有棘細胞癌

——自験有棘細胞癌に対する新 TNM 分類による——
 予後検討および集学的治療により良好な成績を
 得ている有棘細胞癌の6例

——清原 祥夫* 鈴木 正* 田嶋 公子* 池田 重雄*——

Summary

新 TNM 分類における有棘細胞癌の病期分類に基づき、自験例90例に対し病期別5年生存率を検討した。5年生存率で stage Iは100%、stage IIは95.9%、stage IIIは42.8%、stage IVは1年生存率0%であった。この病期分類によれば stage I・IIが早期癌、stage IIが中等度進行癌、stage IVが末期癌という印象であった。

また、最近われわれが経験した中等度進行癌6症例について、手術療法を中心とした集学的治療を行い、優れた成績を得たのでここに報告する。

緒 言

有棘細胞癌（以下 SCC）に対する新 TNM 分類が UICC（1986）より提案され、今まで本症には定まっていなかった病期分類が次のように決定された。

Stage I T_1, N_0, M_0

Stage II T_{2-3}, N_0, M_0

Stage III $T_4, N_0, M_0, \text{any } T, N_1, M_0$

Stage IV $\text{any } T, \text{any } N, M_1$

注目すべき点は T_4, N_0, M_0 が stage IIIとして $\text{any } T, N_1, M_0$ と同期に取り扱われていることである。この新病期分類に則り、過去10年間における埼玉医大皮膚科にて経験した SCC（90例）の生存率曲線を描いてみた（図1）。

stage IIIの T_4, N_0, M_0 と $\text{any } T, N_1, M_0$ の予後動態は近似しておりこれらを同期に取り扱うことは合理的であると思われた。また、stage I, IIでは良好な成績を得ているが、中等度以上に進行した stage IIIの一部および stage IVの症例では治療成績はかんばしくなく、今後の向上が望まれる。

われわれは stage IIIまでの症例に対しては手術療法を主体とし、これに免疫化学療法、放射線療法などを適宜組み合わせた集学的治療を施し、治療成績の向上に努力している。最近われわれは中等度進行した6例に対し前述した集学的治療法により優れた治療成績を得ているのでその概要を報告する。

症例1：64歳、男性

初 診：昭和60年8月21日

主 訴：仙骨部腫瘍

現病歴：昭和19年、空襲にて負傷。入院中、

* Yochio KIIYOHARA, Tadashi SUZUKI,
 Kimiko TAJIMA, Shigeo IKEDA：埼玉医
 科大学皮膚科学教室

図 1.
新 TNM 分類による 5 年生存率

図 2.
症例 1, 初診時および術後所見

仙骨部に褥瘡を生じたが癒治癒した。昭和58年ころより、同部に難治性びらん面出現し、半年前より急速に増大してきた。

現 症：仙骨部に表面細顆粒状紅色びらん面を呈する $50 \times 42 \times 8$ mm の腫瘤を認める (図 2)。

諸検査成績：尿、血液学的検査に異常は認められない。

治療および経過

生検にて T_4 , N_0 , M_0 と診断。術前化学療法として peplomycin 5 mg を連日筋注 (合計 60 mg)。腫瘍が扁平、縮小化したところで潰瘍辺縁より 1 cm 周囲に皮切を加えた。下床は仙骨外板を含めて広範切除した。回転皮弁 (fasciocutaneous flap) にて被覆した。術後 1 カ月目より放射線による 後療法 を追加 (10 MV, X-ray, 後方一門照射法, 1 回 200 cGy, 合計 60 Gy)。また免疫療法として forfenicinol 50 mg, 連日早朝内服中。術後 8 カ月を経た現在、再

発、転移は認められない (図 2)。

小 括：本症例では術前化学療法、亜根治的手術、術後放射線療法および免疫療法が有効であったと思われる。

症例 2：68歳, 男性

初 診：昭和59年 5 月 31 日

主 訴：左下口唇の腫瘤

既往歴：珪肺症, 高血圧

現病歴：約 2 年前よりいれ歯のあたる左下口唇粘膜面に潰瘍形成するが放置していた。2 ~ 3 カ月前より疼痛出現し、硬結を触れるようになる。1 カ月前から左下口唇の皮膚面に腫瘤出現し、硬結および腫瘤は漸次増大してきた。

現 症：左下口唇から左頬部にかけて硬結を触れ、小豆大の結節を数個有する (図 3)。

諸検査成績：入院時血液学的検査にて異常は認められず、肺機能検査 (オートスパイログラフィー) にて機能低下 (拘束性障害, 拡散障害) が認められている。

図 3.
症例 2, 初診時および術後所見

治療および経過

生検にて T_4 , N_0 , M_0 と診断。本症例は珪肺症のため化学療法は行わず、術前照射 (^{60}Co , 1回 250 cGy, 合計15 Gy) を行った。腫瘍は左下口唇を全層にわたり広範に切除し、粘膜、皮膚弁形成術、口角形成術にて再建した。術後より免疫療法として forfenicinol 50 mg 連日早朝内服し、経過観察していたところ、術後5ヵ月目に頤部に小豆大の皮下腫瘍が出現してきたため、この腫瘍を切除し、頸部リンパ節亜廓清術を施行。さらに、 ^{60}Co , 合計30 Gy, 電子線, 合計20 Gy を追加照射した。その後1年10ヵ月を経た現在、再発、転移を認めていない(図3)。

小 括: 本症例では珪肺症のため化学療法が行えず、手術療法を中心とし、その前後に放射線療法、術後に免疫療法を組み込んだ。

再建術後の経過は良好である。

症例3: 60歳, 男性

初 診: 昭和60年6月12日

主 訴: 右背部の巨大腫瘍

家族歴: 母親, 妹に多発性粉瘤

現病歴: 16歳ころより, 背部, 頸部, 大腿部

を中心に粉瘤が多発, 20個以上の摘出術を受けている。3年前, 右背部に同様の粉瘤が出現, 徐々に増大した。昭和59年10月ころ, 同部の中央部より赤い腫瘍が出現し, 漸次増大した。昭和60年1月にはくるみ大の腫瘍となり, 近医にて一部切除された後, 急激に増大した。

現 症: 右背部に $10 \times 12 \times 1.5 \text{ cm}$ の茸状, 紅色, 弾性軟の腫瘍が存在。表面は顆粒状, 結節状で, 潰瘍, びらん面を形成し, 黒色の壊死組織や黄白色の膿が付着しており, 強度の悪臭がある(図4)。軀幹, 頸部に指頭大から鶏卵大までの大小の粉瘤と思われる腫瘍が10数個ある。また入院中に右腋窩のリンパ節の腫大を認めている。

諸検査成績: 白血球増多 ($11,800/\text{mm}^3$) 以外は血液一般, 生化学, 尿に異常はない。Gaシンチにて右背腫瘍に一致する abnormal activity。

治療および経過

抗生物質の外用, 内服にて感染を抑えるとともに, 術前化学療法として, peplomycin 5 mg/day を持続皮下注, 合計 77.5 mg を投与した

図 4.
症例 3, 初診時および術後所見

ところ, 腫瘍は著明に扁平化および縮小をみた。昭和60年7月2日, 腫瘍辺縁より約2cm離し, 筋膜直上の深さで切除し, 網状植皮術を行った(図4)。右腋窩リンパ節廓清術は昭和60年9月18日に行った。術後より免疫療法として forfenicinol 50 mg 連日早朝内服している。術後の経過は順調で, 8カ月を経た現在, 再発, 転移はみられていない。

小括: ① 全身に多数の炎症性粉瘤を伴い, そのうちの大きな瘢痕部より生じた瘢痕癌と思われる (T_3 , N_1 , M_0)。② 術前化学療法 (pep 持続皮下注) と根治的手術 (原発巣および転移巣), および術後免疫療法が奏効したと思われる。

症例 4: 38歳, 女性

初診: 昭和59年2月3日

主訴: 左足底部腫瘍

家族歴: 第2子に neuroblastoma, 母親に胃癌

現病歴: 2歳時に, ほりコタツに落ち, 左足底部に熱傷を負い, その後瘢痕治癒。7年前より同部は潰瘍形成, 治癒を繰り返し始めた。1年ほど前より足底部の潰瘍が悪化した。自宅療養をしていた。昭和59年1月, 近医を受診し, 2月当科を紹介されて入院となる。

現症: 左かかとを中心に $74 \times 75 \times 20$ mm の巨大な肉芽腫様腫瘍を形成する。腫瘍の周辺は堤防状に隆起し, 表面は鮮紅色, 小潰瘍が認められ, 易出血性で壊死物質が付着, 痂皮形成

をみる(図5)。左鼠径部に指頭大の硬いリンパ節を1個触知する。

諸検査成績: 入院時血液学的検査にて異常は認められず, Ga シンチにて左足底部の原発巣のみに abnormal activity が認められる。肝シンチに異常はみられず, 骨シンチでは左膝関節部, 足関節部に hot area が認められた。また肺機能は正常であった。

治療および経過

手術前に P-M(peplomycin + MMC)療法を2クール施行した。術前の化学療法で, 手術直前には足底部の腫瘍巣は扁平化, 縮小し, 表面の壊死組織はほぼ消失した。手術は2月21日, 全麻下にて広範囲切除および分層植皮術, 同時に左鼠径部の根治的リンパ節廓清術も施行した。大伏在静脈周囲リンパ節に明らかな転移巣を認めた (T_3 , N_1 , M_0)。術後経過順調。forfenicinol 50 mg 連日早朝内服し, 術後化学療法として P-M 療法を1日の休薬期間を入れて2クール追加した。化学療法の総投与量は, peplomycin 100 mg, MMC 24 mg。なお peplomycin による肺機能低下は認められなかった。術後2年2カ月を経た現在, 再発, 転移は認められない(図5)。

小括: 熱傷瘢痕癌 (T_3 , N_1 , M_0) に対する術前, 術後の化学療法 (P-M 療法) と根治的手術および術後の免疫療法が奏効したと思われる。

図 5.
症例 4, 初診時および術後所見

図 6.
症例 5, 初診時および術後所見

症例 5 : 59歳, 女性

初 診 : 昭和55年11月12日

主 訴 : 左足外顆部の再発性腫瘍

現病歴 : 昭和54年春ごろ, 左足外顆部に米粒大の紅色色素斑が出現。同年夏ころより増大, 隆起してきた。昭和55年8月, 近医外科にて切除されたが, 術後1カ月, 同部に腫瘍再発し, 増大してきた。同年10月, 川口済生会病院皮膚科で生検され, SCC の診断にて当科紹介となる。

現 症 : 左足外顆部の植皮部に 27×32 mm の辺縁堤防状で中心部に潰瘍面を有する腫瘍を認める (図 6)。

諸検査成績 : 入院時血液学的検査にて異常を

認めず, Ga シンチにて左足外顆部の腫瘍に一致した abnormal activity を認めたが, その他に異常所見はみられなかった (rT_4 , N_0 , M_0)。

経過および治療

術前化学療法として peplomycin を1回10 mg, 週3回筋注。合計 110 mg 投与し, 広範囲切除術, 全層植皮術を行った。術後4カ月目に左膝窩部リンパ節および左鼠径部リンパ節の腫大を認めた。膝窩部転移巣は大きく, 癒着も強かったため, 左下肢を切断し, 左鼠径部根治的リンパ節廓清術を施行した。術前および術後に化学療法として peplomycin 単独投与法と P-M 療法の両方を1クールずつ行い, 合計 peplomycin 225 mg, MMC 10 mg を投与して

いる。また免疫療法としてベスタチン 30 mg を連日内服中であったが術後より BCG 80 mg を週 1 回内服に変更して経過観察中である。左鼠径部リンパ節廓清術後 7 カ月目に同部に腫瘍が出現してきたため、電子線を 1 回 200 cGy、合計 50 Gy 照射し、同時にフトラフル 600 mg を連日内服したところ腫瘍部は癒痕化した。その後 5 年 5 カ月再発、転移はみられていない(図 6)。

小 括：術後に再発、転移をきたした症例であるが、術前、術後の化学療法 (peplomycin 単独投与法と P-M 療法) と根治的手術、術後放射線療法および免疫療法が奏効したと思われる。

症例 6：76 歳、女性

初 診：昭和 60 年 7 月 1 日

主 訴：右足先端部潰瘍、右鼠径部腫瘍

現病歴：昭和 59 年 10 月ころ、右第 4 趾背側の圧痛を有する鶏眼様皮疹に気づくも放置。漸次増大、潰瘍形成を示したため、昭和 59 年 12 月、某病院皮膚科受診。腫瘍切除を受けたがその後通院せずに放置していた。昭和 60 年 1 月ころ、右鼠径部に大豆大の圧痛を有する腫瘍が出現、右足先端部腫瘍も増大し、潰瘍面は拡大し、悪臭を放つようになった。また 6 月には第 4 趾も脱落したため近医を受診し、当科を紹介され即日入院した。

現 症：右足先端、第 3 趾～第 5 趾間、中央からやや外側の足背～足底にかけて $72 \times 58 \times 15$ mm の自発痛のある弾性軟の、周囲に色素沈着を伴い、周辺が堤防状に隆起する鮮紅色腫瘍が存在する。表面は顆粒状で膿苔を付着し、悪臭を放つ。また第 4 趾は MP 関節部より脱落し、欠損していた(図 7)。右鼠径部下方の大腿内側には、 $27 \times 30 \times 25$ mm の紅色囊腫様腫瘍が存在(図 7)。その下部には 82×62 mm の弾性軟、充実性の硬い皮下腫瘍を触れ、下床との癒着が認められた。また圧痛のある小豆大の鼠径リンパ節を右側に 2 個触知する。

諸検査成績：白血球数 $9,300/\text{mm}^3$ 、Ga シンチにて右足先端部、右鼠径部に abnormal hot area を認める。CT では右鼠径部病巣に一致して巨大な mass を認める。

治療および経過

潰瘍部より細菌を検出。感受性のある抗生剤の点滴と外用療法を施行したところ、菌は陰性化し、小豆大の疼痛性リンパ節腫大は消失した。また、術前に P-M 療法 2 クール施行、右足先端部腫瘍は中等度の扁平化が認められたが、大腿部腫瘍では著変はみられなかった。昭和 60 年 7 月 30 日、右下腿切断術施行。それと同時に右浅鼠径リンパ節転移巣を上部皮膚とともに一塊として廓清、同部に分層植皮術を行った。術

図 7.
症例 6、初診時所見 (原発巣および転移巣)

後、免疫療法として、forfenicinol 50 mg 連日早朝内服を開始。創部の回復は順調で、義足のためのリハビリ療法を6カ月間行った後に昭和61年3月3日退院。術後10カ月を経た現在、再発、転移は認められない。

小 括：臨床 T₄, N₁, M₀ の中等度進行癌であったが、術前化学療法 (P-M 療法)、術後免疫療法が奏効していると思われる。

考 察

日本人に多くみられる癰疽癌 (有棘細胞癌) の治療の主体は手術療法で、これに全身的化学療法 (pcp, P-M) を主として術前に、ときに術後に併用する。また手術が亜根治と思われた場合に放射線療法を単独に、あるいは化学療法と併用して、後療法として行う。免疫療法は現時点では本症に対し有意に有効であったとする報告は認められていないが、われわれは BCG カプセル、ベスタチン、forfenicinol などを術後可及的長期間、少なくとも術後1年間は内服させるようにしている。

新 TNM 分類の stage III までは上記の治療を合理的かつ有機的に実施することにより、かなりの成績が改善されるように思われるが、現在でも悲惨な成績しか得られない stage IV の症例をいかにして延命させるかが今後の大きな課

題といえよう。最近問題になっている BRM と化学療法ないし放射線療法の巧みな併用がそのあたりに曙光を与えるかもしれない。

ま と め

1) UICC (1986) から提案された有棘細胞癌に対する新 TNM 分類により、自験例の病期別5年生存率を検討し、本分類が前分類より合理的であることを認めた。

2) 中等度進行癌症例に対し、手術を主体とした集学的治療により治療し、優れた成績を得ている有棘細胞癌の6症例を報告した。

文 献

- 1) 池田重雄, 他: 癌と化学療法, 12: 1755, 1985.
- 2) 池田重雄: 臨床医薬情報, 5: 202, 1986.
- 3) Ikeda, S., et al.: Drugs. Exptl. Clin. Res., XII: 247, 1986.
- 4) 池田重雄, 鈴木 正: 医学のあゆみ, 137: 745, 1986.
- 5) UICC: New Proposal of TNM Classification of the malignant tumours. Geneve, 1986, p. 76.
- 6) Calabresi, P.: Medical Oncology. Dermatologic Neoplasms. Mac Millan, 1985, p. 593.
- 7) 漆崎一朗: 最近の免疫療法, 悪性腫瘍. 臨床医薬情報, 5: 474, 1986.