85 歳以上口腔扁平上皮癌症例の臨床的検討

姉 川 絵 美 子 古 賀 真 津 山 治 己
岩 本 修 古 賀 千 尋 楠 川 仁 悟

要旨：1974 年から 2005 年の 30 年間に当センターで経験した、口腔扁平上皮癌一次症例 663 症例のうち、85 歳以上であった 37 例（5.6%）について検討した。

性別は男性 16 例、女性 21 例で、平均年齢は 88.2 歳であった。臨床病期は Stage I：5 例（13.5%）、Stage II：14 例（37.8%）、Stage III：7 例（18.9%）、Stage IV：11 例（29.7%）であった。発症部位は下顎歯肉：14 例（37.8%）、上顎歯肉：10 例（27.0%）、舌：5 例（13.5%）、頬粘膜：4 例（10.8%）、口底：3 例（8.1%）、口蓋：1 例（2.7%）であった。初診時合併症は 78.4% の患者にみられ、その半数以上に循環器系疾患がみられた。治療態度は、21 例（56.8%）が根治的治療、10 例（27.0%）が姑息的治療、6 例（16.2%）が無治療であった。1 年、3 年、5 年の疾患特異的累積生存率は、各 66.1%、53.8%、53.8%、粗生存率は 58.9%、33.3%、20.0% であった。また、85 歳以上の根治的治療群の 5 年累積生存率は 84.3%、全症例群では 84.6% となっており、85 歳以上の高齢者であっても若壮年者と同等の予後が得られた。

これらの結果は 85 歳以上の高齢者においても、可能な限り根治的治療を行えば長期予後が期待できることを示唆している。

キーワード：口腔癌、扁平上皮癌、85 歳以上の高齢者、合併症

緒 言

厚生労働省による 2004 年簡易生命表によると、平均寿命は男性 78.64 歳、女性 85.59 歳、最多死亡年齢は男性 85 歳、女性 91 歳であり、急速な高齢化が進んでいる。この平均寿命の延長にともない、口腔癌も患者数の増加と高齢化がいられている。しかし、高齢者の治療に関しては、諸臓器の予備能力、生体防御反応などの生理的機能の低下や、種々の基礎疾患との高頻度な合併に加え、キーパーソンとなる家族も高齢であることなどの問題点が多く、姑息的な治療にとどまらざるを得ない場合も少なくない。今回著者らは、治療手段にかなりの制約を受ける 85 歳以上の高齢口腔癌患者の臨床病態像、合併基礎疾患、治療法、治療成績について retrospective に観察し、治療方針、治療上の問題点を明らかにする目的で検討を行ったので報告する。

対象・方法

1. 対象

1974 年から 2005 年までの過去約 30 年間に当センターで取り扱った口腔扁平上皮癌一次症例 663 例のうち、85 歳以上の患者 37 例（5.6%）である。性別は男性 16 例、女性 21 例（男女比 1：1.3）であった。初診時年齢は最高

97 歳で平均 88.2 歳であった。なお、同期間での 85 歳未満の症例は 626 例であった。

2. 検討項目および方法

発症部位、Performance Status（以下 PS と略す）、TNM 分類および臨床病期¹⁾、合併疾患、治療態度および治療法、予後の 8 項目とした。検討は頭頸部癌取扱規約²⁾に則って行い、PS は Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) のスコアに準じた⁵⁾。なお、生存確認日を 2005 年 12 月 31 日とし、生存率は一次治療の開始時を基点とし、Kaplan-Meier 法にて計算し、各群の有意差は Logrank 検定を行った。

結 果

1. 発症部位および PS

発症部位は下顎歯肉：14 例、上顎歯肉 10 例、舌 5 例、頬粘膜 4 例、口底 3 例、口蓋 1 例であった。歯肉に発症したものが 64.9% を占めており、特に下顎歯肉が最も多かった。さらに、歯肉に発症した症例のうち、88% の患者が義歯を使用していた。また 85 歳未満では下顎歯肉：64 例、上顎歯肉 36 例、舌 389 例、頬粘膜 55 例、口底 69 例、口蓋 13 例と舌が最も多かった。

PS は、Score 0：1 例、Score 1：10 例、Score 2：14 例、Score 3：12 例、Score 4：0 例で、寝たきりはいなかったものの、ほとんどの患者が日常生活に何らかの制限を持っていた。

	N0	N1	N2	N3	合計
T1	5	0	0	0	5
T2	14	5	0	0	19
T3	1	1	0	0	2
T4	7	3	1	0	11
合計	27	9	1	0	37

(症例数)
全例においてM0

85歳以上

85歳未満

図1 TNM分類別症例数, および臨床病別の割合

2. TNM分類およびStage分類 (図1)

対象群のT分類はT1:5例(13.5%), T2:19例(51.4%), T3:2例(5.4%), T4:11例(29.7%), N分類別ではN0:27例(73.0%), N1:9例(24.3%), N2:1例(2.7%), N3:0例(0%)で, 全例においてM0であった。Stage別分類ではStage I:5例(13.5%), Stage II:14例(37.8%), Stage III:7例(18.9%), Stage IV:11例(29.7%)であった。また, 85歳未満では, Stage I:179例(28.6%), Stage II:162例(25.9%), Stage III:102例(16.3%), Stage IV:183例(29.2%)であり, 85歳以上の症例と同様, Stage IとIIが過半数を占めていた。

3. 合併疾患 (表1)

初診時の合併疾患は, 37例中29例(78.4%)にみられた。最も多く認められた疾患は, 高血圧を中心とした循環器系疾患で24例(64.9%)に認められ, 続いて内分泌・代謝系疾患が11例(29.7%)に, 次に肝障害を含む消化器系疾患が10例(27.0%), 呼吸器系疾患が6例(16.2%), 脳血管系が6例(16.2%), 腎・泌尿器系が2例(5.4%), その他認知症や膠原病などが8例(21.6%)と続いた。すなわち, のべ67疾患が認められ, 1人あたり平均1.8疾患を有していた。

4. 治療態度および治療法

治療態度は, 無治療6例(16.2%), 姑息的治療10例(27.0%), および根治的治療21例(56.8%)で, 根治的

表1 合併疾患別の症例数と割合

循環器系疾患	24例 (64.9%)
内分泌・代謝系疾患	11例 (29.7%)
消化器系疾患	10例 (27.0%)
呼吸器系疾患	6例 (16.2%)
脳血管系疾患	6例 (16.2%)
腎・泌尿器系疾患	2例 (5.4%)
その他	8例 (21.6%)
合計 (延べ疾患数)	67疾患

一人あたりの平均保有疾患数: 1.8疾患

治療例はすべてが手術療法であった。Stage別の根治的治療率は, Stage I:100%, Stage II:85.7% (根治的治療:12例, 姑息的治療:1例, 無治療:1例), Stage III:42.9% (根治的治療:3例, 姑息的治療:3例, 無治療:1例), Stage IV:9.1% (根治的治療:1例, 姑息的治療:6例, 無治療:4例)で, Stageの進行とともに根治的治療の占める率は低下していた。根治的治療が行えなかった理由では, 全身疾患によって手術できなかったものが9例と最も多く, 続いて高齢のためが3例, 進展例や他癌重複により治療が見込めなかった症例が2例, 治療拒否が2例であった。

治療法をみると, 根治的治療を行った21例では, 手術単独が15例, 術前化学療法を併用した手術症例が5例,

図2 年齢別の疾患特異的累積生存率 (Kaplan-Meier 法)

図3 治療態度別疾患特異的累積生存率 (Kaplan-Meier 法)

術前化学療法および放射線療法を併用した手術症例が1例であり、これらのうち3例は局所麻酔で手術が行われた。根治的治療を行った21例のうち3例は頸部リンパ節転移を認め、すべてに頸部郭清術を行った。また、遊離皮弁や大型の筋皮弁を使用した再建例はなかった。姑息的治療では化学療法のみが5例、化学療法に加え放射線療法を行ったものが5例であった。

5. 治療成績および転帰

85歳以上の疾患特異的累積生存率は、1年：66.1%、3年：53.8%、5年：53.8%と、1年以内での生存率低下が著しかった。一方、85歳未満の全626症例では1年：88.5%、3年：79.8%、5年：77.9%であり、85歳以上では85歳未満と比

較して有意に生存率は劣っていた ($P < 0.001$) (図2)。

治療態度別にみた疾患特異的累積生存率は、根治的治療群で1年：95.2%、3年：84.3%、5年：84.3%、姑息的治療群1年：22.9%、および無治療群1年：33.3%、3年：16.7%であった。なお、根治的治療を行った85歳未満の疾患特異的5年累積生存率は84.6%であり、85歳以上の根治的治療群との間に有意差は認めなかった ($P = 0.85$) (図3)。

治療態度別にみた転帰および死因では、根治的治療21例で原病死3例、他病死3例、老衰を含む他病死が6例であった。これら原病死3例のうち1例は手術翌日に心筋梗塞を合併し死亡していた。姑息的治療10例では現在入院中の担癌生存1例を除く9例が原病死していた。また無治

図 4 Stage 別にみた口腔癌の推移 (久留米大学病院歯科口腔医療センター) および日本人の平均寿命

療 6 例で 5 例が原病死であったが、89 歳女性の表在型上顎歯肉癌の 1 例では初診から 58 か月の時点で担癌生存していた。平均生存期間は、根治的治療例 36.4 か月、姑息的治療例 11.6 か月、および無治療例 13.3 か月であった。

考 察

高齢者とは、老人福祉法や人口統計においては 65 歳以上を指し、老人保健法では 70 歳以上 (及び 65 歳以上 70 歳未満の寝たきり老人等) を対象としており、制度によりその定義はさまざまである。また、超高齢者とは俗語であり、85 歳以上を指すことが多くなってきているが明確な定義立てはされていない⁴⁾。医学的立場からみた高齢者、超高齢者の定義においても同様に、暦年齢は必ずしも患者の肉体的老化の程度を示していない⁵⁻⁸⁾。しかしながら、近年の急速な長寿高齢化は、口腔癌においても患者の増加と高齢化が問題となる。当センターにおける口腔癌症例も年々増加し、その初診時年齢も徐々に高くなっており、1970 年代に比べ平均で 4.2 歳上昇していた (図 4)。

口腔癌の性別は一般に男性が女性の約 2 倍を占め⁹⁾、発生部位としては舌が最多とする報告が多い^{6, 10, 11)}。一方、高齢者口腔癌については、女性の平均寿命が男性より長いこと、女性の人口構成比が高くなり、徐々に男女比が近接すること^{5, 8, 9, 12)}、および歯肉に多いとする報告が多い^{13, 14)}。今回の検討においても、85 歳未満での男女比 1.5 : 1 に比べ、85 歳以上では男女比 1 : 1.3 と女性が多くなっ

ていた。

発症部位では、歯肉が 65% を占め、とくに下顎歯肉が最も多かった。今回の対象は男女ともに義歯の使用が多い年齢層であり^{8, 15, 16)}、実際に歯肉に発症した症例の 88% と高率に義歯が使用されていた。義歯使用と歯肉癌の発生との関連を示唆する報告は多く^{8, 17, 18)}、義歯の慢性的刺激が高齢者で歯肉に発症する例が多い要因であることが考えられる。

高齢者においては若壮年者に比べ、Stage III・IV の進行期病変が多くなるという報告が多いが^{5, 7, 9, 11)}、本検討では Stage I・II の割合が過半数を占め、85 歳未満とほぼ同率であった。高齢者では独居や要介護の場合、侵襲の大きい手術や副作用の強い補助療法なども多くなるため早期発見や早期受診が困難となるので、さらなる早期発見の啓蒙活動が重要である¹⁹⁻²¹⁾。

初診時での合併疾患は 78.4% の症例で認められ、若壮年者の報告⁵⁾ に比べかなり高い頻度であった。なかでも循環器系疾患が高率であったとする報告が多く^{5, 13, 14)}、われわれの結果も同様であった。このような合併疾患のために 24.3% (9/37 例) で根治手術ができなかった。一方、手術が可能である症例であっても、外科的治療を契機に慢性疾患の増悪や新たな疾患の発生、さらに術後の合併症や感染症などにより死に至るものもある²²⁾。今回手術を行った 21 例のうち 1 例で、手術翌日に心筋梗塞を起こし死亡していた。その他、特に術後の重篤な合併疾患を発症したものはなかったが、高齢者の術後合併症に多いとされる呼吸

器系や循環器系疾患への慎重な配慮が必要であり、治療方針を決定する際や、手術の際は合併疾患関連科や麻酔科との密接な連携が極めて重要である。

一方、身体的に根治的治療が可能であっても、認知症などで病状の理解度に乏しく意思疎通が困難な場合、その対応は困難である。このような場合、合併症や痴呆症状に起因する様々な要因により治療法の選択に制約があるほか、患者の協力が得られない、または家族の治療への積極的な協力が得にくい場合もあり治療はよりしづらくなる。横地ら⁴⁵⁾は痴呆を有する高齢者の口腔癌患者の問題点を①インフォームドコンセントについて②治療法の選択③入院管理の3つに分けて検討している。これから加速する高齢化社会に伴い認知症を有する癌患者も増加すると考えられ、治療を行う上で重要な課題である。さらに、高齢癌患者ではキーパーソンとなる家族も高齢の場合が多く、長期間に及ぶ付添いや介助により疲弊してしまいがちであるため、少しでも負担を減らすような配慮が必要である。

高齢者の口腔悪性腫瘍における治療態度は、できるだけ保存的に行う方針^{23, 24)}と、可及的に根治を目指す方針^{5, 10, 14, 25-31)}とに分けられ、一般に後者を支持する意見が多い。また多くの報告で、70歳以上の高齢者の手術リスクは全身状態と合併症を正しく評価すれば70歳以下のグループと有意差がないとしている^{27, 32-34)}。著者らも可及的に根治を目指す治療を行っており、外科治療を第一選択としている。

外科的治療の適応に関しては、選択指針を設けたうえで、その是非を検討している施設もあるようである^{6, 35, 36)}。川端ら³⁵⁾は①はっきりとした病識・治療意欲をもつこと、②一般状態はPSが1以下であること、③家族の理解と協力が得られること、④年齢は70歳代までであること、と述べている。これらの指摘に関してはわれわれも、特に①と③が重要な事項であると考え、治療の指針としている。一方著者らは、個体差が大きいという高齢者の特徴から、一つの基準で治療法の選択を行うのは困難な面が多いと考え、個々の症例についての判断を重視している。

一方、根治的治療法を望まない、あるいは困難な症例では、QOLを維持することが目的となり、化学療法や放射線療法、緩和治療（ペインコントロール、栄養管理、精神的援助）が中心となる。このような姑息的治療において、化学療法は口腔癌には効果的でないとする報告も多く^{11, 37, 38)}、また放射線療法の弊害の報告²⁹⁾もみられ、高齢者ではむしろ治療自体がQOLの低下をまねく場合もある。実際に本検討においても、姑息的治療を行った10例中4例において骨髄抑制や粘膜炎、食欲低下などに伴う全身衰弱を認め治療中断を余儀なくされていた。

姑息的治療はQOLの維持・向上、延命を目的としており、各治療による予後、延命効果、患者の症状や苦痛等を

十分に考慮したうえで判断することが重要であるが、その客観的評価は曖昧な場合が多い。柳澤ら⁶⁾は、高齢者の治療は若年者と同じ基準で論ずる必要はなく、担癌生存でも腫瘍増殖が停止状態に近い状態で社会復帰できるならば治療成功と評価すべきことを述べている。しかし生存率の向上という点では、姑息的な化学療法や放射線治療の効果は報告により様々で一定の見解が得られていない。姑息的放射線療法について、T1, T2症例での口底、舌、頬粘膜、硬口蓋癌では比較的生存率は良好であるとの報告がある³⁹⁻⁴¹⁾。しかし、Fayosら⁴²⁾は骨浸潤を伴う歯肉癌では放射線治療による治療成績の改善は望めないと述べている。一方、姑息的化学療法について、甲能ら⁴³⁾は、T進行例では放射線との併用が可能性を持ち、N進行例では一次治療終了後の補助治療に役割があると述べている。さらに、Hennemannら⁴⁴⁾は頭頸部癌における姑息的化学療法の奏功率はいいものの生存率の向上には繋がっていなかったと報告している。今回の結果でも、姑息的治療を行った症例の治療成績は無治療症例と比較して有意な改善は認めず、延命には結びついていなかった。

根治的症例においては、原病死が有意に少なく、85歳未満との疾患特異的累積生存率に有意差を認めなかった。このことは85歳以上の高齢者においても、積極的な根治治療を行えば、非高齢者と同等の治療成績が得られることを示しており、可能な限り根治性を追求する必要があると考えられた。

結 語

2005年までの過去約30年間に久留米大学医学部歯科口腔医療センター（口腔外科）において取り扱った、85歳以上の口腔扁平上皮癌一次症例の37例について検討し以下の結果を得た。

1. 85歳以上は口腔癌患者全体の5.6%であった。
2. 発症部位は歯肉が64.9%と最も多く、特に下顎歯肉に多かった。
3. 78.4%の患者に初診時合併症があり、循環器系疾患が64.9%にみられた。
4. 治療態度は根治的治療56.8%、姑息的治療27.0%、無治療16.2%であった。
5. 治療態度別の疾患特異的累積生存率は根治的治療群で1年：95.2%、3年：84.3%、5年：84.3%、姑息的治療群1年：22.9%、および無治療群1年：33.3%、3年：16.7%であった。
6. 85歳以上の根治的治療例における5年疾患特異的累積生存率（84.6%）と85歳未満（84.3%）の間に有意差を認めなかった（ $P = 0.85$ ）。
7. 85歳以上の高齢者においても可能な限り根治的手術

を施行していくことがこれらの症例の生命的予後を良好とする。

文 献

- 1) UICC 編: TNM classification of malignant tumors. 6th ed, Springer-Verlag, New York, 2002.
- 2) 日本頭頸部腫瘍学会編: 頭頸部癌取り扱い規約. 第3版, 金原出版, 東京, 2001.
- 3) Oken, M.M., Creech, R.H., et al.: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5: 649-655, 1982.
- 4) 鈴木庄亮, 久道 茂: 老人保健・福祉. 鈴木庄亮, 久道茂監修: シンプル衛生公衆衛生学 2005. 2005年版, 光南堂, 東京, 2005, 263頁.
- 5) 中澤光博, 辻野元博, 他: 頭頸部扁平上皮癌の臨床的研究—高齢者と若壮年者の比較検討—. *口科誌* 36(5): 1296-1307, 1990.
- 6) 柳澤繁孝, 清水正嗣, 他: 超高齢口腔癌患者の治療法改善に関する研究—当科における80歳以上の15症例を対象として—. *口腔腫瘍* 6: 86-94, 1994.
- 7) 梅田正博, 小松原秀紀, 他: 高齢者口腔癌患者への癌告知に関する臨床的研究. *老年歯学* 18(1): 28-35, 2003.
- 8) 藤田美美恵, 関口 隆, 他: 65歳以上の高齢口腔癌患者の臨床的検討. *口腔腫瘍* 7(3): 149-158, 1995.
- 9) 小椋一朗, 和田森匡, 他: 80歳以上の口腔扁平上皮癌患者の臨床的検討. *頭頸部腫瘍* 26(1): 47-51, 2000.
- 10) 石川好美, 海野 智, 他: 超高齢者の口腔癌治療に関する臨床的検討. *口腔腫瘍* 7(4): 312-318, 1995.
- 11) 高田真仁, 芳澤享子, 他: 80歳以上の高齢口腔癌患者14例の臨床的観察. *日口外誌* 44(1): 52-54, 1998.
- 12) 岩本 修, 亀山忠光: 当科における最近10年間とその前10年間の悪性腫瘍の臨牀統計的比較. *口腔診断* 10(1): 149-158, 1997.
- 13) 鶴巻 浩, 大橋 靖, 他: 超高齢頭頸部癌患者の臨床的検討—80歳以上の14症例について—. *口腔腫瘍* 6: 11-21, 1994.
- 14) 倉地洋一, 坂巻秀明, 他: 高齢者口腔扁平上皮癌の臨床的検討. *頭頸部腫瘍* 26(1): 157-162, 2000.
- 15) 芝野みほ子, 高橋一也, 他: 大阪歯科大学附属病院高齢者歯科における初診患者の補綴状況. *老年歯学* 15(3): 298-304, 2001.
- 16) 藤田勝治: 義歯の状況. 日本口腔衛生学会; 歯科衛生の動向 2000年版. 第1版, 医歯薬出版, 東京, 2000, 18-19頁.
- 17) 清水正嗣: 口腔癌と義歯・補綴物などとの関連. *歯界展望* 37: 25-38, 1971.
- 18) 戴 永雨, 竹之下康治: 過去9年間における高齢者の口腔学顔面悪性腫瘍の臨床統計的観察. *老年歯学* 15(3): 766, 2001.
- 19) 楠川仁悟, 亀山忠光, 他: 口腔扁平上皮癌 Stage I・II 96症例の臨床統計的検討. *癌の臨床* 39(13): 1505-1511, 1993.
- 20) 亀山忠光, 江崎誠治, 他: 口腔癌の出張検診とその意義. *癌の臨床* 38: 428-434, 1992.
- 21) 亀山忠光, 稗田輝雄, 他: 当教室における過去10年間(1973~1982)の口腔扁平上皮癌の臨床統計的観察と早期発見のための一つの試み. *日口外誌* 34: 2386-2393, 1988.
- 22) 宮崎 洋, 松村裕二郎, 他: 高齢頭頸部癌患者の動向とその取扱いについて—その1, 手術を中心に—. *耳鼻* 33: 51-55, 1987.
- 23) 高橋廣臣: シンポジウム(1) 高齢者の口腔癌に対する治療指針2. 保存治療の意義. *頭頸部腫瘍* 15: 6-10, 1988.
- 24) 山本智矢: 超高齢者の頭頸部癌の治療法. *耳鼻臨床* 49(補1): 40-44, 2003.
- 25) 西川邦男: 超高齢者頭頸部癌における治療上の問題点. *耳鼻臨床* 49(補1): 45-48, 2003.
- 26) 門田伸也: 高齢者における頭頸部癌治療の現状と問題点—治療における合併症を中心に—. *日耳鼻* 106: 13-22, 2003.
- 27) Kowalski, L.P., et al.: A case-control study on complications and survival in elderly patients undergoing major head and neck surgery. *Am J Surg* 168: 485-490, 1994.
- 28) 朝蔭孝宏, 海老原敏, 他: 超高齢者(85歳以上)の癌の治療法. *耳鼻臨床* 49(補1): 36-39, 2003.
- 29) 志賀清人, 千葉敏彦, 他: 超高齢者頭頸部悪性腫瘍症例の治療. *耳鼻臨床* 49(補1): 31-35, 2003.
- 30) Pignon, T., et al.: No age limit for radical radiotherapy in head and neck tumours. *Eur J Cancer* 32A: 2075-2081, 1996.
- 31) 岩渕博史, 高森康次, 他: 65歳以上高齢者口腔癌患者の臨床的検討. *頭頸部腫瘍* 26(1): 70-73, 2000.
- 32) McGuirt W.F. and Davis S.P. 3rd.: Demographic portrayal and outcome analysis of head and neck cancer surgery in the elderly. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 121: 150-154, 1995.
- 33) Clayman, G.L., et al.: Surgical outcomes in head and neck cancer patients 80 years of age and older. *Head Neck* 20: 216-223, 1998.
- 34) Teymoortash, A., et al.: Head and neck cancer surgery in the elderly. *Laryngorhinootologie* 81: 293-298, 2002.
- 35) 川端一嘉: シンポジウム [1] 高齢の癌患者に対する治療指針1. 高齢者における拡大手術の限界について. *頭頸部腫瘍* 15: 2-5, 1988.
- 36) 桜井健司, 河野修三, 他: 術前検査のポイント. *日臨外会誌* 44: 169-174, 1989.
- 37) Hemprich, A. and Muller, R.P.: Long-term results in treating squamous cell carcinoma of the lip, oral cavity, and oropharynx. *Int J Oral Maxillofac Surg* 18: 39-42, 1989.
- 38) Philip, A.: Current Chemotherapy of Head and Neck Cancer. *J Oral Maxillofac Surg* 49: 864-870, 1991.
- 39) Marcus, R.B., Jr., Million, R.R., et al.: A preloaded, custom-designed implantation device for stage T1-T2 carcinoma of the floor of mouth. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 6: 111-113, 1980.
- 40) Urist M.M., O'Brien C.J., et al.: Squamous cell carcinoma of buccal mucosa; Analysis of prognostic factors. *Am J Surg* 154: 411-414, 1987.
- 41) Shibuya H., Horiuchi J., et al.: Oral carcinoma of the upper jaw; Results of radiation treatment. *Acta Radiol Oncol* 23: 331-335, 1984.
- 42) Fayos, J.V.: Carcinoma of the mandible: Results of RT. *Acta Radiol Ther Phys Biol* 12: 378-386, 1973.
- 43) 甲能直幸, 北原 哲: 化学療法的位置づけ. *癌と化学療法* 28(4): 448-453, 2001.
- 44) Hennemann, B.: Palliative chemotherapy of head and neck cancer: present status and future development. *Laryngorhinootologie* 85(3): 172-178, 2006.
- 45) 横地 恵, 栗田 浩, 他: 痴呆を有する口腔癌患者の3例. *口腔腫瘍* 17(2): 131-136, 2005.

The clinical study of 37 cases of squamous cell carcinoma in the oral cavity over 85 years of age

Emiko Anegawa, Makoto Koga, Haruki Tsuyama,
Osamu Iwamoto and Jingo Kusakawa

Dental and Oral Medical Center, Kurume University School of Medicine
(Chief: Prof. Jingo Kusakawa)

Abstract

Thirty-seven patients with primary oral squamous cell carcinoma (SCC) over 85 years of age were clinically evaluated. This group accounted for 5.6 % of the total of 663 patients with primary oral SCC treated in our hospital from 1974 to 2004. These consisted of 16 males and 21 females with a mean age of 88.2 years. As for UICC stage classification, 5 cases (13.5%) were stage I, 14 cases (37.8%) were stage II, 7 cases (18.9%) were stage III, and 11 cases (29.7%) were stage IV. In the elderly over 85 years old, gingiva was the most frequent primary tumor site, and 78.4% of patients had systemic medical complications. Overall 5-year cumulative survival rate in the elderly over 85 years was 53.8 %. According to the treatment manner, the cause-specific 5-year survival rate was 85.4 % in the radical surgery treatment group, the cause-specific 14-month survival rate was 11.4% in the palliative treatment group, and the cause-specific 50-month survival rate was 16.7% in the untreated group. However, the treatment outcome of 21 patients over 85 years old who received radical surgery was equal to that of patients under 85 years old. These results suggest that radical treatments including surgery can improve the long-term survival even in patients over 85 years of age.

Key words : oral cancer, squamous cell carcinoma, elderly over 85 years old, complication

Requests for reprints to: Dr. Anegawa E., Dental and Oral Medical Center Kurume University School of Medicine, 67, Asahi-machi, Kurume-shi, Fukuoka-ken, 830-0011 Japan