上咽頭癌51症例の治療成績

北里大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：設楽哲也教授）

八 尾 和 雄, 高 橋 廣 臣, 岡 本 牧 人, 古 川 浩 三, 稲 木 勝 英

CARCINOMA OF THE NASOPHARYNX: ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS IN 51 PATIENTS

KAZUO YAO, M.D., HIRO-OMI TAKAHASHI, M.D., MAKITO OKAMOTO, M.D.
KOZO FURUKAWA, M.D. and KATSUhide INAGI, M.D.

Department of Otorhinolaryngology, School of Medicine, Kitasato University, Sagami-hara

The outcomes of 51 cases of nasopharyngeal carcinoma, treated in our hospital between July 1971 and June 1991, were evaluated. Factors which appeared to influence prognosis were assessed by the Kaplan-Meier method. The ages of the patients ranged from 18 to 74 years. There were 38 males and 13 females.

The cumulative five-year survival rate for the whole study population was 60.6%. The UICC classification (1987) was used for disease staging. The percentages of patients surviving after five years were: 100% (n=1) for stage II, 75% (n=4) for stage III, and 58.1% (n=46) stage IV. The histological type with the highest survival rate was poorly differentiated squamous cell carcinoma, which had a 69.8% (n=37) survival rate. The anatomical sites of primary tumors were the lateral wall (62.4%, n=33) and the posterior wall (54%, n=33). Percentages of patients according to classification based on initial therapy were as follows: Combined radiotherapy and chemotherapy group, 61.5% (n=22); radiotherapy alone group, 56.5% (n=22). The incidences of local recurrence according to initial therapy were 36% in the combined therapy group and 50% for the radiotherapy alone group. There were no metastases to the cervical lymph nodes after initial therapy in stage II and III. In stage IV, the rate of metastasis was lower when combined therapy was given. When the relationship between initial therapy and distant metastasis was evaluated, the rate of metastasis was lower in the combined therapy group.

We conclude that combined therapy is necessary in the treatment of nasopharyngeal carcinoma. In addition, in view of the fact that impairment of immunological function characterizes this disease, immunotherapy should be included in the treatment regimen for carcinoma of the nasopharynx.

Key words: 上咽頭癌, TNM 分類, 5 年生存率, Kaplan-Maier 法

A96—1438—51399

I. 緒 言

上咽頭癌は、解剖学的条件から技術的に診察が難しく¹⁾, また silent tumor²⁾ であり発症が遅れ, 低分化型の癌が多いことから進行が早く, さらにウイルス感染による細胞性免疫能が低下している症例もあり, 頭頸

部領域の癌の中では予後の悪い疾患の代表である³⁾⁴⁾.

今回, 教室の20年間の上咽頭癌症例の治療成績を検討したところ他の施設の報告に比べてやや良好な結果が得られたが, 当科における喉頭癌や上顎洞癌の成績

には及ばなかった。上顎洞癌はかつて本疾患と同様に予後の悪い疾患であったが治療法の改善により最近では喉頭癌に匹敵する治療成果が得られている⁵⁾。

本疾患においても、治療成績の一層の向上は過去のデータを解析し取捨選択の積み重ねの上に成りたつと考え、ここに分析した結果を報告する。

II. 対象と方法

対象は1971年7月から1991年6月までの20年間に当科の腫瘍外来を受診した上咽頭扁平上皮癌51症例で、年齢は16歳から74歳で平均 47 ± 15 歳、男性38例、女性13例である。

この51症例全体の5年生存率をKaplan-Meier法で求め、さらに(1)UICC(1987)で定めたTNM分類および病期分類、(2)病理組織分類、(3)原発腫瘍の発生部位別分類、(4)性別分類による5年生存率をKaplan-Meier法で求め、さらに(5)初回治療方法と予後、(6)初回治療と原発巣再発の関係、(7)初回治療と頸部リンパ節転移の関係、(8)初回治療と遠隔転移の関係を求め、予後に影響する各因子について検討した。(3)の項目では腫瘍発生の解剖学的部位と脳神経障害の関係も調べた。(5)については放射線治療方法が1984年6月を境にして後述するように前期群と後期群とで照射方法が異なるため、それぞれ5年生存率をKaplan-Meier法で求めた。また病期IVの症例では、化学療法単独の1例(M1症例)と手術治療を併用し観察期間が5年以内の1例を除外した症例に限って、初回治療に放射線療法と化学療法を併用しなかった症例群と併用した症例群の予後を5年生存率で比較検討した。(6)、(7)、(8)では治療手段が多彩であるため化学療法を併用したか否か

に大別して検討を行った。ただし年齢による予後の検討は低年齢から高年齢まで広い年齢分布であったため行わなかった。また転移を含めた再発治療に関しても今回の報告から省いた。治療後の経過観察は1年間は毎月、5年までは2ないし3カ月ごとに、5年以降は6カ月ごとに行われ、再発および転移の早期発見と治療に備えた。

III. 結 果

(1) TNM分類(表1)および病期分類による5年生存率

UICC(1987年)のTNM分類に従った51症例の分布は表1の通りである。病期分類では、0期：0、II期：1、III期：4、IV期：46例で、IV期が90%を占めていた。51症例全体の5年生存率は、60.6%であった。病期別では、II期：100%、III期：75.0%、IV期：58.1%であった(図1)。病期別分類間に有意差はなかった。

(2)病理組織分類による5年生存率

UICC(1987年)の病理組織学的分化度に従った。ただし移行上皮癌およびリンパ上皮腫は低分化型に分類

表1 51症例のTNM分類(UICC 1987年)

	N0	N1	N2 a	N2 b	N2 c	N3	合計
T1	0	1	3	0	3	1	8
T2	1	0	2	2	4	0	9
T3	3	0	0	1	6	1	11
T4	6	1	1	4	10	1	23
合計	10	2	6	7	23	3	51

図1 病期別分類による5年生存率
(Kaplan-Meier法)

図2 病理組織類による5年生存率
(Kaplan-Meier 法)

図3 原発腫瘍発生部位による5年生存率
(Kaplan-Meier 法)

した。高分化型扁平上皮癌症例：3例，中等度分化型扁平上皮癌：5例，低分化型扁平上皮癌：37例，未分化型癌：6例で，低分化型が73%を占めた。病理組織分類別の5年生存率は，高分化型扁平上皮癌症例：33.3%，中等度分化型扁平上皮癌：37.5%，低分化型扁平上皮癌：69.8%，未分化型癌：33.3%であった(図2)。分化度別分類間に有意差はなかった。

(3) 原発腫瘍の発生部位分類による5年生存率とT4症例の脳神経症状

同様に UICC (1987年) の解剖学的部位分類に従うと，後上壁型症例：17例，側壁型：33例，下壁型：1例であった。発生部位別の5年生存率は，後上壁型：54.0%，側壁型：62.4%，下壁型：100%であったが，部位分類別間に有意差はなかった(図3)。23例のT4症例における脳神経症状の内訳は重複があるが，第Ⅲ脳神経障害：1(1, 0)例，V：8(2, 6)例，VI：

10(4, 6)例，IX：8(3, 5)例，X：5(1, 4)例，XII：6(4, 2)例であった。ただし()内は後上壁型症例数と側壁型症例数を示した。

(4) 性別分類による5年生存率

男性38例，女性13例で約3対1の比率であった。その5年生存率はそれぞれ55.4%と65.6%であった。両群間に有意差はなかった(図4)。

(5) 初回治療方法と予後(表2)

放射線治療(以下Rとする)を拒否した病期VIの1例を除いて全例にRを行った。Rに関しては1971年7月より1984年6月までの前期群は上咽頭を中心に上縁は頭蓋底，下縁は喉頭蓋の高さまでとして左右2門で照射，頸部リンパ節転移があればそのみを前後2門で照射する方法をとった。平均の照射量は 6474 ± 1396 cGy (n=29)であった。1984年7月から1991年6月までの後期群は上咽頭を中心とした照射野は同じで頸部

図4 性別による5年生存率
(Kaplan-Meier 法)

表2 病期別症例に対する初回治療内容と予後

病期	症例数	治療内容	症例数	予		後	
				症	例	数	症例数
II	1	R + I	1	5年以上生存	1	非担癌生存	1
III	4	R 単独	2	5年以上生存	1	原発巣再発	1
				5年以内死亡	1	遠隔転移(肝)	1
IV	46	R + I	2	5年以上生存	2	非担癌生存	2
				5年以上生存	9	非担癌生存	4
		R 単独	13	5年以上生存	9	非担癌生存	4
				5年以上生存	9	原発巣再発	3
		R 単独	13	5年以上生存	9	頸部リンパ節転移	2
				5年以上生存	9	遠隔転移(肺)	1
		R + I	9	5年以上生存	3	原発巣再発	3
				5年以上生存	3	頸部リンパ節転移	3
		R + I	9	5年以上生存	3	遠隔転移(肝, 肝)	2
				5年以上生存	3	非担癌生存	1
		R + C	10	5年以上生存	3	原発巣再発	2
				5年以上生存	3	頸部リンパ節転移	1
		R + C + I	12	5年以上生存	4	遠隔転移(肺)	1
				5年以上生存	4	原発巣再発	3
		R + C + O	1	5年以上生存	4	頸部リンパ節転移	2
				5年以上生存	4	遠隔転移(骨)	1
		C 単独	1	5年以上生存	4	非担癌生存	3
				5年以上生存	4	経過観察中	3

ただし, R:放射線治療, C:化学療法, I:免疫療法, O:手術治療, +:併用
原発巣再発と, 頸部リンパ節転移例および遠隔転移例は重複あり

図5 放射線療法別による5年生存率
(Kaplan-Meier 法)
ただし化学療法単独症例 (n=1) は除外した

図6 病期IV症例の化学療法併用の有無による5年生存率
(Kaplan-Meier 法)
ただし手術併用例 (n=1) と化学療法単独症例 (n=1)
は除外した

リンパ節転移の有無にかかわらず両側頸部、鎖骨上窩まで前後2門で4000cGyまで照射、続いて約6000cGyまで脊髄と気管・食道をはずして照射した。平均の照射量は 6147 ± 256 cGy (n=21)であった。前期群の5年生存率は52.0%、後期群は63.8%であり両群間に有意差はなかった(図5)。このためすべての症例をRの方法の違いを無視して検討した。

病期別の治療手段は表2のとおりである。ただし免疫療法(以下Iとする)はPSK 3g/day、連日、最長26ヵ月まで投与、BCG 0.05mg 皮内注射、1ないし2回、SPG 20mg/回、筋肉注射、5ないし15回、OK-432 5KE/回、皮下注射、2回/週、15回であり、化学療法(以下Cとする)はUFT 4ないし6cp/日、放射線治療期間中のみ、CDDP 150mg/3日、2ないし3回であ

り、手術(以下Oとする)は経上顎洞的腫瘍摘出術で、各療法の併用は+で表した。

各病期の治療方法は、病期II (n=1) は、R+Iであり、病期III (n=4) は、R単独が2症例、他の2症例はR+Iであった。病期IV (n=46) は、R単独が13例で、R+Iは9例であった。R+Cは10例、R+C+Iは12例であった。その他にR+C+Oが1例で、C単独例が1例(M1例)あった。

症例数の多い病期IV症例のみについて、O併用の1例とC単独の1例を除き、Cを併用しなかった群(n=22)とC併用群(n=22)での5年生存率は前者が56.5%、後者が61.5%で有意差はなかったがC併用群に高い生存率を認めた(図6)。

(6) 初回治療方法と原発巣再発との関係(表2)

病期ⅡのR＋Iで治療した1症例は再発はなかった。

病期Ⅲの症例ではR単独で治療した1例に初回治療後11カ月と40カ月で2回の原発巣再発を認めた。

病期Ⅳの症例では初回治療がR単独であった症例の6/13例に再発があり、R＋Iの症例では5/9例に再発があった。またR＋Cの症例では1/10(5年以内の観察例を含む)例、R＋C＋Iの症例は4/12(5年以内の観察例を含む)例に原発巣再発があった。C併用の有無により原発巣再発例の割合は、5年以内の経過観察例とC単独の1例を除くと、C併用なし群：11/22例 50%、C併用群：5/14例 36%であった。

(7) 初回治療方法と頸部リンパ節転移との関係(表2)

病期Ⅱ、Ⅲの症例においては経過観察中頸部リンパ節転移を生じることにはなかった。

病期ⅣはR単独治療を行った13例中の内5例に、R＋Iの症例では3例にリンパ節転移があった。R＋Cの症例は5年以内に死亡した2例に転移を認めた。R＋C＋Iでは頸部リンパ節転移はなかった。

(8) 初回治療と遠隔転移との関係(表2)

病期ⅢのR単独で治療した1例に肝転移を認めた。病期ⅣではR単独の3例に、1例は肺転移、他の2例は肝転移を認めた。R＋Iでは、1例は肺転移を、また1例は骨転移があった。R＋Cは遠隔転移例がなかった。R＋C＋Iでは2例に転移を認め、内1例は肺に、他の1例は肝、肺に転移巣を認めた。

IV. 考 按

上咽頭癌の治療に関して、1980年以前の治療成績の報告^{9)~10)}では5年生存率が30%前後であることがほとんどであるのに対して、放射線治療に抗癌剤や免疫賦活剤を併用することの重要性を沢木¹¹⁾が提言して以来、その予後は少しずつ向上していると思う。これは、有効性の高い抗癌剤の開発はもちろんのこと、その投与方法の工夫^{12)~16)}や、さらに上咽頭癌患者は治療前から細胞性免疫の低下がみられ¹⁷⁾、治療によりさらに促進されることから免疫療法の併用が行われることにもよっている¹⁸⁾¹⁹⁾。事実我々も放射線単独で治療した症例は1970年代の症例がほとんどで、以後はまず免疫療法の導入、さらに化学療法の併用を行ってきた。

20年間の症例を項目ごとに検討し今後の本疾患の治療に役立てたい。

(1) TNM分類および病期分類による5年生存率に

ついて

UICC(1987年)による病期分類に従った我々の上咽頭癌51症例全体の生存率は、60.6%であった。これを病期別に見ると病期Ⅳが46例で約90%を占めており本疾患がいかに進行してから受診しているかが分かる。各病期間の生存率に統計的に有意な差がみられなかったがこれは病期Ⅳ以外の症例が非常に少なかったためである。TおよびN分類ごとの予後に関しては、T分類には関係なくN分類に依存するとした報告²⁰⁾²¹⁾や、T分類で極度にT4が悪いという報告⁸⁾、T3、4の予後がわるいとするもの²²⁾がある。しかし我々はT分類、N分類それぞれに対して検討せずにT、N分類相互に関係する病期分類で検討したため比較はできない。病期分類別の5年生存率は、1970年代で宮原¹⁾は病期Ⅰ45.5%から病期Ⅳ13.3%と病期が進むに従って悪くなるとし、河辺⁶⁾は26.3%、三橋⁷⁾は29%、小高⁸⁾は実測生存率で37.2%と述べ、1980年代では村井²⁾は45.7%、吉野⁹⁾は37.7%、西山¹⁰⁾は42%、Ring²²⁾はStageⅠ66.6%からStageⅣ24.7%と年代とともに生存率は良くなってきている。我々は改定された1987年のUICC分類に従って病期分類をしているため多少の違いはあるかもしれない。しかし症例全体の5年生存率は60.6%で比較的満足のいく結果であった。Rに併用したCおよびIの導入、また原発巣の再発および頸部リンパ節転移に対する早期診断と治療の結果と考える。

(2) 病理組織分類による5年生存率について

上咽頭癌の病理組織においては、我々は移行上皮癌、リンパ上皮腫の分類を低分化型に分類したが、これらの症例は小高⁸⁾や大塚²³⁾の報告では未分化型に分類されている症例も含まれている可能性がある。上咽頭癌では移行上皮癌やリンパ上皮腫は低分化上皮系の癌とし、扁平上皮系とも腺上皮系とも言いがたい未分化型の癌についてののみ未分化癌とすることが妥当と考える。この未分化型癌は臨床的にみて進行が非常に早く、早期に全身性に転移する傾向が強い。この考えにもとづく病理組織分類に従った5年生存率の結果は低分化型症例が69.8%であり中等度分化型、高分化型、未分化型症例の約2倍の生存率であった。分化度が高い症例が低分化型より予後が悪いとした報告⁸⁾²⁴⁾と同じ結果であった。上咽頭癌の病理組織別予後は低分化型の症例が他の病理組織分類に入る症例より予後が良かったが、さらに症例を増やして検討する必要がある。

(3) 原発腫瘍の発生部位別分類による5年生存率とT4症例の脳神経症状について

我々の症例では、後上壁型17例、側壁型33例で側壁型の症例が約2倍であった。これは宮原ら¹⁾、吉野ら⁷⁾の報告と同様である。しかし後上壁に多いとしたJohansenら²⁵⁾やScanlonら²⁶⁾の報告もある。一方下壁型はまれといわれる⁹⁾が我々の症例でも1例で、しかもその組織型は高分化型扁平上皮癌であった。これは上咽頭の組織が後上壁と側壁部で線毛円柱上皮と重層扁平上皮が混在しているのに対して下壁は扁平上皮のみで覆われている⁹⁾ため中咽頭癌に近い形態をとるのではないかと思う。5年生存率の比較は側壁型が62.4%で後上壁型よりも良好であり、沢木¹⁸⁾と同様であった。

脳神経障害は外転神経と舌咽神経、三叉神経障害が主であったが沢木の報告¹¹⁾と同様である。しかし部位別にみて後上壁型の症例において舌咽神経、舌下神経障害例があり、また側壁型においても三叉神経、外転神経障害が認められたことは、視診上後上壁型であっても耳下腺後方の間隙に浸潤する側方進展があり、また側壁型でも中頭蓋窩に進展する²⁷⁾²⁸⁾症例があることを示している。今後は画像診断を含めた検討が必要と思われる。

(4) 性別分類による5年生存率について

男女比は約3:1で男性に多く、5年生存率は女性に良く65.6%であった。同様の報告³⁾⁷⁾⁸⁾¹⁸⁾²⁰⁾を認めるがいずれも本疾患は男性に多く、予後は女性が良い傾向にあった。進行例が男性に多いことに関して小高ら⁸⁾は社会的、性格的問題をとりあげ、さらに女性には腫瘍の進行を抑制する条件があるのではないかと推測している。我々の症例では病期IVの46例中男性34例、女性12例でやはり男性に多い傾向を認めた。女性の5年生存率が良かったことについては理由は定かでないが、今後病期、治療方法が同一である症例で、性差を比べる必要があろう。

(5) 初回治療方法と予後について(表2)

1例を除いてすべての症例に行われたRの照射方法は1985年6月を境として前期群と後期群で違いがあった。しかし両群の5年生存率を検討した結果は前者が52.0%、後者が63.8%であり後者に良い結果をみたが、症例数が少ないため有意差は認めなかった。有意差はなかったが本疾患に対する放射線治療法は本疾患が、早期より頸部リンパ節転移をおこしやすいため後期群の照射野で治療することがいいのではないかと考

える。今回は有意差がなかったためすべての症例に対してRの方法の違いは無視して検討することとした。

病期II症例の1例はR+Iで治療し5年以上非担癌生存であり、病期IIIの4例中2例はR+Iで治療し5年以上非担癌生存であった。比較的病期の早い症例ではR+Iで治療できると思うが症例数が少なく今後の問題である。病期IV症例のみで5年以内の経過観察中の症例を除いて、Cの有無によるKaplan-Meier法による5年生存率を求めると併用なし群では56.5%、併用群61.5%となり、化学療法を加えた方が良い結果になった。以上の結果から本疾患の、特に進行例にCの導入は不可欠であろう。この点に関して田中ら⁴⁾はR単独での再発率は52%、R+Cでは40%とし、小笠原ら¹⁵⁾R単独の5年生存率が30.8%、R+Cが49.9%であったとして我々同様化学療法の併用が予後を良くすると述べている。我々のCの内容の主なものUFT、CDDPであったが、かれらもまた同様であり特にDeckerら²⁹⁾はCDDPの本疾患に対する有用性を強調している。

原発巣再発、頸部リンパ節転移および遠隔転移を個々に検討すると、やはり病期II、IIIにおいては例数が少なく何とも言えないが、病期IIIでR単独の1例に原発巣再発と肝転移が生じており比較的早期症例であっても注意を要する。また病期IV症例の初回治療に対する原発巣再発率はC併用なし群で50%、C併用群で36%であり、頸部リンパ節転移率、遠隔転移率もC併用群で低い率を認めた。初回治療後の転移出現率は初回治療にCを併用した群で発現が少なかった。上咽頭腫瘍の初回治療にはCの役割は補助的⁹⁾¹⁶⁾というよりもむしろRに加えて必要不可欠な治療手段と考える。リンパ節転移や遠隔転移の予防に重要との考え¹³⁾もあるが、まずは原発巣が治癒していることが第一であろう。また化学療法の薬剤の選択、投与方法の工夫が今一層必要ではないか。

以上我々の上咽頭癌51症例の治療経験を示したが、上咽頭の解剖学的条件で手術が難しいこと、この部位に生じた癌は低分化型の癌が多く早期から転移を生じやすいことでRはその治療手段の第一選択となるが、Cの併用は原発巣のより高い治癒率を望める方法であるとともに頸部リンパ節転移や遠隔転移を予防する効果があると考ええる。さらに上咽頭癌症例の免疫機能の低下は初回治療開始時既に低下していること¹⁷⁾が多く、治療を進めることでさらに低下させることから免疫療法の導入も不可欠である。またこれら三者の併用

治療を行って5年生存したとしても滲出性中耳炎、味覚障害、歯牙脆弱化、開口障害等、日常生活に支障をきたす後遺症が残り、これらの症状の発現をいかに少なくし、かつ生存率を良くするかは今後の課題といえる。

V. 結 語

1971年7月から1991年6月までに我々が治療した上咽頭癌51症例に対して検討した。

(1) 51症例全体の5年生存率は60.6%で、病期別ではII期: 100% (n=1), III期: 75.0% (n=4), IV期: 58.1% (n=46) であった。

(2) 病理組織別5年生存率は高分化型扁平上皮癌: 33.3% (n=3), 中等度分化型扁平上皮癌: 37.5% (n=5), 低分化型扁平上皮癌: 69.8% (n=37), 未分化型癌: 33.3% (n=6) であった。

(3) 原発腫瘍の解剖学的発生部位別5年生存率は後上壁型: 54.0% (n=17), 側壁型: 62.4% (n=33), 下壁型: 100% (n=1) であった。

(4) 性別5年生存率は男性: 55.4% (n=38), 女性: 65.6% (n=13) であった。

(5) 初回治療方法は、病期II: R+I (n=1), 病期III: R単独 (n=2) とR+I (n=2), 病期IV: R単独 (n=13), R+I (n=9), R+C (n=10), R+C+I (n=12) であった。C併用なし群の5年生存率は56.5%, C併用群は61.5%であった。

(6) 原発巣再発例は、病期IIにはなく、病期IIIではR単独の1例に認めた。病期IVではR単独: 6例, R+I: 5例, R+C: 1例, R+C+I: 4例に生じた。

(7) 初回治療後の頸部リンパ節転移は、病期II, IIIではなかった。病期IVはR単独: 5/13例, R+I: 3/9例, R+C: 2/7例, R+C+I: 0/7例であった。ただし5年以内の経過症例は省いた。

(8) 初回治療後の遠隔転移は、病期IVでR単独の1例に認めた。病期IVではR単独: 3例, R+I: 2例, R+C: 0例, R+C+I: 2例に肝転移, 肺転移, 骨転移を認めた。

(9) 放射線療法, 化学療法, 免疫療法の併用治療が上咽頭癌治療には必要である。

文 献

- 1) 宮原 裕, 滝本加代, 佐藤武男, 井上俊彦, 牧野利雄 他: 上咽頭悪性腫瘍の臨床的観察. 日耳鼻 75: 355-371, 1972.

- 2) 村井須美子, 三吉康郎, 板倉康夫, 鶴飼幸太郎, 山際幹和 他: 上咽頭悪性腫瘍の臨床的観察. 一当教室20年間の集計. 耳鼻臨床 74: 増2; 980-991, 1981.
- 3) 谷口俊夫, 星野鉄雄, 藤本一弘, 山形健一, 法貴 昭 他: 上咽頭癌の治療実績. 耳鼻臨床 78: 1943-1948, 1985.
- 4) 田中寿一, 犬山征夫, 藤井正人, 高岡哲郎, 細田兵之助 他: 上咽頭癌の集学的治療. 癌と化学療法 14: 1789-1796, 1987.
- 5) 八尾和雄, 高橋廣臣, 岡本牧人, 稲木勝英: 上咽頭癌の治療. 3. 北里方式による減量手術を中心に. 頭頸部腫瘍 19 (1): 36-40, 1993.
- 6) 河辺義孝, 近藤 隆, 松浦秀博, 森田皓三: 上咽頭癌治療成績の検討. 日耳鼻 82: 1080-1081, 1979.
- 7) 三橋重信, 平野 実, 市川昭則, 三橋勝彦, 古川 満 他: 教室における上咽頭悪性腫瘍の遠隔成績. 耳鼻 22: 721-728, 1976.
- 8) 小高修司, 小野 勇, 海老原 敏, 鈴木邦夫, 斉藤裕夫 他: 上咽頭癌の治療成績—予後に影響を及ぼす因子の分析— 日耳鼻 80: 1488-1495, 1977.
- 9) 吉野邦俊, 吉田淳一, 石田 稔, 酒井俊一, 宮田俤明: 上咽頭悪性腫瘍患者107例の臨床集計. 耳鼻臨床 73: 450-462, 1980.
- 10) 西山謹司, 宮田俤明, 池田 恢, 真崎規江, 重松康: 上咽頭癌の放射線治療成績. 日本医放会誌 40: 856-865, 1980.
- 11) 沢木修二: 上咽頭癌. 耳喉 50: 95-107, 1978.
- 12) 佃 守, 玉虫 昇, 持松いずみ, 沢木修二: 上咽頭癌再発例の検討. 耳喉 53: 623-630, 1981.
- 13) 茶谷正史, 手島昭樹, 井上俊彦, 鶴田至宏, 馬谷勝則 他: 上咽頭癌の放射線治療. 癌と化学療法 13: 1851-1856, 1986.
- 14) 野村 和: 動注薬剤の検討. 耳鼻 32: 626-630, 1986.
- 15) 小笠原 寛, 戸田勝也, 兵 典子, 吉村史郎, 雲井建雄 他: 上咽頭癌の化学療法. 日癌治 22: 550-557, 1987.
- 16) 堀内正敏: 上咽頭癌の化学療法. 耳鼻臨床 80: 179-181, 1987.
- 17) Sawaki S: Immunological studies of nasopharyngeal carcinoma. Asian Med J 26: 755-769, 1983.
- 18) 沢木修二: 上咽頭癌の病期分類の検討. 耳鼻 29: 806-827, 1983.
- 19) 佃 守: 上咽頭癌の免疫療法. 耳鼻臨床 80: 181-184, 1987.
- 20) 井上憲文: 上咽頭がんの治療について. 耳鼻 27: 483-491, 1981.

- 21) Sharma U, Hooda HS, Pande SC et al: Carcinoma nasopharynx. *Indian J Cancer* 15: 68-72, 1978.
- 22) Ring AH, Sako K, Razack MS et al: Nasopharyngeal carcinoma: Results of treatment over a 27 year period, 1950 through 1977. *The Am J Surg* 146: 429-431, 1983.
- 23) 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, 1969.
- 24) Bertelsen K, Andersen AP, Elbrond O et al: Malignant tumors of the nasopharynx. *Acta Radiol Ther Phys Biol* 14: 177-186, 1975.
- 25) Johansen LV, Mestre M, overgaard J: Carcinoma of the nasopharynx: Analysis treatment results in 167 consecutively admitted patients. *Head Neck* 14: 200-207, 1992.
- 26) Scanlon PW, Rhodes Jr. RE, Woolner LB et al: Cancer of the nasopharynx. 142 patients treated in the 11 year period 1950-1960. *Am. J. Roentg.* 99: 313-325, 1967.
- 27) 竹生田勝次: 上咽頭癌の病像と局所解剖について. *耳鼻* 30: 726-729, 1984.
- 28) 進 武幹: 臨床に役立つ局所解剖. 上咽頭の血管と神経. *日耳鼻* 95: 1876-1879, 1992.
- 29) Decker DA, Drelichman A, Al-Sarraf M et al: Chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma. A ten year experience. *Cancer* 52: 602-605, 1983.
-
- 稿を終えるにあたりご指導、ご校閲を賜りました設楽哲也教授に深謝いたします。
- 本論文の要旨は第11, 15回日本頭頸部腫瘍学会において報告した。
-
- (1993年2月17日受稿 1993年5月13日受理)
- 別刷請求先 〒228 相模原市北里1-15-1
北里大学医学部耳鼻咽喉科学教室 八尾和雄

<p>A 96—1438—51399</p> <p>上咽頭癌51症例の治療成績</p> <p>八尾和雄・高橋廣臣・岡本牧人 古川浩三・稲木勝英（北里大）</p> <p>今回我々は20年間の上咽頭癌51症例を対象として治療成績を述べるとともに TNM 分類、病理組織分類、原発腫瘍の発生部位分類を行い5年生存率を調べ、さらに初回治療法と原発巣再発、リンパ節転移、遠隔転移の関係を検討することで今後の本疾患の治療成績を向上させると考え報告した。全症例の5年生存率は60.6%で比較的良好な結果であった。放射線療法と化学療法の併用群は61.5%、併用なし群は56.5%であった。初回治療後の原発巣再発、リンパ節転移、遠隔転移は化学療法併用群に少なかつた。本疾患の治療には放射線療法に化学療法の併用、さらに特徴的である免疫能低下を考慮して免疫療法の導入も必要と考えた。</p>	<p>日耳鼻</p> <p>A 96—1423—22122</p> <p>滲出性中耳炎症例における誘発耳音響放射の検討</p> <p>川浪 貢・佐藤信清・柏村正明・千田英二 寺倉直明・佐藤公輝・石川和郎・犬山征夫（北大）</p> <p>誘発耳音響放射（EOAE）は現在様々な分野に応用が試みられているが、中耳伝音系に異常がなく、ティンパノグラムA型の正常耳、感音難聴耳に対しての報告がほとんどである。しかし、中耳の病態によりEOAEにどのような影響が現れるのか、検討が必要と思われる。今回、滲出性中耳炎（SOM）耳を対象に検討した。結果は純音聴力閾値上昇が軽度である SOM 耳でさえ、著しい EOAE みかけの閾値上昇がしばしば認められた。この原因として、SOM による中耳伝音系障害のため、刺激音は中耳を通過する際減衰し内耳へ伝わり、内耳より発生した EOAE もまた中耳で減衰して外耳道へ放射され、往路・復路と二度減衰を受けることによると考えられた。</p>
<p>A 96—1447—33304</p> <p>Degloving technique を用いた頭蓋底手術</p> <p>——顔面に皮膚切開を加えない一塊切除術式——</p> <p>西川邦男・西岡信二・青地克也・小池聡之 （四国がんセンター）行木英生（静岡赤十字）</p> <p>頭蓋底手術は、頭蓋底に浸潤した頭頸部進行癌症例に対して、癌の一塊切除と、治療成績の向上を目標としている。しかし、頭蓋顔面は体の露出部であるため、手術創痕を極力少なく、可能ならば、顔面に皮膚切開を加えずに手術を行う美容的配慮も必要となる。</p> <p>頭蓋底手術に必要な冠状頭皮切開に歯齦切開と眼輪結膜切開を併用すれば、顔面皮膚を頭蓋顔面骨より剥離することが可能であり、従来の拡大顎全摘術や頭蓋底手術を行うことができる。</p> <p>今回、我々は、この degloving technique を用いて、顔面に皮膚切開を加えることなく頭蓋底手術を行い、癌の一塊切除を行い得たので、その術式を紹介する。</p>	<p>日耳鼻</p> <p>A 96—1430—22179</p> <p>小児真珠腫症の男女差</p> <p>松岡明裕・設楽哲也・岡本牧人 古川浩三・佐野 肇（北里大）</p> <p>小児真珠腫の男女差の要因を急性中耳炎、滲出性中耳炎などの炎症性疾患と比較して検討した。その結果、急性中耳炎、滲出性中耳炎、小児真珠腫はいずれもが男児に多かつた。また真珠腫の病変も男児の方が高度である傾向があつた。この理由として解剖学的要因、感染防御能、環境因子、先天的因子、粘液纖毛運動能、内分泌因子という6つの有力な要因を考え、この中で特に解剖学的要因、感染防御能、環境因子、先天的要因が特に男女差に関係があると考えた。また一連の中耳炎症性疾患が病態がすすむにつれて男児に多くなる傾向があつた。これは治りにくいものだけが残っていくいわば濃縮現象が起っていると考えられた。</p>