唾液腺原発悪性腫瘍の臨床的研究

横尾恵美子・天笠光雄・岩城 博・立花忠夫
藤井英治・石井純一・清水正嗣・塩田重利

Clinical studies on malignant tumors of the salivary glands

Emiko YOKOO・Teruo AMAGASA・Hiroshi IWAKI・Tadao TACHIBANA
Eiji FUJII・Junichi ISHII・Masatsugu SHIMIZU・Shigetoshi SHIODA

結 言

唾液腺腫瘍は、口腔外科領域において、しばしば遭遇する疾患の1つで、本腫瘍に関する臨床的ならびに病理組織学的研究が多数報告されてきたが^{1)~9)}、良性、悪性の鑑別が困難な場合も多く、また悪性腫瘍の場合、同一組織型においても悪性度の高いものから良性腫瘍に近いものまでさまざまであり、適切な診断基準や治療法が確立されていないのが現状である。そこで、われわれは、唾液腺原発上皮性悪性腫瘍の臨床像、組織型、治療経過ならびに予後について検討した。

対 象 症 例

1965年1月から1980年12月までの16年間に東京医科歯科大学歯学部第1口腔外科を受診した唾液腺腫瘍症例は246例で、そのうち悪性腫瘍と診断された107例(43.5%)を今回の研究対象とした。悪性腫瘍症例中、一次症例は100例(93.5%)、二次症例は7例(6.5%)であった。

研 究 結 果

A. 臨床所見

1. 性、年齢(表1)

患者の性別は男性50例、女性57例で、初診時の年齢は14歳から90歳までみられ、50歳代、60歳代、40歳代の順に多く、これらの年代をあわせると全体の約3分の2を占めていた。また性および年齢別頻度を組織型別に示すと図1のごとく、腺様嚢胞癌では40歳代より60歳代で約

表 1 性および年齢別症例数

年齢(歳)	男 性	女 性	計(%)
10~	3	1	4(3.7)
20~	2	6	8(7.5)
30~	3	9	12(11.2)
40~	9	12	21(19.6)
50~	14	13	27(25.2)
60~	13	11	24(22.4)
70~	4	3	7(6.5)
80~	2	2	4(3.7)
計	50	57	107(100.0)

4分の3を占めていたが、粘表皮腫では20歳代より60歳代まで各年代にわたり平均的にみられた。また悪性多形性腺腫は全例男性であった。

2. 部位、組織型(表2)

発生部位は、大唾液腺30例(耳下腺19例、顎下腺11例)、小唾液腺77例(口蓋27例、口底23例、下顎9例、頬部および上顎各7例、口唇3例、舌1例)であった。

組織型では、腺様嚢胞癌が40例(37.4%)と最も多く、次いで粘表皮腫37例(34.6%)、悪性多形性腺腫7例(6.5%)、その他の腺系悪性腫瘍15例(14.0%)、未分化癌6例(5.6%)、扁平上皮癌2例(1.9%)であった。

3. 病悩期間、自覚症状

病悩期間は2週から10年以上に及び、腺様嚢胞癌、悪性多形性腺腫の症例ではかなり長期間放置していたものもいたが、半数以上が症状自覚より1年以内に受診していた(表3)。

初診時に疼痛を伴った症例は27例で、その部位は大唾液腺14例(46.7%)、小唾液腺13例(16.9%)で、大唾液腺の方が相対的に高かった。その組織型は、腺様嚢胞癌12例(30.0%)、粘表皮腫4例(10.8%)、悪性多形性腺腫2例(28.6%)、未分化癌2例(33.3%)、その他の腺癌6例(40.0%)、扁平上皮癌1例(50.0%)であっ

東京医科歯科大学 歯学部 第1口腔外科学教室 (主任: 塩田重利教授)
The First Department of Oral Surgery, Faculty of Dentistry, Tokyo Medical and Dental University (Chief: Prof. Shigetoshi Shioda)
受付日: 昭和56年9月16日

図 1 唾液腺悪性腫瘍の性および年齢別頻度

表 2 組織型および部位別症例数

組織型	部位	耳下腺	顎下腺	口 底	口 蓋	頬 部	上 顎	下 顎	口 唇	舌	計
粘 表 皮 腫		5	4	4	14	1	3	4	2		37
腺 様 嚢 胞 癌		4	4	16	7	2	3	2	1	1	40
悪性多形性腺腫		1	1	1	4						7
腺 房 細 胞 腫		1									1
明細胞腺腫(癌)		1			1	1		1			4
腺 癌		1		2	1	1		1			6
未 分 化 癌		4				1		1			6
扁 平 上 皮 癌			2								2
分 類 不 詳		2				1	1				4
計		19	11	23	27	7	7	9	3	1	107

表 3 病 例 期 間

組織型	期 間	～ 3 か月	～ 6 か月	～ 1 年	～ 3 年	3 年～	計
粘 表 皮 癌		11	6	9	1	10	37
腺 様 嚢 胞 癌		8	3	6	13	10	40
悪 性 多 形 性 腺 腫		1	1	1	1	3	7
そ の 他 の 腺 癌		6	1	4	1	3	15
未 分 化 癌		1	2		3		6
扁 平 上 皮 癌		2					2
計		29	13	20	19	26	107

表 4 腫瘍の大きさ

組織型	大 き さ	～ 2.0 cm	～ 4.0 cm	4.1 cm～	不 明	計
粘 表 皮 癌		13	14	9	1	37
腺 様 嚢 胞 癌		2	22	15	1	40
悪 性 多 形 性 腺 腫			5	2		7
そ の 他 の 腺 癌		5	6	4		15
未 分 化 癌		3	1	2		6
扁 平 上 皮 癌			1	1		2
計		23	49	33	2	107

た。また、顔面神経麻痺あるいは知覚異常を訴えた症例は8例で、原発部位は耳下腺4例、口底2例、顎下腺、下顎各1例であった。その他の症例では、腫脹、膨隆が主症状であった。

4. 腫瘍の大きさ (表 4)

初診時における腫瘍の大きさは、長径が最小0.9 cm より最大7.5 cm までみられ、その内訳は、2.0cm 以下23例 (21.4%)、2.1～4.0 cm 49例 (45.9%)、4.1 cm 以上33例 (30.8%) であった。腺様嚢胞癌、悪性多形性腺腫症例では比較的大きいものが多かった。

5. 所属リンパ節所見

初診時に所属リンパ節転移が疑われた症例は15例で、その原発腫瘍の大きさは全例 3.0 cm 以上であった。原発部位は、口底6例 (26.1%)、耳下腺3例 (15.8%)、顎下腺3例 (27.3%)、口蓋2例 (7.4%)、下顎1例 (11.1%) であり、口底および顎下腺が相対的に多かった。その組織型は、腺様嚢胞癌9例 (22.5%)、粘表皮腫2例 (5.4%)、悪性多形性腺腫2例 (28.6%)、その他の腺癌1例 (6.7%)、扁平上皮癌1例 (50.0%) であった。

B. 治療および経過

1. 治療法

a. 一次症例

一次症例 100 例に対して行われた一次治療法は、表 5 に示すごとく、各組織型とも外科療法が主体となっているが、放射線療法を一次選択にした症例もあった。すな

わち、外科単独44例、外科＋化学療法9例、放射線単独11例、放射線＋化学療法2例、外科＋放射線16例、三者併用9例であった。なお、外科療法中、摘出のみの症例が8例あり、その組織型は、腺様嚢胞癌4例、粘表皮腫3例、その他の腺癌1例であった。また、原発腫瘍の切除と同時に頸部廓清術を施行した症例は17例で、うち10例でリンパ節転移が組織学的に確認された。放射線治療は、比較的高年齢患者に対し行われ、主として電子線または⁶⁰Co で、照射線量は3,000～8,000 rads であった。外科、放射線併用療法を行った症例は25例で、うち13例は腫瘍の大きさが4.1 cm 以上であった。

b. 二次症例

二次症例7例の既治療は外科6例、外科＋放射線1例で、一次治療終了後1か月より10年後に再発をきたし当科を受診した。当科での治療は、外科単独1例、外科＋化学療法3例、放射線単独1例、放射線＋化学療法2例であった。

2. 生存率

全症例 107 例の5年および10年累積生存率は61.1%、52.8%で、性別では女性 (10年累積生存率57.1%) が男性 (同43.1%) よりも優れていた (図 2)。部位別の累積生存率は図 3 に示すごとく、小唾液腺領域症例の方が、大唾液腺原発の症例よりも優れていた。また、大きさ別の10年累積生存率は、2.0 cm 以下76.5%、2.1～4.0 cm 57.3%、4.1 cm 以上27.2%と差が認められた (図 4)。

表 5 一次症例の治療法

組織型 治療法	粘表皮腫	腺様嚢胞癌	悪性多形性 腺腫	その他の 腺腫	未分化癌	扁平上皮癌	計
外科	25	10	3	6			44
外科+化学		5	1	1	1	1	9
放射線	1	5		4	1		11
放射線+化学				1		1	2
外科+放射線	4	9	2		1		16
外科+放射線+化学	2	4	1		2		9
化学療法				1			1
不治療	1	4		2	1		8
計	33	37	7	15	6	2	100

図 2 性別別累積生存率
唾液腺悪性腫瘍 107 例

図 3 部位別累積生存率

組織型別の生存率は、5年累積生存率で比較すると、粘表皮腫73.4%、腺様嚢胞癌64.9%、未分化癌54.6%、悪性多形性腺腫40.0%、その他の腺癌24.8%、扁平上皮癌0%で、10年では、腺様嚢胞癌のみ39.8%と低下した(図5)。一次症例100例の5年累積生存率は61.3%で、二次症例7例の51.0%より良好であった。一次症例100例の治療法別の生存率は図6に示すごとく、外科療法群が放射線療法群より優れていた。

3. 所属リンパ節転移

所属リンパ節転移の確認された症例は22例で、うち15例は初診時に、他の7例は一次治療終了後2か月より5年以内に認められ、一次治療の内訳は外科単独2例、放射線単独3例、外科+放射線1例、化学療法1例であっ

た。所属リンパ節転移の確認された22例の原発部位は、口底8例(34.8%)、耳下腺4例(21.1%)、顎下腺3例(27.3%)、口蓋2例(7.4%)、下顎2例(22.2%)、頬部および上顎各1例(14.2%)、口唇1例(33.3%)であった。原発腫瘍の大きさ別転移発現率は、4.1cm以上13例(39.4%)、2.1~4.0cm9例(18.4%)で、2.0cm以下では1例も認められなかった。また、組織型別では、腺様嚢胞癌12例(30.0%)、粘表皮腫4例(10.8%)、悪性多形性腺腫2例(28.6%)、その他の腺癌3例(20.0%)、扁平上皮癌1例(50.0%)であった。リンパ節に対する処置は外科療法8例、外科+化学療法2例、放射線療法1例、外科+放射線療法6例、三者併用療法2

図 4 腫瘍の大きさ別累積生存率

図 5 組織型別累積生存率

例, 化学療法 1 例, 不治療 2 例であり, 予後は 16 例が全経過 7 か月より 6 年 6 か月で腫瘍死した。

4. 肺転移

経過観察中に肺への転移が X 線学的に確認された症例は 21 例で, 原発部位は, 口底 9 例 (39.1%), 耳下腺 4 例 (21.1%), 顎下腺 4 例 (36.4%), 口蓋 2 例 (7.4%), 上下顎各 1 例で, 組織型は, 腺様嚢胞癌 14 例 (35.0%), その他の腺癌 5 例 (33.3%), 未分化癌, 扁平上皮癌各 1 例であった。原発腫瘍の大きさは 2.0 cm 以下 2 例 (8.7%), 2.1~4.0 cm 11 例 (22.4%), 4.1 cm 以上 8 例 (24.2%) で, 一次治療は, 外科単独 7 例のうち 5 例は摘出のみ, 外科+放射線および外科+化学各 4 例, 放射線+化学および三者併用各 2 例, 放射線単独および不治療各 1 例であった。初診時すでに肺転移の認められたものより, 一次治療終了後 6 年 6 か月後に認められたものまでであるが, うち 14 例は肺転移発見後 2 年以内に腫瘍死しており, 肺転移発見後の 5 年累積生存率は 26.6% と低かった。

5. 再発

再発症例は 20 例で, うち一次症例 16 例 (16.0%), 二次症例 4 例 (57.1%) で, 部位は, 口底 5 例 (21.7%), 耳下腺 4 例 (21.1%), 口蓋 3 例 (11.1%), 下顎 3 例 (33.3%), 顎下腺 2 例 (18.2%), 口唇 2 例 (66.7%), 頬部 1 例 (14.3%) であった。組織型では, 腺様嚢胞癌 9 例 (22.5%), 粘表皮腫 5 例 (13.5%), 悪性多形性腺腫 3 例 (42.9%), その他の腺癌 3 例 (20.0%) に再発をみている。腫瘍の大きさ別の再発率は, 2.0 cm 以下 3 例 (13.0%), 2.1~4.0 cm 11 例 (22.4%), 4.1 cm 以

図 6 一次症例の治療法別累積生存率

上 6 例 (18.2%) で, 2.0 cm を境界に再発率の違いを認めた。当科での初期治療法別の再発は, 外科単独 11 例 (24.4%), うち摘出のみ 4 例 (50.0%), 外科+化学 2 例 (16.7%), 放射線単独 3 例 (25.0%), 外科+放射線 4 例 (25.0%) であった。再発は, 一次治療終了後 4 か月から 5 年以内に認められ, 再発後の治療は, 外科療法

写真 1-a 右口蓋に発生した粘表皮腫の口腔内所見

写真 1-b aの試験切除標本
多形性腺腫と思われた(×130)

写真 1-c aの手術切除標本
粘表皮腫(Grade II)であった(×130)

写真 2 耳下腺に発生した未分化癌の組織所見
(×130)

6例, 外科+化学療法1例, 放射線療法7例, 放射線+化学療法1例, 外科+放射線2例, 三者併用1例, 化学療法2例であった。再発症例中, 肺転移をきたしたものの6例, 再発をくり返したものの6例であった。

考 察

唾液腺腫瘍は, 組織学的基準もいまだ論議のあるところで, 予後判定に長期間を要するために系統的な研究は少なく, 本腫瘍の全貌が明らかにされていないのが現状である。また, 臨床像のみでは良性, 悪性の鑑別が困難な場合も多く, 同一の腫瘍病巣でも, 組織学的には部位により種々の像を示し, 一部の組織像から正しい診断を得ることが困難である場合も少なくない(写真 1-a, b, c)。また悪性腫瘍の場合, 同一組織型でも悪性度の高いものから良性腫瘍に近いものまでさまざまであり, 治療基準も確立されていないのが現状である。そこでわれわれは, 唾液腺原発上皮性悪性腫瘍107例について検討し, 以下の考察を加えた。

A. 臨床所見

1. 性, 年齢

男女別発生頻度については, 各組織型ごとに種々の報告があり^{2-7, 12)}, やや女性に多い傾向であるが, 自験例では, 男50例, 女57例(男:女=1:1.14)であり差はみられなかった。悪性多形性腺腫のみ全例男性であった。年齢は14~90歳で, 50歳代, 60歳代, 40歳代の順に多く, これらの年代をあわせると全体の3分の2を占めていた。

2. 部位, 組織型

発生部位は, 大唾液腺30例(28.0%), 小唾液腺77例(72.0%)で, うち口蓋が27例(25.2%)と最も多く, 次いで口底23例(21.5%)であった。組織型では, 腺様嚢胞癌が40例(37.4%)と最も多く, 次いで粘表皮腫37例(34.6%), 悪性多形性腺腫7例(6.5%)の順であった。腺様嚢胞癌の好発部位は口底で, 粘表皮腫は口蓋に, また未分化癌は耳下腺に多くみられた(写真2)。唾液腺原発の扁平上皮癌は, 全唾液腺癌の1~17.6%^{3, 9-12)}にみられるといわれているが, 小唾液腺原発の扁平上皮

写真 3-a 右顎下腺に発生した扁平上皮癌の造影所見

腺体前縁に皿状の陰影欠損とその前方部に不規則な造影剤の漏洩像が存在する。

癌を証明することが困難であるため、現在のところ、耳下腺、顎下腺に発症したもののみが検索対象となっている。自験例では、扁平上皮癌は顎下腺原発の2例(1.9%)のみであった(写真 3-a, b)。腺房細胞腫、明細胞腺腫については、かつて良性腫瘍と考えられていたが、悪性の潜在能を有するものとして癌腫に属させる人が多く^{8,9,14,15)}、われわれも同様の見解である。

3. 自覚症状、病悩期間

大部分の症例は、腫瘤形成以外の症状はみられないが、中には疼痛や神経麻痺を伴う症例があった。初診時に疼痛を訴えた症例は27例で、粘表皮腫以外の各組織型において約30%の症例が疼痛を伴っていた。また、しびれ感等の神経症状を伴った症例は8例で、これらは腫瘍の大きさが4.0 cm以上の症例であった。病悩期間は2週から10年以上におよび、腺様囊胞癌、悪性多形性腺腫の症例では長期間放置していた症例が多かった。

4. 腫瘍の大きさ

腫瘍の大きさは、3 cm前後が多いといわれているが^{2,4-7)}、今回の検索では、2.0 cm以下23例(21.4%)、2.1~4.0 cm 49例(45.9%)、4.1 cm以上33例(30.8%)であった。腺様囊胞癌、悪性多形性腺腫の症例では比較的大きいものが多かったが、病悩期間の長かった症例が多かったためと思われる。

5. 大唾液腺腫瘍の唾液腺造影所見

大唾液腺原発腫瘍18例に対し、唾液腺造影を行った結果、管の断裂、陰影欠損、造影剤の漏洩等の悪性所見を呈した症例は7例であった。これらの症例を組織型別に比較すると、腺様囊胞癌5例中1例(写真 4-a, b)、粘表皮腫5例中2例、その他の腺癌2例中0例、未分化癌4例中2例、扁平上皮癌2例中2例に悪性所見が認められた。これらの結果より、唾液腺造影のみでは、良性、悪性の鑑別は不十分と思われる。CTScan, RIシンチグ

写真 3-b aの組織所見(×170)

写真 4-a 右顎下腺に発生した腺様囊胞癌の造影所見

辺縁明瞭な円形の圧排像を呈し、悪性浸潤像は認められない。

写真 4-b aの組織所見(×130)

ラム、超音波診断などの診断技術の進歩した今日、これらの総合診断^{16,17)}により、術前に腫瘍の局在性についてはかなり正確に判断することができるようになったが、悪性度についてはいまだ十分とはいえない。

写真 5 耳下腺に発生した粘表皮腫 (Grade I) の組織所見 (×80)

写真 6 上顎に発生した粘表皮腫 (Grade II) の組織所見 (×120)

B. 経過および治療成績

1. 治療成績

唾液腺原発悪性腫瘍の生存率に関して種々の報告^{4,7,18,19}があるが、当科における全症例 107 例の 5 年および 10 年累積生存率は各 61.1%, 52.8% で、性別では、女性 (10 年累積生存率 57.1%) が男性 (同 43.1%) より優れていた。初診時の平均年齢が、男性 53.8 歳、女性 48.8 歳と女性の方に若い症例が多かったことや、腫瘍の大きさが女性の方に小さい症例が多かったこともその一因をなすかと思われる。また腫瘍の大きさ別の 10 年累積生存率は、2.0 cm 以下 76.5%, 2.1~4.0 cm 57.3%, 4.1 cm 以上 27.2% と差が認められた。部位別では、小唾液腺原発症例 (10 年累積生存率 57.4%) が大唾液腺原発症例 (同 40.3%) よりも優れており、顎下腺原発腫瘍が最も予後不良であった。組織型別の生存率は図 5 に示すごとく、粘表皮腫が最も良好で、扁平上皮癌が最も低かった。しかし、粘表皮腫症例では、小唾液腺原発 (10 年累積生存率 88.4%) の方が大唾液腺原発 (同 36.7%) より成績がよかったが、腺様嚢胞癌症例では、大唾液腺原発 (同 72.9%) の方が小唾液腺原発 (同 30.6%) より予後が良好であった。

Healey ら²⁰や小守ら^{21,22}は、粘表皮腫を組織学的に分化の程度により 3 段階に分類しており、一般に悪性度が高くなるにつれて扁平上皮様細胞と中間細胞が主体をなし、粘液細胞は乏しくなるといわれている^{3,20,22,23} (写真 5, 6)。本研究では、5 年絶対生存率は、Grade I では 100%, Grade II が 83.3%, Grade III が 25.0% で、既報告とはほぼ同様の傾向であった。

腺様嚢胞癌は腺癌の 1 型であるが、腫瘍細胞の異型性あるいは核分裂像など悪性腫瘍としての性格が乏しく、経過も長いため良性腫瘍との鑑別が問題となるが、腫瘍の発育は浸潤性で、比較的予後の悪い疾患である。Eneroth ら²⁴は、本腫瘍を篩状構造が著明で予後の良い

写真 7 顎下腺に発生した腺様嚢胞癌の組織所見 充実性増殖像 (×210)

高分化型と、充実性増殖部が著明で予後の悪い低分化型とに分類している。また Eby ら²⁵や高城²⁶も篩状構造を示す典型像が主体をなす定型例に比べ、充実性増殖像 (写真 7)、索状浸潤像、管状腺癌様像を示す非定型例は予後が不良であると述べているが、今回の検索では、5 年以内の死亡例では、5 年以上の生存例に比し非定型例が多く、これまでの報告と同様であった。

本腫瘍に対する治療法は、各組織型とも手術療法が中心であるが、高齢者や腫瘍の大きさが比較的大きい症例では、放射線治療を主体もしくは併用したものが多かった。治療法別の生存率を比較すると、外科療法群が放射線療法群より優れていた。本腫瘍に対する放射線治療の効果が期待できるとの報告^{18,25,27-30}も散見されるが、腫瘍の大きさが 2.0 cm 以下の場合には周囲の健康組織を含めて切除するのみで十分良好な成績が得られた。2.1~4.0 cm の腫瘍については外科および放射線併用群がわずかながら外科単独群より良い成績であった。また、原発腫瘍の切除と同時に頸部廓清術を施行した症例は 17 例あり、うち 10 例でリンパ節転移が組織学的に確認

写真 8-a 口蓋に発生した悪性多形性腺腫の口腔内所見

写真 8-b aの組織所見 (×130)

写真 8-c aの頸部リンパ節転移巣

写真 9 左口底原発の腺様嚢胞癌の肺転移巣

写真 10 左耳下腺原発の腺癌の肺転移巣

された。頸部廓清術の必要性については見解がまちまちであるが^{4,6,29-32)}、われわれの結果からは、一般には治療的頸部廓清術が良いと考えられるが、リンパ節転移が少しでも疑われた場合は予防的頸部廓清術を積極的に併用するのがよいと思われる。

2. 転 移

頸部リンパ節転移は22例(20.6%)に認められ、大唾液腺原発7例(23.3%)、小唾液腺原発15例(19.5%)であった。組織型別では、腺様嚢胞癌12例(30.0%)、粘表皮腫4例(10.8%)、悪性多形性腺腫2例(28.6%) (写真 8-a, b, c)、その他の腺癌3例(20.0%)、扁平上皮癌1例(50.0%)で従来の報告^{1,8,18,22,26)}と大差がなかった。なお、初診時に頸部リンパ節転移を認めた15例の5年累積生存率は18.9%と低かった。

遠隔転移は既報告^{22,26,33)}と同様、おもに肺であり、骨、脳、肝、皮下組織にみられた症例もあった。肺への転移が確認された症例は21例(19.6%) (写真 9, 10)で、口底9例(39.1%)、顎下腺4例(36.4%)、耳下腺4例(21.1%)の順であった。組織型別では、腺様囊胞癌14例(35.0%)、その他の腺癌5例(33.3%)、未分化癌1例(16.6%)、扁平上皮癌1例(50.0%)であった。これら21例中には、初診時すでに肺転移の認められたものから、一次治療終了後6年6か月後に認められたものまでであるが、うち14例は、肺転移発見後2年以内に腫瘍死している。

肺転移の出現を、リンパ節転移の有無で比較すると、初診時にリンパ節転移の認められた15例中の6例に、また一次治療終了後に認められた7例中4例に肺転移が出現した。一方、経過観察中にリンパ節転移が認められずに肺転移の出現した症例が11例あり、うち5例は、原発巣の再発もみられなかった。これらの所見は、本腫瘍の転移経路として、リンパ行性のほかに血行性転移を考えさせるものであった。

3. 再発

経過観察中に再発の認められた症例は20例(18.7%)あり、うち一次症例16例、二次症例4例で、部位は、大唾液腺原発6例(20.0%)、小唾液腺原発14例(18.2%)であった。また、組織型別では、腺様囊胞癌9例(22.5%)、粘表皮腫5例(13.5%)、悪性多形性腺腫3例(42.9%)、その他の腺癌3例(20.0%)で、既報告^{1,18,22,25,26,34)}と同様な傾向であった。再発は一次治療終了後4か月から5年以内に認められ、うち2年を越えるものは8例あり、粘膜癌(扁平上皮癌)よりも長期にわたるものが多かった。これは唾液腺腫瘍の発育が緩慢なことに一致しており、治療後も長期観察が重要であることを示すものであった。三者併用療法群の再発はみられず、他の治療群間における再発率にはほとんど差が認められなかった。

以上、唾液腺原発悪性腫瘍について、治療成績を左右する因子を考慮しつつ、主として臨床的立場より検討した。本腫瘍は、臨床像のみでは良性と悪性の鑑別が容易でない場合も多く、他の口腔領域の悪性腫瘍に比べ、腫瘍の発育が緩慢なため悪性度がやや低いと考えられていたきらいもあるが、再発率や転移率がかなり高く、一次治療の成否が予後に及ぼす影響が大きい。本腫瘍の治療法としては、各組織型とも外科療法が第一次選択とされるが、粘表皮腫以外の症例では放射線治療の併用により治療成績の向上、特に局所再発の制御および延命効果が期待できた。CT Scan, RI シンチグラム、唾液腺造影、超音波診断などの進歩した今日、唾液腺腫瘍の早期診断と的確な治療方針の確立が可能となり、原発巣の完全切除および長期間にわたる経過観察が重要であると考えられる。

結 論

1965年から1980年までの16年間に、当科を受診した唾液腺原発悪性腫瘍107例について検討を加え、以下の結果を得た。

1. 患者の性別は、男性50例、女性57例で、年齢は14歳から90歳までみられ、50歳代、60歳代、40歳代の順が多かった。
2. 部位は、大唾液腺30例(耳下腺19例、顎下腺11例)、小唾液腺77例(口蓋27例、口底23例、下顎9例、頬部および上顎各7例、口唇3例、舌1例)であった。
3. 組織型では、腺様囊胞癌が40例と最も多く、次いで粘表皮腫37例、悪性多形性腺腫7例、その他の腺癌15例、未分化癌6例、扁平上皮癌2例であった。
4. 病期期間は2週から10年以上で、半数以上が1年未満であった。
5. 腫瘍の大きさは、2.0 cm 以下が23例、2.1~4.0 cm が49例、4.1 cm 以上が33例であった。
6. 一次症例100例の治療法は、外科単独44例、外科+化学療法9例、放射線単独11例、放射線+化学療法2例、外科+放射線16例、三者併用9例であった。
7. 全症例107例の10年累積生存率は52.8%で、性別では女性(57.1%)が男性(43.1%)より、部位別では小唾液腺原発症例(57.4%)が大唾液腺原発症例(40.3%)より優れていた。腫瘍の大きさが大きいもののほど治療成績が悪く、組織型では粘表皮腫が最も良好で、扁平上皮癌が最も悪かった。
8. 治療法の生存率は外科療法群が放射線療法群より優れていたが、放射線治療の併用により、局所再発の制御と延命効果が多少得られた。
9. 頸部リンパ節転移は22例に、肺転移は21例に認められ、また再発例は20例であり、転移率、再発率とも大唾液腺原発の方が高い傾向を示した。

本論文の要旨は、1981年5月30日第5回頭頸部腫瘍学会において発表した。

引 用 文 献

- 1) Foote, F.W., Jr., Frazell, E.L.: Tumors of major salivary glands. *Cancer* 6: 1065 1953.
- 2) 玉生みい: 唾液腺腫瘍の臨床的研究(特に小口腔腺腫瘍について). *口外誌* 5: 2 1959.
- 3) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理学Ⅱ. 永末書店, 京都, 1971, 1059頁.
- 4) 藤林孝司, 小幡幸男, 曾田忠雄, 他: 小唾液腺腫瘍の臨床的研究. *口科誌* 21: 901 1972.
- 5) Spiro, R.H., Koss, L.G., Hajdu, S.I., et al.: Tumors of minor salivary origin. A clinico-

- pathologic study of 492 cases. *Cancer* 31: 117 1973.
- 6) 坂本忠幸, 宮田和幸, 高木健次, 他: 口腔領域疾患の臨床病理学的検討, 第4報 唾液腺腫瘍について. *日口外誌* 26: 1017 1980.
 - 7) 斉藤利夫, 手島貞一, 田中広一, 他: 唾液腺腫瘍の臨床的観察. *口科誌* 26: 154 1977.
 - 8) Evans, R.W., Cruickshank, A.H.: *Epithelial tumors of the salivary glands*. ed 1, W.B. Saunders Co, Philadelphia, London, Toronto, 1970.
 - 9) 馬場謙介, 鷲津邦雄, 海老原敏, 他: 唾液腺腫瘍—その組織型と予後—, 癌の臨床 19: 893 1973.
 - 10) Grage, T.B., Lober, P.H.: Malignant tumors of the major salivary glands. *Surgery* 52: 284 1962.
 - 11) 尾崎登喜雄, 谷口晶英, 浜田 驍: 顎下腺原発扁平上皮癌の1例とその剖検所見. *米子医誌* 29: 408 1978.
 - 12) 前川泰人, 藤田 靖, 川村 仁, 他: 悪性多形性腺腫8例の検討. *日口外誌* 27: 977 1981.
 - 13) 山下健東, 曾和融生, 冬広雄一, 他: 顎下腺腫瘍の検討—自験16例を含む本邦報告例について—, *臨外* 34: 539 1979.
 - 14) 江崎民夫, 加藤裕生, 吉田正彦, 他: 小唾液腺腺房細胞癌の1例. 癌の臨床 20: 553 1974.
 - 15) Perzin, K.H., Livolsi, V.A.: Acinic cell carcinomas arising in salivary gland. A clinicopathologic study. *Cancer* 44: 1434 1979.
 - 16) 山下敏夫, 友田幸一, 二之湯修, 他: 耳下腺部腫瘍の総合診断—RI, CT, 超音波—, *耳鼻臨床* 71: 951 1978.
 - 17) 小池吉郎, 鈴木八郎: 耳下腺腫瘍の診断, 治療についての2, 3の問題点. *耳鼻* 24: 917 1978.
 - 18) Fu, K.K., Leibel, S.A., Levine, M.L., et al.: Carcinoma of the major and minor salivary glands. Analysis of treatment results sites and causes of failures. *Cancer* 40: 2882 1977.
 - 19) Walker, W.E., Rosenfeld, L., Hartmann, W.H.: Salivary gland carcinoma of the palate. *J oral Surg* 33: 936 1975.
 - 20) Healey, W.V., Perzin, K.H., Smith, L.: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. Classification, clinical pathologic correlation, and results of treatment. *Cancer* 26: 368 1970.
 - 21) 小守 昭, 高城 功, 岡田憲彦, 他: 唾液腺に原発した粘表皮腫の病理組織学的検討. *口病誌* 45: 263 1978.
 - 22) 小守 昭, 高城 功, 石川梧朗: 唾液腺粘表皮腫の悪性度についての検討. *口病誌* 46: 19 1979.
 - 23) Koblin, I., Koch, H.: On the nature of mucoepidermoid tumours of major and minor salivary glands. *J max.-fac. Surg* 2: 19 1974.
 - 24) Eneroth, C.M., Hjertman, L., Mobergen, G.: Adenoid cystic carcinoma of the palate. *Acta Otolaryng* 66: 248 1968.
 - 25) Eby, L., Johnson, D.S., Baker, H.W.: Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Cancer* 29: 1160 1972.
 - 26) 高城 功: 唾液腺原発腺様嚢胞癌についての病理学的検討. *口病誌* 43: 64 1976.
 - 27) 久保田昌宏, 森田和夫, 牟田信義: 腺様嚢胞癌の治療. *日医放誌* 36: 1082 1976.
 - 28) Elkon, D., Colman, M., Hendrickson, F.R.: Radiation therapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. *Cancer* 41: 502 1978.
 - 29) Reinfuss, M., Korzeniowski, S.: The role of radiotherapy in the treatment of malignant tumors of the salivary glands. *Tumori* 66: 467 1980.
 - 30) Shidnia, H., Hornback, N.B., Hamaker, R., et al.: Carcinoma of major salivary glands. *Cancer* 45: 693 1980.
 - 31) Spiro, E.H., Huvos, A.G., Strong, E.W.: Cancer of the parotid gland. A clinicopathologic study of 288 primary cases. *Am J Surg* 130: 452 1975.
 - 32) Spiro, R.H., Hajdu, S.I., Strong, E.W.: Tumors of submaxillary gland. *Am J Surg* 132: 463 1976.
 - 33) 佐藤方信, 野田三重子, 竹下信義, 他: 日本病理剖検輯報に基づく唾液腺癌剖検例の統計的観察. *日口外誌* 26: 691 1980.
 - 34) Melrose, R.J., Abrams, A.M., Howell, F.V.: Mucoepidermoid tumors of the intraoral minor salivary glands. *J Oral Path* 2: 314 1973.