頭頸部悪性腫瘍における重複癌症例の検討

瀧田正亮・谷口文章・林 雨 増
墨 哲 郎・大前政利・町谷卓男
川本知明・奥西泰子・作田正義

Multiple malignant tumors in the head and neck cancer

Masaaki TAKITA・Bunsho TANIGUCHI・Yue-tzeng LIN
Tetsuro SUMI・Masatoshi OHMAE・Takao MACHIYA
Tomoaki KAWAMOTO・Yasuko OKUNISHI・Masayoshi SAKUDA

Abstract: Twenty cases (4.3%) of multiple primary malignant tumors, including 3 cases of oral multicentric carcinoma, were found among 463 patients with malignant tumor of head and neck region at the our department, from September, 1978 through August, 1989. Ten were male and ten were female. Their mean age was 67.7 ± 11.5 years with a range 34 to 82 years. Synchronous (within 1 year) tumor were 8 cases and metachronous were 12. The average interval between the first and second tumors was 4.0 years with a range of from 6 months to 14 years.

There was a wide variety of other tumors distributed as follows: pharynx (3), bladder (2), and parotid region, thyroid, bronchus, breast, esophagus, stomach, uterine cervix, and skin, each. One of this group, forty percent (8/20 cases, including oral multicentric carcinoma) were combined cancers of digestive system.

Three cases of radiation induced cancer were found.

Key words: multiple primary cancer (重複癌), head and neck cancer (頭頸部癌)

緒 言

重複悪性腫瘍は、平均寿命の延長や悪性腫瘍に対する治療成績の向上に伴って近年増加する傾向にあり、口腔癌を治療対象とするわれわれ口腔外科医の立場からも、治療上看過できない問題として受け止められる。

今回われわれは最近の11年間に当科で経験された重複悪性腫瘍20例を集計し、その実態を報告すると共に、国内の報告論文を中心に検討を加えたので報告する。

対象症例および検討方法

1978年9月～1989年8月までの11年間に当科に受診し

大阪大学歯学部口腔外科学第2講座

(主任：作田正義教授)

The Second Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Osaka University Faculty of Dentistry (Chief: Prof. Masayoshi Sakuda)

受付：平成2年1月8日

た悪性腫瘍患者は463名で、そのうち Warren and Gates¹⁾の基準を満たし Moertel²⁾のカテゴリーで整理・分類できる重複悪性腫瘍は、口腔領域多発癌3例を含む20例(4.3%)にみられた。いずれも組織型(細胞診を含む)の確認できた症例に限り、臨床診断のみの症例は対象から除いた。また両腫瘍の発生時期の間隔については、確定診断(組織診断)の得られた時点を基準に算出した。

結 果

1. 性別ならびに年齢

男性10名、女性10名で、第2癌の発見時(確定診断時)の年齢分布は34～82歳で平均 67.7 ± 11.5 歳であり、当科初診時の平均年齢では 65.6 ± 11.4 歳であった(表1)。

2. 組織型

内訳は1次癌、2次癌を含め、扁平上皮癌29例、腺癌7例、移行上皮癌2例の他骨肉腫および悪性黒色腫が各1例ずつであり、組み合わせでは扁平上皮癌—扁平上皮

表 1 当科における重複癌患者の内訳

症例	年齢	性	1 次癌（組織型）	発生間隔	2 次癌（組織型）
1	67	♀	子宮頸部（扁平上皮癌）	4 年 9 か月	舌（扁平上皮癌）*
2	73	♂	膀胱（移行上皮癌）	6 年 1 か月	下顎骨肉（扁平上皮癌）
3	57	♂	上顎骨肉（扁平上皮癌）	6 か月	気管支（扁平上皮癌）
4	56	♂	舌（扁平上皮癌）	1 年 6 か月	膀胱（移行上皮癌）
5	52	♀	舌（扁平上皮癌）	7 か月	乳腺（腺癌）
6	70	♂	喉頭（扁平上皮癌）	9 年 2 か月	口底（扁平上皮癌）
7	61	♀	臼後部（腺様嚢胞癌）	6 か月	甲状腺（濾胞状腺癌）
8	78	♂	胃（腺癌）	1 年（未満）	上顎骨肉（扁平上皮癌）
9	72	♀	下顎骨肉（扁平上皮癌）	1 年 8 か月	皮膚（悪性黒色腫）
10	82	♀	舌（扁平上皮癌）	4 年 6 か月	食道（腺癌）
11	52	♂	舌（扁平上皮癌）	5 年 1 か月	咽頭（扁平上皮癌）
12	68	♂	舌（扁平上皮癌）	2 か月	咽頭（扁平上皮癌）*
13	76	♂	前立腺（腺癌）	1 年 2 か月	下顎骨肉（扁平上皮癌）
14	66	♂	口底（扁平上皮癌）	3 年 4 か月	耳下腺部（腺房細胞腫）
15	34	♀	咽頭（扁平上皮癌）	10年10か月	上顎骨（骨肉腫）
16	75	♀	舌（扁平上皮癌）	14年2か月	上顎骨肉（扁平上皮癌）
17	72	♀	上顎洞（扁平上皮癌）	13年	鼻腔（扁平上皮癌）
18	78	♀	頬粘膜（疣贅癌）	／	口蓋（扁平上皮癌）
19	79	♀	舌（疣贅癌）	11か月	口唇（扁平上皮癌）
20	75	♂	左下顎骨肉（扁平上皮癌）	6 か月	右下顎骨肉（扁平上皮癌）

* 初期癌
#1 症例14～17は1次癌の治療に放射線療法が併用され、その照射野内に2次癌の発生をみたもの。
#2 症例18～19は口腔領域多発癌

癌10例(放射線誘発性の可能性の高い2例を含む)、扁平上皮癌一腺癌5例、扁平上皮癌一移行上皮癌2例、その他、扁平上皮癌一骨肉腫(放射線誘発性と考えられる)、扁平上皮癌一悪性黒色腫、腺癌一腺癌が各1例ずつで、いずれも2重複癌であった(表1)。

3. 発生部位および臓器

口腔領域側の腫瘍の発生部位については、1次癌では舌が最も多く、2次癌では上・下顎骨肉に多くみられ、当科における単発性癌の部位別頻度^{3,4)}に類似したものであった(表2)。他臓器癌の発生部位については、単一臓器に集中する傾向はなく、比較的多岐にわたっている(表3)が、症例16、18～20の口腔領域内の重複例も含め、消化器系臓器としてまとめると、消化器系臓器および頭頸部領域内での重複は8例(40%)ということになる。泌尿・生殖系との重複例は4例(20%)にみられた。

4. 発生間隔

第1癌の診断時(確定診断時)から第2癌の診断時(確定診断時)までの期間は、関根⁵⁾の基準に従うと1年未満の同時性8例に対して1年以上の異時性は12例で

表 2 上顎洞および口腔領域癌の部位別頻度

部位	1 次癌	2 次癌	計
舌	6	1	7
下顎骨肉	1	2	3
上顎骨肉	1	2	3
口底	1	1	2
臼後部	1	0	1
上顎骨	0	1	1
上顎洞	1	0	1
計	11	7	18

口腔領域多発性癌3例を除く。

あり、その平均発生間隔は4.0年であった。発生間隔により症例を分類し、その予後について検討した(表4)。その結果、現時点での同時性発生例の死亡率は50%であるのに対し、異時性発生例の死亡率は30%であるが、発生間隔10年以上の症例の死亡が目立つ。発生間隔10年以上の症例とは、症例15、16、17であり、いずれも放射線

表 3 他臓器癌の部位

部位	1次癌	2次癌	計
鼻腔	0	1	1
咽頭	1	2	3
喉頭	1	0	1
耳下腺部	0	1	1
甲状腺	0	1	1
気管支	0	1	1
乳腺	0	1	1
食道	0	1	1
胃	1	0	1
膀胱	1	1	2
子宮	1	0	1
前立腺	1	0	1
皮膚	0	1	1
計	6	10	16

表 4 発生間隔による分類およびその予後

発生間隔		死亡例数/症例数	
同時性	1 年未満	4/8 (4/4)*	
異時性	1 ～ 3 年未満	0/3	4/12
	3 ～ 5 年未満	1/3 (0/1)*	
	5 ～10年未満	0/3	
	10以上	3/3 (2/3)*	
計		8/20	

* 口腔癌による死亡例数/死亡例数

誘発性（それぞれ酒井らの放射線誘発癌の確信度分類⁶⁾のA-1群、B-1群、およびB-1群に相当する）と考えられるものであった。なお、症例14⁷⁾は、放射線療法を併用した口底癌症例で、1次治療後照射野内に第2癌の発生をみたものであり、誘発性の可能性も示唆されるが、潜伏期間の点で確信度分類では判定できなかったことを付記する。

5. 第2癌の発見状況について

第1癌が口腔領域癌の症例で治療後、他部位または他臓器に第2癌が発生した症例の発見状況および第2癌の対応をまとめた（表5）。その結果、follow-up の中断した症例および当科で対応した症例を除けば、口腔領域癌の follow-up 中に当科で他臓器の異常を発見し、いずれも該当する科への紹介により診断が確定された後、ただちに治療が開始されていることが示された。逆に他臓器1次癌症例の当科への来院経路については、1次癌の治療担当科より直接紹介を受けたものは、症例13の1例のみで、ほとんどの症例が近医歯科より紹介され来院していた（表6）。

考 察

国内における主たる論文の中から頭頸部領域における重複癌の発生件数についての臨床報告を抜粋し、まとめてみた⁸⁻¹⁷⁾（表7）。耳鼻科からの報告が主で、各施設によって母集団の例数には多少の差がみられるが、1960年代、1970年代、1980年代と、口腔癌を含む頭頸部領域癌との重複癌の報告件数が増加してきていることが示されている。この傾向は同一施設での長期間にわたる多数症例を扱った報告¹⁸⁾でも認められる。今後も平均寿命の

表 5 口腔領域1次癌症例の経過

症例	口腔癌 (部位)	発生間隔	所 見	対 応	2次癌	治 療	予後
3	上顎歯肉	6か月	胸部X線像異常	内科紹介	肺癌	CT+RT	生
4	舌	1年6か月	尿沈査異常	泌尿科紹介	膀胱癌	CT	生
5	舌	7か月	乳腺腫脹	外科紹介	乳癌	OP	死 ^{*1}
7	白後部	6か月	甲状腺腫脹	外科紹介	甲状腺癌	OP	生
9	下顎歯肉	1年8か月	頬部皮膚黒色腫瘍	皮膚科紹介	悪性黒色腫	OP	生
10	舌	4年6か月	(follow-up 中断)		食道癌	(-)	死 ^{*2}
11	舌	5年1か月	咽頭部腫脹	耳鼻科紹介	咽頭癌	RT	生
12	舌	2か月	咽頭部腫脹	放科紹介	咽頭癌	RT	生
14	口底	3年4か月	耳下腺部腫瘍	当科	腺房細胞腫	OP	生
16	舌	14年2か月	歯肉腫脹	当科	上顎歯肉癌	OP+CT	死 ^{*1}
(17)	上顎洞	13年	鼻出血	当科	鼻腔癌	CT	死 ^{*2)}

CT: 化学療法 RT: 放射線療法 OP: 手術療法

死因 *1 口腔癌 *2 他臓器癌

表 6 他臓器1次癌症例の経過

症例	他臓器癌	発生間隔	来院経路および所見	2次癌	治療	予後
1	子宮頸癌	4年9か月	(歯科より紹介来院)	舌癌	OP	生
2	膀胱癌	6年1か月		下顎歯肉癌	RT+OP	生
6	喉頭癌	9年2か月		口底癌	OP	生
8	胃癌	1年(未満)		上顎歯肉癌	OP	死*
13	前立腺癌	1年2か月	泌尿科より 骨シンチにて下顎に集積像	下顎歯肉癌	OP	生
15	咽頭癌	10年10か月	耳鼻科より+	上顎骨肉腫	OP+CT	死*

CT: 化学療法 RT: 放射線療法 OP: 手術療法

*: 放射線性骨髄炎の経過観察中当科で発見

死因 * 口腔領域癌

表 7 頭頸部領域の重複癌の頻度

報告者	年次	癌患者数	重複癌患者数	%
中村 ⁵⁾ (耳鼻科)	1964年	374	6	1.60
松村 ⁹⁾ (耳鼻科)	1968年	420	6	1.43
佐藤 ¹⁰⁾ (耳鼻科)	1971年	1,319	63	4.78
犬山 ¹¹⁾ (耳鼻科)	1976年	1,093	23	2.10
遠藤 ¹²⁾ (耳鼻科)	1977年	485	12	2.47
川本 ¹³⁾ (放射線科)	1982年	2,802	132	4.71
喜多 ¹⁴⁾ (耳鼻科)	1983年	947	66	6.97
伊東 ¹⁵⁾ (耳鼻科)	1985年	658	28	4.26
小野 ¹⁶⁾ (ガンセンター)	1987年	2,530	113	4.47
野口 ¹⁷⁾ (口腔外科)	1989年	412	26	6.31

延長、発癌環境因子の増加、あるいは悪性腫瘍に対する治療成績の向上などに伴ってその発生頻度は増加していくと考えられるが、重複癌の発生頻度を検討するには念頭に置かなければならない点がある。臨床統計と病理解剖統計とは性質を異にするものであるし、現在のわが国では診断根拠、検索対象（母集団）、集計方法などについての取り扱い方が、各施設間において一定していない、という現状も踏まえていなければならない。とりわけ臨床サイドから重要と思われる点は、治療後の観察期間と第1癌の生存率である。たとえば長期間にわたって観察すればするほど当然重複癌の発生頻度は高くなるであろうし、逆に第1癌の悪性度が高く生存率が低くなれば、患者の生存期間も短くなり他臓器に第2癌が発生していても、それが顕性化する前に死亡してしまう可能性がある。

ちなみに1985年に行った当科集計³⁾における上顎洞並びに口腔領域扁平上皮癌148例の5年生存率（1988年10月末日を最終確認日としてKaplan—Meier法により算出）は59.3%であるが、上・下顎歯肉癌における組織学的悪性度評点からみた5年生存率では、低悪性群の100

%に対し高悪性群は28.2%ときわめて大きな差が認められている¹⁹⁾。異時性重複癌における第2癌の発生は、第1癌の治療後通常の5年の観察期間以後にもかなりの割合で出現している^{11,13-15,20)}。こと、放射線誘発癌（白血病を除く）の平均潜伏期間は15年前後であるという⁶⁾期間を考慮すると、上述のような予後不良の腫瘍群患者における第2癌発生の可能性も無視できないものと考えられる。したがって重複癌の発生件数の臨床報告については、母数を構成している対象症例の内容（層）によって影響を受けているものであるから、各治療施設におけるその年代での治療状況や、follow-upの状況を踏まえた上での数値と解さなければならない。

重複癌の判定基準については、古くからのWarren and Gatesの基準¹⁾が、現在でもなお広く用いられているが、これによれば2腫瘍間における組織型が同一であれば、転移性か原発性かの判定が困難な場合が少なくなかった。しかしながら、近年癌治療後のfollow-up態勢が整ってくるに従い、第2癌発生時の発見は比較的早期（初期癌の状態）に行われることが多く、たとえば扁平上皮癌どうしの組み合わせでも、既存の粘膜上皮や脈管

との関係から原発性か転移性かの判断は容易になるものと思われる。今回の集計症例中扁平上皮癌どうしの組み合わせは、症例1, 3, 6, 11, 12, 16~20の計10例であるが、このうち症例1, 3, 6, 11, 20はいずれも生検所見により2次癌が原発性扁平上皮癌であることが確認されており、症例16, 17については酒井らの放射線誘発性癌の確信度分類⁶⁾のB群-1以上の基準を満足している。また症例18, 19は、一方が亜型としての組み合わせであるので、したがって、全例において転移性の否定は容易にできたと思われる。

重複癌においては、腫瘍発生の時間的関係が重視され、発生間隔により同時性と異時性とに分けられているが、現在のわが国ではその基準となる期間が、3か月以内¹⁶⁾、6か月未満^{13, 14, 17)}、1年未満または1年以内^{5, 11, 20)}など報告者によりまちまちであり、また発生時期に対する診断方法についても、一定の取り扱い規約がなく、各施設によって異なっているのが現状である。この同時性癌に対する取り扱い方の違いは、IARC(International Agency for Research on Cancer)²¹⁾や米国NCIのSEER(Surveillance Epidemiology and End Result)²²⁾などの多重癌の登録に使用されているシステムにおいてもみられる。現実には発癌の時点でとらえることは困難で、第2癌が1年以内に発現し証明された場合には同時性、それ以上の場合には異時性として扱われることが多い⁵⁾とされている。今回の集計20例中発生間隔が1年未満の同時性発生例として扱ったものは8例であるが、これはあくまでも確定診断(組織診断)が得られた時期をもとに集計したものである。症例7は、発生間隔6か月になっているが、当科初診時にはすでに甲状腺部にも腫脹がみられ、ただちに本学医学部附属病院第2外科の対診を求めたところ、甲状腺良性腫瘍と臨床診断され、口腔側腫瘍の治療を先行させるという方針が立てられたために、結果的に甲状腺癌の確定診断が遅れたものである。臨床的にfalse negativeを呈する場合には、集計上先行癌と続発癌が逆転する可能性がある。また、症例8は無歯顎で上下顎に総義歯が装着されていたが、第1癌(胃癌)の治療後IVH(intravenous hyperalimentation)により管理されており、経口摂取が可能になった当科初診6か月前には、すでにM部の肉内腫脹により義歯の不適合を訴えていた。本症例も集計上は発生間隔1年未満となるが、現実には第1癌の治療後5~6か月以内の時点で、第2癌はすでに顕在化していたものと思われる。したがって発生間隔の算出については、個々の症例の受診状況によってかなり左右されるので、確定診断時(組織診断時)を第2癌の発生時期とするならば、第1癌の診断後1年以内に診断された症例については同時性、それ以上の症例を異時性として扱う方が無理がないように思われる。

口腔を含む頭頸部癌の他臓器癌との重複部位について

は、食道や胃との重複が多いとされている^{10, 11, 13~17)}が、今回のわれわれの集計症例では、特定の臓器に集中する傾向はみられなかった。しかしながら、口腔領域多発癌が3例含まれているとはいえ、8例(40%)が消化器系臓器との重複ということになり、また頭頸部癌どうしの重複をみても8例(40%)を数えている。この面からは上部消化器を構成する口腔領域の癌に対してもfield carcinogenesis^{23, 24)}の認識を高めるとともに、放射線治療に対する誘発性癌発生の可能性・危険性を念頭に置いたfollow-upが必要と思われる。なお、泌尿・生殖器系臓器癌との重複は4例(20%)であり、当該科が口腔外科との関連の少ない診療科とはいえ、綿密な連携が必要と考えられる。

参考までに1984~1988年までの日本病理剖検輯報²⁵⁾から、口唇を含む口腔癌との2重複癌発現部位の部位別頻度を検討してみた(表8)。消化器系臓器癌との重複は合計62.6%を占めるが、臓器別では単発性癌の罹患率が通常10位前後にランクされる食道癌^{26, 27)}が、口腔領域癌との組み合わせでは第1位を占めていることは注目される。

発生間隔による分類からみた予後については、1年未満の同時性症例と10年以上の間隔を有する異時性症例に死亡例が多くみられた。同時性の死亡例4例のうち3例は高齢者の口腔領域多発性癌で、適切な治療方針が立てられなかったことが、予後不良の背景因子と考えられた。また、10年以上の間隔で発生した異時性症例の3例は、いずれも放射線誘発性の可能性の高いものであり、手術療法を行った2例についていえば、安全域の設定が単発性のものに比べ困難で、その上処置法の制限、組織の瘢痕化による手術施行上の困難さなどのため、術後も断端部周囲に遅発性に再発をきたし、制御できなかったものである。放射線誘発性癌の問題は、放射線治療を併用する頻度の高い口腔領域癌に対しては、生存率の向上につれて、重要性を増す課題の1つとなる。

先行癌の臓器別では、口腔領域1次癌症例11例、他臓器1次癌症例6例、および口腔領域多発癌症例3例という内訳であるが、このうち前二者の第2癌の発見状況については、結果の(5)で取り上げた。第1癌が口腔領域癌の症例すなわち口腔癌の治療後に、第2癌が他臓器に発生した症例については、他臓器癌(第2癌)の早期発見、早期治療に第1癌の治療科としての当科が、積極的な役割を果たしていることが示されていた。一方他臓器癌が第1癌であった症例については、発生間隔の長い異時性症例が多いという点も考慮しなければならないが、第1癌の治療科より直接紹介を受けたものは症例13の前立腺癌の術後、⁶⁷Ga-骨シンチによる検索で下顎に異常集積像を認め、当科に精査依頼をされた1例を除き、他はすべて近医歯科より紹介され来科しているのが現状である。このことは続発性癌の制御も重要となる重複癌症

表 8 2 重複癌における口腔癌との組み合わせ臓器

	1984	1985	1986	1987	1988	計
食道	8 (26.7)	4 (8.7)	10 (23.3)	9 (20.0)	8 (20.5)	39 (19.2)
胃	2 (6.7)	8 (17.4)	7 (16.3)	8 (17.8)	6 (15.4)	31 (15.3)
肝・肝内胆管	1 (3.3)	5 (10.9)	7 (16.3)	5 (11.1)	3 (7.7)	21 (10.3)
虫垂・盲・結*・直腸	2 (6.7)	7 (15.2)	1 (2.3)	5 (11.1)	3 (7.7)	18 (8.9)
口腔 (舌・歯肉・他)	4 (13.3)	—	2 (4.7)	4 (8.9)	1 (2.6)	11 (5.4)
膵・ラ氏島	—	—	1 (2.3)	1 (2.2)	1 (2.6)	3 (1.5)
下咽頭	—	2 (4.3)	—	—	—	2 (1.0)
胆嚢	—	2 (4.3)	—	—	—	2 (1.0)
肺・気管・気管支	4 (13.3)	8 (17.4)	4 (9.3)	6 (13.3)	7 (17.9)	29 (14.3)
鼻腔・上顎洞	—	1 (2.2)	—	1 (2.2)	—	2 (1.0)
喉頭	1 (3.3)	1 (2.2)	—	—	—	2 (1.0)
膀胱	2 (6.7)	—	1 (2.3)	2 (4.4)	2 (5.1)	7 (3.4)
腎・他の泌尿器	—	—	—	—	2 (5.1)	2 (1.0)
子宮頸部	1 (3.3)	2 (4.3)	—	1 (2.2)	—	4 (2.0)
乳腺	—	—	1 (2.3)	—	1 (2.6)	2 (1.0)
卵巣	—	—	—	—	1 (2.6)	1 (0.5)
前立腺	2 (6.7)	1 (2.2)	1 (2.3)	1 (2.2)	1 (2.6)	6 (3.0)
甲状腺	2 (6.7)	2 (4.3)	1 (2.3)	1 (2.2)	—	6 (3.0)
リンパ・細網	1 (3.3)	1 (2.2)	5 (11.6)	1 (2.2)	1 (2.6)	9 (4.4)
造血・骨髓	—	—	2 (4.7)	—	2 (5.1)	4 (2.0)
骨	—	1 (2.2)	—	—	—	1 (0.5)
脳・脳膜	—	1 (2.2)	—	—	—	1 (0.5)
合 計	30	46	43	45	39	203 (100)

* S 字結腸含む
() は%を示す

例では、先行癌の治療施設の果たす責務は大きく、各施設、各科の連係を含めて、綿密な follow-up 態勢が確立される方向で検討が行われる必要性を示すものである。

なお、大阪府下では、現在癌患者登録制度が実施・整備され²⁷⁾、大阪府在住の癌登録患者の追跡調査が可能である。重複癌の制御という点からは1次癌治療科の果たす役割は大きく、当科でも全例に癌登録を行い登録番号を付与して、follow-up 態勢を確立するとともに、5年以上の長期の無癌生存例で患者の都合などにより来院できない症例に対しても、往復葉書で生存状態の確認を行っている。

重複癌の発生要因については種々議論されている²⁸⁾が、担癌状態や癌治療に伴う免疫能の低下は事実であり、体質的・遺伝的要因、発癌環境なども重要な因子として取り上げられるが、それらについて単発性癌と比較することは、冒頭で述べたごとく第1癌の生存期間や、follow-up 期間という問題があるので、対象症例を厳密に層別化して検討²⁹⁾しなければ、正確な結果は得られないものと思われる。放射線誘発癌についても、状況証拠

に基づく酒井らの確信度分類⁶⁾により判定せざるを得ない現在では、確定的な結論を下すことはできないが、化学療法に対する重複癌発生の問題³⁰⁾とともに、今後の課題として検討されなければならない。

結 語

1. 最近の11年間に当科を受診した悪性腫瘍患者463名に対して、口腔領域多発癌3名を含む20名(4.3%)に重複癌症例がみられた。
2. 発生間隔1年未満の同時性8例、1年以上の異時性12例であり、現時点での死亡率は同時性の50%(4/8例)に対し、異時性の死亡率は33%(4/12例)であった。なお、異時性症例の死亡例4例中3例は、放射線誘発性癌の可能性の高いものであった。
3. 口腔領域癌に対する重複癌臓器は多岐に及んでいたが、口腔・咽頭を含む消化器系臓器並びに頭頸部領域内での重複は、それぞれ40%(8/20例)を占めていた。

本論文の要旨は平成元年10月の第34回日本口腔外科学会総会（郡山市）において発表した。

引用文献

- 1) Warren, S. and Gates, O.: Multiple primary malignant tumors, a survey of the literature and a statistical study. *Am J Cancer* 16: 1358-1414 1932.
- 2) Moertel, C.G.: Multiple primary malignant neoplasms Historical perspectives. *Cancer* 40: 1786-1792 1977.
- 3) 滝田正亮, 町谷卓男, 他: 過去5年間に於ける生検例の臨床統計的観察. *阪大歯学誌* 30: 161-168 1985.
- 4) 滝田正亮, 林 雨増, 他: 大阪大学歯学部附属病院第二口腔外科における生検例の臨床統計的観察—Ⅱ (昭和58年10月～昭和63年9月). *阪大歯学誌* 34: 232-239 1989.
- 5) 関根 毅: 重複癌とは、臨床の立場から. *最新医学* 40: 1580-1587 1985.
- 6) 酒井邦夫, 日向 浩, 他: 放射線治療後の発癌に関する全国調査成績. *日医放会誌* 41: 24-32 1981.
- 7) 入来院光彦, 滝田正亮, 他: 口底癌の治療後に発生した耳下腺部腺房細胞腫の1例. *日口外誌* 35: 2240 (抄) 1989.
- 8) 中村明正, 星谷 徹, 他: 重複癌6例. *耳喉* 36: 945-947 1967.
- 9) 松村祐二郎, 坂本 守, 他: 最近経験した原発性重複悪性腫瘍の6症例. *耳鼻* 14: 207-215 1968.
- 10) 佐藤武男, 酒井俊一, 他: 喉頭癌・下咽頭癌および上顎癌患者にみられた重複癌について. *耳鼻* 17: 51-57 1971.
- 11) 犬山征夫, 斎藤成司, 他: 当教室における重複悪性腫瘍症例及び本邦報告例の統計的観察. *日耳鼻* 79: 189-202 1976.
- 12) 遠藤洋一, 青木輝行, 他: 耳鼻咽喉科領域でみられた重複癌12症例について. *耳鼻臨床* 70: 841-845 1977.
- 13) 川本誠一, 池田 恢, 他: 頭頸部癌症例における重複癌—重複部位・頻度など統計的考察—癌の臨床 28: 1-7 1982.
- 14) 喜多みどり, 大川智彦, 他: 頭頸部悪性腫瘍における重複癌症例の検討. *臨放* 29: 289-294 1983.
- 15) 伊藤一則, 松崎 勉, 他: 当教室過去7年間の重複癌について. *頭頸部腫瘍* 12: 131 1985.
- 16) 小野 勇: 重複癌—その診断・治療—頭頸部領域と他臓器. *最新医学* 40: 1711-1715 1985.
- 17) 野口 誠, 平塚博義, 他: 当科における重複癌26例の臨床的検討. *日癌治* 24: 990-998 1989.
- 18) 大川智彦, 喜多みどり, 他: Multiple primary malignant neoplasm of the head and neck. *日癌治* 24: 957-965 1989.
- 19) Takita, M., Taniguchi, B., et al.: Histologic evaluation of seventy cases of gingival carcinoma. *日癌治* 24 (抄): 153 1989.
- 20) 加賀美芳和, 桜井智康, 他: 重複癌症例の検討. *癌の臨床* 26: 896-899 1980.
- 21) Maciennan, R., Muir, C., et al.: Cancer registration and its techniques. IARC Scientific Publications No. 21. IARC (International Agency for Research on Cancer), Lyon, p 54, 1978.
- 22) The code manual of the Surveillance Epidemiology and End Result (SEER) Program. National cancer Institute, Bethesda.
- 23) Slaughter, D.P., Southwick, H.W., et al.: "Field cancerization" in oral stratified squamous epithelium. *Cancer* 6: 963-968 1953.
- 24) McGuirt, W.F., Matthews, B., et al: Multiple simultaneous tumors in patients with head and neck cancer. A prospective, sequential panendoscopic study. *Cancer* 50: 1195-1199 1982.
- 25) 日本病理学会編: 日本病理剖検輯報, 第26輯 (1984)～第30輯 (1988).
- 26) 藤本伊三郎: 日本医学会／第80回日本医学会シンポジウム 指定発言—地域癌登録の疫学的意義. *日医会雑誌* 99: 799-801 1988.
- 27) 大阪府環境保健部, 大阪府医師会, 大阪府立成人病センター: 大阪府におけるがん登録 第45報—昭和60年のがんの罹患と医療—付. 昭和56年罹患患者の5年相対生存率. 1988.
- 28) Boice, J.D., Storm, H.H., et al.: Introduction to the study of multiple primary cancers. *Natl Cancer Inst Monogr* 68: 3-9 1985.
- 29) 加藤育子, 富永祐民: 重複癌の疫学—癌登録より. *最新医学* 40: 1588-1592 1985.
- 30) 梶谷 鑠: 重複癌とは、将来への展望. *最新医学* 40: 1721-1724 1985.