甲状腺悪性リンパ腫74症例の予後因子の検討

別府市野口病院

兼 竹 博 之, 戸 田 雅 克, 川 本 洋

PROGNOSTIC FACTORS IN PRIMARY LYMPHOMA OF THE THYROID
— A REVIEW OF 74 CASES —

HIROYUKI KANETAKE, M.D., MASAKATU TODA, M.D. and YOU KAWAMOTO, M.D.

Noguchi Thyroid Clinic and Hospital Foundation, Beppu

Prognoses and prognostic factors in 74 patients with primary lymphoma of the thyroid gland were analyzed. From 1968 to 1991, 74 patients with non-Hodgkin's lymphoma originating in the thyroid gland were treated at Noguchi Thyroid Clinic Hospital. Patients consisted of 53 females and 21 males, with a median age of 64.5 years.

Survival curves were calculated by the Kaplan-Meier method and significance was tested by generalized Wilcoxon test. The overall 5-year and 10-year survival rates were 81.8% and 62.5%, respectively. The survival rate in stage II disease was significantly ($P=0.004$) lower than that in stage I. By the LSG classification, there was no significant difference in survival curves between follicular lymphoma and diffuse lymphoma. Using the Working Formulation, there was no significant difference in survival curves between cases with low and intermediate grade histology. Histologic subtype of the tumor did not appear to be a significant determinant of prognosis.

Patients with vocal cord paralysis had poorer survival rates than others ($P=0.001$). Extrathyroidal spread of the tumor by direct soft tissue invasion had a distinctly adverse effect on prognosis.

Key words: 甲状腺悪性リンパ腫, 予後因子, LSG 分類,
国際分類, 声帯麻痺

A96—1105—92389

はじめに

甲状腺原発悪性リンパ腫は比較的まれな疾患¹⁾²⁾であり、男性よりも女性に多い²⁾といわれている。また、慢性甲状腺炎の経過中に発見されることも少くない。甲状腺悪性リンパ腫の中には、臨床像や病理組織像が未分化癌に似ているものもあるが、予後は比較的良好なものが多い。今回、我々は1968年から1991年までの24年間に野口病院で一次治療を施行した甲状腺悪性リンパ腫74症例を対象として、予後およびその予後因子の分析を行った。また、甲状腺悪性リンパ腫と慢性甲状腺炎との関係についても検討した。

対象および方法

1968年から1991年までの24年間に野口病院で一次治療を施行した甲状腺悪性リンパ腫74症例を対象とした。全症例がnon-Hodgkinリンパ腫であった。これは、この期間に手術あるいは生検によって病理学的に診断された甲状腺悪性腫瘍4470例の約1.7%にあたる。病理組織学的分類は、病理学者により系統的に見直しが行われ、LSG分類³⁾と国際分類⁴⁾を用いてそれぞれ亜型に分類した。なお、未分化癌のなかの小細胞癌はこれより以前に見直しが行われ、その多くが悪性リンパ腫に変更されている。臨床病期（以下病期）分類は

Ann Arbor 分類⁵⁾を用いた。病期は患者の病歴、理学的所見、胸部 X-P、CT 所見、MRI 検査、超音波エコー、骨髓穿刺、Ga シンチ等の検査で決定した。また、術前および治療前には全例、間接喉頭鏡または、喉頭ファイバースコープにより声帯の動きを検査した。治療としては、手術的治療、放射線治療および化学療法を行った。手術的治療としては、根治的手術または減量手術を52例に施行した。なお、確定診断のために生検のみ施行したものは非手術的治療症例として扱った。放射線治療は局所に平均 45GY を1988年までは Co⁶⁰ にて49例に照射し、1989年以降は Linac にて20例に照射した。化学療法については1978年までに施行された5例は、Adriamycin や Bleomycin が使用されたが統一されてはいなかった。1979年以降、化学療法が施行された43例については主に CHOP 療法 (Cyclophosphamide + Adriamycin + Vincristine + Predonisone) を用いた。1990年には病期の進行した症例1例に CHOP + E (Etoposide) 療法を試みた。化学療法を施行するにあたって全身状態不良のものや心疾患等の重篤な合併症のあるものは適応から除外した。化学療法を施行した48例の平均年齢は64.4歳 (標準偏差±9.4) であり、施行しなかった26例の平均年齢は64.6歳 (標準偏差±12.2) であった。

性、病期、組織、声帯麻痺の有無、手術療法の有無の各予後因子について分析した。生存率は、Kaplan-Meier 法で解析し、Wilcoxon test にて検定を行った。検定は、全死亡症例を対象とした場合と、他因死症例を除いた場合の2通りの方法で行ったが、ほぼ同様の結果となった。したがって、生存率および検定における死亡は、全死亡症例での結果を示した。性、病期、声帯麻痺の有無、手術療法の有無の各予後因子に加えて年齢、治療開始年、腫瘍径について Cox の比例ハザードモデルにて解析した。全例 (n=74) について情報を得ることができた予後因子を対象としたため、組織 (n=66) については除外した。各予後因子について、それぞれ1変量モデルにて解析した後、すべての予後因子について多変量解析を行った。

結 果

1. 症例の分布

1) 年齢分布は図1に示した。年齢は33歳から83歳に及び男女とも60歳代が最も多く、平均64.5歳であった。男21人、女53人で、男女比は1:2.5と女に多かった。また、カッコ内は慢性甲状腺炎として2年以上治療を

図1 全症例の年齢区分 () 内は慢性甲状腺炎治療経過中に発症した症例数を示す。

表1 組織型および病期別症例数

LSG 分類

組織型	症例数	Stage		
		I	II	III
濾胞性	21	13	7	1
びまん性	45	24	21	0

国際分類

組織型	症例数	Stage		
		I	II	III
Low. G	27	16	10	1
Inter. G	36	19	17	0
High. G	3	2	1	0

している経過中に発症した悪性リンパ腫症例である。74例中11例、約15%にあたる。

2) LSG 分類および国際分類と各病期分類を表1に示す。組織型は LSG 分類および国際分類にて亜型分類した。74例中66例が亜型分類可能であったが、8例は細胞診のみであったり標本の保存状態が悪くなったためなどの理由により分類できなかった。LSG 分類では、濾胞性リンパ腫21例、びまん性リンパ腫45例であった。国際分類では、low grade 27例、intermediate grade 36例、high grade 3例であった。病期分類では、Stage I 41例、Stage II 32例、Stage III 1例、Stage IV の症例は1例もなかった。なお、亜型分類できなかった8例のうち Stage I のものが4例、Stage II のものが4例あった。

図2 全症例の生存曲線

図3 性別の生存曲線

図4 病期別の生存曲線

2. 生存曲線

1) 全症例の生存曲線 (図2)

5年生存率は81.8%, 10年生存率は62.5%であった。死亡症例は19例であり, そのうち原病死したものが14例, 他因死したものが3例, 死因不明のものが2例であった。他因死症例は, すべて病死であった。また, 消息不明の症例が1例あった。原病死した14例のうち1年以内に死亡したものが6例であった。

2) 性別の生存曲線 (図3)

図5 組織型別 (LSG 分類) の生存曲線

図6 組織型別 (国際分類) の生存曲線

図7 声帯麻痺の有無による生存曲線

性別では, 男女間の生存率に有意差 ($P=0.174$) はみられなかった。

3) 病期別の生存曲線 (図4)

Stage I の5年生存率は91.3%, 10年生存率は78.5%であった。Stage II の5年生存率は69.3%, 10年生存率は46.0%であった。Stage I のものは Stage II のものに比べて有意 ($P=0.004$) に生存率が高かった。

4) 組織別生存曲線 (図5) (図6)

LSG 分類についてみると濾胞性リンパ腫の生存率とびまん性リンパ腫の生存率には有意差 ($P=0.585$)

図8 手術の有無による生存曲線

表2 Coxの比例ハザードモデルによる解析

Factors	P value	
	Uni.	Mult.
Sex (F versus M)	0.369	0.228
Age	0.323	0.376
First treatment year	0.315	0.861
Surgical treatment (present versus absent)	0.663	0.651
Stage (I versus II)	0.008	*0.015
Tumor size	0.956	0.324
Vocal cord paralysis (present versus absent)	0.004	*0.011

* Variable included in the model

Uni.: Univariate Mult.: Multivariate

はみられなかった。国際分類でみると、low gradeとintermediate gradeの生存率の間には有意差 ($P=0.530$) はみられなかった。

5) 声帯麻痺の有無による生存曲線 (図7)

声帯麻痺のないものの5年生存率は87.6%, 10年生存率は68.6%であった。声帯麻痺のあるものの5年生存率は46.7%, 10年生存率は35.0%であった。声帯麻痺のある症例では、ないものに比べて有意 ($P=0.001$) に予後不良であった。

6) 手術療法の有無と生存曲線 (図8)

根治的手術または減量手術を施行したものを手術症例とした。また、確定診断のために生検のみ施行したものは非手術症例として扱った。手術の有無による生存率には有意差 ($P=0.954$) がみられなかった。

7) Coxの比例ハザードモデルによる解析 (表2)

一変量モデルによる解析では有意と認められた予後因子は病期 ($P=0.008$) と声帯麻痺の有無 ($P=0.004$) のみであった。年齢、治療開始年、腫瘍径については

それぞれ $P=0.323$, $P=0.315$, $P=0.956$ となりいずれも有意差が認められなかった。また、多変量解析での変数選択法によって有意と認められた予後因子は、病期 ($P=0.015$) と声帯麻痺の有無 ($P=0.011$) のみであり、Kaplan-Meier法での結果とほぼ同様であった。

考 察

報告した甲状腺悪性リンパ腫74例のうち男21人、女53人であり男:女=1:2.5であり、女性が多数を占めている。文献的にも女性の方が多いという報告²⁾⁶⁾⁷⁾が多数みられる。甲状腺non-Hodgkinリンパ腫が男性よりも女性に多いという事実はその特徴の一つといえよう。このことは、慢性甲状腺炎が女性に多いという事実と無関係でないと考えられる。Holmら⁸⁾は829例の慢性甲状腺炎を経過観察し、そのうち4例に甲状腺non-Hodgkinリンパ腫が発症したと報告している。ところで、慢性甲状腺炎として治療をしている経過中に発症した悪性リンパ腫症例は、74例中11例であった(図1)。甲状腺に対する自己抗体が陽性例は抗体検査を実施した69例中52例(約75%)であった。また、自己抗体が陰性であったもの17例中、組織学的に慢性甲状腺炎が認められたものは9例(約53%)であった。これらのことは、慢性甲状腺炎と甲状腺悪性リンパ腫の関係が密接であることを示唆している。慢性甲状腺炎と悪性リンパ腫との関係について、Burkeら⁹⁾は慢性甲状腺炎の甲状腺組織内に浸潤してくるリンパ球が何らかの誘因により芽球化して悪性リンパ腫に移行すると述べている。慢性甲状腺炎からリンパ腫の発生率が高いという報告¹⁰⁾¹¹⁾は多く、慢性甲状腺炎の経過観察は悪性リンパ腫を念頭におき、注意深く行うべきである。特に、慢性甲状腺炎があり、急速に甲状腺腫が増大するときはSkarsgardら⁷⁾も述べているごとく、穿刺吸引細胞診¹²⁾¹³⁾などによる早期発見が重要である。

全症例の生存曲線(図2)をみると、5年および10年生存率はそれぞれ81.8%, 62.5%を示し、他の報告⁶⁾⁷⁾⁹⁾の5年生存率50~70%と比較すると、81.8%という成績は若干良いといえる。

生存率を男女別にみると(図3)、他の報告⁶⁾¹⁴⁾にもあるように男女間で有意差はみられなかった。甲状腺悪性リンパ腫の発生は女性に多くみられるが、腫瘍そのものの特性には男女間に差がないためだろうと考えられる。

次に臨床病期別に生存率を検討してみた(図4)。臨

床病期分類は、ホジキン病に対する Ann Arbor 分類に準拠するのがいまだ一般的であり、我々もそれを用いた。病期分類では、Stage の早期のものが比較的多く、Stage I のものが41例、Stage II のものが32例、Stage III のものが1例であり Stage IV のものは1例もなかった。他の報告⁷⁾¹⁴⁾¹⁵⁾にもみられるように、Stage I のものは Stage II のものより有意 ($P=0.004$) に予後良好であった。このことから、早期に発見することが予後に大きく関係し、逆に病期の進行したものをいかに治療するかが予後の改善のためには重要であると考えられる。

ところで、病理組織型別による生存率の検討が以前よりなされ、現在 LSG 分類と国際分類が一般に用いられている。濾胞性リンパ腫は、びまん性リンパ腫に比べ Stage の早いものが多く、予後がよいという報告¹⁴⁾がみられる。我々の症例では全体に Stage の早期のものが多く濾胞性リンパ腫とびまん性リンパ腫の間に予後の差はみいだせなかった。国際分類は予後の差を良く反映しているという報告¹¹⁾⁴⁾がある。例えば Aozasa ら¹⁾は low grade と intermediate grade の間には予後の差は見いだせなかったが、intermediate grade と high grade の間には有意差 ($P<0.001$) を認めている。また、小林ら¹⁴⁾によれば intermediate grade と high grade の間には予後の差は見いだせなかったが、low grade と intermediate grade の間には有意差 ($p<0.002$) が認められたと報告している。我々の症例では low grade と intermediate grade の間には予後の差は見いだせなかった。このことは、小林らの症例では intermediate grade のものは low grade のものより Stage の進行したものが多いのと比較し、我々の症例では両者とも Stage の早いものが多いのが一因と考えられる。症例の病期とか予後が必ずしも腫瘍の組織型に依存しているとはいえない。Skarsgard ら⁷⁾によれば、甲状腺悪性リンパ腫25例中、国際分類による intermediate grade 21例 (77%)、high grade 6例 (23%) であったが、病期は25例とも Stage I または Stage II と早期であった。また、intermediate grade と high grade の間には予後の差は見いだせなかったということである。病期が早期であれば grade の差による予後の差は少なくなるとも考えられる。

ところで、他の要因として治療方法の差も考えられる。病期あるいは組織型に応じて治療方針が異なることも、low grade と intermediate grade の生存率に有意差がみられなかった一因と考えられる。low grade

でしかも Stage I のものは我々は、放射線単独治療¹⁶⁾¹⁷⁾を基本にしている。また、intermediate grade や Stage II 以上のものでは放射線治療に CHOP 療法などの化学療法を施行し、症例によっては Etoposide⁷⁾を追加している。組織分類の grade 別による治療方法の検討や各治療方法自体の進歩により、grade の高いものの中で制御しやすいものがでてくる可能性があると考えられる。

次に従来あまり報告されていない声帯麻痺の有無による予後について検討してみた(図7)。声帯麻痺のないものの5年生存率87.6%と良好であるが、あるものでは46.7%と50%にも満たない。声帯麻痺のあるものでは、ないものに比べて有意 ($P=0.001$) に予後不良である。Devine ら⁸⁾は、Mayo Clinic の103例の甲状腺悪性リンパ腫の予後を調べ、腫瘍が甲状腺に局限していた症例の5年生存率は86%であるが、周囲に浸潤していた症例の5年生存率は38%であると報告している。また、気道や食道の圧迫症状と嚥声を同時に認めた14例中9例に声帯麻痺を報告している。Blair ら¹⁷⁾は予後不良となる因子の一つとして声帯麻痺をあげている。声帯の麻痺する原因としては、腫瘍による反回神経の圧迫や反回神経への直接浸潤、また内喉頭筋や周囲組織への腫瘍浸潤のためと考えられる。ところで、声帯麻痺症例の組織型(国際分類)をみると、low grade 2例、intermediate grade 6例、high grade 1例、分類不能1例と grade の高いものが多かった。この点からは、声帯の麻痺する原因としては、腫瘍による圧迫よりも腫瘍の浸潤による場合が多いのではないかと考えられる。

声帯麻痺症例10例のうち Stage I のものは5例、Stage II のものは5例であり、声帯麻痺を示す症例が今回用いた An Arbor の病期分類では、必ずしも病期が進んでいるわけではなかった。これは、An Arbor の病期分類が病態の異なるホジキン病を対象としており、また臓器別の分類ではないので、その分類を甲状腺 non-Hodgkin リンパ腫にそのまま適応することに問題があるのかもしれない。Kapadia ら¹⁸⁾は甲状腺悪性リンパ腫のための病期分類を提案している。その中で、甲状腺に局限しているものを Stage I、周囲の軟部組織に浸潤しているものは Stage I E として区別して用いている。声帯麻痺の有無は病期を決定する因子の一つとして考慮すべきものかもしれない。ところで、low grade で Stage I の症例が16例あるが、そのうち原病死したものは1例のみであった。その原病死した

1例は、声帯麻痺のある症例であった。声帯麻痺の有無は極めて重要な予後因子の一つであると考えられる。

甲状腺悪性リンパ腫の手術的治療については以前より議論¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾のあるところである。悪性リンパ腫症例の中には手術のみで治癒し、長期に生存する例もみられる。我々の症例でも、78歳女性で手術療法のみ施行し、96ヵ月後に他因死した症例がある。Rosenら¹⁹⁾は、腫瘍の切除率と再発との関係について、残存腫瘍が小さい方が再発が少なくと報告している。また、腫瘍を可及的に切除することを勧めている。Vigliottiら²⁰⁾によれば放射線治療単独、または放射線治療と化学療法の併用は化学療法単独または手術的治療単独よりも成績がよいということである。また、Pykeら²¹⁾の報告によると、生検後放射線治療または化学療法を施行した群と根治的手術または減量手術を施行しその後放射線治療をした群では、生存率に有意差はみられなかったとしている。我々の症例でも手術的治療の有無による生存率に有意差はみられなかった(図8)。なお、ほとんどの症例に手術の有無にかかわらず、Pykeら²¹⁾と同様に放射線治療または化学療法を併用しているが、その点については今後検討していく予定である。手術的治療の必要性について、今回の我々の検討では否定的な結果となった。

年齢、治療開始年、腫瘍径の各因子は、甲状腺悪性リンパ腫の予後因子としては有意とは認められなかった。したがって、今回の我々の検討では、甲状腺悪性リンパ腫の予後因子として必ずしも重要であるとは考えられなかった。

以上より悪性リンパ腫の治療は生検により組織診断確定後、早期に病期を決定して放射線治療または化学療法を施行するのが基本であると考えられる。病期診断を迅速かつ正確にするためには、我々の施設でも最近導入されたMRI検査が活躍している。MRI検査の進歩は縦隔や腹部等への遠隔転移だけでなく、甲状腺周囲組織への局所浸潤の程度を知る上でも有力な手段である。MRI検査は局所の状態を画像としてとらえるのに対して、声帯の動きを検査することは、それを神経生理学的にとらえているといえるだろう。MRIなどの諸検査や声帯の動きを検査することは、局所浸潤の程度を正確に把握するためには、重要であると考えられる。また、局所浸潤の程度を正確に評価することは最適な治療方法を決定する上で極めて重要であると考えられる。

以上、述べてきたように、Stageの進行したものや、声帯麻痺のあるものでは予後良好とはいえず、これらの治療については再検討されなければならない。前述のごとく、low gradeでしかもStage Iのものは我々は、放射線単独治療¹⁶⁾¹⁷⁾を基本にしている。また、intermediate gradeやStage II以上のもものでは放射線治療に化学療法を併用している。Stageの進行したものでは、今までも、化学療法を併用しているが予後の改善には化学療法そのものの効果を上げていく必要があるとおもわれる。我々は、現在G-CSF(Granulocyte colony stimulating factor)を用いて、副作用の軽減だけでなく今までより強力な化学療法²²⁾の可能性を検討している。

声帯麻痺のある症例では、low gradeでStage Iのものでも放射線治療だけでなく化学療法の併用が必要であると考えられる。声帯麻痺の有無は、治療方法決定の上で極めて重要な情報であると考えられる。

ま と め

1. 病期分類では、Stage Iのものは、Stage IIのものに比べ有意($P=0.004$)に高い生存率を示した。
2. 組織型分類では、LSG分類および国際分類とも予後との関係はみいだせなかった。
3. 声帯麻痺のあるものでは、ないものに比べ有意($P=0.001$)に予後不良であった。
4. 手術的治療をした症例としなかった症例では、その予後に関して有意差はみられなかった。

参 考 文 献

- 1) Aozasa K, Inoue A, Tajima K: Malignant lymphomas of the thyroid gland: Analysis of 79 patients with emphasis on histologic prognostic factors. *Cancer* 58: 100-104, 1986.
- 2) Souhami L, Simpson WJ, Carruthers JS: Malignant lymphoma of the thyroid gland. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 6: 1143-1147, 1980.
- 3) 須知泰山, 若狹治毅, 三方淳男, 難波紘二, 菊池昌弘 他: 非ホジキンリンパ腫病理組織診断の問題点-一新分類の提案. *最新医学* 34: 2049-2062, 1979.
- 4) The non-Hodgkin's lymphoma pathologic classification project: National cancer institute sponsored study of classification of non-Hodgkin's lymphomas: Summary and description of a Working formulation for clinical usage. *Cancer* 49: 2112-2135, 1982.

- 5) Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K et al: Report of the committee on Hodgkin's disease staging classification. *Cancer Res* 31: 1860-1861, 1971.
 - 6) Devine RM, Edis AJ, Banks PM: Primary lymphoma of the thyroid. A review of the Mayo Clinic experience through 1978. *World J Surg* 5: 33-38, 1981.
 - 7) Skarsgard ED, Connors JM, Robins RE: A current analysis of primary lymphoma of the thyroid. *Arch Surg* 126: 1199-1204, 1991.
 - 8) Holm LE, Blomgren H, Lowhagen T: Cancer risks in patients with chronic lymphocytic thyroiditis. *New Engl J Med* 312: 601-604, 1985.
 - 9) Burke JS, Butler JJ, Fuller LM: Malignant lymphomas of the thyroid: A clinical pathologic study of 35 patients including ultrastructural observations. *Cancer* 39: 1587-1602, 1977.
 - 10) Hyjek E, Isaacson PG: Primary B cell lymphoma of the thyroid and its relationship to Hashimoto's thyroiditis. *Hum Pathol* 19: 1315-1326, 1988.
 - 11) Aozasa K: Hashimoto's thyroiditis as a risk factor of thyroid lymphoma. *Acta Pathologica Japonica* 40: 459-468, 1990.
 - 12) Hamburger JI, Martin JM, Kini SR: Lymphoma of the thyroid. *Ann Int Med* 99: 685-693, 1983.
 - 13) Tani E, Skoog L: Fine needle aspiration cytology and immunocytochemistry in the diagnosis of lymphoid lesions of the thyroid gland. *Acta Cytologica* 33: 48-52, 1989.
 - 14) 小林 薫, 森 透, 八代 亨, 鈴木 章, 真鍋嘉尚 他: 甲状腺悪性リンパ腫の予後因子の検討. *日臨外会誌* 50: 454-463, 1989.
 - 15) 池田 恢, 真崎規江, 西山謹司, 青笹克之: 甲状腺初発悪性リンパ腫の治療成績と放射線治療の役割. *癌の臨* 32: 225-233, 1986.
 - 16) Portlock CS: Management of the low-grade non-Hodgkin's lymphomas. *Seminars in Oncology*, 17: 51-59, 1990.
 - 17) Blair TJ, Evans RG, Buskirk SJ et al: Radiotherapeutic management of primary thyroid lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 11: 365-370, 1985.
 - 18) Kapadia SB, Dekker A, Cheng VS et al: Malignant lymphoma of the thyroid gland: A clinicopathologic study. *Head Neck Surg* 4: 270-280, 1982.
 - 19) Rosen IB, Sutcliffe SB, Gospodarowicz MK et al: The role of surgery in the management of thyroid lymphoma. *Surgery* 104: 1095-1099, 1988.
 - 20) Vigliotti A, Kong JS, Fuller LM et al: Thyroid lymphoma stages I E and II E: Comparative results for radiotherapy only, combination chemotherapy only, and multimodality treatment. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 12: 1807-1812, 1986.
 - 21) Pyke CM, Grant CS, Habermann TM et al: non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid. Is more than biopsy necessary? *World J Surg* 16: 604-610, 1992.
 - 22) Paker BA, Anderson JR, Canellos GP et al: Dose escalation study of CHOP plus Etoposide (CHOPE) without and with rhG-CSF in untreated non-Hodgkin's lymphoma (NHL) *Proc ASCO* 10: 283, 1991.
-
- 稿を終えるに臨み、ご校閲を賜り、貴重なご助言を頂きました徳島大学耳鼻咽喉科学教室小池靖夫教授に深甚なる謝意を捧げます。また、終始ご指導ならびにご校閲を頂きました野口病院長野口志郎博士、副院長村上信夫博士に深く感謝申し上げます。病理標本の再診断をして頂きました大分医科大学病院病理学教室山下裕人助教授に深謝いたします。ご協力を頂きました野口病院医師渡辺 紳氏、企画電算室長川本 均氏をはじめ諸兄にお礼申し上げます。
-

(1992年12月7日受稿 1993年3月4日受理)

別刷請求先 〒761-01 高松市屋島西町1857-1

香川県厚生連屋島総合病院耳鼻咽喉科 兼竹博之

<p><u>A 96—1125—23522</u></p> <p>日耳鼻</p> <p>誘発耳音響放射の臨床応用に関する 2, 3 の知見 布施健生・青柳 優・鈴木利久・小池吉郎 (山形大)</p> <p>ILO88 を用いて測定した誘発耳音響放射の特徴を検討した。正常な成人のクリック刺激による誘発耳音響放射のパワースペクトルは高音斜降型を示し、男女差・左右耳差を認めなかった。また、感音難聴例において聴力像とパワースペクトルは関連があった。滲出性中耳炎例では、ティンパノメトリ B 型では 96% の例で無反応であった。新生児と成人の誘発耳音響放射の差を比較すると反応振幅とパワースペクトルにおける 4kHz の振幅値が成人に比べ新生児は大きかった。また、外耳道内で測定された最大刺激音圧も成人に比べ新生児の方が大きく新生児の外耳道の音響特徴が反応の振幅差に影響していると考えられた。</p>	<p><u>A 96—1105—92389</u></p> <p>日耳鼻</p> <p>甲状腺悪性リンパ腫 74 症例の予後因子の検討 兼竹博之・戸田雅克・川本 洋 (別府市野口病院)</p> <p>甲状腺悪性リンパ腫の予後因子について検討した。症例は、女 53 人、男 21 人で平均年齢は 64.5 歳であった。生存率は、Kaplan-Meier 法で解析し、Wilcoxon test にて検定を行った。全症例の生存率は、5 年生存率は 81.8%、10 年生存率 62.5% であった。病期分類では、Stage II のものは Stage I のものに比べて有意に生存率が低かった。組織型分類では、LSG 分類および国際分類ともに予後との関係はみいだせなかった。声帯麻痺のある症例では、ないものに比べて有意に予後不良であった。予後不良因子をもつ症例には今までより強力な治療が必要であると考えられた。</p>
<p><u>A 96—1133—22171</u></p> <p>日耳鼻</p> <p>小児急性中耳炎症例における cefaclor と fosfomycin 点耳液併用療法による治療経過とその遅延化および再発因子について 富山道夫 (水原郷病院)</p> <p>鼓膜切開を要した小児急性中耳炎症例 81 名に cefaclor (CCL) と fosfomycin (FOM) 点耳液を併用し有用性を検討した。その後 1 年間の経過観察を行い、検査所見と治療経過、予後との関連を調査し以下に示す結果を得た。1) CCL と FOM 点耳液の有効率は 99% であった。2) レントゲン検査で乳突蜂巣陰影(蜂巣陰影)、副鼻腔陰影のある群は有意に経過が遅延した。3) 蜂巣陰影のある群と急性中耳炎の既往がある群では有意に急性中耳炎の再発を認めた。4) 両側蜂巣に陰影がある群と陰影が片側例のうち対側耳に比べ患側耳の蜂巣発育が抑制されている群は、再発や難治な滲出性中耳炎への移行を示しやすい傾向がみられた。</p>	<p><u>A 96—1112—25522</u></p> <p>日耳鼻</p> <p>内リンパ水腫推定法としてのフロセミド VOR 検査の臨床的意義 伊東宗治 (富山医薬大)</p> <p>内リンパ水腫推定法としての振子様回転検査を用いたフロセミド VOR 検査の臨床的有用性を検討した。一側性メニエール病では 61 例中 31 例 (52%) に陽性を認め、遅発性内リンパ水腫と内耳梅毒においても過半数に陽性を認めた。これに對他の末梢性前庭機能障害の陽性率は低く、内リンパ水腫に対する疾患特異性が明らかとなった。さらに陽性率については検査前のめまい頻度や最終めまい発作と検査との間隔に関連があり、めまいが頻発化している時期には陽性率の向上を認めた。また個々の症例でもこの検査は内リンパ水腫の嚢開放手術を含めてめまい経過の中で変化し、前庭系の内リンパ水腫の状態を反映しているものと推察され、本検査の有用性が確認された。</p>