原発不明頸部転移性癌 8 症例の検討

横山 雄司・朝倉 光司・形浦 昭克
晴山 雅人*・森田 和夫*

Metastatic Carcinoma to Cervical Lymph Nodes from Unknown Primary Sites

Yuji Yokoyama, Kohji Asakura, Akikatsu Kataura,
Masato Hareyama and Kazuo Morita
(Sapporo Medical University)

Cervical nodal metastasis is not an unusual occurrence. The majority of patients with such metastasis had primary cancer of the head or neck. However, the primary cancer cannot be detected in some cases until treatment has begun. Eight patients with metastatic carcinoma to the cervical lymph nodes from unknown primary sites were treated between 1975 and 1993. Histopathological diagnosis of the cervical masses were as follows ; five cases had squamous cell carcinoma, two had adenocarcinoma, and one had undifferentiated carcinoma. Treatment generally involved radical neck dissection followed by intensive radiation therapy extended from the base of the skull to the clavicle and medially to the midline, and occasionally, with chemotherapy for palliation. Primary lesions became evident in three patients after the initial therapy was concluded. The primary lesions were located in the kidney, the lung and oropharynx, and the patients died of uncontrolled distant metastasis. Of the remaining five patients who had no evidence of primary lesions, three survived while two died of kachexie due to the malignant tumor. Three patients with supraclavicular disease died of distant metastasis from the initial disease. Initial radical therapy was performed on five patients who had no distant metastasis and were in good general condition, and four of these patients survived for more than three years. This report was based on our experience in the management of cervical nodal metastasis and the survival characteristics of these patients.

Key words : unknown primary carcinoma, cervical mass, lymph nodes, neck, metastasis

はじめに

耳鼻咽喉科・頭頸部外科の日常臨床において頸部腫瘍を認め、転移性癌であると考えられたならば、綿密な計画のもとに迅速な原発巣の検索を行うことが何よりも肝要である。そのような検索を行ったうえでもなお原発巣が発見・特定し得ず、治療開始に踏み切ることを余儀なくする場合がある。このような原発不明頸部転移癌についてはいまだ診断および治療法が確立するには至っていない。

ない。

Greenberg¹⁾は原発不明癌について、その臨床経過より次の4つのカテゴリーに分類した。1)放射線治療後、生存中に原発巣が見い出せた症例、2)生存中に原発巣を見い出し得なかったが剖検にて判明した症例、3)生存中に原発巣を見い出せず、剖検にても判明し得なかった症例、4)剖検不能であった症例、消息不明症例および生存中であるが原発巣をいまだ発見し得ない症例。ま

札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科学教室

* 札幌医科大学医学部放射線医学教室

た、長与²⁾は、病理解剖による診断結果から原発不明癌を5種類に分類している。転移巣がすでに癌と診断されているが、原発不明のまま治療を開始せざるを得ない症例とする報告^{3)~5)}もあるが、清水ら⁶⁾は、原発巣が不明のまま頸部腫瘍の治療をしたうえで、少なくとも数カ月は原発不明であった症例としている。また、転移巣に対する初回治療が終了するまでに原発巣が発見し得なかった症例とする報告^{7)~9)}など、剖検時において原発不明であるという狭義の定義よりはむしろ、実際の診断・治療の過程において原発不明であるとする広義にとらえている報告が多い。原発不明転移癌の定義については諸家の間でさまざまな議論がなされており、いまだ一定の見解を得ていない。本報告においては、転移巣がすでに癌と診断されているが、原発不明のまま治療を開始せざるを得なかった症例を対象として検討を行ったので報告する。

対 象

対象：1975年より1993年までの19年間に札幌医科大学耳鼻咽喉科において原発不明頸部転移癌として治療を開始した症例は8例(男性7例、女性1例)であった。年齢は43歳から72歳(平均60.9歳)であった。

結 果

病悩期間：頸部腫瘍に気付いてから初診までの期間は、10日間から4カ月で、対象8例中7例までが2カ月以内

の早期に受診していた。

初診時所見：対象8例はすべて片側性のリンパ節腫脹であり、4例が孤立性、4例が多発性であった。大きさについては、初診時の最大径は全例3 cm以上であり、初診時にすでにかかなりの大きさに達していた(表1)。

病理組織診断：初回の病理組織診断は、腫瘍の摘出生検による症例3例、術中の迅速氷結切片検査の病理診断による症例3例、他院での穿刺吸引細胞診(Fine Needle Aspiration : FNA)による症例1例、腫瘍摘出不能で部分的切除生検による症例1例であった。治療を開始する時点での初回の病理組織像は、扁平上皮癌5例、腺癌1例、未分化癌1例、腺癌疑い1例であった。また、最終的病理診断は、扁平上皮癌5例、腺癌1例、小細胞癌(中間細胞型)、腺癌疑い1例であった。

治療内容および治療後経過(表2)：遠隔転移を認めず、全身状態が良好な5症例に対しては可能な限り頸部郭清術を施行し、局所制御の目的と、微小な原発巣の存在を想定し、その根治を目的に、頭蓋底より鎖骨上窩に至るまでの広範囲にわたる根治的放射線治療を行った(症例1~3, 6, 7)。そのうち1例は、5年後に中咽頭の原因巣および反対側頸部リンパ節に再発を認め、原発巣の根治手術および頸部郭清術を施行した(症例2)。頸部郭清術後に鎖骨下臓器に原発巣を認めた症例に対しては、原発巣に対する手術および化学療法を施行した(症例4)。根治的な頸部郭清術が不能であり、他臓器からの

表1 対象8症例の初診時頸部所見 (単位: mm)

症例 1	症例 2	症例 3	症例 4

症例 5	症例 6	症例 7	症例 8

表2 対象8症例の臨床経過

症例	年齢	性	病歴期間	生検方法	組織像	治療内容	治療後経過
1	53	男	1ヵ月	術中氷結切片	扁平上皮癌	rt. RND+RTX (60 Gy)	経過観察中
2	43	男	1ヵ月	術中氷結切片	扁平上皮癌	rt. RND+RTX (60 Gy)	5年後原発巣再発し、腫瘍切除+lt. RND
3	56	男	1ヵ月	術中氷結切片	扁平上皮癌	rt. RND+RTX (60 Gy)	経過観察中
4	72	女	2ヵ月	摘出生検	腺癌	rt. RND	右腎に原発巣、7ヵ月後肺転移
5	72	男	10日	非摘出生検	扁平上皮癌	CTX (CDDP, 5-FU)	2ヵ月後両肺転移
6	70	男	2ヵ月	FNA	未分化癌	rt. RND+RTX (60 Gy)	1年後肺・骨転移
7	61	男	2ヵ月	摘出生検	扁平上皮癌	lt. RND+RTX (60 Gy)	経過観察中
8	56	男	4ヵ月	摘出生検	腺癌	RTX (44 Gy)+CTX (CDDP)	4ヵ月後骨髄転移

症例	年齢	性	全経過	転帰	原発巣
1	53	男	13年3ヵ月	非担癌生存	鰓原性癌疑い
2	43	男	10年0ヵ月	原病死(頸部および遠隔転移)	中咽頭癌
3	56	男	11年11ヵ月	非担癌生存	不明
4	72	女	8ヵ月	原病死(遠隔転移)	腎癌
5	72	男	9ヵ月	原病死(遠隔転移)	不明
6	70	男	1年2ヵ月	原病死(遠隔転移)	肺癌
7	61	男	3年4ヵ月	非担癌生存	不明
8	56	男	8ヵ月	原病死(遠隔転移)	眼瞼部癌疑い

RND: 頸部郭清術, RTX: 放射線治療(頸部への総線量), CTX: 化学療法

遠隔転移を疑った症例には化学療法を選択した(症例5)。また、遠隔転移を認めなかったが、全身状態が悪化していた腺癌1例に対しては40 Gyの放射線治療を行い、化学療法を併用した(症例8)。

原発部位: 各症例の観察期間において最終的に原発不明であった症例は、対象8例中5例であった。うち、原発不明のまま死亡した症例3例(症例2, 5, 8)、原発不明ではあるが、局所治療が奏功し非担癌生存している症例3例(症例1, 3, 7)であった。また、原発部位が明らかとなったのは3例で、初期治療終了後に原発部位に再発を認めたと思われる症例1例(症例2)、鎖骨下臓器に原発巣を特定し得た症例1例(症例4)、剖検にて原発部位が明らかになった症例1例(症例6)であった。

転帰・予後(表3): 対象8例中5例において頸部郭清術およびその後の放射線治療を施行し得た。5例中3例は非担癌生存中(3年4ヵ月~13年3ヵ月)であり(症例1, 3, 7)、1例は5年間非担癌生存後の原発巣再発および遠隔転移による原病死で10年間の生存期間を有し(症例2)、1例は1年2ヵ月後に遠隔転移による原病死であった(症例6)。頸部郭清術を施行し得たが、後に鎖骨下臓器からの遠隔転移と判明した1例は頸部への放

表3 対象8症例の治療方法と予後

治療方法	症例数	生存例
手術療法	1	0
手術療法 + 放射線療法	5	3
放射線療法 + 化学療法	1	0
化学療法	1	0

射線治療は行わず、原発巣に対する根治手術を施行したが、発病から10ヵ月経過時に肺転移により死亡した(症例4)。頸部郭清術非適応となった2症例は1年以内に死亡した(症例5, 8)。また、転移リンパ節の部位では、鎖骨上リンパ節に病変を認めた症例は全例死亡した(症例5, 6, 8)。初回の病理組織診断で扁平上皮癌であったのは5例であり、うち4例で3年以上の生存期間を得た(症例1~3, 7)。腺癌症例(症例4, 8)および未分化癌症例(症例6)は、ほぼ1年間で全例死亡した。対象8症例における累積生存率を図1に示す。

症例呈示

今回の症例中、13年3ヵ月生存している経過良好な1

図1 対象8症例の累積生存率

例と、後に原発巣が発見された2例を呈示する。

症例1. 53歳, 男性.

主訴: 右頸部腫瘍.

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし.

現病歴: 1981年7月初旬より, 右中頸部の腫瘍に気付く, 同年7月23日, 当科初診.

初診時所見: 右胸鎖乳突筋前縁中央部に30×30 mmの弾性硬, 表面平滑, 可動性良好の腫瘍を認め, 転移性腫瘍を疑ったが, 原発巣を検索するも明らかな所見はなく, さらに吸引細胞診にて悪性細胞を認めなかったため, 外来にて経過観察を行っていた.

経過: 1982年2月中旬, 自発痛および腫瘍の増大傾向を認め3月20日当科入院となった. 同年4月3日, 全麻下にて右頸部腫瘍生検を行い, 迅速氷結切片病理検査に

て扁平上皮癌を認め, 引き続き右頸部郭清術を施行した. 病理組織学的には扁平上皮癌であったが, リンパ節構造は認められず, 腫瘍壁が平滑に保たれていた(図2 a, b) 鰓原性癌の可能性があったが確定診断には至らず, 頭頸部原発の微小癌からの転移巣である疑いもあり, その局所再発防止と微小転移巣の根治を目的に, 頭蓋底より鎖骨上窩の範囲に対して⁶⁰Co放射線治療60 Gyを施行した. 現在, 非担癌生存しており, 経過良好である.

症例2. 43歳, 男性.

主訴: 右頸部腫瘍.

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし.

現病歴: 1981年10月初旬より, 右頸部の腫瘍に気付く, 同年11月6日, 当科初診.

初診時所見: 右胸鎖乳突筋前縁上部より中央部にかけて20×20~45×50 mmの硬性, 表面凹凸, 可動性不良の多発性腫瘍を認め, 転移性腫瘍を疑い原発巣を検索するも明らかな所見は認められなかった.

経過: 1981年12月16日, 全麻下にて右頸部腫瘍生検を行い, 迅速氷結切片病理検査にて扁平上皮癌を認め, 引き続き右頸部郭清術を施行した. 病理組織学的には転移性扁平上皮癌であった. 頭頸部原発微小癌の転移巣である可能性を疑い, その根治と局所再発防止を目的に, 頭蓋底より鎖骨上窩の範囲に対して⁶⁰Co放射線治療60 Gyを施行し, 経過良好にて退院となった. 1986年12月26日, 口腔内に違和感を認め近医受診. 左軟口蓋に30×15 mmの腫瘍および左胸鎖乳突筋前縁中央部に20×15 mmのリンパ節腫脹を認め即日入院となった. 1987年2月6日, 左頸部郭清術, 中咽頭腫瘍切除術, 左前腕

図2a 症例1における頸部摘出物

図2b 症例1における頸部摘出物の断面

皮弁による口腔再建術を施行し、経過良好にて退院されたが、1991年9月、左頸部に腫瘤を触知し、さらに全身的にも転移巣が認められ、同年10月6日、悪液質にて永眠された。

全経過は、10年間であった。

症例6. 70歳、男性。

主訴：右頸部腫瘤。

既往歴：特記すべきことなし。喫煙歴：60本/日×25年間。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1991年3月22日、右頸部の腫瘤に気づき近医受診し、吸引細胞診施行したところ、class V、未分化癌が推定され、同年4月3日当科紹介となった。

初診時所見：右胸鎖乳突筋後縁下部と中央部にそれぞれ42×38、30×25 mmの弾性硬、可動性不良の多発性腫瘤を認め、転移性腫瘍を疑い原発巣を検索するも明らかな所見は認められなかった。

経過：同年6月3日、右頸部郭清術を施行したところ、病理組織学的には未分化癌であった。同年7月8日当院放射線科入院にて、頭頸部原発微小癌の転移巣である可能性を疑い、その根治と局所再発防止を目的に、頭蓋底より鎖骨上窩の範囲に対して⁶⁰Co放射線治療60 Gyを施行した。同年9月9日の胸部X-pにて縦隔リンパ節腫脹あるも、内視鏡下における気管支生検で悪性細胞は見い出されなかった。同年10月4日の胸部CTにて、やはり縦隔リンパ節の腫脹を認め、縦隔リンパ節への転移を疑い、同部位にリニアックX線照射50 Gyを開始したところ縦隔リンパ節腫脹の縮小を認め、同年11月28日退院した。1992年3月3日、腰痛にて近医受診。左腸骨に転移性骨腫瘍を認め再び当院放射線科入院、さらに胸部CTにて多発性肺転移、多発性縦隔リンパ節腫脹、両側胸水を認めた。同年3月26日より、リニアックX線照射を開始したが、同年4月6日、呼吸困難および全身状態悪化のため20 Gyで照射を中止した。同年4月28日呼吸不全にて永眠された。剖検による病理組織所見により、肺癌(小細胞癌、中間細胞型)と診断された。

全経過は1年2カ月であった。

考 察

頸部腫瘤の患者の診察に際しては、まずリンパ節の腫脹か否か、良性か悪性かの臨床的な判断がなされ、その結果悪性のリンパ節転移が疑われた際に原発巣の検索が

行われる。今回報告した8症例は通常の検索では原発巣不明であったものであるが、そのうち3例に初期治療開始後に原発巣(中咽頭原発が1例、腎原発が1例、肺原発が1例)が発見された。竹田ら¹⁰⁾は、転移性頸部原発不明癌として治療したもののうち、後に原発巣が明らかになった症例の88%が頭頸部領域に原発巣が存在したと報告し、小出ら⁴⁾は、過去の文献より原発不明頸部転移癌755例のうち72%(544例)が後に頭頸部領域に原発巣が明らかになったと報告している。したがって頸部リンパ節転移巣の原発としては頭頸部領域が最も重要であるとの見解に議論の余地はない。リンパ節転移部位と頭頸部原発巣との関連については、口腔癌は顎下部リンパ節に多く、両側例の上内深頸部リンパ節と副神経リンパ節では上咽頭癌、上内深頸部リンパ節の場合は口蓋扁桃癌、下内深頸部リンパ節では下咽頭および甲状腺癌を疑い、中内深頸部リンパ節についてはすべての頭頸部管腔内を精査すべきとするなど、転移リンパ節の部位よりある程度原発巣の推測が可能である⁷⁾¹⁰⁾。また頭頸部領域の視診・触診などにも明らかな原発巣が見い出されない場合、わずかでも疑わしい病変部位については生検を行い⁷⁾、また、上咽頭、舌根、梨状陥凹などのblind biopsyも必ず行うべきとする報告^{9)11)~13)}も多い。

ただし、下頸部および鎖骨上リンパ節の腫大の場合は鎖骨下臓器の原発巣である場合が多く注意を要する¹¹⁾¹⁴⁾。今回の症例のうちでも後に肺癌の転移であることが明らかとなった1例では下および中頸部に転移巣を認めた。小出ら⁴⁾は、原発不明頸部転移癌755例のうち鎖骨下領域に原発腫瘍を認めたのは211例(27.9%)であったことから、頭頸部領域のみならず消化器系、呼吸器系、尿路生殖器系などの鎖骨下臓器についても並行して検索を進めることが必要であるとし、同様の報告⁶⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾も多い。したがって原発不明頸部癌の診断にあたっては、頭頸部領域について詳細に観察し、鎖骨下臓器からの転移巣であることも念頭においた検索を正確かつ迅速に行うことが肝要であると考えられる。

さらに、転移リンパ節の部位に病理組織所見を加味すると原発巣の診断率は向上する¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁷⁾。Barrieら¹¹⁾は組織学的に腺癌であった症例については、消化管および尿路生殖器系X線精査を全例に施行するなど、鎖骨下領域について再検討を行うべきとしている。頸部腫瘍の組織像を推定するには、FNAによる細胞診および外切開による生検などがあるが、安易な生検は腫瘍の播種を引き

起こすことから、生検は頭頸部の精査後に行われるべきである⁷⁾。Batsakis¹⁸⁾はFNAと外切開による生検との診断率に大きな差はなく、腫瘍への侵襲による播種を極力防ぐ意味でもFNAを推奨しており、Friedら⁹⁾もFNAにて診断がつかない場合に外切開による摘出生検を行うべきであるとしている。一方、FNAは熟練を要すのみならず診断率が低いなどと否定的な報告⁴⁾⁷⁾¹⁷⁾もあり、山際ら⁷⁾は巨大な腫瘍にのみFNAを行うとしている。外切開による摘出生検は診断確定の大きな一助となり得るが、腫瘍の部分的摘出は、播種を防ぐ意味からも厳に慎むべきであり、可能な限り転移巣を全摘する生検をすべきであるという報告も多い⁷⁾¹⁵⁾¹⁹⁾。ちなみに今回の症例の組織学的診断手段としては、摘出生検3例、術中氷結迅速組織診断3例、FNA1例であり、根治手術不能な1例で非摘出生検が行われた。

現在、当科においては原発不明の頸部転移に対しては、まず頭頸部領域の精査を進めながら、鎖骨下臓器の中でも頸部転移を生じる確率の高いと考えられる上部消化管に対しては内視鏡的精査を、呼吸器系については胸部CTスキャンを、腹部臓器に対しては超音波断層検査を施行し、その時点で原発巣を見出し得ない症例については生検に踏み切ることとしている。生検は腫瘍の播種をできるだけ避けるために外切開による摘出生検を原則とし、病理組織像が得られたなら、リンパ節の位置関係も考慮したうえで原発巣の検索を再度行い、それでも原発巣を特定し得ない症例を原発不明頸部転移癌症例として治療を開始している(図3)。

根治治療法については、手術療法、放射線療法、化学療法、あるいはそれらの併用療法などが考えられるが、化学療法単独は論外としてもそれらの優劣に関しては未だ議論の多いところである。山下ら⁸⁾は放射線治療を主体とした症例が5年生存率0%(4例全例死亡)と比較して、頸部郭清術を代表とする手術療法を主体とした症例の5年生存率は40%(10例中4例)であると報告し、長谷川ら¹⁶⁾は頸部郭清術施行例の5年生存率85.6%と報告しており、手術可能例であれば積極的に頸部郭清術を行い、治癒切除であれば放射線治療はせずに厳重な経過観察のうえで頸部再発および原発巣頸性化に備えるとしている報告も多い³⁾¹⁵⁾。

また、放射線治療の有効性についても多くの報告者の認めるところである。Friedら⁹⁾は根治的放射線治療を行った31例中12例で3年間以上の非担癌生存が得られ、

死亡例16例についても15例において局所制御がなされたとし、また、小出ら⁴⁾は放射線治療を併用した場合、頸部郭清術施行症例9例と非施行症例24例において2年生存率は各々37.5%、20.8%、3年生存率は14.3%、12.5%など有意な差を認めなかったと報告し、同様の報告も認められる¹³⁾。石橋ら¹⁹⁾は、初回治療は放射線治療を行い、その後頸部に再発を来した場合に頸部郭清術を行うべきであるとしている。

今回の症例の中では全身状態の良好な6例に対してまず頸部郭清術を施行し、得られた病理組織診断により頭頸部原発の可能性が高いと考えられた5症例には、頭頸部の微小原発巣への根治治療を兼ねて頸部の広範囲にわたる放射線治療を行った。このうち後に肺に原発巣が見い出された1例を除く4例では3年間以上の比較的長期の非担癌生存が得られている。頸部腫瘍の手術後、頸部転移巣のみに対する根治的放射線治療を行うか、予測される原発巣を含めて頭蓋底から下頸部にかけての広範囲に根治的放射線治療を行うかについては、報告者によりさまざまな意見が出されている⁴⁾⁶⁾⁷⁾¹⁴⁾¹⁶⁾²⁰⁾²¹⁾が、今回の症例の検討結果からも原発巣が微小であるうちに頭頸部領域に対する根治的治療を行うことにより良好な腫瘍の制御を行い得る症例が少なからず存在すると考えられる。

手術および放射線治療により腫瘍の制御が可能な症例に対しては、化学療法を積極的に行っている施設は少ないようである。酒井ら³⁾は頸部郭清術を行った症例には、再発・転移の防止およびその時点では発見し得ない原発巣に対してCDDP、5-FUによる化学療法を施行するとしている一方で、長谷川ら¹⁶⁾は、手術不能例に対しては放射線治療を併用して化学療法を施行するとしている。当科においては、手術療法と放射線療法を併用することにより、頭頸部原発であれば腫瘍制御がある程度可能であると考えており、手術不能例および遠隔転移が認められた場合や、頸部腫瘍が遠隔転移であると判明した症例に化学療法を施行している。

今回の症例における予後については、鎖骨下臓器に原発巣を認めた症例で長期生存を得ることはできなかった。これらの症例では頸部腫瘍が遠隔転移巣であり、すでに腫瘍が播種されていることから制御不能であったためであると考えられる。逆に予後が比較的良好であったのは、鎖骨上リンパ節に病変を認めず、かつ病理組織学的に扁平上皮癌の症例であり、4例全例で3年以上の生存期間を得た。

図3 当科における頸部腫瘍の診療指針

原発不明癌の予後については一般に不良であるという報告が多い¹⁴⁾。3年生存率は20%から63%^{3)4)6)9)11)~13)20)21)}で、5年生存率は10%から59%^{4)11)~13)16)21)}とされ、報告者によってさまざまである。

転移リンパ節の部位と予後について小出ら⁴⁾は、原発不明転移癌のなかでも鎖骨上リンパ節に転移をみた5症例は2年以内に全例死亡し、予後が悪いとしている¹⁸⁾。転移リンパ節の病期について Nguyen ら¹³⁾によれば、AJCCのN分類による病期と予後を比較した結果、N1

およびN2症例と比較してN3症例は頸部再発を来しやすい傾向があり、有意に予後が不良であるとし、他にもN分類における病期が進行するほど頸部再発を来しやすく、予後不良という報告も多い^{13)22)~25)}。今回の症例でも鎖骨上リンパ節の腫脹を認めた3例、N3の1例はいずれも早期に死亡しており、一方、多発性でも上頸部に限局した症例の予後が良好であった。

また、病理組織学的に Barrie ら¹¹⁾は頸部郭清術と放射線治療を併用することを原則としたうえで、病理組織

診断にて腺癌であった症例には3年以上の長期生存を認めなかったことから、腺癌症例は予後が悪いとしている。今回の症例でも扁平上皮癌に比較して腺癌の予後が不良であった。

原発が不明のままでも長期生存例が得られる理由として、A)頸部に対する放射線治療の際、原発部位が照射野の中に含まれていた、B)リンパ節転移と考えていたものが実際は原発巣であり、腺外性に増殖した唾液腺腫瘍や鰓原性腫瘍などであった。C)原発巣の増殖が緩慢でそれ自体生体に障害を与えないなどが考えられている³⁾⁴⁾¹⁹⁾²⁰⁾。上記の項目A)については、Jesseら²⁶⁾の治療開始後の原発判明率が手術単独施行例と比較して、放射線単独施行例においては低率であったことにより裏付けられたとする報告もある¹⁹⁾。今回の症例2, 3, 7は長期生存症例で上記の項目Aであったと推察される。また、項目B)の鰓原性癌の診断基準については、1)胸鎖乳突筋前縁に沿って、耳珠軟骨より鎖骨までの間に存在する頸部腫瘍、2)組織学的に鰓弓の遺残から発生した腫瘍であること、3)少なくとも5年間経過観察をしても原発巣の認められない腫瘍であること、4)鰓原性の構造をもつ嚢胞壁より腫瘍が発生していることの組織学的に証明されることが考えられている¹⁸⁾²⁷⁾²⁸⁾。今回の症例1は、この中の項目1)と3)を満たすのみであるが、組織学的にリンパ節への転移を積極的に疑う所見が認められず、鰓原性癌である可能性が高いと考えている。

原発不明頸部転移癌の生存率には一定の傾向があり、はじめの2年で多くの症例が死亡し、その後は死亡率が一定化するという報告が多い³⁾⁴⁾¹⁴⁾²⁹⁾。今回の検討においても同様の傾向が認められたが、症例2では一次治療終了5年後に中咽頭に原発巣が出現しており、長期にわたる嚴重な経過観察が必要と考えられる。

Cokerら¹²⁾はリンパ節の大きさ、性状などを基準にして治療方針をある程度体系化しているが、多くの研究者の報告をみても、原発不明癌の定義、診断、治療などの点においてさまざまな方針がとられており、一概に予後を比較することは困難である。一般に予後が不良で症例が少ない疾患ではあるが、結果的に治癒可能例および長期生存例も存在することから、今後においても検討を重ね、定義、診断、治療などの体系化を行い、可能な限り生体に対し保存的であり、かつ疾患に対し根治的な治療をさらに追及する必要があると考えられた。

参考文献

- 1) Greenberg BE : Cervical lymph node metastasis from unknown primary sites. *Cancer* **19** : 1091~1095, 1966.
- 2) 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.
- 3) 酒井文隆, 木田亮紀, 遠藤壮平, 他 : 原発不明頸部転移癌の検討. *頭頸部腫瘍* **19** : 226~229, 1993.
- 4) 小出千秋, 樋口博行, 金野 克 : 原発不明頸部転移癌の検討. *日耳鼻* **88** : 161~168, 1985.
- 5) Acquarelli MJ, Matsunaga RS and Cruze K : Metastatic carcinoma of the neck of unknown primary origin. *Laryngoscope* **71** : 962~972, 1961.
- 6) 清水龍一, 佐竹文介, 牧野総太郎, 他 : 原発不明頸部転移性腫瘍10例の検討. *耳鼻臨床* **80** : 1273~1278, 1987.
- 7) 山際幹和, 坂倉康夫, 間島雄一, 他 : 原発不明頸部転移癌. *癌の臨床* **230** : 1425~1433, 1977.
- 8) 山下信昭, 齋藤 等, 佐藤文彦, 他 : 原発部位不明頸部転移癌. *日耳鼻* **86** : 164~170, 1983.
- 9) Fried MP, Diehl WH, Brownson RJ, et al : Cervical metastasis from an unknown primary. *Ann Otol Rhinol Laryngol* **84** : 152~157, 1975.
- 10) 竹田千里, 小野 勇, 海老原敏, 他 : 原発不明がん. *癌の臨床* **18** : 185~190, 1972.
- 11) Barrie JR, Knapper WH and Strong EW : Cervical nodal metastasis of unknown origin. *Am J Surg* **120** : 466~470, 1970.
- 12) Coker DD, Casterline PF, Chambers RG, et al : Metastasis to lymph nodes of the head and neck from an unknown primary site. *Am J Surg* **134** : 517~522, 1977.
- 13) Nguyen C, Shenouda G, Black MJ, et al : Metastatic squamous cell carcinoma to cervical lymph nodes unknown primary mucosal sites. *Head Neck* **1** : 58~63, 1994.
- 14) 井口 潔, 副島一彦, 池田俊彦, 他 : 外科よりみた原発不明癌の検討. *癌の臨床* **18** : 171~177, 1972.
- 15) 中之坊学, 大前由紀雄, 北原 哲, 他 : 原発不明頸部転移性癌症例の検討. *耳鼻* **39** : 671~675, 1993.
- 16) 長谷川淳一, 藤井 守, 平川勝洋, 他 : 原発不明頸部リンパ節転移癌の臨床的検討. *耳鼻臨床 補* **72** : 88~92, 1994.
- 17) 小宗静男, 森満 保 : 頸部転移癌の臨床統計. *耳鼻臨床* **77** : 1359~1365, 1984.
- 18) Batsakis JG : The pathology of head and neck tumors ; the occult primary and metastasis of the head and neck, part 10. *Head & Neck Surgery* **3** : 409~423, 1981.
- 19) 石橋敏夫, 坂本穆彦, 鎌田信悦, 他 : 10年健存中の頸部原発不明癌4例の検討. *耳喉* **58** : 339~344, 1986.
- 20) 金田浩一, 津屋 旭, 菅原 正, 他 : 原発不明癌の検討. *癌の臨床* **18** : 164~170, 1972.
- 21) Fitzpatrick PJ and Kotalik JF : Cervical metastasis from

- an unknown primary tumor. *Therapeutic Radiology* **110** : 659~664, 1974.
- 22) McCunniff A and Raben M : Metastatic carcinoma of the neck from an unknown primary. *Int J Radiat Biol Phys* **12** : 1849~1852, 1986.
- 23) Mobit-Tabataba MA, Dasmahapatra KS, Rush BF, et al : Management of squamous cell carcinoma of unknown origin in cervical lymph nodes. *Am Surg* **52** : 152~154, 1986.
- 24) Bataini JP, Rodriguez J, Jaulerry C, et al : Treatment of metastatic neck nodes secondary to an occult epidermoid carcinoma of head and neck. *Laryngoscope* **97** : 1080~1084, 1987.
- 25) Wang RC, Goepfert H, Barber AE, et al : Unknown primary squamous cell carcinoma metastasis to the neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* **116** : 1388~1393, 1990.
- 26) Jesse RH, Perez CA and Fletcher GH : Cervical lymph node metastasis from an unknown primary cancer. *Cancer* **31** : 854~859, 1972.
- 27) Martin HM, Morfit HM and Ehrlich H : The case for branchiogenic cancer (malignant branchioma). *Ann Surg* **132** : 867~887, 1950.
- 28) Krogdahl AS : Carcinoma occurring in branchial cleft cysts. *Acta Otolaryngol (Stockh)* **88** : 289~295, 1979.
- 29) 小島靖彦, 高松 修, 浅井伴衛, 他 : 原発不明頸部転移癌について. *外科診療* **15** : 169~173, 1973.
- (別刷請求先: 横山雄司
〒060 札幌市中央区南1条西16丁目
札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科学教室)