メラノーマの縮小手術

QOL を考えたメラノーマの縮小手術
—How wide is wide enough?—

柳川 茂*

Summary

During the last two decades, the recommended margin for primary cutaneous melanoma has consistently become more narrow. In the past, a 5cm margin in all directions from the tumor was recommended, but in practice, narrower or conservative excision was selected when the lesion located in cosmetically sensitive or in functionally critical area. Our clinical experience has shown that local recurrence is an infrequent problem, and conservative operation contributed the QOL of patient. Recently, prospective, multi-institutional, randomized trials (Veronesi, et al. and Balch, et al.) were conducted to clarify controversies concerning surgical margins. These results showed that <1mm, 1cm and, 1~4mm, 2cm margin could be safely available. Collected clinical data would suggest that exceeding 3cm dose not improve either local control or ultimate patient survival, and that the histopathologic features of the primary lesion, for the most cases, dictate patient disease free interval. After this time, arbitrarily wide excision should be avoided to preserve the QOL of melanoma patient.

はじめに

メラノーマの切除範囲の決定は患者の Quality of life (QOL) を考えた場合、時に頭を悩ます問題である。従来の 5 cm 幅の拡大切除術は実際には施行できないことも多く、我々は結果的に通常よりもかなり狭い幅の切除術（縮小手術）を行ってきた。しかし、経験上、組織学的所見を越えた原発部の再発で困ったことは少なく、5 cm 幅の拡大切除術には大きな疑問を持っていた。いくつかの症例を掲示するとともに

に、QOL を考えたメラノーマの縮小手術につき検討を加えた。

症 例

症例 1 : 65 歳, 男性, 左頬の LMM。

初 診 : 1980 年 5 月

経過およびコメント : 某院形成外科にて、ケラトアカントーマと診断され 30mm 大, 黒色斑の周囲わずか 5 mm 程度の surgical margin で切除後来院した(図 1)。拡大切除を勧めたが患者は同意せず, 再手術を施行できなかった。中心部の tumor thickness は約 4 mm であり, 局所再発を心配したが, 3 年後に肺転移で死亡するまで, 原発部は最後まで再発の兆しをみせな

* Shigeru YANAGAWA : 埼玉県立がんセンター皮膚科

図 1. 症例 1

かった。現在では LMM の周囲は狭い切除範囲でよいことになっており、この切除幅は妥当であると思えるが、14年前は拡大手術をしなかったことを強く反省したものである。

症例 2 : 50歳, 男性, 右手第 1 指の爪下メラノーマ (図 2)。

図 2. 症例 2. 術前

初 診 : 1989年 2 月

経過およびコメント : Tumor thickness は 5 mm であったが、患者が左官業であるため MP 関節での切除はその職業的生命を奪うものである。この case では辺縁から 1.5cm 離し、IP

関節で離断して、局所皮弁と植皮を行った (図 3)。半年後に腋窩の治療的リンパ節郭清術を加えているが、術後 5 年の今日まで disease free で健在である。職業上にも大きな支障を来していない。

図 3. 症例 2. 術後

症例 3 : 60歳, 女性, 耳朵部の amelanotic melanoma (図 4)

初 診 : 1990年 4 月

経過およびコメント : 近医にて数 mm 幅の局所切除後に来院 (図 5)。Tumor thickness は 2.3mm, 患者は料亭の仲居さんであり、追加切除を勧めるも、“耳を取るのは死んでも嫌だ”と

図 4. 症例 3. 術前

図5．症例3．術後

のことで、そのまま経過観察となった。このcaseも初診6ヵ月後に治療的頸部リンパ節郭清を追加しているが、その後5年の現在までdisease freeで生存中である。

症例4：72歳，男性，足底のALM（図6）。

初 診：1990年1月

経過およびコメント：Tumor thickness 7mmであるが、病巣の完全切除という観点からはALMの辺縁より1～2cm離して切除すれば十分であると考えた。第4，第5指のみの切除とし（図7），鼠径リンパ節郭清を行い，術

図6．症例4．術前

図7．症例4．術後

後現在までdisease freeで健在。手術による歩行障害も軽度で、日常生活に支障を生じていない。

症例5：50歳，男性，右足土踏まずのALM（図8）

初 診：1992年6月

経過およびコメント：Tumor thickness 5mmであるが辺縁2cm程度の切除として踵を残すことにより，走ることに支障がない。特に我が国に多い足のALM症例ではQOLを考えた縮小手術をぜひ考慮すべきであろう。

図8．症例5．切除範囲

考 案

過去においてメラノーマ拡大切除 (5 cm margin) が推奨されてきた背景には、潜伏病巣を含む拡大切除が局所再発、リンパ節転移を防止するとともに、予後の向上に貢献すると考えられていたからである。それに治療側の心理的要因も加わって、大きく取る方がよいというのが長年の間メラノーマ切除の常識とされてきた。しかしながら、それらの科学的根拠は乏しいようである。1970年代後半から Breslow の tumor thickness 分類が一般的になるとともに¹⁾, tumor thickness に応じて切除範囲を決定していこうという流れが生じ²⁾³⁾, 同時に拡大切除は本当に必要か, “How wide is wide enough?” という疑問が生じた。1980年代にはいると、メラノーマの切除範囲に関する retrospective study が次々と報告され^{4)~11)}, メラノーマの切除範囲は徐々に縮小される傾向となった。メラノーマ縮小切除が進んでいく背景因子として、1)メラノーマの創縁に連続する真の再発は稀である、2)薄いメラノーマの切除範囲は狭くてもよい、3)メラノーマの再発と予後は tumor thickness に関与するところが大きく、拡大切除はリンパ節転移や予後の向上とは無関係である、4)primary closure と植皮、または筋膜を含む手術とに再発、予後において差を認めないなどの事実が判明してきたことがあげられよう。

また、1980年代初めから10年間にわたり、Veronesi, Cascinelli らが中心となって、WHO international melanoma group が切除範囲に関する初めての prospective randomized clinical trial を開始した。この randomized study は tumor thickness 2mm 以下の薄いメラノーマに対し、1 cm 幅と 3 cm 幅の切除結果を比較検討したもので、各々300余名の遠隔成績からみて、in-transit meta, 局所リンパ節転移、遠隔転移に明らかな差がなく、8 年生存でも有意差

を認めていない。しかし、1 cm margin のグループに 1 ~ 2 mm の厚さで、4 例の局所再発を認めたことから、結論としては 1 mm 以下のメラノーマに 1 cm の surgical margin を推奨するにとどまっている¹²⁾¹³⁾。1980年代のメラノーマの surgical margin を総括すると Massachusetts General Hospital の surgical guideline¹⁴⁾が妥当なものと思われる。その要約は 1 mm 以下では 1 cm, 1 ~ 1.5mm は 1.5cm, 1.5 ~ 4.0mm は 3 cm, 4 mm 以上は 3 cm である。3 cm 以上離しても再発率や予後の改善傾向がみられないため、3 cm を最大幅とする施設が多いようである。

さらに1993年には、Balch らアメリカのグループが中心となって進んでいた、1.5 ~ 4.0 mm の中間厚メラノーマの prospective randomized trial が報告された¹⁵⁾。患者は 2 cm 幅と 4 cm 幅にそれぞれ240余名ずつ振り分けられ、中間観察期間は 6 年である。局所再発、in-transit meta, 5 年生存率に有意差なく、再発率はむしろ 4 cm グループに多かった。植皮を必要としたのは 2 cm グループで 11%, 4 cm グループでは 46% であった。結論は中間厚 (1.5 ~ 4.0mm) のメラノーマの切除幅は安全に 2 cm まで縮小可能とのことである。

以上のようにメラノーマの切除はこの20年間で確実に縮小手術に向かっている。現状においては、< 1 mm は 1 cm, 1 ~ 1.5mm は 1.5cm, 1.5 ~ 4 mm は 2 cm, > 4 mm は 3 cm の切除幅が wide enough といえよう。Ackermann は既に1983年に、臨床病理的立場からみて拡大切除は予後に影響を与えず、いかなる厚さのメラノーマも不必要に拡大切除すべきではないという大胆な意見を述べている¹⁶⁾が、臨床も徐々にその意見に近づいているようである。このようなメラノーマの縮小手術の可能性は患者の QOL を考えるとき有用であり、今後も適切な縮小手術についてさらに検討していく必要がある。

文 献

- 1) Breslow, A., et al. : Surg. Gyneco. Obstet., 145 : 691-692, 1977.
- 2) Balch, C.M., et al. : Cancer, 43 : 883-888, 1979.
- 3) Day, C.L., et al. : N. Eng. J. Med., 306 : 479, 1982.
- 4) Elder, D.E., et al. : Plast. Reconstr. Suarg. 71 : 66-72, 1983.
- 5) Kelly, J.W., et al. : Ann. Surg., 200 : 759-763, 1984.
- 6) Aitken, D.R., et al. : Arch. Surg., 119 : 643-646, 1984.
- 7) Cosimi, A.B., et al. : Cancer, 53 : 1256-1259, 1984.
- 8) Taylor, B.A., et al. : Eur. J. Surg. Oncol., 11 : 7-13, 1985.
- 9) Urist, M.M., et al. : Cancer, 55 : 1398-1402, 1985.
- 10) Reintgen, D.S., et al. : Arch. Surg., 122 : 1338-1342, 1987.
- 11) Goldman, L.I., et al. : Am. J. Surg., 155 : 242-244, 1988.
- 12) Veronesi, U., et al. : N. Eng. J. Med., 318 : 1159-1162, 1988.
- 13) Veronesi, U., et al. : Arch. Surg., 126 : 438-441, 1991.
- 14) Ho, V.C., et al. : J. Am. Acad. Dermatol., 22 : 159-76, 1990.
- 15) Balch, C.M., et al. : Ann. Surg., 218 : 262-267, 1993.
- 16) Ackermann, A.B. : Human Pathology, 14 : 743-744, 1983.