組織検査の結果は、転移性扁平上皮癌であった。その後外来通院にて経過観察を行っていたところ、5年後の1973年初め頃より頤下部の腫脹があり、徐々に増大傾向がみられたため、1973年12月7日、局麻下に頤下部腫瘍摘出術を行った。病理組織検査の結果は転移性扁平上皮癌であった。再発防止のために放射線療法を1973年12月17日より1974年1月30日まで28回、1回病巣線量190rads、計5320rads照射された。外来にてその後経過観察を行っていたが、1974年7月に左梨状陥凹に腫瘍を認めたため試切を施行した。病理組織検査の結果は扁平上皮癌であった。原発部位不明頸部転移癌発見から6年目に原発部位が下咽頭であったと判断し、1974年8月2日、全麻下に下咽頭、喉頭全摘出術、下咽頭再建術を行った。病理組織検査の結果は扁平上皮癌であった。以来定期的に経過観察するも1981年2月現在再発を認めず経過良好である。

症例2（表1のNo. 10）66歳、男性。

初診：1974年7月4日。

主訴：左頸部腫瘤。

現病歴：1974年7月1日より疼痛のない左頸部腫瘤を自覚したため当科受診した。

初診時所見：左胸鎖乳突筋前縁中央部に5×3cm、3×2cm大の2個の可動性のある弾性硬の腫瘤を触知した。原発部位検索のため頭頸部の視診、触診以外に消化管透視等の精査を行うも、原発部位は発見できなかった。

経過：1974年8月12日に外来にて試切を行い、転移性扁平上皮癌の診断を得たため、1974年9月6日、全麻下に左頸部郭清術を行った。病理組織検査の結果はやはり転移性扁平上皮癌であった。7年を経た1981年11月現在経過観察中であるが、再発も認めず、再三にわたる精査にもかかわらず原発部位は不明のままである。

症例3（表1のNo. 11）64歳、男性。

初診：1975年2月3日。

主訴：左頸部腫瘤。

現病歴：1974年12月頃に疼痛を伴わない頸部腫瘤を認め、某病院外科にて試切を受けたところ、扁平上皮癌の

診断があり当科に紹介された。

初診時所見：左胸鎖乳突筋前縁中央部に2×2cm大の可動性で弾性硬の頸部腫瘤を触知した。原発部位検索のため内視鏡等の精査を行うも原発部位は判明しなかった。

経過：1975年2月7日、全麻下に左頸部郭清術を行った。病理組織検査の結果は転移性扁平上皮癌であった。その後再発なく、原発部位は不明のまま満6年、経過良好である。

症例4（表1のNo. 14）67歳、男性。

初診：1975年10月17日。

主訴：右頸部腫瘤。

現病歴：1975年8月頃より疼痛のない鶏卵大の頸部腫瘤に気付いた。1975年10月に当院外科を受診し、試切をかねた摘出術を受けたところ、病理組織検査の結果が扁平上皮癌であったため当科に紹介された。

初診時所見：頸部腫瘍全摘出後の瘢痕を頸部に認めるのみで頸部腫瘍は触知しない。原発部位検索のため内視鏡、消化管透視等の精査を行うも原発部位は発見できなかった。

経過：右頸部に対する放射線療法が1975年11月5日より1975年12月26日まで、35回、1回病巣線量164～182rads、計6172rads行われた。以来外来にて原発部位探索のため精査を繰り返すも原発部位が発見できず頸部リンパ節転移の再発もなく、満6年を経た現在健在である。

Ⅳ 集計的観察

1960年より1980年までの20年間の京都府立医科大学耳鼻咽喉科頭頸部腫瘍外来の登録者数は1,443人であり、内訳は男性が836人、女性が607人であった。この中で原発部位不明頸部転移癌¹⁾は男性17人、女性4人で合計21人であり、頭頸部腫瘍登録者数の1.5%を占めた（表1）。

年齢は28歳より83歳まで多岐にわたり。ピークは50～60歳台にみられた（表2）。

頸部腫瘍の初発より来院までの期間が判明したもののうち、6カ月以内が18例中17例と大半を占めており（表3）、比較的早期に診察を受けている。しかしこの原発部位不明頸部転移癌をUICCのTNM分類に準じて分類し、リンパ節転移の性状が一侧で可動性をN₁症例、両側性で可動性をN₂症例、固着性をN₃症例（以下N₁

表 1 当科における原発部位不明頸部転移癌症例

No.	症例	性	年齢	病 理	頸部転移巣の治療	予 後
1	H. A.	女	53	転移性腺癌	N. D.	?
2	T. H.	男	64	転移性扁平上皮癌	R.	4カ月死亡
* 3	K. S.	男	53	腺様嚢胞癌	N. D.	2年死亡
* 4	T. O.	男	59	転移性扁平上皮癌	N. D. → R.	1年死亡
*⑤	M. N.	男	50	転移性扁平上皮癌	N. D.	13年生存
* 6	T. K.	女	62	転移性扁平上皮癌	N. D. → R.	5カ月死亡
* 7	I. E.	男	56	転移性扁平上皮癌	R.	3カ月死亡
* 8	Y. K.	女	70	不明	—	1カ月死亡
* 9	E. Y.	男	29	転移性メラノーマ	N. D. → R.	死亡
⑩	K. A.	男	66	転移性扁平上皮癌	N. D.	7年生存
⑪	E. I.	男	70	転移性扁平上皮癌	N. D.	6年生存
12	T. T.	男	82	転移性扁平上皮癌	R.	11カ月死亡
13	S. M.	男	45	転移性扁平上皮癌	R.	3年死亡
⑭	S. S.	男	67	転移性扁平上皮癌	O. P. → R.	6年生存
15	F. K.	女	73	転移性扁平上皮癌	R.	1年6カ月死亡
16	A. I.	男	67	転移性扁平上皮癌	N. D.	4年死亡
17	M. S.	男	69	転移性扁平上皮癌	B. M. 療法	1年死亡
18	Y. N.	男	83	転移性扁平上皮癌	N. D.	8カ月死亡
19	N. Y.	男	70	転移性扁平上皮癌	N. D.	3年生存
20	T. N.	男	40	転移性扁平上皮癌	R.	1年3カ月死亡
21	K. K.	男	56	転移性扁平上皮癌	N. D. → R.	6カ月死亡

* は癌の臨床第18巻4号 274-278, 1972と重複 (原発部位判明例を含む)

○は生存症例

表 2 原発部位不明頸部転移癌

— 性別・年齢別について —

	20歳～	30～	40～	50～	60～	70～	80～
男性	1	0	2	5	5	2	2
女性	0	0	0	1	1	2	0

表 3 原発部位不明頸部転移癌

— 来院までの期間 —

1 カ月以内	7 例
1 ～ 6 カ月	10 例
7 ～ 12 カ月	0 例
1 年以上	1 例

表 4 原発部位判明症例

No.	症例	原発部位	原発部 発見期間	原発部位 の治療	予 後
4	T. O.	肺	1 年	*	1年死亡 *
5	M. N.	下咽頭(T ₃)	5 年	ope.	13年生存
12	T. T.	舌 根(T ₂)	5カ月	ope.	11カ月死亡
16	A. I.	上咽頭(T ₂)	6カ月	R.	4年生存
18	Y. N.	舌 根(T ₃)	4カ月	R.	8カ月死亡
19	N. Y.	舌 根(T ₁)	1 年	R.	3年生存
21	K. K.	肺	3カ月	化学療法	6カ月死亡

* は剖検により原発部位判明

表 5 原発部位不明頸部転移癌治療法別生存率

		1 年生存	2 年生存	3 年生存	4 年生存	5 年生存
手術療法主体	単独	86% (6/7)	71% (5/7)	71% (5/7)	50% (3/6)	50% (3/6)
	放射線併用	20% (1/5)	25% (1/4)	25% (1/4)	25% (1/4)	25% (1/4)
	小計	58%(7/12)	55%(6/11)	55%(6/11)	40%(4/10)	40%(4/10)
放射線療法主体	単独	50% (3/6)	17% (1/6)	0% (0/5)	0% (0/5)	0% (0/4)
化学療法主体	単独	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	—
計		53%(10/19)	39%(7/18)	35%(6/17)	25%(4/16)	28%(4/14)

表 6 原発部位不明頸部転移癌治療法別生存率

— 原発部位不明群 —

		1 年生存	2 年生存	3 年生存	4 年生存	5 年生存
手術療法主体	単独	100% (3/3)	67% (2/3)	67% (2/3)	67% (2/3)	67% (2/3)
	放射線併用	33% (1/3)	33% (1/3)	33% (1/3)	33% (1/3)	33% (1/3)
	小計	67% (4/6)	50% (3/6)	50% (3/6)	50% (3/6)	50% (3/6)
放射線療法主体	単独	60% (3/6)	20% (1/5)	0% (0/4)	0% (0/4)	0% (0/3)
化学療法主体	単独	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	—
計		58%(7/12)	33%(4/12)	27%(3/11)	27%(3/11)	33% (3/9)

症例, N₂症例, N₃症例と記載)とすると, N₁症例が 7 例, N₂症例が 1 例, N₃症例が 10 例とかなり進展した癌が過半数を占めているのがわかった。

初診時より治療開始までの期間はほとんど 1 カ月以内であった。

原発部位判明例は 21 例中 7 例で全体の 33.3%にあたり, そのうち 1 例は剖検により原発部位が明らかになった症例である。原発部位は舌根が 3 例, 肺が 2 例, 上咽頭, 下咽頭が各 1 例であった。原発部位が判明するまでの期間は 3 カ月より 5 年と隔りがある。当科腫瘍外来にて定期的に精査を行っていたにもかかわらず, T₁症例が 1 例, T₂症例が 2 例, T₃症例が 2 例と腫瘍が増大した時点で発見されているものが多い(表 4)。

病理組織型に関しては扁平上皮癌が圧倒的に多い(表 1)。

予後に関して治療法, およびリンパ節転移の性状を加えて検討した。

第 1 に治療法別に予後を調べた場合, 手術療法を主体とした時の 5 年生存率が 40%であり, 放射線療法を主体とした時の 5 年生存率が 0%であった(表 5)。さらに原発部位不明群および原発部位判明群に分けて調べてみても手術療法主体の 5 年生存率はそれぞれ 50%, 25%であり, 放射線療法主体のそれは両群共 0%であった(表 6, 表 7)。

リンパ節転移の性状を加味した場合, N₁症例はすべて手術療法主体で, 5 年生存率が 67%と高率となり, N₃症例においては手術療法主体, 放射線療法主体共に 5 年生存率が 0%と低率であった(表 8)。

N₁, N₂症例の死亡原因を調べてみた場合, N₁症例においては頸部郭清術を行ったにもかかわらず頸部に再発転移を生じ, 制御不能となり死亡した症例は 2 例である。N₃症例の手術療法主体の場合, 頸部以外の部位に転移が生じ, コントロール不能となった症例は 2 例あり, 後に判明した原発腫瘍および頸部転移の制御ができな

表 7 原発部位不明頸部転移癌治療別生存率

— 原発部位判明群 —

		1 年生存	2 年生存	3 年生存	4 年生存	5 年生存
手術療法主体	単独	75% (3/4)	75% (3/4)	75% (3/4)	33% (1/3)	33% (1/3)
	放射線併用	0% (0/2)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)
	小計	50% (3/6)	60% (3/5)	60% (3/5)	25% (1/4)	25% (1/4)
放射線療法主体	単独	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)
計		43% (3/7)	50% (3/6)	50% (3/6)	20% (1/5)	20% (1/5)

表 8 原発部位不明頸部転移癌N分類別生存率

	1 年生存	2 年生存	3 年生存	4 年生存	5 年生存
N ₁ 症例 (1 側性) 手術療法主体	71% (5/7)	71% (5/7)	71% (5/7)	67% (4/6)	67% (4/6)
N ₂ 症例 (両側性) 手術療法主体	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)	0% (0/1)	0% (0/1)
N ₃ 症例 (固着性) 手術療法主体	0% (0/4)	0% (0/3)	0% (0/3)	0% (0/3)	0% (0/3)
放射線療法主体	50% (3/6)	17% (1/6)	0% (0/5)	0% (0/5)	0% (0/4)
化学療法主体	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	

表 9 死 亡 原 因

	頸部に対する初回治療	死亡原因	症例数
N ₁ 症例 (1 側性)	手術療法主体	頸部転移 腫瘍再発	2
		原発腫瘍	1
N ₃ 症例 (固着性)	手術療法主体 (放射線療法併用)	頸部転移 腫瘍再発	1
		他部位転移 (大腿骨, 肝)	2
	放射線療法主体	頸部転移 腫瘍再発	3
		他部位転移 (肺, 肝)	3

った症例が各 1 例ずつある。放射線療法主体では頸部転移および頸部以外の部位の転移をコントロールできなかった症例が各 3 例ずつあった (表 9)。

V 考 按

原発部位不明頸部転移癌を論ずるにあたり原発部位不明頸部転移癌の定義を明確にする必要があると考え、諸

家²⁾³⁾ の定義を調べた。すると原発部位不明頸部転移癌の諸家の一致した見解は剖検を行っても原発部位が発見できないということである。しかし困難なことには原発部位を発見するために常に剖検を行えるとは限らない。また原発部位不明のまま長期生存例⁴⁾⁵⁾ もみられる。原発部位発見のため検査を行っても検査の精度、検者の熱意により原発部位判明の時期がおくれることもある。当然治療も状態の変化に伴い多種多様な変化するであろう。このように複雑な要因が多く含まれるために原発部位不明頸部転移癌の単純明快な定義は現在のところ見あたらない。著者らは以上のような条件を踏まえて治療の時期のみを問題とし、原発部位不明頸部転移癌に対する治療が終了した時点において原発部位が発見されなかった症例すべてを原発部位不明頸部転移癌とした。しかし、今後のために次のように提案したい。すなわち、剖検によっても不明の場合を「真性原発部位不明頸部転移癌」、剖検はできなかったが不明のまま一生をおえた場合を本態性原発部位不明頸部転移癌、頸部転移癌を加療した後に原発部位が判明した場合を先行性原発部位不明頸部転移癌の 3 種類にわけると今後原発部位不明頸部転移

癌を分類する上で便利である。

まず治療方針を論ずる前に本集計が当科においてのみに特異的なものでなく他施設と比較して、予後に関して大きく相異なる結果が出る程差異があるものかどうか、同時に本集計の各症例間にも受診時期、治療開始時期に関して予後に影響するような差異がないものかどうかを検討した。

当科の20年間の頭頸部悪性腫瘍登録者数に対する原発部位不明頸部転移癌の割合は1.5%であり、諸家による割合の1%～3.3%²⁾⁵⁾⁶⁾の間にある。性別において、男性が21例中17例(81.0%)で、諸家らによる割合の70.8%⁷⁾(103例中73例)、80%(35例中28例⁸⁾)、72.7%(22例中16例⁹⁾)と類似している。

年齢別にみた場合、諸家によるものは平均50.9歳⁹⁾、58.9歳⁸⁾、64.9歳⁷⁾であり、本集計の平均61歳と比べて大同小異である。

本集計の各症例の重症度は別にして、各症例間に差異はないものと検討した場合、頸部腫瘍の自覚より初診までの期間、初診より原発部位不明頸部転移癌治療開始までの期間はそれぞれ6カ月以内、1カ月以内と各症例間に大差はない。また著者らは治療開始までの期間、治療中も原発部位検索のため治療時期を逸しないように心がけている。以上のようにわれわれの施設の原発部位不明頸部転移癌症例が諸家と比較して特に片寄ったものではないといえる。

以上のことを踏まえ、予後に関して検討を加えた。放射線療法単独での治療効果、手術療法での治療効果が諸家により報告されているが、両者を比較した場合予後に関して大差はないようである¹⁰⁾¹¹⁾。著者らは本集計の予後に関して治療法別に調べた。頸部郭清術を代表とする手術療法主体の5年生存率と放射線療法主体の5年生存率を比較した場合、遙かに手術療法主体の方が予後良好であった。原発腫瘍が不明のまま放置されているため、再び頸部転移を生じる可能性が大であると考えられる真性および本態性原発部位不明頸部転移癌群に対する手術療法主体、放射線療法主体を比較しても手術療法主体とする症例の予後が良かった。また原発部位が発見され、頸部転移腫瘍の治療に加えて原発腫瘍の加療を必要とした先行性原発部位不明頸部転移癌においても頸部転移腫瘍に対する手術療法を主体とした例の予後が良好であった。

次にリンパ節転移の性状で調べたところ、N₁症例はすべて手術療法主体であり、5年生存率も80%と好成績を残している。

一方N₁症例では手術療法主体、放射線療法主体共に5年生存率は0%であるため、死亡原因が何であるか検討した。

手術療法主体の死亡原因が頸部以外の転移腫瘍、後で判明した原発腫瘍である症例もあるが、頸部転移腫瘍の再発によるものが1例あり、初回に放射線療法を併用したため、再発時の根治的加療がうまく遂行できなかったものである。同様にN₁症例の手術療法症例の死亡原因も1例は頸部再発腫瘍の放置によるものであるが、他の1例は術後に放射線療法を行ったため再発時に障害となったものである。N₃症例の放射線療法主体の死亡原因をみると頸部以外の転移腫瘍によるものが3例、頸部転移の再発が3例ある。頸部転移腫瘍の再発例3例の内1例は手術不能の判定で放射線療法を行ったものであり、他の2例は手術可能であったにもかかわらず放射線療法単独で初回治療を行ったため、頸部に再発を生じた際に根治的加療が十分できなかったものである。以上のように著者らは原発部位不明頸部転移癌に対しては、原発腫瘍の遷延性成長や原発腫瘍よりの二次、三次の頸部転移の可能性を考え、また見えざる原発腫瘍に中途半端な影響を与える放射線療法は初回治療にはできるだけ用いず、頸部郭清術を代表とする手術療法を用いるべきであると考ええる。その後、原発腫瘍が判明し、今後原発腫瘍よりの撒布の危険性がなく、頸部転移の再発の可能性も低くなった場合には放射線療法を併用したらよいと考えている。

当科の4例の5年生存例においてはいずれもN₁症例であり、そのうち3例の初回治療は放射線療法を用いず頸部郭清術のみを行っている。頤下部に2回目の再発を生じた1例は頤下部腫瘍摘出術後に放射線療法を行い、2回目の頸部転移腫瘍のコントロールに成功した。残りの1例は放射線療法を行ったが、頸部転移腫瘍の摘出術後に用いており5年間頸部再発を認めないものである。

N₃症例の死亡原因の中には原発腫瘍、頸部以外の部位の転移腫瘍が含まれているが、原発腫瘍は肺であり、頸部以外の転移は肝、大腿骨と耳鼻咽喉科領域外の部位にそれぞれ発生しているので他科とのコンタクトが必要である¹²⁾。いずれにしてもN₃症例の予後は悪いので、原発部位検索のためあまりに時期を失することなく、頸部リンパ節転移の性状が一側性で可動性のある間に手術的に摘出すべきであるといえる。

一方著者らは原発部位発見のため精査を繰り返し行っ

ているにもかかわらず、判明時のT分類において当然T₁となるべき原発腫瘍がT₂、T₃となり著者らの検査の未熟さも反省している。

以上、原発部位不明頸部転移癌の今後の治療方針として、時期を逸せず頸部リンパ節転移の性状が一側性で可動性のある間に治療を行うとともに、初回治療はできるだけ放射線療法を併用せず手術療法のみで対応し、見えない原発腫瘍や第二次、第三次の頸部転移の再発にそなえ放射線療法を可能な限り用いない方針である。

Ⅱ ま と め

原発部位不明頸部転移癌で、主として手術療法による4例の5年生存例を経験したので、当科における原発部位不明頸部転移癌の集計的観察を行い、今後の治療指針を導いた。

1960年から1980年の20年間に、京都府立医大耳鼻咽喉科に登録された悪性腫瘍患者は、1443名でそのうちいわゆる原発部位不明頸部転移癌患者は21名1.5%であった。このうち7例33.3%は後に原発部位が判明した。

原発部位不明頸部転移癌の定義があいまいであるので、剖検後も不明な場合を真性、剖検できなかったが不明のまま生涯を終えた場合を本悪性、頸部転移癌治療後に原発腫瘍が発覚した場合を先行性原発部位不明頸部転移癌と称することを提唱した。

今後原発部位不明頸部転移癌に対しては、その後に予想される原発腫瘍の発覚、頸部転移腫瘍の再発に対して不完全な加療となる放射線療法をできるだけ用いず、頸部リンパ節転移の性状が一側性で可動性のある間に頸部郭清術を主とする手術療法で対処する方針である。

参 考 文 献

- 1) 佐藤文彦 他：頸部腫瘍の臨床的観察 — 原発巣不明頸部転移癌の検討 — 癌の臨床 18: 274-278, 1972.
- 2) 古江 尚 他：原発巣不明の癌 癌の臨床 18:

159-163, 1972.

- 3) 長与健夫：病理解剖を通じてみた臨床診断上の原発不明癌の検討 癌の臨床 18: 191-196, 1972.
- 4) 佐々木 学 他：頸部腫瘍を初発症状とした頸部リンパ節転移癌の検討 癌の臨床 21: 90-95, 1975.
- 5) 金田浩一 他：原発不明癌の検討 — 放射線治療患者を中心に — 癌の臨床 18: 164-170, 1972.
- 6) Frederic K F, Holmes M D et al: Metastatic cancer of unknown primary site. Cancer 26: 816-820, 1970.
- 7) Morton S, Comess M D et al: Cervical metastasis from occult carcinoma. Surgery Gynecology and Obstetrics 78: 133-159, 1944.
- 8) 梅山 馨 他：頸部リンパ節転移性癌の検討 外科治療 27: 497-501, 1972.
- 9) D C Fermont: Malignant cervical lymphadenopathy due to an unknown primary. Clinical Radiology 31: 255-358, 1980.
- 10) Marvin P, Fried M D et al: Cervical metastasis from an unknown primary. Ann Otol Rhinol Laryngol 84: 152-157, 1975.
- 11) Bruce Leipzig M D: Cervical nodal metastases of unknown origin. Laryngoscope 91: 593-598, 1981.
- 12) 桜井健司：原発巣不明の頸部リンパ節転移 耳展 15: 529-532, 1972.

本論文の要旨は昭和57年6月18日、第6回日本頭頸部腫瘍学会において発表した。

(原稿受付 昭和 57. 6. 23日)

別刷請求先 〒602 京都市上京区河原町通り広小路
上ル梶井町 465

京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室 山下信昭