上顎洞癌長期経過例の分析

—他部位癌長期生存例との対比—

近藤 隆・河辺 義孝

An Analysis of Long-term Survivors of Maxillary Cancer

Takashi Kondo and Yoshitaka Kawabe

(Aichi Cancer Center)

An analysis of long-term survivors after curative treatment of maxillary cancer in our clinic evaluated the influence of various factors on the prognosis.

The results of combined treatments were promising. It is important to plan treatments which combine irradiation or chemotherapy with surgery.

The authors also analyzed the clinical findings and mental and physical care of elderly survivors of maxillary cancer and compared the results with those in patients with cancers of other regions.

Key words: cancer of maxillary cavity, TNM classification, an advanced aged cancer patient, long-term survivor

はじめに

上顎洞癌は幾多の治療法の変遷を経て着実に治療成績の上昇を来しており、現在、各施設ではそれぞれ独自性ある治療がなされているが、その基本は手術、放射線、化学療法の組み合わせにあり、施行時期、重点の置き方などに工夫がなされている。

全体的には成績上昇は明らかであるが、個々の症例では難治の場合にしばしば遭遇し、現在も上顎洞癌の治療は頭頸部領域にあって困難なもののひとつであることに変わりはない。長期的視野に立ってこの疾患を眺めた場合、いかなる様相を呈しているのだろうか。

今回、当科において1965年1月より1979年12月の間にとり扱った上顎洞癌一次治療例のうち、治療後長期間経過した症例をとりあげ、そ

の実態を分析することにより、今後の上顎洞癌治療上の参考に資したいと思う。

検討項目

1) 対象症例 (表1)

1965年1月より1979年12月の間の上顎洞癌一次治療例のうち治療後5年以上経過してからの死亡例、28例、5年以上経過して現在生存中の症例31例の計59例につき検討した。転帰は1984年12月の時点で判定した。男性33例、女性26例である。

2) 上顎洞癌長期経過例のTN分類 (表2)

59例中 T3N0 36例 (61.0%) と最多、ついで T2N0 15例 (25.4%) で、N+は6例 (10.1%) と少なく、しかも5例 (83.3%) がN1である。予期されることながらT4症例、N3症例には長期経過例はみられなかった。他

方、喉頭癌のT4症例にはわづかながらも長期生存例の存在すること、また、上咽頭癌のN3症例は放射線治療にて他部位のN3症例よりも制御されうる率の多いことを考えると上顎洞癌のT4、N3症例の予後はきわめてきびしいと言える。

3) 初回治療よりの生存期間(生存例)(表3)

1984年12月の時点で、最高は17年11か月生存中の症例であり、各年代はほぼ同数の生存者を有し、高齢化の問題、平均余命などより今後も大体同様な推移を示すものと思われる。上顎洞癌治療成績の画期的な上昇が実現すれば一時的には底辺の拡がりが見られようが、やがてはそれも吸収されて全体としてほぼ均等な率で推移してゆくのであろう。

4) 生存症例の現在年齢構成(表4)

生存症例の現在年齢構成は50歳代10例(32.3%)、60歳代11例(35.5%)、70歳代7例(22.6%)、

と60歳代、70歳代で全体の58.1%を占めることになる。

5) 死亡時の年齢(表5)

一方、死亡時の年齢でも50歳代5例(17.9%)、60歳代9例(32.1%)、70歳代8例(28.6%)、80歳代4例(14.3%)のごとく高齢者集団を形成しているので全身管理による併発症の

表3 初回治療よりの生存期間(生存例)

5 ~ 6年	5
6 ~ 7年	4
7 ~ 8年	3
8 ~ 9年	2
9 ~ 10年	2
10 ~ 11年	1
11 ~ 12年	0
12 ~ 13年	1
13 ~ 14年	2
14 ~ 15年	3
15 ~ 16年	2
16 ~ 17年	4
17 ~ 18年	2
	31

表4 生存症例の現在年齢構成(1984. 12)

年齢	才	才	才	才	才	計
性	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	
男性	3	8	5	2	0	18
女性	0	2	6	5	0	13
計	3	10	11	7	0	31

表1 上顎癌長期経過例

- 1 期間 : 1965. 1~1979. 12
2 症例 : 59例 { 男性:33
女性:26
3 転帰 : 生存:31例
(1984. 12) 死亡:28例
4 性・年齢別分布

年齢	才	才	才	才	才	計
性	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	
男性	4	11	10	7	1	33
女性	0	6	8	8	4	26
計	4	17	18	15	5	59

表2 上顎癌長期経過例のTN分類

N	N0	N1	N2	N3	計
T					
T1	2	0	0	0	2
T2	15	0	0	0	15
T3	36	5	1	0	42
T4	0	0	0	0	0
計	53	5	1	0	59

表5 死亡時の年齢

40 ~ 49才	2例
50 ~ 59才	5
60 ~ 69才	9
70 ~ 79才	8
80 ~ 89才	4
	28

防止抑制，再発，転移，重複癌の早期発見はもとより高齢者グループとしての生き甲斐ある生活をも含めた患者管理が必要である。

6) 病理組織学的分類 (表 6)

扁平上皮癌54例，腺様のう胞癌 4 例，乳頭状腺癌 1 例で，角化度分類は Grade (I, II) 42例 (77.8%) と大半を占めている。低分化型 (Grade III, IV) は生存症例 2/27 (7.4%)，死亡症例 7/27 (25.9%) と後者に多くみられた。

7) 生存症例の初回治療内容とその経過 (表 7)

表 6 病理組織学的分類

A) 扁平上皮癌.....54例

	生存症例	死亡症例	計
G-I	14	11	25
G-I ~ II	2	1	3
G-II	7	7	14
G-II ~ III	2	1	3
G-III	2	4	6
G-III ~ IV	0	2	2
G-IV	0	1	1

B) 腺様のう胞癌..... 4 例

C) 乳頭状腺癌..... 1 例

当科における上顎洞癌治療の推移を示す内容の治療がなされ，29例は初回治療のみにて制御され，1 例の原発巣再発 (全摘出→照射)，1 例の頸部転移 (三者併用) はそれぞれ小線源治療，頸部郭清術により制御され生存中である。

8) 死亡までの期間と死因 (表 8)

初回治療後 5 年から 7 年の間に死亡した12例中 5 例 (41.7%) は腫瘍死で原発腫瘍死 3 例，肺転移死 1 例，原発および頸部腫瘍死 1 例であった。28例中26例 (92.9%) が治療後11年まで

表 7 初回治療内容とその経過 (生存症例)

治療内容	初回治療にて制御	再発	転移	計
全摘	4			4
全摘 + Ra	2			2
前照射→全摘	1			1
照射	3			3
全摘→後照射	1	※1(Ra)		2
照射 + 化療 (全身)	3			3
三者併用	10		※1(頸郭)	11
減量 + 照射 (動注なし)	5			5
計	29	1	1	31

※制御

表 8 死亡までの期間と死因

死因 期間	腫瘍死	心不全死	脳出血死	肺炎死	衰弱死	不明	計
5 ~ 6 年	2	2	1	1	1	1	8
6 ~ 7 年	3				1		4
7 ~ 8 年		2		1	3		6
8 ~ 9 年					2		2
9 ~ 10 年	1						1
10 ~ 11 年		1	1		3		5
11 ~ 12 年							
12 ~ 13 年							
13 ~ 14 年							
14 ~ 15 年					1		1
15 ~ 16 年	1						1
計	7	5	2	2	11	1	28

の間に死亡し、結局、他因死は21例（75.0%）であり、衰弱死はまづ止むを得ないとしても、心、肺疾患、脳血管疾患などは家人の協力も求めて、必要な治療が遂行できるよう、極力、他因死例の減少をはかるため、ともすれば嚴重な患者管理からはずれがちな5年以上経過例にこそ、より一層こまやかな目を注ぐ必要がある。

9) 死亡症例の初回治療内容とその経過（表9）

28例14例（50.0%）は初回治療にてそのまま制御され、のこり14例は後日、原発巣再発11例、頸部転移2例、肺転移1例を生じた。全摘

＋後照射例では眼窩を含む上方、外側方に再発し、眼球保護による上方部線量の増加、照射＋全摘例では照射効果により手術範囲を縮小した症例の存在、照射単独例では開洞プローベ採取のみにとどまらず、積極的な腫瘍減量操作による低酸素圧癌細胞の除去を計るべきであった。この経験は以後の上顎洞癌治療に反映された。

10) 再発・転移の治療（死亡例）（表10）

表10のごとき二次治療により14例中10例（71.4%）は制御し得たが、この10例中、後日

表9 初回治療内容とその経過
(死亡例)

初回治療	制御	再発または転移を来したしたもの	計
全摘	3		3
全摘→後照射	3	3	6
前照射→全摘		3	3
全摘＋化療(全身)	2		2
照射	3	3	6
照射＋化療(全身)	1	2	3
照射＋減量(動注なし)	1		1
三者併用	1	3	4
計	14	14	28

表10 再発・転移の治療
(死亡例)

治療内容	制御	非制御
上顎掻爬	1*1	
上顎掻爬＋外照射	2*1	1
上顎掻爬＋Ra	1*1	
全摘	1	
外照射	2*1	
部切		1
Ra＋外照射		1
Ra	1	
頸郭	2	
化療		1

*三次治療施行

表11 長期間経ての再発・再々発・転移例

	初回治療	再発・転移までの期間と治療	再々発・転移までの期間と治療	転帰
(♂)	全摘→照射	4年3ヶ月 頸郭		制御
(♀)	照射→全摘	2年4ヶ月 上顎掻爬 照射	4年1ヶ月 本人・家人の希望により自宅療養	非制御
(♀)	照射→全摘	9ヶ月 上顎掻爬 Ra	7年8ヶ月 照射 化療	非制御
(♂)	照射	9ヶ月 上顎掻爬 Ra	12年5ヶ月 凍結 化療	非制御
(♂)	照射	4年5ヶ月 Ra 照射		非制御

三次治療を必要としたものは4例で、うち1例のみ制御し得た。

11) 長期間経ての再発・再々発・転移例 (表11)

該当症例は5例で制御し得たのは1例であった。長期の空白期間をもち、忽然と受診したときにはすでに進行病変で積極的加療ができなかったのが現実である。治療終了後長らく潜在の状態にあったものが突如として発症してくるメカニズムは不明であり、病理組織上も特徴はなかった。結局、加齢とともに高齢者にみられるhomeostasisの破綻により生体抑止機構が解除されて腫瘍顕現性を回復したものと推論したい。

12) 進展方向別分類 (T3N0症例) (表12)

同一丁範疇症例でもその進展方向により成績の異なることはすでに報告した。すなわち、前方向型に比して後方向型の予後は不良であることは否めないが、予後不良型でも長期生存の可能性はあるので、初回治療、追加治療とも徹底を期すべきである。

考 按

上顎洞癌の治療は全摘出術、放射線照射（外照射、腔内照射）の単独または併用に始まり、幾多の試行を経ながらその時期最適と思われる治療を積み重ねて現在の手術療法、放射線療法、化学療法の組み合わせによる集学的治療へと発展し、最善の治療法を求めて各施設で研究がつづけられている。生活様式、環境、健康への関心

の程度など時代とともに発癌形態も異なり、増加傾向を示す癌、減少傾向を示す癌と大きくふたつに分かれて流れ始めた現在、上顎洞癌はどちらかと言えば後者の流れに入るが、一旦、発癌すれば難治な疾患であるだけに充分な対応がのぞまれる。

酒井¹⁾は自己の上顎洞癌治療の変遷について述べ、各年代別治療内容とその5年累積生存率など詳細に検討することによりつぎの年代への治療の足掛かりを求め、癌治療においては流行の治療法にとらわれず、医師は終始変らぬ着実な努力、強靱な信念、謙虚な反省を必要とし、前の特期に治療した経験から最適と判断した治療法はつぎの時期には臆せず適用し、順を追ったトライアルの積み重ね、地味な歩みこそ最も大切であると述べている。癌治療を志すものにとってふかく至言としてうけとめ、日常診療、研究にあたるべきである。他部位の癌も含めて長期生存の観点よりみてみると堀内ら²⁾は放射線治療後の口腔領域扁平上皮癌645例（舌癌272例、口腔底癌68例、頬粘膜癌66例、下歯肉癌118例、上顎歯硬口蓋癌59例、中咽頭癌62例）のうち5年生存は261例（40.5%）と述べ、5年以降に死亡した104例のうち原病死は23例（22.1%）、重複癌死16例（15.4%）、その他による死亡65例（62.5%）で、65歳以上高齢者群ではその後の管理が充分なためか天寿を全うするものが多く、一方、50～60歳群では重複癌ことに呼吸器、上部消化管に多くみられるのでこの点に留意した長期間にわたる慎重な経過観察が必要としている。

また、食道癌は5年生存率が外科療法で20%前後、放射線治療で5～10%位であるが、晴山ら³⁾は胸部、腹部食道癌根治照射施行115例中12例（10.4%）に5年以上長期生存を認め、長期生存例に特有な腫瘍占拠部位は認めず、X線型では腫瘤型、表在型の予後が良好でラセン型は不良であり、大きさでは5cm以下のものに予後が良い傾向がみられ、5年生存者にて6局所再発のみられることより（全国統計13/52、

表12 進展方向別分類
(T3N0症例)

症例 進展方向型	生存症例	死亡症例
前方向型	4	6
上側方向型	3	2
下側方向型	2	1
上内方向型	3	3
下内方向型	4	2
後方向型	2	2
全方向型	1	1

25.0%再発率)長期にわたる再発への監視が必要であり,治療面では放射線脊髄ならびに心障害を防止するような照射法を工夫し,長期生存者への配慮が必要であるとしている。

楠元ら⁴⁾は発育が早く,早期に転移を生じるため肺癌のなかでもっとも予後不良な肺小細胞癌に対して化学療法,放射線療法,免疫療法の併用により,再発,転移なく7年間生存中の症例を報告し,一般状態が良好で病果が比較的限局していれば十分な全身療法および局所療法により治療せしめ得る肺小細胞癌もありうると述べるなど腫瘍の各部位において治療法の進歩改善,診断法の向上とともに長期生存例が今後増加すると思われ,治療に入る前よりこれらのことを想定して治療法を配慮する(たとえば照射野,照射量など)ことがより一層要求されることになる。難治疾患のひとつである上顎洞癌の治療においても癌細胞を0にする,あるいは極力0に近づけんとする治療に耐えうる一般状態の良好さと,正常な細胞性免疫が保持されていれば初回治療につづく維持療法,再発,転移に対する追加治療もより切ることができ,長期間生存せしめることも十分可能であると思われる。癌の治療を志すものにとって長期生存症例の増加は究極の目的であるが,上顎洞癌の場合はいかなる様相を呈しているのだろうか。この分析が今回の目的である。

検討対象は1965年1月より1979年12月の間の当科における上顎洞癌一次治療例196例のうち,治療後5年以上経過してから死亡した症例28例,治療後5年以上経過して現在なお生存中の症例31例,計59例(30.1%)である(表1)。初診時年齢は40歳代17例(28.8%),50歳代18例(30.5%),60歳代15例(25.4%)とほぼ同率で,平均余命の問題よりしても70歳代は5例(8.5%)と少ない。一般に癌の悪性度とは別に長期生存する可能性として平均余命が関係し,初回治療時の年齢がより若い方が癌の除去ができた状態を考えれば,より長期に生存する可能性がある。長期経過例に性による偏りはみ

られなかった。

当該期間における全症例のN+の率は20.1%であったが,長期経過例のそれは10.1%と半数で,しかも大半がN1である。Nの程度が予後に関与するのは頭頸部領域癌のみならず他部位癌にても同様で,中野ら⁵⁾は食道癌放射線単独根治治療例60例(腫瘍長径5cm以下25例,5~10cm35例)のうち5年以上の長期生存例は7例(腫瘍径5cm以下5例)で,1例の脳卒中死以外は再発,転移なく生存中であり,Nとの関係については外科治療成績の本邦集計報告より表在癌(癌浸潤が粘膜下層までにとどまるもの)223例のうち早期癌(表在癌でリンパ節転移のないもの)は177例(79.4%),つまり(N+)表在癌は46例(20.6%)で,早期癌の相対5年生存率は69.7%と良好なのに反して,(N+)表在癌のそれは33.6%と劣り,(N+),(N-)は予後に大きく関係する因子であり,症例数は少ないが放射線治療によるstage I 症例(早期癌)の5年生存率(相対79%,累積55%)も良好であることより早期癌では放射線単独治療の有用性を述べている。上顎洞癌においては残念ながら食道癌のごとく集検による早期病変例抽出の段階には至らず,診断確定時すでに進行例であることが多く,長期生存させるにはかなりの困難な面も伴う。さらに原発部位(T)の進行症例は同時に頸部転位(N)も進行例であることが多く,この点,たとえば上咽頭癌においてはNの進行例でもTの小病変例のため制御可能例の存在するのに反して,上顎洞癌ではTもNも同時に進行例であることが多く制御を困難にしている。5年以上経過生存31例のTN分類ではT3N0,19例(61.3%),T2N0,9例(29.0%),T1N0,1例,N+は2例(N1,N2各1例)であり,一方,5年以上経過死亡28例ではT3N0,17例(60.7%),T2N0,6例(21.4%),T1N0,1例,N+は4例ですべてN1であり,死亡群にN+の率がやや多かったがとくにきわ立った差はみられなかった。上顎洞癌M1では長期生存はまづ

あり得ないが、きわめて稀な場合として小池ら⁶⁾は上顎癌 (adenoid cystic carcinoma) にて初回治療後3年目に肺転移を生じ、化学療法施行するも効果なく、以後とくに積極的に加療しなかったが、その後8年間生存した症例を報告し、非扁平上皮癌の場合遠隔転移を生じていても腫瘍増殖が緩慢なため二次障害発生が致命的因子となるのに時間を要するためとした。例外的にはM1症例でも長期生存の場合もあるが、一般的にはこのようなことは期待できない。免疫療法の発展により担癌生体のまま生活する、つまり生体との巧みなバランスが保たれればさらに長期生存例が増加するであろうが急には望めない。

生存症例の初回治療よりの生存期間は表3のごとく各年代はほぼ均等に分布し、最高は17年11か月生存症例である。癌の研究がすすむにつれて長期生存例は増加し、やがては癌の根絶も期待されるが、最近、「対がん10ヶ年総合戦略」なる施策が発表され、その目標は10年を目途に癌の本態解明を図ることにあり、その基本方策として 1)重点研究課題の設定 2)集中的多角的に研究の推進 3)若年研究者の育成、活用 4)日米を中心とした国際協力の推進 5)実験材料の供給等支援体制の整備の5つを掲げ、癌という疾病の性質上、単純に年次計画を定めず柔軟に対応し、常に戦略の進捗状況を評価し、見直しを行うことも必要であるとしている⁷⁾。米国ではアポロ計画につづくナショナル・プロジェクトとして1971年 National Cancer Act を制定し、癌対策にとりくんでいるが癌の本態は未だ完全には解明されていない。癌による死亡がトップとなった現在、少しでも早くその本態を解明し、適確に治療に結びつけ、癌の恐怖より解放された多くの長期生存者を作り出すことは何者にも優先した国家的施策としてとりあげられねばならない。現在、生存中の人も、死亡している人も死亡時の年齢よりして高齢者集団である(表5)。

嚴重な全身管理による併発症の防止、再発、

転移、重複癌の早期発見とともに高齢者グループとしての生き甲斐ある生活をも目指さねばならない。癌治療の進歩により高齢者生存症例が増えてくれば、当然そこには重複癌発生の問題がうかびあがってくる。もっとも重複頻度の高い胃癌が発生した場合、その対策はいかにあるべきか。紀藤ら⁸⁾は高齢者胃癌の手術成績の検討で270例の70歳以上の高齢者胃癌の手術にて1975年～1979年の間では全症例数に占める割合は13.2% (133/1005) と増加傾向を示しているが、手術直接死亡率は0.8% (1/133) と著明に低下し、5年粗生存率では70～74歳51.9%、75～79歳66.0%で高齢者程成績がよく、相対生存率でみると両群の差はさらに大きいとし、合併症対策も充分とられうるようになってきた現在、高齢者胃癌に対しても積極的に手術を行うべきと述べている。上顎洞癌患者に生じる重複癌として現段階では胃癌がもっとも考えられるので、長期生存例に対しては胸部、胃部の定期検診の施行により早期病変の発見に努め、治療は根治を目的とした治療手段を採用すべきである。

1984年のわが国の平均寿命は男74.54年、女80.18年で前年に比べ男0.34年、女0.40年の伸びを示し、男女とも世界一の長寿国である(男、2位、アイスランド73.91年、女、2位、スウェーデン79.61年)。

これは1984年の死亡率が男女ともほとんどすべての年齢を通じて改善されたためである。菱沼⁹⁾は長寿時代の中味を判定するもっとも適切な指標のひとつである寿命中位数(同時に生まれた集団が丁度半減する年齢)を挙げ、女の平均寿命がはじめて70歳を超えた1960年の寿命中位数は男70.66、女75.44であったが、1984年では男77.90、女83.19と男女とも7年以上の伸びを示し、長寿時代に突入すると、ある年齢を超える高齢者が大巾に増加し、なかには植物人間はもとより、寝たきり、ボケ痴呆になる人もあろうが、医学の進歩、ヘルス・チェック・システムの普及、各自の摂生などにより、その出現

を抑える可能性は十分にあるとしている。また、国連人口部では総人口に対する65歳以上人口の割合が、4%未満を **young**, 4%以上7%未満を **mature**, 7%以上を **aged** と定義しているが、1985年現在わが国の65歳以上高齢者人口は1241万人で総人口（1億2094万人）の10.3%を占め、2015年（昭和90年）には20%を超えると予想される。欧米諸国で現在高齢者人口が10%を超えているのは1位スウェーデン（16.6%）、2位西ドイツ（15.0%）、3位イギリス（14.9%）、4位イタリア（13.6%）、5位フランス（13.0%）、6位アメリカ（11.6%）、7位カナダ（10.0%）でわが国は7位のカナダと肩を並べているが、21世紀初めにはスウェーデンと並んで世界一となる筈である。1985年現在、65歳以上の就業人口は290万人で全就業者の5.0%を占めている。現実には就業希望者はもっとあろうが雇用側の問題もあり低く抑えられているとみるべきである。わが国は着実に超高齢化社会へと進み始め、このことは公的年金の財政、医療費など国民経済におよぼす影響は莫大であり、長寿のつけは確実にまわってくるというべきである。しかし、この流れは避けて通ることのできないものである以上、すべての国民が冷静にうけとめて立ち向かわねばならない。日本の繁栄は一夜にしてできたものではなく、現在高齢者とよばれる人々の努力によって築きあげられたものである。無病長寿者も癌長期生存者も人間としての生き甲斐、不自然でない延命、生活保障、健康管理などあたたかい施策が必要である。

白石¹⁰⁾は人生80年時代を迎えた今日、80歳代の死亡パターンをもって日本人の典型的死亡パターンと見做すことができるとし、80歳代では脳血管疾患が25.0%と最高（1月最高、6月最低）、心疾患22.2%（1月最高、6月最低）、悪性新生物12.7%（月別変動なし）、肺炎および気管支炎9.7%（2月、8月最高、6月最低）、精神病の記載のない老衰8.5%（1月最高、6月最低）で、悪性新生物部位別では胃

30.2%（男31.3%、女29.0%）、気管、気管支および肺15.2%（男19.5%、女10.4%）、80歳代にことに多いものは前立腺、膀胱の悪性新生物であると述べ、80歳に達した人が、その後さらに10年生存し、90歳に達する確率を求め全国平均では男20.03%、女29.12%、つまり男では80歳の10人に2人、女では10人3人が90歳まで生き得ると報告している。自験例での死亡時の年齢では80歳代4例あり、現在生存例では70歳代7例で80歳代はないが、今後、癌を克服した人がさらに80歳、90歳と生存する可能性は充分考えられるので80歳代の死亡内容を分析し、留意点を見つけあたたかく見守るべきである。

病理組織学的には表6のごとく扁平上皮癌54例（91.5%）、腺様のう胞癌4例（6.8%）、乳頭状腺癌1例で、Grade（I、II）42例（77.8%）と多くみられた。Grade 分布は全症例のそれと比して大差なかった。長期生存例の臨床病理学的検討で佐久間ら¹¹⁾は胃癌にて10年以上生存した進行胃癌232例と5年以内に死亡した治療切除例287例の対比にて、肉眼癌型では両者に差はなく、組織型で5年以内死亡例では乳頭腺癌7.5%、高分化腺癌0.8%、中分化腺癌29.2%、低分化腺癌62.5%、一方、10年生存例ではそれぞれ14.2%、1.5%、27.6%、56.7%で5年以内死亡例に若干低分化腺癌が多いものの統計学的に有意差なく、浸潤様式にもまったく差はなかったとしている。上顎洞癌の場合も長期経過例と他の群との間に病理組織学的に特徴ある所見を見出すことはできなかった。

現在生存症例の初回治療は表7にみるごとく、当科における上顎洞癌治療の流れを示し、全摘出単独4例（12.9%）、全摘出＋照射5例（16.1%）、照射単独3例（9.7%）、三者併用11例（35.5%）、照射＋化学療法3例、減量手術＋照射5例で、うち再発1例は小線源にて、頸部転移1例は頸部郭清術にて制御し、以後良好な経過をとっている。初診時進展Nのないこと、体力充分で治療に耐えられたこと、全身管理の徹底による併発症の防止できたこと、

follow upの完備により早期に再発、転移を見出し得たこと、家人の協力、本人の意欲などすべてが lucky な面に傾いた人達の集まりであるかも知れないが、患者をとりまく人々（家族、職場関係、医療従事者など）の果たした力は大きい。

5年以上経過死亡例の75%は他病死であり、腫瘍死は7例（25%）、うち5例は加療後5～7年の間に集中している（表8）。厚生省「人口動態統計」によれば悪性新生物は昭和56年死亡原因の第1位となり、第2位は脳血管疾患、第3位は心疾患という順位がつづいているが第3位心疾患はゆるやかに上昇し、第2位との差をちぢめつつあり、昭和59年には人口10万対死亡率は脳血管疾患119.6、心疾患116.3（死亡数では4000人の差）で間もなく2位と3位の逆転がおこると予想される。かくのごとき現状より、首尾よく上顎洞癌を克服して5年以上経過した人達が不幸にして脳血管疾患、心疾患にて倒れることも充分予期され、今後の大きな問題となるであろう。頭頸部癌にても5年生存率で議論することより脱却し、10年生存率、15年生存率を問題とする際にはことさらである。いかに他病死を防ぎ天寿を全うさせるか、公的健康管理、本人のたゆまぬ健康への関心、すぐに対応できる高齢者専用医療機関の増設、手遅れとならないよう経済面での配慮、単に生きているというだけではなく年齢、体力に応じた仕事をしながらの張りのある生活など精神的、肉体的に健康に年をとるためにしなければならないことは多い。いまだ難治疾患である上顎洞癌を克服し、やっと癌の恐怖からのがれた人々に安定した老後の人生を送らせること、それが私共の最大の贈物である。

5年経過後死亡例28例の初回治療は表9のごとく、全摘出3例（10.7%）、全摘出＋照射9例（32.1%）、全摘出＋化療2例（7.1%）、照射6例（21.4%）、照射＋化療3例、三者併用4例（14.3%）、その他1例であり、再発、転移率はそれぞれ0%、66.7%、0%、50.0%、

66.7%、75.0%、0%であった。再発（11例）までの期間は治療終了後4か月（2例）、7か月（3例）、1年2か月（1例）、2年3か月（1例）、2年5か月（1例）、2年6か月（1例）、3年1か月（1例）、4年5か月（1例）であり、顎部転移（2例）までの期間は4か月、5か月各1例、肺転移は5年2か月の1例である。既報告例¹²⁾における上顎洞癌再発74例の検討では原発巣治療終了後再発までの期間は6か月以内36例（48.6%）とほぼ半数を占め、1年以内では58例（78.4%）と大半を占めるが、長期経過例では6か月以内18.2%、1年以内45.5%とほぼ半数となり、再発までの期間がやや長い傾向がみられた。再発、転移の治療は表10のごとく二次治療施行により10/14（71.4%）の制御率、うち4例に三次治療を必要とした。そのうちわけは照射＋化療（制御）、照射（非制御）、照射＋化療（非制御）、凍結術（非制御）で、1例のみ制御し得た。なお、二次治療終了より三次治療開始までの期間は12年4か月、4年、7年8か月、2年4か月であった。

再発時の対応の仕方は初回治療内容により異なるが原則として機能と形態を極力保持してその治療に努めた。すなわち、小範囲再発ならば小線源のみにて治療し、つぎの段階では上顎搔爬に放射線治療の組み合わせ、初回治療内容によっては外照射のみにとどめたものもあり、全摘出も適宜施行するというのが全般を通じての方針である。この方針で63.5%の再発制御率を得ているが¹²⁾、今回の長期経過例では71.4%であった。

再発癌のとらえ方として古江¹³⁾は再発癌は癌患者の臨床経過のなかにあって根治可能、根治不能、そして再発という線上にあるのではなく、血色素量、赤血球数、リンパ球数、T細胞数、PHAによるリンパ球の幼若化率、IgG、IAP（immuno suppressive acidic protein）などの項目について再発癌は根治可能例と不能例の中間というよりむしろ根治可能例に近い方に位置する。すなわち再発例は原発巣を有する

根治不能例よりも病態生理学的、免疫学的に対しても集学的、体系的に積極的治療が行われるべきであるとしている。

私共は上顎洞癌再発の場合も積極的に治療を行ったが、根底には機能と形態の保持という一本の線はつらぬいたつもりである。

治療後長期間経ての再発、転移のメカニズムは不明であるが、再発までの期間は短期間であると限定する必要はなく、長期間潜在したものが加齢とともに抑止機構が解除されて再び顕現性を回復したとみたい。

再発の概念とは少し異なるが小野ら¹⁴⁾の予後不良(2年以内に40%死亡)とされる悪性線維性組織球腫(MFH)が15年間の長期にわたって腹壁に存在した例、また成田ら¹⁵⁾の17年間も静在していた乳房の腺様のう胞癌例のごとく悪性腫瘍でも必ずしも常に成長発育をつづけるとは限らず、長期間静かに潜在する事実、松本ら¹⁶⁾は腎細胞癌摘除後24年目に脛骨に転移した症例を報告し、5年生存率20~45%と不良な腎細胞癌のなかには奇妙な臨床経過をとるもののあることを述べ、1)原発巣手術後、長期間を経て原発巣に近く局所再発するもの 2)原発巣手術後長期間経て遠隔転移するもの 3)臨床的に担癌状態で長期間生存するもの 4)転移巣が原発巣の手術により消失するものを挙げ、腎癌の治療には長期間の follow up を必要とし、また、いかに長期間経ていようと再発、転移の可能性を常に考慮すべきであるとしている。

これは上顎洞癌治療後の患者の follow の際にもあてはまると思われる。

大出ら¹⁷⁾の胃癌除後23年目に再び残胃に新たに発生した癌の例など癌発生のメカニズムについてはまだまだ不明な点が多い。

さらに涌谷ら¹⁸⁾は上顎癌根治手術後25年間経過して局所に再発した症例を報告し、Ra 腔内照射により瘢痕組織化した局所に25年間潜伏していた癌細胞が、食物残渣や義歯装置などにより局所刺激ひいては慢性炎症の発生が顕現性を回復する引き金となったと述べている。いづれ

にせよ癌の長期間潜伏、なんらかの誘因による顕現性の回復は厳然たる事実であり、例数は少ないとはいえ患者にとってもわれわれにとっても大変重要な問題であるので癌患者の診療には常にこのことを念頭においてあたねばならない。

T3N0 症例を進展方向より7つに分類し生存成績をみた既報告例¹⁹⁾では下内方型を筆頭とし、前方型、上内方型の成績良く、後方型は不良傾向にあった。同じ進展度を示すT3症例ではほぼ同じ予後を示すのが理想的ではあるが、症例数の違いもあり途中経過においてはバラツキを示したが5年の時点でみる限りほぼ同一範疇に入ったが後方型の成績不良は否めなかった。しかしながら(表12)にみるごとく、予後不良とされる後方型、全方向型でも長期生存例は存在しうるので治療は徹底してなさるべきである。

上顎洞癌というきわめて難治な疾患を克服し5年以上経過した人々、ともすれば嚴重な監視の目からはずれがちなこの時期の人々にこそあたたかい目がそそがねばならない。

ま と め

加療後5年以上経過した上顎洞癌症例を他部位癌長期生存例との対比により分析し、あわせて今や超高齢化社会となったわが日本における長期生存癌患者のとり扱いについて述べた。

本論文の要旨は第47回耳鼻咽喉科臨床会総会(昭和60年6月29日)において発表した。

文 献

- 1) 酒井俊一：上顎洞癌の治療—トライアルの積み重ねにもとづく—。耳鼻 50:1051~1058, 1978.
- 2) 堀内淳一，他：口腔癌放射線治療後の長期生存例の予後。癌の臨床 30:1855~1860, 1984.
- 3) 晴山雅人，他：放射線単独治療による食道癌5年以上長期生存例の検討。癌の臨床 30:885~890, 1984.
- 4) 楠元志都生，他：肺小細胞癌長期生存の1例。癌の臨床 31:323~326, 1985.

- 5) 中野隆史, 他: 早期食道癌に対する放射線単独治療による根治可能性の検討. 癌の臨床 31: 236~239, 1985.
- 6) 小池聰之, 他: 肺転移後8年間生在した上顎癌 (adenoid cystic carcinoma) の1例—当院上顎非扁平上皮癌6剖検例の検討—. 癌の臨床 31: 552~558, 1985.
- 7) 小島晴洋: 「対がん10ヶ年総合戦略」について. 厚生指標 31: 47~53, 1984.
- 8) 紀藤 毅: 高齢者胃癌の手術成績. 外科治療 52: 361~365, 1985.
- 9) 菱沼従尹: 80歳台上の初眺望—1984年簡易生命表のプロフィール. 厚生指標 32: 3~8, 1985.
- 10) 白石昌嵩: 高齢者の死亡. 厚生指標 32: 9~13, 1985.
- 11) 佐久間晃, 他: 胃癌切除後10年生存例の臨床病理学的検討. 癌の臨床 29: 887~890, 1983.
- 12) 近藤 隆, 河辺義孝: 上顎癌再発症例の検討. 耳鼻臨床 74: 461~469, 1981.
- 13) 古江 尚: 再発癌の治療—総論—. 癌と化学療法 10: 2281~2285, 1983.
- 14) 小野隆男: 15年間腹壁に局限していた悪性線維性組織球腫の1例. 外科診療 27: 124~130, 1985.
- 15) 成田達彦: 17年間の病悩期間を有した乳房腺様のう胞癌の1例. 外科診療 27: 96~99, 1985.
- 16) 松本誠一, 他: 腎摘後24年目に骨転移が明らかとなった腎細胞癌の1例. 癌の臨床 30: 965~967, 1984.
- 17) 大出直弘, 他: 胃癌切除後23年目に再切除したいわゆる残胃の癌の1例と本邦報告例の検討. 外科治療 52: 118~123, 1985.
- 18) 涌谷忠雄, 他: 上顎癌の晩期再発症例. 耳喉 47: 635~641, 1975.
- 19) 近藤 隆, 河辺義孝: 進展度および進展方向による上顎癌症例の分析. 耳鼻臨床 74: 823~838, 1981.

原稿到着: 昭和60年10月15日

別刷請求先: 近藤 隆

〒464 名古屋市千種区田代町鹿子殿81-1159

愛知がんセンター病院頭頸部外科