口腔癌における旧 N3 症例 (UICC 1978 年分類) の臨床的検討

藤林孝司・山本忠浩・森 良之・東 みゆき
富塚清二・和氣不二夫・高橋雄三・榎本昭二

**A clinical review of previous N3 cases (criteria by UICC 1978)
in oral cancers**

Takashi FUJIBAYASHI • Tadahiro YAMAMOTO • Yoshiyuki MORI
Miyuki AZUMA • Seiji TOMIZUKA • Fujio WAKE
Yuzo TAKAHASHI • Shoji ENOMOTO

Abstract: Head and neck cancers that have evidence of involvement of fixed regional lymph nodes metastasis had been defined as N3 by previous criteria of UICC in 1978. Thirty-nine patients of those N3 cases treated in our clinic from 1975 to 1986 were reviewed.

The following characteristics of N3 cases were found by comparing N3 with NO-2 cases of the same period. The most frequent primary site of N3 case was lower alveolus and gingiva showing 36% of total cases. A high incidence was observed in T4 indicating 51.3% with increasing frequency with the progress of T classification. Most of the cases were squamous cell carcinoma. No significant relationships were observed in the male to female ratio, age distribution, macroscopic tumor types, mode of invasion of the primary tumor, and histological malignancy.

Reclassification by new N criteria of UICC in 1987 of the previous N3 revealed that the most frequent cases was 12 cases (30.8%) in N2b and 3 cases (7.7%) in new N3.

Regional tumor control of the neck area was obtained in 13 out of 39 treated cases, indicating 33.3% of the control rate. A favorable regional control was obtained by surgery or surgery after irradiation of the cervical area. Surgery with total radical neck dissection with one side combined with upper neck dissection of contralateral side showed superior control to unilateral neck dissection. Five-year cumulative survival rate was 22.2% in total cases. No significant difference of survival rate was observed by generalized Wilcoxon analysis between subdivided groups in terms of primary treatment method, mode of neck dissection, and new N classification.

Even in those cases of N3 whose fixed lymph nodal metastasis is clinically observed in only unilateral side of the neck, the possibility of occult lymph nodal metastasis at the contralateral side can be considered to be high. Then indication of bilateral neck dissection is discussed, and tentative criteria for the indication is proposed.

Although new N3 cases such as larger than 6 cm with huge metastatic mass just adjacent to or enveloping the carotid artery are rare by incidence, active treatment including irradiation or chemotherapy may result in a reduction of the tumor enabling treatment by surgery,

東京医科歯科大学歯学部第2口腔外科学教室
(主任: 榎本昭二教授)
Second Department of Oral and Maxillo-Facial
Surgery, Faculty of Dentistry, Tokyo Medical

and Dental University (Chief: Prof. Shoji Enomoto)

受付日: 平成3年8月20日

also indicating immediate reconstruction of resected cervical skin using cutaneous or myocutaneous flaps.

Key words: fixed regional lymph node metastasis (固着性所属リンパ節転移), N3 cases (N3 症例), N criteria of UICC in 1978 (UICC 1978年N分類)

緒 言

口腔癌を中心とした頭頸部癌の治療成績は近年徐々に向上しているが、治療成績を左右する因子の一つとして頭部転移巣の制御の成否が大きな要素を占めていると考えられる¹⁻¹⁰⁾。特に初診時すでに臨床的に認められる頸部リンパ節転移を有し、それがさらに周囲とは可動性を失って固着しているような場合には、原発巣の大きさはどのようであったとしても、予後が必ずしも良好ではないことを暗示する一つの所見とも考えられよう。このような固着性の転移リンパ節を示す症例は、UICCの1978年のN分類¹¹⁾では N3 と判定された。1987年 UICCにより頭頸部癌におけるN分類は変更され¹²⁾、転移リンパ節が可動性か固着性かは問題にせず、転移リンパ節の大きさと個数に注目して判定することとなった。その結果、旧 N3 症例は 1987 年の新分類では N1, N2a, N2b, N2c, N3 の いずれかに区分されることとなった。

1978年分類の N3 症例とは転移リンパ節が周囲との可動性がなくなり固着しているという、臨床的判断上は判定者の主観が多少左右する曖昧な部分を含んだ概念ではあったが、一つの特徴のある臨床的病期の頭頸部癌をとらえていると考えられる。そこで、1987年にN分類が改訂される以前の、1986年までに当科に初診した N3 症例について、その治療成績をふりかえって検討を行ったのでその結果を報告する。

対 象 症 例

1975年1月から1986年12月までの12年間に東京医科歯科大学歯学部附属病院第2口腔外科を初診した口腔領域悪性腫瘍患者 548 例中、UICC の1978年 TNM 分類においてN分類が初診時に N3 と診断されたのは47例(8.6%)であった。

これら N3 症例の性別は男性35例、女性12例で男性に多く、年代別では32歳より87歳にわたり、男性が50および60歳代がピークであったが女性には特に傾向はみられなかった。平均年齢は男性62.0歳、女性58.1歳、全体で61.0歳であった(表1)。

これらのうち、当科で治療を行ったのは39例で、これら当科治療例を今回の研究対象とした。

表 1 N3 (1978, UICC) 症例 年齢 性別分布
(全症例47例)

年齢 \ 性別	男	女	計
30歳代	1	2	3
40歳代	4	3	7
50歳代	10	2	12
60歳代	10	1	11
70歳代	8	3	11
80歳代	2	1	3
計	35	12	47

研 究 項 目

上記の39例について、原発部位、原発腫瘍のT分類、病理組織型、扁平上皮癌においては腫瘍浸潤様式および肉眼視診型、UICCの1978年N分類(旧N分類)と1987年N分類(新N分類)の関係、N3 症例の頸部転移に対する初回治療法と、その頸部における腫瘍制御率、頸部郭清術施行症例の内訳とその治療成績、放射線治療施行症例の内訳とその治療成績、分類された各群別の累積生存率からみた治療成績などについて検索した。

結 果

1. 原発部位別、T分類別症例数

原発巣部位では下顎歯肉が14例で最も多く、次いで舌11例、口底5例、頬粘膜4例、上顎歯肉2例、中咽頭2例であった。T分類(UICC, 1978年¹³⁾)別ではT4が20例で、以下 T3: 10例、T2: 6例、T1: 1例であった。原発部位が不明の1例は、初診時両側頸部に大きな腫瘍がみられたもので、諸検査においても原発巣が発見できなかったが、剖検にて胸腺が原発巣である可能性が示唆されたものである。また T_N の2例は原発部位不明の1例と、中咽頭の1例で、原発腫瘍の大きさを計測する十分な検査ができなかった(表2)。

2. 病理組織型および腫瘍浸潤様式

病理組織型では扁平上皮癌が37例(94.8%)と大部分を占め、残りの2例は未分化癌であった。扁平上皮癌については原発巣の腫瘍浸潤様式を山本、小浜らの分類¹³⁾

表 2 N3 (1978, UICC) 症例の原発巣部位・T 分類別症例数

T 分類	T 分類					
	T1	T2	T3	T4	TX	計 %
原発巣部位						
下顎歯肉	・	3	4	7	・	14 36.0
舌	1	・	4	6	・	11 28.1
口 底	・	・	1	4	・	5 12.8
頬粘膜	・	1	1	2	・	4 10.3
上顎歯肉	・	1	・	1	・	2 5.1
中咽頭	・	1	・	・	1	2 5.1
不 明	・	・	・	・	1	1 2.6
計 %	1 2.6	6 15.4	10 25.6	20 51.3	2 5.1	39 100%

表 3 N3 (1978, UICC) 症例の原発巣腫瘍浸潤様式別症例数

腫瘍浸潤様式	腫瘍浸潤様式					計 %
	1型	2型	3型	4C型	4D型	
肉眼視診型						
潰瘍型	・	6	4	5	3	18 58.1
腫瘤型	・	1	4	2	1	8 25.1
肉芽型	・	2	・	・	・	2 6.5
混合型	・	・	2	・	・	2 6.5
白斑型	・	・	・	1	・	1 3.2
計 %	0 0	9 29.0	10 32.3	8 25.8	4 12.9	31 100%

にしたがって判定した。判定できたのは31例で、その結果は表3に示すように、1型はなく、2型9例、3型10例、4C型8例、4D型4例であった（表3）。

3. 新N分類

今回の UICC 1978年分類¹¹⁾（旧分類）による N3 症例39例を1987年改訂¹²⁾のN分類（新N分類）に応じて再分類してみると、最も多いのは N2b の12例（30.8%）で、次いで N2a, N1 の各8例（20.5%）、N2c の6例（15.4%）であり、新N分類でも N3 であるものは3例（7.7%）であった（表4）。

4. 頸部に対する初回治療法と頸部における腫瘍制御率

頸部に対する初回治療法を頸部郭清術施行例、放射線治療（外照射）例、その組み合わせすなわち放射線治療と頸部郭清術施行例、および姑息的な化学療法を行った例の4群に分類し、それぞれの頸部制御率を調べた（表5）。

全頸部郭清術を施行した群は9例で、うち頸部に腫瘍再発なく制御できたのは4例で頸部制御率は44.4%、全頸部郭清および放射線治療を施行した群は12例で、うち

表 4 N3 (1978, UICC) 症例の1987年新N分類

T 分類	T 分類					
	T1	T2	T3	T4	TX	計 %
新N分類						
N1	・	3	1	4	・	8 20.5
N2a	・	3	2	3	・	8 20.5
N2b	・	・	6	5	1	12 30.8
N2c	・	・	1	4	1	6 15.4
N3	1	・	・	2	・	3 7.7
不明	・	・	・	2	・	2 5.1
計 %	1 2.6	6 15.4	10 25.6	20 51.3	2 5.1	39 100%

6例で頸部は制御され頸部制御率は50%、放射線治療を施行した群は15例で、うち2例で頸部は制御され制御率は13.3%、抗癌剤の内服あるいは静注といった姑息的化学療法に止めた群は3例で、全例頸部制御はできなかった。全体の頸部制御率は39例中13例の33.3%であった。

また、頸部初回治療法と新N分類との関係では手術療法の行えなかった放射線治療、姑息的化学療法の群にN1, N2a, N2b の症例が比較的多く、頸部制御率はN1で12.5%、N2a で25%と低かった（表5）。

5. 頸部郭清術施行症例の内訳と治療成績

頸部郭清術を施行したのは全頸部郭清9例と全頸部郭清および放射線治療12例の合計で21例であった（表5）。このうち後者の併用症例をさらに詳しくみると、術前照射が11例であり、術前後の照射が1例であった。頸部に対しても術前照射されたこれらの症例は、原発巣の治療が術前照射後手術を行ったものであり、原発巣の照射とともに頸部転移巣にも照射がされた。線源は Tele⁶⁰Co または Linac で11例の平均照射量は29.5 Gy であった。術後のみに行ったものはなく、術前後に照射を行った1例は手術時に頸部の腫瘍が頸動脈と迷走神経を取り囲んでいるのが確認され切除不可能であったので、術後にも照射した症例であり、その照射量は術前および術後でそれぞれ 30 Gy, 40 Gy であった。そこで頸部郭清術を施行した21例について原発巣と頸部に対する治療法の組み合わせで分類し、その治療成績を原発巣と頸部の制御率について表6にまとめた。

原発巣に対して外科的切除を行い頸部に対しても同側全頸部郭清術を行ったのは8例で、原発巣はうち4例で制御され、頸部転移巣は2例で制御された。原発巣制御率は50%、頸部制御率は25%であった。原発巣に対して手術療法、頸部に対して同側全頸部郭清および反対側上頸部郭清術を行ったのは9例で、原発巣制御率100%、頸部制御率88.9%であった。原発巣に対して放射線療法を頸部に同側全頸部郭清術を施行したのは3例で、原発巣、頸部ともに再発した。次に原発巣は放射線治療を頸部は同側全頸部郭清および反対側上頸部郭清術を施行し

表 5 頸部初回治療法と新N分類別の頸部制御率

頸部初回治療法	症例数	新N分類						頸部制御率 計 %
		N1	N2a	N2b	N2c	N3	不 明	
全頸部郭清	9	○ × ×		○ × ×	○○	×		4/9 44.4%
全頸部郭清＋ 放射線治療	12	×	○ × × ×	○○ × ×	○	○	○	6/12 50%
放射線治療	15	× × × ×	○ ×	○ × × ×	× × ×	×	×	2/15 13.3%
姑息的化学療法	3		× ×	×				0/3 0%
計 頸部制御率	39	1/8 12.5%	2/8 25%	4/12 33.3%	3/6 50%	1/3 33.3%	1/2 50%	13/39 33.3%

○：頸部制御   ×：頸部非制御

表 6 頸部郭清施行21例の内訳

原発巣	頸 部	症例数	原発巣制御率	頸部制御率
手術療法	全頸部郭清	8	4/ 8 (50.0%)	2/ 8 (25.0%)
	全頸部郭清＋反対側上頸部郭清	9	9/ 9 (100%)	8/ 9 (88.9%)
放射線療法	全頸部郭清	3	0/ 3 (0%)	0/ 3 (0%)
	全頸部郭清＋反対側上頸部郭清	1	0/ 1 (0%)	1/ 1 (100%)
計		21	13/21 (61.9%)	11/21 (52.4%)

表 7 頸部放射線治療例の頸部制御

新N分類 頸部 照射線量(Gy)	例数	新N分類						頸部制御率 %	
		N1	N2a	N2b	N2c	N3	不 明		
30未満	2			× 2 × 15				0/ 2	0
30以上40未満	3	× 30 × 36			× 33			0/ 3	0
40以上50未満	3	× 40 × 48	× 49					0/ 3	0
50以上60未満	3		○ 50		× 55	× 55		1/ 3	33.3
60以上	4			○ 60 × 60	× 60		× 60	1/ 4	25.0
頸部制御率 %	15	0/4 0	1/2 50.0	1/4 25.0	0/3 0	0/1 0	0/1 0	2/15	13.3%

○：頸部制御   ×：頸部非制御   表中○×印横の数字は頸部照射線量 (Gy)

た1例では頸部は制御されたが原発巣が再発した。したがって N3 症例で全頸部郭清施行例全体の原発巣制御率は61.9%，頸部制御率は52.4%であった（表6）。

6. 放射線治療施行症例の内訳と治療成績

頸部転移巣に対して放射線療法を施行した15例を分析した（表7）。頸部照射はすべて外照射であり，線源はLinac または Tele ⁶⁰Co がほとんどであったが，1例だ

けペータロンであった。これら15例中原発巣の外科的手術例はなく，原発巣，頸部転移巣ともに放射線治療例であった。原発巣が舌，口底，下顎歯肉などの場合には多くの例で同一の照射野で原発と頸部を含めて照射されたが，頬粘膜，上顎歯肉，中咽頭などでは原発と頸部が別の照射野で治療された。これらの場合もほとんどが原発巣の照射線量は頸部の照射線量と同一であった。原発

【Kaplan-Meier法】

図 1 N3 症例全体の累積生存率

【Kaplan-Meier法】

図 3 頸部郭清症例の原発巣治療法と頸部郭清術式別生存率

【Kaplan-Meier法】

図 2 N3 症例頸部初回治療法別生存率

【Kaplan-Meier法】

図 4 旧 N3 症例新N分類別生存率

巣が小線源治療されたのが1例あり、頰粘膜癌 T2N3 (新 N2a) で頸部と原発巣とが別の照射野でそれぞれ 50 Gy 照射後、原発巣には ^{198}Au grain 刺入により 58 Gy が追加照射され、9年6か月後再発なく生存している。

頸部に対する放射線照射量で分類すると表7のごとく、2~15 Gy の照射を行ったのは2例で、これは種々の理由で途中での中断例であった。残り13例の放射線治療後の経過は、2例のみは原発、頸部ともに制御された。その他5か月後追跡不能となったがその時点で頸部非制御が1例あり、その他残りの10例は全例原病死した。死亡10例の平均生存期間は治療後7か月であった(表7)。

7. 累積生存率からみた治療成績

a) 当科で治療、処置を行った39例全体の累積生存率は、1年: 46.0%, 3年: 25.4%, 5年: 22.2%であった(図1)。

b) 頸部初回治療法別累積生存率

頸部に対する初回治療として全頸部郭清術のみを行った群9例の5年累積生存率は22.2%であった。また、全頸部郭清術および放射線治療施行群では31.3%、放射線治療施行群では、23.2%、姑息的化学療法施行群3例では、1年以内に2例死亡し1年生存率33.3%であったが、残る1例も13か月にて死亡した。これら4群の間の累積生存率の有意差は一般化 Wilcoxon 検定でいずれの間にも有意差はみられなかった(図2)。

c) 頸部郭清施行症例の累積生存率

頸部郭清術を施行した21例の処置法別による累積生存率をまとめた。原発巣に対して手術療法を行い、頸部に対しては同側全頸部郭清術を施行した8例では5年: 12.5%であり、原発巣に対して手術療法、頸部に対して同側全頸部郭清および反対側上頸部郭清術を施行した9例では5年: 44.4%であった。原発巣に対して放射線療

法を行い頸部に同側全頸部郭清術を施行した3例では、2年以降0%であった。また原発巣は放射線治療、頸部は両側頸部郭清の1例は1年6か月後ながら生存している。これら4群の間には統計学的有意差はみられなかった(図3)。

d) 新N分類別累積生存率

今回対象とした39例を新N分類(1987 UICC)に再分類し、それぞれの累積生存率をまとめた。新N1の8例では4年で0%であった。新N2aの8例では5年累積生存率25.0%、新N2bの12例では27.3%、新N2cの6例では50%であった。また新N3の3例は1年以内に全例死亡した。新N分類別によるこれら5群の間の累積生存率の有意差を検定したが、一般化Wilcoxon検定ではいずれの間にも有意差はみられなかった(図4)。

考 察

1. N3 症例の特徴について

1978年分類におけるN3症例とはどのような症例群に多いのか、他群に比較して何か特徴を有するのか検討した。本研究対象と同一期間における当科初診の悪性腫瘍中、N3症例47例(治療例39例)に対して、N0症例325例、N1症例75例、N2症例13例であり、N0、1、2症例は計413例であった。この413例をN3以外の対照例として以下の種々な点について比較検討した。

まず性別では、N3は男35例、女12例、男女比2.92に対して、N3以外では男259例、女154例、男女比1.68と、N3では男の比率が高い傾向がみられたが、 χ^2 検定の結果では有意ではなかった。初診時年齢については平均年齢もあまり変わらず有意の傾向はなかった。原発部位についてみると、N3以外では舌157例、上顎(歯肉、洞、硬口蓋)100例、下顎歯肉63例、頬粘膜34例、口底33例、中咽頭14例などであり、これらN3以外に比べるとN3では下顎歯肉に多く、舌、上顎に少ない傾向がみられ、検定の結果も有意($P < 0.01$)であった。原発巣の肉眼視診型をみると、N3ではN3以外に比べ潰瘍型にやや頻度が高い傾向はあるが、統計学的には有意ではなかった。病理組織学的には、N3以外群では扁平上皮癌320例、早期癌20例、腺様嚢胞癌16例、粘表皮癌16例、未分化癌14例などであり、N3ではN3以外に比し扁平上皮癌の頻度が高い傾向があり、統計学的にも有意($P < 0.05$)であったが、N3では早期癌はなかったことから、N3以外の早期癌を扁平上皮癌に移行するものと考え扁平上皮癌に含めると有意差はみられなくなった。扁平上皮癌における腫瘍浸潤様式については、N3以外群で判定されたものは1型31例、2型62例、3型88例、4C型60例、4D型39例であり、組み合わせを変えて種々検討しても有意の関係はみられなかった。ついで個々の症例数は省略するが、問質におけるリンパ球浸潤度、扁平

上皮癌の総合的にみた組織悪性度などについても検討したが、N3とN3以外との間には統計学的な有意差はみられなかった。

T分類については、N3では表2のごとくT4が多く、51.3%がT4であり、原発巣の腫瘍が大きいものにN3症例が多くみられた。N3以外ではT1が58例、T2が185例、T3が84例、T4は73例と18.3%であり、N3とN3以外との差は各T分類別でもT4とそれ以外でもあきらかで、統計学的にも有意($P < 0.01$)であった。

以上を総合すると、N3症例の特徴としては下顎歯肉癌で頻度が高く、病理組織学的には扁平上皮癌に多い傾向を有し、T分類ではTの進展とともに多く、特にT4で頻度が高かった。性別、年齢、肉眼視診型、腫瘍浸潤様式や組織悪性度には有意の関係はみられなかった。

2. 新N分類との関係について

旧N3症例を新N分類で分けると、表4に示したようであり、臨床的にみて周囲と固着性のリンパ節転移があると思われる症例は、同側性、6cm以下で、2個以上の転移リンパ節に触れる(N2b)場合が最も多く、次いで同側性、1個で、3cm以下(N1)か、3cmを超え6cm以下(N2a)であるものが多く、この3者で約72%を占めていた。

また、原発巣のT分類との関連をみると、T1N3の1例を除外すると、原発巣のT分類が大きくなるにつれ頸部の新分類も進行している傾向はみられた。しかし、新分類別の累積生存率をみると、図4に示したように有意差はないもののN2群が最も良く、次いでN1、N3の順となり、なかではN2cが最も良い傾向を示していた。今回の成績中には示していないが、われわれの診療科の口腔癌ないし頭頸部癌全体の症例の新N分類による治療成績¹⁴⁾においては、生存率は新分類でN0、N1、N2、N3の順となっているので、今回の成績は旧N3症例での傾向であったと思われる。その理由を考えると、表5を見ると新分類N1群に頸部初回治療法としての放射線治療が占める割合が高く、N2群においては全頸部郭清ないし術前照射後の全頸部郭清の治療法が比較的多く、その結果頸部制御率でN1が12.5%と低く、N2cでは50%となかでは最も高かったことが生存率に影響していると思われる。

3. 頸部初回治療法について

原発巣、頸部転移巣ともに一般的には進展例であるので、いずれも手術療法の結果が良好であった。頸部制御率では頸部郭清施行21例の内訳をみると、表6に示したように反対側上頸部まで郭清を行った群が特に成績が良好であった。同側全頸部郭清と反対側上頸部郭清を行った10例のうち、反対側に臨床的に転移は認められずいわゆる予防郭清であったものが9例あり、制御できなかった1例は手術後、上頸部郭清を行った下方の中頸部にリンパ節転移が出現したものである(写真1)。また同側の

写真 1

- 1A : 舌扁平上皮癌T3N3 (新分類 N2b) 初診時原発巣
 1B : 固着性を示す左中内深頸リンパ節の CT 所見
 1C : 手術時所見, 左中内深頸リンパ節は42 mm 大で固着性
 1D : 術中所見, 左全頸部郭清, 右上頸部郭清, 舌可動部亜全摘, 摘出後即時再建前所見
 1E : 10か月後, 右中頸部に転移リンパ節出現, 図のごとく右全頸部郭清術を行ったが, その後さらに右鎖骨上窩に再再発し, 制御できなかった。

全頸部郭清のみを行い, 頸部制御のできなかった9例のうち5例に術後反対側に頸部転移がみられたことから, 臨床的には片側性の転移であっても, 固着性転移が認められるような症例ではすでに反対側にも潜在的な転移が存在する可能性が高いことを示唆するものと考えられる。これら5例の原発部位をみると, 頬粘膜が2例 (T4N1, T2N2a), 舌 (T4N2b), 中咽頭 (TXN2b), 下顎歯肉 (T2N1) が各1例であった。これら症例は結果的には同側全郭清に止めないで, 反対側の上頸部郭清を加えるか, 場合により反対側の保存的全郭清をも行った方が良かったのではないかと想像される。しかしながら, このような固着性転移リンパ節を有する各症例に対して必要にして十分な郭清範囲を的確に決定することはなかなか困難であると考えられる¹⁰⁾。患者は高齢者である場合も多く, 全身状態や術後の機能回復などを考えれば, ただ単に切除や郭清範囲を拡大すればそれで良いと

は思えない。

したがって今回の検討結果からここで一応の基準を示すとすれば, 舌癌や口底癌で原発巣が T3, T4 など大きい, T1, T2 でも正中線近くに存在する症例, さらに上頸癌⁷⁾ や中咽頭癌など反対側転移が生じやすいと考えられる部位のもの, また頬粘膜癌¹⁵⁾ で T3, T4 などある程度に進展しているか, 白後部の原発例など, このような症例で固着性転移リンパ節がみられる旧 N3 症例では, 両側性の頸部郭清の適応を考慮すべきではないかと思われる。

頸部初回治療法と新N分類との関係では, 手術療法を行えなかった症例が表5にみるように39例中18例と約半数を占めていた。新分類で N1 や N2 が比較的多かったにもかかわらず手術を行い得なかったのは, 高齢や合併症による場合も多く, 18例中70歳以上の高齢者は9例を占めていた。またこの18例のうち1980年以前の症例が

写真 2 A～D

2A 口底癌 T4N3 (新分類 N3), 初診時頸部に75 mm 大の固着性転移を認める.

2B: 初診時 CT 所見, 左頸部転移巣は頸動脈に及ぶ.

2C: Tele ^{60}Co 40 Gy, Linac 21.5 Gy の外照射および MTX, 5-FU の化学療法により図のごとく縮小し, 手術を行った.

2D: 放射線治療後の CT 所見, 転移巣は著明に縮小し内外頸静脈を含むが, 内外頸動脈とは接している.

9 例あり, 1975年から1979年頃といった本研究対象の初期には, 病巣切除後の即時再建術がまだあまり発達していなかったため, 原発巣の大きさが余りにも大きい場合には切除手術不能として, 手術が回避されていたためもあると考えられる. われわれが大胸筋皮弁による即時再建手術を始めたのは1981年であり, それ以後は原発巣の進展例に対しても可能な限りは手術療法を行い, また頸部転移巣の進展症例に対しても, 時には頸部皮膚の合併切除も行つて頸部郭清を行い, 頸部の欠損部皮膚を皮弁や筋皮弁で即時再建する症例も経験するようになってきた¹⁰⁾. すなわち今回対象の旧 N3 治療例39例中, 新分類でも N3 の症例は3例であり, そのうち2例に頸部郭清術が行われ, 1例は放射線療法であった. 手術を行ったうちの1例は直径 75 mm の大きな頸部転移巣を有していたが, 2回の放射線治療 (40 Gy+21.5 Gy) により, CT

や超音波診断の結果, 頸動脈との癒着が消失し, その保存が可能と判断して, 同側の全頸部郭清術と反対側の上頸部郭清術を行い, 原発巣の口底および舌, 歯肉を大胸筋皮弁で, 合併切除の頸部皮膚欠損部は広背筋皮弁にて即時再建を行った (写真2). この症例は臨床的には腫瘍再発はみられておらず, 腫瘍制御には成功したと思われるが, 術後4か月で脳出血のため他病死した. 今回対象の治療例39例中, 大型皮弁や筋皮弁による即時再建術を併用した症例は9例あり, 使用(筋)皮弁数は11弁であった. そのうち, 頸部皮膚の合併切除を行い皮膚の即時再建を行ったのは上述の1例であったが, その後も同様の症例を経験しており, 新分類 N3 症例のような大きな頸部転移巣の治療には時に必要な処置であると考えられる. このような症例においては, 初診時に頸部転移巣の総頸動脈や内頸動脈との癒着や浸潤が疑われても, 術前

写真 2 E~H

- 2E: 放射線治療後超音波診断, 頸部横断像, 転移巣塊は内頸動脈 (ICA) および外頸動脈 (ECA) を取り囲んではいない。
- 2F: 同頸部縦断像, 転移巣は 35 mm 大で総頸動脈 (CA) を分岐部で圧排しているが内頸動脈は保存可能と判断した。
- 2G: 放射線治療後の血管造影像, 総頸動脈の分岐部での内側への蛇行圧迫はあるが血流は正常。
- 2H: 頸部郭清は内頸動脈は保存され, 外頸動脈は転移巣とともに切除, 切除皮膚は広背筋皮弁で, 原発巣は大胸筋皮弁で即時再建した。

放射線治療や化学療法により縮小し, 頸部郭清手術可能となる症例も経験されたので, 条件が許せば根治治療をあきらめず, 経過を観察していくことが大切と思われる。その経過観察においては触診のほか, CT, 血管造影, MRI, 超音波診断などが用いられ, それらの総合判断によるが, われわれの経験では動脈との間が剝離可能かどうかの判断には超音波による診断が有用¹⁷⁾であった。

結 語

口腔癌主体の頭頸部癌において, 初診時にすでに固着性の所属リンパ節転移が認められる, UICC 1978 年分類の N3 症例について臨床的検討を行い, 次の結論が得られた。

1. 1975年から1986年の12年間に当科における N3 症例は47例で, 全体の 8.6%であった。このうち治療例 39 例について詳しく検討した。

2. 原発部位では下顎歯肉が 36% と多く, T 分類では T4 が 51.3%, 組織型では扁平上皮癌が 94.8% と多数を占めていた。

3. 同一期間における N3 以外の症例を対照として N3 症例の特徴をみると, 下顎歯肉癌で頻度が高く, ほとんどは扁平上皮癌であり, T の進展とともに増加し, とくに T4 で頻度が高かった。性別, 年齢, 肉眼視診型, 腫瘍浸潤様式や組織悪性度には有意の関係はなかった。

4. 1987年の新N分類にすると, N2b が12例, 30.8% と最も多く, 新分類でも N3 は 3 例, 7.7% であった。

5. 治療による頸部制御は 39 例中 13 例で得られ, 制御率は 33.3% であったが, 頸部郭清例, 術前照射後の頸部郭清例で比較的良好であった。

6. 頸部郭清術の内容では, 同側の全頸部郭清と反対側の上頸部郭清術を併用した群で成績が良かった。

7. 治療例全体の 5 年累積生存率は 22.2% であった。初回治療法別, 頸部郭清術群の治療内容別, 新N分類などにおいて累積生存率を検討したが, 細分類では有意

差はみられなかった。

8. N3 症例では片側に固着性リンパ節転移の認められる場合でも、反対側に潜在性転移のある可能性が比較的高く、両側性頸部郭清術を行うことの是非について検討し、その一応の適応について述べた。

9. 新分類でも N3 症例など、頸動脈に近接ないし癒着する大きな転移のある場合でも、術前放射線治療など積極的治療により手術可能になる場合があり、頸部皮膚の合併切除と筋皮弁などによる即時再建手術の適応があることを述べた。

本論文の要旨は第42回日本口腔科学会総会（1988年6月、札幌市）にて発表した。

引用文献

- 1) 新垣 晋：口腔領域悪性腫瘍の頸部リンパ節転移に関する臨床的病理学的研究。日口外誌 25: 784-797 1979.
- 2) 本間義郎：口腔癌の頸部リンパ節転移に関する研究。日口外誌 28: 1667-1684 1982.
- 3) 岡本 学, 大関 悟, 他：口腔癌における頸部郭清術施行例の検討。頸部リンパ節転移様相と予後。日口外誌 31: 554-562 1985.
- 4) 立花忠夫：口腔領域扁平上皮癌の頸部リンパ節転移に関する臨床的ならびに病理組織学的研究。口病誌 52: 521-544 1985.
- 5) Johnson, J.T., Myers, E.N., et al.: Cervical lymph node metastases. Incidence and implication of extracapsular carcinoma. Arch Otolaryngol 111: 534-537 1985.
- 6) 高田和彰, 遠藤邦彦, 他：口腔領域悪性腫瘍の頸部リンパ節転移に関する臨床統計的検討。日口外誌 34: 872-878 1988.
- 7) 東 みゆき, 藤林孝司, 他：上顎癌における頸部リンパ節転移症例の臨床病理学的検討。日口外誌 36: 2518-2526 1990.
- 8) 篠原正徳, 嶋田 誠, 他：口腔の頸部リンパ節転移に関する臨床的・病理組織学的検討。頭頸部腫瘍 16: 113-118 1990.
- 9) 堀越 勝, 草間幹夫, 他：口腔扁平上皮癌の再発性頸部転移巣の臨床的および病理組織学的検討。口腔腫瘍 2: 157-163 1990.
- 10) 草間幹夫, 岸 豊子, 他：口腔癌の頸部リンパ節転移に関する臨床的、病理組織学的研究。日口外誌 37: 370-379 1991.
- 11) UICC, Edited by M.H. Harmer: TNM Classification of Malignant Tumours. Third Ed., Geneva, 1978, p 23-26.
- 12) UICC, Edited by P. Hermanek and L.H. Sobin: TNM Classification of Malignant Tumours. 4th, Ed., Springer-Verlag, Berlin, 1987, p 16-18.
- 13) 山本悦秀, 砂川 元, 他：びまん性浸潤型口腔扁平上皮癌に関する研究。日口外誌 28: 1471-1479 1982.
- 14) 藤林孝司, 高橋雄三, 他：頭頸部癌におけるUICC-N 分類の再検討。第45回日本口腔科学会総会プログラム・予稿抄録集 275 1991.
- 15) 藤林孝司, 佐藤貴世, 他：頬粘膜癌43例の臨床的検討。日口外誌 36: 2835-2848 1990.
- 16) 藤林孝司, 高橋雄三, 他：口腔癌治療における大型皮弁および筋皮弁による即時再建手術の治療成績。日口外誌 37: 668-681 1991.
- 17) 石井純一, 天笠光雄, 他：口腔癌転移リンパ節の超音波及びCTによる診断。日癌治 25: 2526-2532 1990.