口腔領域悪性腫瘍に関する臨床的検討

—とくに70歳以上の高齢者癌について—

九州歯科大学口腔外科学第2講座 (主任: 梶山 稔教授)

梶山 稔・黒川 英雄・林 嘉仁・津留 昭二
児玉 高広・姫田 東高・西野 一寿・杉本 忠雄
池田 浩・中村 貴司・竹尾 恭子・岡田 正明
野村 俊夫・末永 初広・小西 稔尉・荒木 英隆

昭和63年12月24日受付

A Clinical Evaluation of Oral Cancer —Elderly Patients over 70 Years Old—

Minoru Kajiyama, Hideo Kurokawa, Kajin Rin, Shoji Tsuru,
Takahiro Kodama, Harutaka Himeda, Kazuhisa Nishino, Tadao Sugimoto,
Hiroshi Ikeda, Takashi Nakamura, Kyoko Takeo, Masaaki Okada,
Toshio Nomura, Hatsuhiko Suenaga, Toshiyasu Konishi and Hidetaka Araki

Second Department of Oral Surgery (Chief: Prof. Minoru Kajiyama)
Kyushu Dental College, Kitakyushu, Japan

A total of 32 cases of oral cancer in patients over 70 years old treated in our clinic, during 1977 to 1986, was clinical analysed.

The following results were obtained:

- 1) A series of 32 primary cases with oral cancer in the elderly patients over 70 years old was reported. The ratio of the elderly patients over 70 years of age was 25.2% (32/127 cases). As to sex, incidence was higher in males.
- 2) The oral cancer in patients over 70 years old in the majority of 32 cases was located on the upper or lower gingiva (65.6%).
- 3) This series was found histopathologically to be; 23 cases squamous cell carcinoma (71.9%), 5 cases undifferentiated carcinoma (15.6%), 2 cases verrucous carcinoma (6.3%), 1 case adenoid cystic carcinoma (3.1%), 1 case malignant melanoma (3.1%).
- 4) In TNM classification, the majority of 32 cases were T₂, T₃ case and Stage III case.
- 5) The ratio of the complications was 53.1% (17/32 cases).
- 6) Treatment was performed mostly by combination chemotherapy with provisional operation and/or radiation therapy.
- 7) The five year absolute cure rate for 32 cases was 26.4%.

Key words: *Clinical evaluation/Oral cancer/Elderly patients*

結 言

近年、平均寿命の著しい延長にともない、高齢者の癌は増加の傾向にある¹⁻¹⁰⁾。しかしながら、高齢者では栄養状態の低下¹¹⁾、主要臓器の老化や萎縮などによる機能の低下^{1-4, 12)}、さらには合併症や既往疾患の後遺症などを有することが多い^{13, 14)}。したがって、高齢者癌患者では予備力・回復力を欠き、その治療法の適応にあたっては十分な判断にともなう選択が極めて重要である。また、手術前・後の管理には、とくに慎重を期す必要があり、その対応については多くの報告がみられる⁴⁻¹⁰⁾。

さて、口腔領域における悪性腫瘍患者についても高齢者の占める割合がしだいに高くなっているが¹⁵⁻¹⁷⁾、咬合、咀嚼、発音などの特殊な口腔機能から、治療面においてもかなりの制約を受け、幾多の問題が残されている^{15, 16)}。

当科ではこれまでに、舌癌¹⁸⁾、上・下顎骨肉癌^{19, 20)}などについて臨床的な調査を行ってきたが、今回は70歳以上の高齢者で、口腔癌患者の治療面における臨床的な調査、検討を行ったので、その成績を報告する。

対 象 症 例

1977年から1986年までの10年間に、当科を受診し、加療を受けた口腔癌患者（1次症例）は127例である。そのうち70歳以上のいわゆる高齢者癌32例を調査の対象とした。

調 査 成 績

1. 発現年齢と性別

当科において10年間に加療を受けた口腔癌患者は127名で、このうち70歳以上の高齢者癌は32例（25.2%）であった。これはこれまでに癌年齢といわれてきた50歳代（28.3%）から60歳代（24.4%）までに相当する発現頻度であった。また、32例の年齢をみると、70歳代が29例（90.6%）、80歳代は3例（9.4%）となり、高齢者癌のほとんどが70歳代の年齢であった。性別を口腔癌全般からみると、127例のうち男性が82例（64.6%）、女性は45例（35.4%）となり、男性に多発していた。一方、高齢者癌32例でも男性が21例（65.6%）、女性は11例（34.4%）となり、多くは男性に発現していた。

なお、当科における口腔癌患者の平均年齢をみると、全般的には58.8歳であったが、これを性別平均年齢で見ると、男性60.5歳、女性55.7歳となり、男性では平均年齢よりも高く、女性では低いという傾向にあった（図

1, 表1）。

図1 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の年齢的頻度

（1977～1986年，127例）

表1 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の年齢および性別

（1977～1986年，127例）

年齢	性別	男性	女性	計 (%)
0 ～ 9			1	1 (0.8)
10 ～ 19				
20 ～ 29				
30 ～ 39		2	1	3 (2.4)
40 ～ 49		15	9	24 (18.9)
50 ～ 59		21	15	36 (28.3)
60 ～ 69		23	8	31 (24.4)
70 ～ 79		20	9	29 (22.8)
80以上		1	2	3 (2.4)
計 (%)		82 (64.6)	45 (35.4)	127
※平均年齢		60.5歳	55.7歳	58.8歳

内は高齢者を示す

2. 年度別推移

これまでの10年間に加療した口腔癌例と70歳以上の高齢者癌32例について、それぞれの年度別推移を調査し

た. すなわち, 各年度において患者数に変動はみられるが, 70歳以上の高齢者はおおむね11.1%から55.6%までの間で, 受診していた. なお, 10例以上の患者が受診した年度では, ほぼ全体の15.4%から26.3%程度であった. したがって, 年度別推移に特別な傾向はみられなかった(図2).

図2 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者—とくに70歳以上の高齢者癌の年度別推移— (1977~1986年, 127例)

3. 発現部位

高齢者癌32例の発現部位をみると, 上顎歯肉が13例(40.6%)と最も多く, 下顎歯肉8例(25.0%)がこれにつぎ, 口底5例(15.6%), 舌4例(12.5%), 頬粘膜2例(6.3%)の順であった. したがって, 高齢者癌では歯肉発現例が32例中21例(65.6%)となり, 多くは歯肉に発現していたが, 上顎歯肉での発現例が多かった. これに反し, 70歳未満の95例では, 舌が40例(42.1%)と最も多く, ついで下顎歯肉22例(23.2%), 上顎歯肉21例(22.1%), 口底6例(6.3%)となり, 高齢者に比べ舌癌が多く, 歯肉発現例は95例中43例(45.3%)となり, 高齢者とさほどの差異をみなかったが, 顎別では上顎歯肉での発現頻度がかなり低くなっていた. したがって, 70歳以上の高齢者癌では上顎歯肉癌が多く, 70歳未満の癌では舌癌が多く, 歯肉癌では顎差をみなかった. なお, 義歯との関係について調査したが, 明らかな相関関係は認められなかった(表2, 図3).

表2 当科における70歳以上の高齢者癌の発現部位 (1977~1986年, 32例)

発現部位	症例数(%)
上顎歯肉	13(40.6)
下顎歯肉	8(25.0)
口底	5(15.6)
舌	4(12.5)
頬粘膜	2(6.3)

図3 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の発現部位 (1977~1986年, 127例)

4. 組織型

10年間に加療した口腔癌患者の組織型を調査した. すなわち, 扁平上皮癌が127例中102例(80.3%)と大部分を占めていた. なお, 70歳未満の症例では95例中79例(83.2%)が扁平上皮癌であった. また, 70歳以上の高齢者癌では扁平上皮癌が32例中23例(71.9%)とその類

図4 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の組織型 (1977~1986年, 127例)

度が低くなっていたが、ほかに未分化癌が5例（15.6%）、疣贅状癌2例（6.3%）、腺様嚢胞癌1例（3.1%）、悪性黒色腫1例（3.1%）など、組織型の多様化がみられた（図4）。

5. TNM 分類および Stage 分類

自験127例の初診時における臨床進展度を TNM 分類（UICC, 1978年）²¹⁾により調査した。その結果、70歳以上の高齢者癌では32例のうちT₁・1例（3.1%）、T₂・12例（37.5%）、T₃・14例（43.8%）、T₄・5例（15.6%）であった。また、頸部転移の有無については、N₀・32例中22例（68.8%）、N₁・7例（21.9%）、N₂・1例（3.1%）、N₃・2例（6.3%）であった。一方、70歳未満の症例をみると、T₁・95例中29例（30.5%）、T₂・48例（50.5%）、T₃・14例（14.7%）、T₄・4例（4.2%）、また、頸部転移についてはN₀・95例中78例（82.1%）、N₁・16例（16.8%）、N₂・1例（1.1%）であった。

以上のような調査成績からすれば、70歳以上の高齢者癌ではT₂、T₃症例が多く、頸部転移についてもN₁症例が多かった。これに反し、70歳未満の症例ではT₁、T₂症例やN₀症例が多くなっていた。ちなみに、高齢者癌では初診時、すでにリンパ節転移を疑われたものが32例中10例（31.2%）であった。これに反し、70歳未満の症例では95例のうちわずかに17例（17.9%）であった。したがって、高齢者癌の場合では比較的腫瘍が増大し、所属リンパ節に腫脹をきたし、進行癌として受診した症例が多くみられた。

つぎに、自験例を各 Stage に分類（UICC, 1978年）²¹⁾し調査を行った。すなわち、70歳以上の高齢者癌32例では、Stage I・1例（3.1%）、Stage II・8例（25.0%）、Stage III・15例（46.9%）、Stage IV・8例（25.0%）となり、Stage IIIの症例が多くなっていた。これに対し、70歳未満の95例では Stage I・24例（25.3%）、Stage II・38例（40.0%）、Stage III・28例（29.5%）、Stage IV・5例（5.3%）となり、Stage IIの症例が多かった。したがって、70歳以上の高齢者癌では70歳未満の症例に比べ、Stage IIIの症例が多く、腫瘍が増大し、頸部転移をともなう受診した、いわゆる進行癌患者が多かった（表3）。

6. 合併症

当科を受診した70歳以上の高齢者癌患者の合併症を調査してみると、32例中17例（53.1%）の多くが何らかの合併疾患を有していた。その内訳は心疾患が7例（41.2%）、高血圧症が6例（35.3%）、脳神経障害および呼吸

表3 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の Stage 分類（UICC, 1978）

（1977～1986年, 127例）

年 齢		70歳未満	70歳以上	計
Stage, TNM 分類				
Stage I	T ₁ N ₀ M ₀	24	1	25
Stage II	T ₂ N ₀ M ₀	38	8	46
Stage III	T ₃ N ₀ M ₀	14	10	24
	T ₁ N ₁ M ₀	4		4
	T ₂ N ₁ M ₀	10	3	13
	T ₃ N ₁ M ₀		2	2
Stage IV	T ₄ N ₀ M ₀	2	3	5
	T ₄ N ₁ M ₀	2	1	3
	T ₁ N ₂ M ₀	1		1
	T ₄ N ₂ M ₀		1	1
	T ₃ N ₃ M ₀		2	2
	T ₂ N ₁ M ₁		1	1
計		95	32	127

器障害がそれぞれ3例（17.6%）、消化器障害および代謝系障害がそれぞれ2例（11.8%）など、循環器系の障害が多くみられた。このように、70歳以上の高齢者癌では種々な合併症により患者自身の予備力が低下し、化学療法、手術、放射線療法などを実施するにあたっては、治療-宿主相関のうえからもかなりの制約を受け、患者の治療管理への対応がきわめて重要と考えられる（図5）。

図5 当科における10年間の口腔領域高齢者癌患者（70歳以上）の合併症

（1977～1986年, 32例）

7. 治療法

当科における70歳以上の高齢者癌の治療法は、化学療法単独が9例（28.1%）、化学療法、放射線療法、手術

のいわゆる三者併用療法が8例(25.0%)、化学療法と手術の併用療法が8例(25.0%)、化学療法と放射線療法の併用療法が7例(21.9%)で、70歳未満の症例に比べ、治療法に特別な差はみられなかった。なお、拡大根治手術の症例はみられなかった。これは患者の希望や年齢的なことなどから拡大根治手術が不可能な症例が多く、各治療法を組み合わせ、抗腫瘍効果の増強を図ったためである。

したがって、当科における高齢者癌の治療法としては外科的根治手術よりも、化学療法を主とした姑息的な治療法が多くなっていた。これは前述したように、高齢者癌では合併症を有する症例や進行癌が多いこと、また年齢的な面から拡大根治手術に対する十分な協力が得られなかったためである。なお、化学療法では、患側の浅側頭動脈を介して高濃度の制癌剤を注入し、全身的な副作用を軽減する目的から²²⁾、局所動脈内注入法が32例中14例(43.8%)に実施されていた(表4、図6)。

表4 当科における70歳以上の高齢者癌の治療法
(1977~1986年, 32例)

治 療 法	例 数 (%)
化療	9(28.1)
化療>手術<化療 放療>手術<放療	8(25.0)
化療—手術—化療	8(25.0)
化療>放療	7(21.9)

図6 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の治療法 (1977~1986年, 125例)

8. 治療成績

当科において加療された口腔癌患者の予後を追跡調査した。その結果、70歳未満例の3年累積生存率は57.8%、5年累積生存率が47.5%であったのに対し、70歳以上の高齢者例では3年累積生存率が33.0%、5年累積生存率が26.4%と著しく低下していた。この成績は高齢者癌の患者では合併症、全身状態、さらには家族の希望などにより十分な根治的治療法が実施しえず、姑息的な治療法に終わった症例が多いためと思われる。なお、高齢者癌32例のうち21例が腫瘍死であったが、5例は他病死であった(図7)。

図7 当科における10年間の口腔領域悪性腫瘍患者の予後 (1977~1986年, 125例)

考 察

近年、医学の進歩と健康管理の高揚から平均寿命の著しい延長とともに、ますます高齢化社会へと傾き、高齢者は増加の一途にある¹⁻¹⁰⁾。これにともなって、医療面における高齢者への対応が重要な問題となっている¹¹⁻¹⁴⁾。とくに高齢者癌においては、高齢者といえども、正確な診断と適切な治療の実施が実施されれば、その治療成績も一般癌患者の治療成績に比べ、遜色がないとされている²³⁾。しかしながら、高齢者では栄養状態の低下¹¹⁾、主要臓器の加齢的な老化萎縮^{1, 4, 11)}、複雑な合併症を有する人が多い^{13, 14)}。さらに、外科療法や化学療法などの侵襲に対する予備力・回復力の低下などから²⁴⁻²⁶⁾、一般患者に比べ治療面でかなりの制約を受け、今なお多くの問題が残されている^{15, 16)}。

口腔癌の発現年齢について、これまでの諸家の報告を総括すれば、50歳代から60歳代が約60%前後を占めてい

た²⁷⁻³²⁾。老化は社会的環境の変化によって遅延し、医学的にも高年齢者はおおむね70歳以上に格上げされている²³⁾。このような背景をもとに高齢者癌の占める割合を、これまでの報告から調査してみた。すなわち、小野(1959)³³⁾は7.3%、戸塚(1971)³⁴⁾は16.1%、西嶋ら(1975)²⁸⁾は17.6%、中村ら(1977)³⁵⁾は12.1%、堂原ら(1979)³⁰⁾は21.6%、山城ら(1983)³¹⁾は23.4%、亀山ら(1983)³²⁾は25.6%、山城ら(1984)³⁶⁾は27.2%、塩田ら(1986)³⁷⁾は21.6%となり、口腔癌患者においても他臓器癌と同様に高年齢者の占める割合がしだいに増加の傾向にある。とくに、1980年以後の報告では、その比率も21%から27%を示し^{31, 32, 36, 37)}、最近の高齢化社会をよく反映しているように思われる。自験例においても、1977年から1986年までの10年間に当科を受診した口腔癌患者は127例で、そのうち70歳以上の高齢者癌は32例(25.2%)となり、最近における諸家の報告に類似する頻度であった。

また、口腔領域における高齢者癌の年度別推移をみると、亀山ら(1983)³²⁾は調査期間が短いためか、明らかな増加傾向はみられなかったと報告している。当科の調査¹⁸⁾では1973年から1977年までの5年間と、1978年から1982年までの5年間とを比較し、その推移をみると、各年度での症例数が少なく、また患者総数にばらつきがみられるが、おおむね11.1%から55.6%の間で変動しており、最近における高齢者癌患者の年度別推移には特別な傾向は認められなかった。これは口腔内の疾患が他臓器癌に比べ、明視可能であり、しかも近年、一般における口腔癌に対する認識の高揚を示唆するもので、進行癌が多いとはいふものの比較的早く受診し、加療を受けたためと考えられる。

口腔癌患者における性差については、一般的には男性が女性の約2倍強で発現していると報告されている^{27-36, 38)}。また、70歳以上の高齢者癌患者においても、これまでの報告からすれば、男性が女性の1.2から2.6倍という頻度で多発している²⁸⁻³²⁾。自験例でも、男性21例に対し、女性11例となり、男女比は1.9:1と約2倍近くで男性に多発し、諸家の報告に一致していた。

口腔癌の発現部位については、各医療機関の特殊性、さらには解剖学的な部位が不統一であるため、報告者によってその頻度に多少の差がみられるものの、一般的には舌および歯肉で60%~70%と発現頻度が高くなっている³²⁻³⁷⁾。なかでも舌では高い発現頻度を報告するものが多い^{30, 37)}。

自験例をみると、70歳未満では舌癌が95例中40例

(42.1%)であったが、70歳以上の高齢者癌では、舌癌に比べ歯肉癌が32例中21例(65.6%)と著しく多くなっていた。この点について、戸塚ら(1985)³⁹⁾は歯肉癌が臼歯部に多発し、歯との関係では、無歯顎に過半数例が発生していたと報告している。さらに無歯顎部では無歯顎部と有歯顎部との境界の歯肉部に多発していたといい、歯肉癌の発生に義歯やクラスプなどの関係を示唆している。しかしながら義歯装着がみられない症例もあり、歯肉癌との相関関係を明確にし得なかったと報告している。また、松沢(1984)⁴⁰⁾は40歳を過ぎると癌の発生率は急速に高くなり、80歳代でピークに達し、老化との間に密接な関係を報告している。以上のことからすれば、口腔癌においても、老化という生命現象、すなわち外的刺激に対する対応の低下になんらかの要因が関与、蓄積し、それが歯肉という部位的な差として、歯肉癌が発生したものではないかと思われる。しかしながら、自験例では不適合な義歯、補綴物、齶蝕歯の鋭縁、さらにはタバコなどの誘因について調査したが、歯肉癌の発生と明らかな因果関係は見出し得なかった。

口腔癌の組織型については、これまでの報告からすれば、扁平上皮癌型が80%から90%と報告されている²⁷⁻³⁸⁾。ちなみに、これまでに当科で経験した口腔癌127例のうちでは扁平上皮癌が102例(80.3%)と大多数を占め、おおむね諸家の報告に類似する頻度であった。また、自験例を70歳未満の95例でみると79例(83.2%)が扁平上皮癌であったのに対し、70歳以上の32例では23例(71.9%)とその頻度がいくぶん低くなっていた。しかしながら、高齢者癌に特異的と思われる組織型はみられなかった。

高齢者癌における臨床進行度(UICC, 1978)²¹⁾を調査した。その結果、70歳未満の症例ではT₁、T₂症例が81.1%と多かったのに対し、70歳以上の高齢者癌ではT₃、T₄症例が81.3%を占め、進行癌が多くなっていた。また、初診時にリンパ節転移が疑われたものは、70歳未満の症例では17.9%であったが、70歳以上の高齢者癌では31.2%と高くなっていた。なお、Stage分類²¹⁾をみると、70歳未満の症例ではStage I、IIの症例が65.3%で多かったが、70歳以上の高齢者癌ではStage III、IVの症例が71.9%と多くなっていた。したがって、当科における70歳以上の高齢者癌患者では、腫瘍が比較的大きく、所属リンパ節が腫脹し、転移を疑われる症例が多かった。これは受診までの期間が比較的長いと思われる。なお、太田(1986)⁴¹⁾は高齢者癌の一般的特徴として、高分化性、低成長性、限局性、多発性などを

挙げている。自験例の高齢者癌でも多発性を除く、高分化性、低成長性、限局性などの点では臨床的におおむね一致する。しかしながら、これらの観点がすべてではなく、若年者に劣らないような増殖、転移する症例もみられた。したがって、高齢者癌では老化にともなう各臓器の形態的ならびに機能的な変化、代謝異常、さらには免疫能の低下などがみられ、腫瘍の浸潤・増殖に対する抵抗減弱とも考えられ、また、癌による機能障害が発現しても自覚することが少なく、受診を怠る場合が多く、癌の発見が遅れることなどから^{42,43)}、来院までに長期間を必要としており、初診時に進行癌が比較的多いことから理解される。

高齢者癌の治療にあたっては、高齢化にともなう主要臓器の機能障害や合併症が重要な問題となる^{1-4,12)}。古賀ら(1974)¹⁾は高齢者胃癌のうち、合併症の認められたものが55.4%で、このうち心機能障害が36%と最も多かったと報告し、宇都宮ら(1981)⁴⁾は70歳以上の外科治療症例のうち、54.2%に何らかの合併症を認め、高血圧症が33.3%と最も多く、心電図の異常は85.1%にみられたと報告している。また、近藤(1981)⁴⁴⁾は高齢者の喉頭癌症例における合併症としては高血圧症が多いといい、吉田(1984)⁴⁵⁾は耳鼻科領域悪性腫瘍のうち、70歳代では50%が合併症を有し、高血圧症、糖尿病、脳内出血による片側麻痺、心疾患の順となり、80歳以上では63.6%が合併症で、高血圧症、心疾患の順に多かったと報告している。さらに、宮崎ら(1987)¹⁰⁾は高齢者頭頸部癌患者における合併症のうち、心疾患が最も多く、ついで高血圧症、呼吸器疾患、糖尿病であったと報告している。自験例でも、高齢者癌32例中17例(53.1%)の半数以上の症例に何らかの合併症がみられた。そのなかでは、心疾患が7例(41.2%)と多く、ついで高血圧症が6例(35.3%)、呼吸器障害が3例(17.6%)、脳神経障害が3例(17.6%)、糖尿病などの代謝系障害が2例(11.8%)、消化器障害が2例(11.8%)となり、心循環器系の障害が多く、諸家の報告に類似するものであった。したがって、高齢者癌の治療にあたっては、心疾患、高血圧症、糖尿病、呼吸器疾患などの有無に注意を払い、十分な術前、術後の管理が必要と思われる。

口腔癌の治療は他科領域と同様に、外科療法、放射線療法、化学療法などが単独あるいは併用療法として実施されている^{16,37)}。とくに口腔癌では、その大多数が扁平上皮癌であることから³⁷⁾、放射線療法や **Bleomycin**, **Peplomycin**, **Cisplatin**, **5-Fu** などによる化学療法が手術前後に行われ、根治手術を施行するいわゆる3者併

用療法が一般に実施されている²⁷⁻³⁵⁾。しかしながら、高齢者癌においては拡大根治手術が患者や家族の希望、患者の全身状態などから、十分に実施しえないことが多く、姑息的な治療法に終ることが多いようである¹⁵⁾。一方、口腔癌では手術侵襲や手術による直接的な合併症も少ないことから¹⁰⁾、手術前後の循環、呼吸などの生理的機能障害を十分に考慮した管理を行えば、咀嚼機能を障害することなく積極的な根治手術が可能とも考えられる^{9,10,15)}。また、化学療法を実施するにあたっては、その副作用を十分に考慮し、いわゆる、副作用抑制への対応を考慮する必要がある²⁶⁾。とくに、**Bleomycin** や **Peplomycin** には肺線維症、**Cisplatin** では腎毒性、**5-Fu** では造血機能の障害、さらには免疫能の低下という問題もあり、制癌剤の投与量、投与法の検討、さらには免疫賦活剤の併用などの検討が必要である²⁶⁾。

自験例では、拡大根治手術に対し患者や家族の同意が得られず、全身状態を考慮したため、化学療法、放射線療法、保存的な外科療法を組み合わせた治療法を多くの症例に実施したが、それぞれの治療法に今後一層の検討が必要である。

高齢者癌の治療成績は他の年齢層の癌に比べ、一般に低いとされている¹⁰⁾。これは前述したように、高齢者癌に比較的高齢進行癌が多いこと、患者や家族の希望、全身状態などから、積極的な根治療法が実施し得なかったこと、さらには腫瘍死以外に他病死が多いことなどがあげられている⁸⁻¹⁵⁾。自験例でも、70歳未満の生存率に比べ、70歳以上の高齢者癌では生存率が著しく低下していた。したがって、今後における高齢者癌の治療にあたっては、患者の全身状態を確実に把握、留意したうえで、積極的な治療を実施し、治療成績の向上を図る必要がある。

結 語

1977年から1986年までの10年間に、当科を受診し、加療を受けた口腔癌患者127例のうち、70歳以上のいわゆる高齢者癌32例について臨床的な検討を行い、以下の成績を得た。

1. 10年間に加療を受けた口腔癌患者のうち、70歳以上の高齢者癌は25.2%(32/127例)であった。そのうち、男性は65.6%(21/32例)、女性が34.4%(11/32例)で、男性に多発していた。

2. 発現部位では、上顎歯肉40.6%(13/32例)、下顎歯肉25.0%(8/32例)、口底15.6%(5/32例)、舌12.5%(4/32例)、頬粘膜6.3%(2/32例)となり、多くは歯肉

発現例であった。

3. 組織型では、扁平上皮癌71.9% (23/32例)、未分化癌 15.6% (5/32例)、疣贅状癌6.3% (2/32例)、腺様嚢胞癌3.1% (1/32例)、悪性黒色腫3.1% (1/32例)で、多くは扁平上皮癌であった。

4. Stage 分類では、Stage I・3.1% (1/32例)、Stage II・25.0% (8/32例)、Stage III・46.9% (15/32例)、Stage IV・25.0% (8/32例)となり、高齢者癌では Stage III の症例が多くなっていた。すなわち、腫瘍が増大し、頸部転移をともなった、いわゆる進行癌の症例が多かった。

5. 高齢者癌患者の合併症をみると、32例中17例

(53.1%)の多くが何らかの合併症を有していた。なかでも、心疾患や高血圧症などの循環器系の障害が多かった。

6. 高齢者癌の治療では、年齢や諸種の事情により、根治的拡大手術が困難なことが多く、化学療法を主体とした治療が多かった。なお、化学療法は根治的なものではなく、姑息的に行った症例が多かった。

7. 治療成績では、3年累積生存率が33.0%、5年累積生存率が26.4%であった。

なお、本論文の要旨は第32回日本口腔外科学会総会（昭和62年11月19日、東京都）において発表した。

引用文献

- 1) 古賀成昌・古沢元之助・増田英隆・副島一彦・脇田政康：高齢者（70歳以上）胃癌に対する胃全摘例の検討—とくにその適応について—。外科 36：1122—1127, 1974.
- 2) 佐藤武男・東家倫夫・前田和雄・宮原 裕：80歳代高齢者喉頭癌の治療。耳喉 49：51—54, 1977.
- 3) 古賀成昌・岩井宣健・貝原信明：80歳以上高齢者手術例—その実態と問題点—。外科治療 43：475—480, 1980.
- 4) 宇都宮利善・東 茂樹・篠原 央・井上宏司・呂 俊彦・大西英胤・植村 剛・村上 勝・山田 満：高齢者における外科治療の現況。医療 35：28—35, 1981.
- 5) 石川創二・富木経三：高齢者肺癌外科治療の限界。医療 35：36—40, 1981.
- 6) 志村秀彦：高齢者の術前術後管理。臨床と研究 60：3135—3139, 1983.
- 7) 大畑正昭・飯田 守・新野晃敏・大森一光・中岡 康・瀬在幸安：高齢者肺癌の外科。臨外 39：61—67, 1984.
- 8) 菊地敬一・尾形利郎：高齢者肺癌切除後の呼吸管理。癌と化学療法 13：3114—3118, 1986.
- 9) 加藤 斎・尾崎登喜雄・大野彰彦・中尾恵之輔・富田幸伸・馬詰 真・米田和典：90歳以上の高齢口腔癌患者の治療経験とその問題点。癌臨 32：287—292, 1986.
- 10) 宮崎 洋・松村祐二郎・野村 和・工藤庄治・蘇 萬全・池間昌毅・松嶋四郎・山崎恵三・好田隆是：高齢頭頸癌患者の動向とその取り扱いについて—その1 手術を中心に—。耳鼻 33：51—55, 1987.
- 11) 篠原恒樹：高齢化社会と栄養状態の問題点。医学のあゆみ 140：452—453, 1987.
- 12) Goldman, L., Caldela, D.L., Nussbaum, S.R., Southwick, F.S., Krogstad, D., Murray, B., Burke, D.S., O' Malley, T.A., Goroll, A.H., Caplan, C.H., Nolan, J., Carabello, B. and Slater, E.E.: Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N. Engl. J. Med.* 297：845—850, 1977.
- 13) 西沢 直・福田悦夫：高齢者（70歳以上）手術と死亡原因の検討。医療 31：860—863, 1977.
- 14) 古沢元之助：腹部外科領域とくに胃癌手術に関連して。医療 32：1446—1451, 1978.
- 15) 橋 正芳・西村秀夫・豊田弥八郎・斉藤 等・水越 治：頭頸部悪性腫瘍患者の高齢化とその問題点。癌臨 22：899—905, 1976.
- 16) 塩田重利・天笠光雄：口腔悪性腫瘍治療の現況。医学のあゆみ 134：955—961, 1985.
- 17) 鎌田信悦・内田正興：口腔癌。癌臨 32：1339—1343, 1986.
- 18) 梶山 稔・黒川英雄・飯野悦朗・中尾元彦・清水恵太・大坪充寛・山中富士夫・岸本 卓：最近の5か年間における口腔腫瘍の臨床的観察—口腔悪性腫瘍について—。九州歯会誌 38：471—479, 1984.

- 19) 梶山 稔・黒川英雄・野村信人・児玉高広・林 嘉仁・赤間 功・末永一郎・迫 正信：口腔領域悪性腫瘍に関する臨床的検討—上顎癌症例について—。口科誌 35：76—83, 1986.
- 20) 梶山 稔・黒川英雄・林 嘉仁・赤間 功・津留昭二・杉本忠雄・田辺昭博・児玉高広・姫田東高・池田 浩・原田英治・大塚泰二：口腔領域悪性腫瘍に関する臨床的検討—下顎歯肉癌について—。日口外誌 33：1661—1669, 1987.
- 21) Harmer, M. : *TNM classification of malignant tumor*. 3rd Ed. Geneva, 1978, 23—26.
- 22) 梶山 稔：口腔癌と化学療法—局所動脈内挿管注入療法について—。九州歯会誌 39：874—881, 1985.
- 23) 梶谷 環：高齢者癌の治療。癌と化学療法 8：1666—1668, 1981.
- 24) 寺松 孝・加藤弘文：高齢者肺癌に対する外科療法。癌と化学療法 8：1669—1674, 1981.
- 25) 間島 進・藤田佳宏・大内孝雄・山根哲郎：手術療法—消化器癌を中心に—。癌と化学療法 8：1675—1687, 1981.
- 26) 小川一誠・小林 直：化学療法。癌と化学療法 8：1696—1700, 1981.
- 27) 佐々木元賢・千野武広・武内太刀夫・田中俊彦：わが教室における顎・口腔領域の悪性腫瘍に関する治療症例の検討。日口外誌 15：74—78, 1969.
- 28) 西嶋克己・石川利広・岸 幹二・山崎邦彦・藤井康博・駒井正昭・長島駿一郎・樋口 満・田村淳一・岡本全充・前田健一郎・棕代龍彦・岡本健一郎：顎口腔領域の悪性腫瘍に関する研究。第1報，悪性腫瘍患者387例の臨床統計的観察。日口外誌 21：316—322, 1975.
- 29) 村瀬博文・玉井達人・関戸幹夫・鈴木和彦・河内四郎・藤田浄秀・増田正樹・大谷隆俊：口腔悪性腫瘍の臨床病理学的研究。第1報，臨床統計的観察。日口外誌 25：72—80, 1979.
- 30) 堂原義美・川平清秀・杉原一正・山下佐英：わが教室における過去10年間顎口腔領域悪性腫瘍の臨床統計的観察。日口外誌 25：548—558, 1979.
- 31) 山城正宏・藤井信男・友寄喜樹・本村和弥・金城 孝・中宗根康雄・饒間 裕・宮里 修・照屋正信：口腔領域悪性腫瘍の臨床病理学的検討。第1報，過去8年間の統計的観察。口科誌 32：110—116, 1983.
- 32) 亀山忠光・竹中将純・木村高樹・稗田照男・大楠道生・朱雀直道・松瀬洋一・森永 太：当教室における過去10年間の悪性腫瘍患者の臨床統計的観察。日口外誌 29：1738—1746, 1983.
- 33) 小野史郎：顎口腔領域悪性腫瘍350例について。日口外誌 5：102—118, 1959.
- 34) 戸塚盛雄：口腔領域悪性腫瘍の臨床，組織および細胞学的研究。口病誌 38：94—130, 1971.
- 35) 中村社綱・田代英雄・池村邦男・大関 悟・河野泰孝・大部大明：わが教室10年間の口腔癌の臨床統計的観察。日口外誌 23：533—540, 1977.
- 36) 山城正宏・藤井信男・友寄喜樹・本村和弥・金城 孝・中宗根康雄・饒間 裕：口腔領域悪性腫瘍の臨床病理学的検討。第2報，過去10年間の実態と治療成績。口科誌 34：357—363, 1985.
- 37) 塩田重利・立花忠夫：口腔癌。癌臨 32：1107—1112, 1986.
- 38) Wynder, E.L., Bross, I.J. and Feldman, H. : A study of etiological factors in cancer of the mouth. *Cancer* 10：1300—1308, 1957.
- 39) 戸塚精則・水越孝典・中村博行・畔田 貢・工藤元義・野谷健一・山下哲郎・富田喜内・早川邦雄・有末 真・井上農夫男：下顎歯肉扁平上皮癌の臨床的研究。日口外誌 31：36—51, 1985.
- 40) 松沢大樹：老化と癌。癌の臨床別冊，篠原出版，東京，1987，9—16.
- 41) 太田邦夫：高齢者癌の特徴。癌と化学療法 13：3105—3108, 1986.
- 42) 長谷川敏彦：わが国における癌対策の歴史。医学のあゆみ 146：694—700, 1988.
- 43) 長谷川敏彦：わが国の癌および癌患者の現状と将来予測。医学のあゆみ 146：701—706, 1988.
- 44) 近藤 隆：高齢者喉頭癌症例の検討。耳鼻臨床 74：1849—1857, 1981.
- 45) 吉田昭男：高齢者の頭頸部癌手術について—2例の術後合併症を中心に—。耳鼻臨床 77：1951—1959, 1984.