

喉 頭 癌 の 治 療

東京女子医科大学耳鼻咽喉科教室

教授 岩 本 彦 之 丞
イワ モト ヒコ ノ ジョウ

(受付 昭和36年10月10日)

一般的事項

喉頭癌の治療について述べる前に先ず一般的事項について少し述べてみたいと思います。喉頭癌は胃癌や子宮癌にくらべると比較的少ない疾患ですが、それでも耳鼻咽喉科領域の悪性腫瘍のなかでは上顎癌に次いで多い疾患であります。一体1年間に全国でどれくらいの喉頭癌患者が治療を受けるか？これについては従来全然統計がなかつたのであります。そこで私は昭和35年1月から12月までの全国喉頭癌治療患者を各大学および有名病院について調査してみたのであります。その結果によりますと1年間の喉頭癌患者は391例であります。調査洩れを考えると400例以上あると思われまふ。患者の住所別に分けますと北海道15例、東北24例、関東100例、中部43例、近畿116例、中国22例、四国17例、九州53例、沖縄1例で、特に京浜葉、京阪神、福岡地区が多く、全体の過半数を占めております。この癌は男性に多いことが特徴で男女の比は10:1と言われておりますが、上述の391例においても男性358例、女性33例であります。初期には嗄声が唯一の症状で、この嗄声は頑固且つ進行性で、あらゆる治療に抵抗するのが特徴であります。有名な Semon の「40才以上の男性で、3カ月以上も嗄声が続くときは第一に喉頭癌を疑わなくてはならない」という言葉は早期診断上非常に重要な意味を持つのであります。進行すると呼吸困難、嚥下障害、嚥下痛、

血痰、頸リンパ節腫瘍が現われます。

喉頭癌の根治療法、特に放射線療法と手術的療法の比較検討

喉頭癌の根治療法としては他部の癌と同様に放射線療法と手術的療法があります。最近はこれらに抗癌剤が付加的に使用されるのが現状であります。ところで放射線療法と手術の使い分けは仲々簡単にいきません。唯、はつきり言えることは、放射線療法で治るような喉頭癌は手術を行なえば殆んど100%治るといふこと、また放射線で治らないような例も手術を行なえばかなり高率に治るといふこと、手術で治らないような例を放射線で治すことは今の段階ではむづかしいといふことあります。勿論われわとしては放射線だけで治せるものなら手術は絶対に避けたいのであります。その理由は、手術を行なえば結局喉頭を取ってしまうことになり、社会生活に最も必要な発声機能を失わせることになるからであります。

ところが現状はどうかと言うと、手術の好きな学者は放射線で治るような初期のものまで手術で取ってしまう、一方放射線専門医は手術を行なわないと助かれないと思われるものまで徹頭徹尾放射線一点張りで突進するというような傾向があるように思われます。これはまことに遺憾なことと言わねばなりません。例えば、全国の喉頭癌患者の2割を集めている癌研で、昨年1年間に手術の行なわれた患者は僅かに3例にすぎません。明

Hikonojo IWAMOTO (Department of Oto-Rhino-Laryngology, Tokyo Women's Medical College): Treatment of cancer of the larynx.

らかに放射線偏重だと思えます。というのは癌研の塚本が昭和33年に発表した喉頭癌の放射線療法の成績は5年生存例が123例中36例、すなわち永久治癒率は31%にすぎないし、世界的大家の Low-Beer (1956) の成績でも 35.5% にすぎないのであります。一方私が昭和29年から31年までに行なった手術成績は5年生存例が84例中72例、治癒率 85.7% であります。結局放射線療法のみを強行すると助かるべき相当数の患者が生命を失う勘定になるわけであります。それならどういふ種類の喉頭癌が放射線療法のみで治るか、又どういふ癌が手術を要するか？、この点が解決出来れば非常に治療がしやすくなるのですが、一定の方式にあてはめることが出来ないところに癌治療のむつかしさがあると思うのであります。こゝで一吋喉頭癌の分類についてふれておきます。

喉頭癌は次のように分類されます。

1. Glottic cancer (声門癌) : 声帯或は前交連に限局しているもの。
2. Subglottic cancer (声門下癌) : 声帯より下方声門下部に限局しているもの。
3. Supraglottic cancer (声門上癌) : 喉頭蓋後面下部、仮声帯、喉頭室、喉頭蓋前間隙に限局しているもの。
4. Marginal cancer (喉頭入口部癌) : 喉頭蓋遊離縁、披裂喉頭蓋ヒダ、咽頭喉頭蓋ヒダ、披裂部等に限局しているもの。
5. Transglottic cancer : 声帯以下の癌が仮声帯以上に進展したもの或はその逆のもの。

癌を治療するわれわれとしては患者の生命を助けると同時に、出来ることならば当該器官の機能を残してやることを先ず第一に考えるべきであります。手術をせずとも放射線療法だけで確実に治せるという安全線が若しあるとすれば、その安全線内の喉頭癌はまずすべて放射線で治療するのが合理的で、なにも手術などと大騒ぎする必要はありません。喉頭癌の場合、この安全線内に入るものは進度Ⅰ度の声門癌だけであります、すなわち1側声帯に限局していて、前方は前交連に達せず、後方は声帯突起に達せず、声帯運動が侵されていないものは放射線療法の好適例であります。その

他の声門下癌、声門上癌、喉頭入口部癌、Transglottic cancer は、たまたま放射線療法で根治する例もあるにはありますが、大多数が治るところまでいつていないから、たとえ放射線療法を試みるとしても、最終的には手術ということ念頭におくべきであります。

昭和35年度の全国喉頭癌患者の治療状況は表(1)の如くであります。

表(1) 昭和35年度全国喉頭癌患者の治療状況

分類	放射線療法	手術的療法	計
Glottic	31例	48例	79例
Subglottic	7	26	33
Supraglottic	32	62	94
Marginal	26	37	63
Transglottic	18	104	122
計	114	277	391

さきにも述べたように、声門癌には放射線療法が絶対的適応であります。それにも拘らず79例中手術を受けたものが48例、放射線療法を受けたものが31例でありまして、手術偏重の傾向がみられます。なかんずく声門癌の進度Ⅰ度のもので、放射線療法で確実に治ると思われるのに喉頭を摘出されたものが20例以上あることは驚きであります。何故このような無理解なことが行なわれるかを考えますにその理由は

- 1) 声門癌は初期のものが多く、手術も容易で予後も良いことから、喉頭全摘出術の練習用にえらばれる。
- 2) 手術が非常に好きな人が、放射線療法で治ることを承知しながら、敢えて手術をする。これは実際に一番大きい因子で、声門癌の手術例が多い大学は喉頭癌全体の手術例を多く持つ大学に限られていることから推察出来る。
- 3) 優秀な放射線装置、特に Telecobalt 装置等がないためにやむなく手術を行なう。
- 4) 以前喉頭全摘出術を受けて命の助かった患者が、同病に悩む後輩患者に「喉頭癌は手術を受けさえすれば自分のように根治するから是非手術を受けなさい」と説得したため患者自身が手術を希望する。

等が考えられます。

次に声門癌以外の喉頭癌は手術を主体とすべきであると申し上げましたが、表(1)のように放射線非適応の症例であるのにもかゝらず放射線療法が強行されているものがかなり見受けられます。もつともこのなかには末期癌で inoperabel のためやむなく放射線療法を行なったものも含まれていましょう。

放射線療法としては最近では Telecobalt の使用が最も多く全体の半数以上を占め、Ra, X線がこれについて多く用いられています。塚本によればその際3-6週間の5000r(病巣線量)というところに最高の治療率が得られ、更に線量を増して6000r 或は8000r を病巣に与えても、それ以上の治療率は得られない。すなわち照射線量が多ければ多いほど治療率が上昇するというわけにはいかなないと警告を発しております。

喉頭癌の手術面の最近の進歩

次に喉頭癌の手術について少し述べてみたいと思います。手術の適応症は前述のように声門癌以外の喉頭癌であります。手術の場合唯、喉頭を全摘出してしまえばそれでよいというわけのものではありません。私共も10年前までは喉頭全摘出術だけを行なっていました。ところがこれだけではどうしても永久治療率を70%以上に向上させることが出来なかつたのであります。たまたま10年位前から欧米で根治的頸部廓清術と喉頭全摘出術の同時併用ということが強く叫ばれるようになり、私もこの方法を多少行き過ぎと思われるくらい徹底的に行なつてみたのであります。すなわち声門癌以外の喉頭癌に対して喉頭全摘出術を行なう場合、頸リンパ節腫瘍の有無に拘らず頸部廓清術を併用してみました。そうしますと臨床的にはリンパ節腫瘍を全然觸れない場合でも、廓清組織を連続切片でしらべてみますと61例中15例(24.6%)に顕微鏡的転移を認めたのであります。この成績は欧米の発表と略一致しております。若し頸部廓清術を行なわなかつたならばこの24.6%というものは術後当然再発として現われるのであります。

て、この再発を防止し得たことには一面死亡率を減少させたことになつたと思うのであります。何故ならば癌というものは再発したら非常に治療し難いものであるからであります。

実際に頸部廓清術を行なわなかつた時代の私の成績と、頸部廓清を行ない始めた後の私の成績を比較しますと表(2)のように、前者では5年治療率が55.9%であつたが、後者では80.3%と向上しているのであります。

表(2) 著者の手術成績

手術法	期 間	例数	5年生 存例	%
喉頭全摘のみで廓清術(-)	昭和28年9月迄	111	62	55.9%
喉頭全摘と廓清術同時併用	昭和28年9月~31年9月	61	49	80.3%

術前術後照射の問題

次に手術の際問題になるのは術前照射或は術後照射の問題であります。私の手術例においては術前照射例は1例もなく、又大部分は術後照射も行なつていません。しかし一般には術後照射はよく行なわれるようで、昭和35年度の全国の喉頭癌患者277例においても144例、すなわち過半数が術後照射を受けております。主としてCo⁶⁰が用いられ、その線量は平均5300rであります。一方術前照射の行なわれたものは僅かに23例にすぎません。しかもこれらも大部分が5000r以上の線量を用いており、始めから術前照射という意味で用いたのではなく、放射線療法で治そうと思つて照射したが治らなかつたため手術した例が多いように思われます。癌研の専門家の意見によると、本当の意味の術前照射というのは2000~3000rが適当であると言うことですから、この意味での術前照射を受けたものは数例にすぎません。術前照射と術後照射のいずれが有効であるかは色々意見が分れておりますが一般の趨勢としては術前照射の方が効果的であると言われております。しかし先般来日した Galante 教授は、術前照射は全く無意味であると断言しております。

抗癌剤の使用

手術の際今一つ問題になつていのは、手術

前、手術中、手術後における抗癌剤の使用であります。これは癌細胞の生活力を低下させ、特に手術操作中に血流或はリンパ管内に剝離流入した癌細胞を抹殺することを目的として使用され、腫瘍支配動脈への注射が最も効果的であることが強調されております。私も手術と抗癌剤の併用を試みっていますがその効果を云々するにはなお長期間における多数例についての検討が必要であると思

ます。

以上最近における喉頭癌の治療がどのように行なわれているか、また将来どのように改善されなくてはならないかについて私見を述べた次第であります。

(本論文の要旨は昭和 36 年 10 月 8 日、東京女子医科大学々会第 27 回総会「癌のシンポジウム」において口演した)。

治療の部の追加・討論

石原：たとえばX線検査で一応疑いがあるという症例を外科にお願いする場合には、おそらく Probelapa が行なわれると思いますが、この Probelapa の時にどういう判定基準で、それが病変であるかどうかをみられますか。

織畑：今のお話は術前診断は癌だろうという疑いですね。

石原：はつきりはしないがどうも怪しいところがあるという程度のもので。

織畑：私もそういう経験があります。

先ず開けてみて結局 *grob pathologisch* な診断が行なわれるわけです。大体において、手先の感覚で Tumor の有無はわかりますが、先程来の初期の癌になると私は自信を持ってません。これはむしろ、中から見たものの所見が重要視されるべきで、大体の部位を指示してくれば、Magen を開いて中を見、該当箇所を探して、出来ればそこを摘除して、直ちに調べてもらう。その結果、癌だという事であれば、広範切除するか、普通の形にもつて行つてもよいかと思う。切開して中を見る事はふだんよくやつております。

石原：術前照射を行なう場合に、それが手術に影響を与えるという御経験はありませんか。

川上：そういう人があります。それは照射の量と済んでから手術迄の時間が関係してきますが、たしかに照射後または照射中にやると、小さい血

管の充血が多く、出血量も多く殊に実質性の出血が多くて手術をする時にいやな感じが致します。逆に余り長いこと経ちますと *fibrös* になつて細かいデリケートな所の剝離に困る事があります。子宮癌の場合に一番困るのは尿管の剝離です。癌のある所にピッタリつきまして、非常に困難です。無理に剝離しますと、後で *Fistel* が出来るようなことになるのですが、私がやつているようなツッペルを全然使わないで *scharf* な剝離を行なうと案外良いようです。これでも大量やるとかなりこたえます。現在ここでやつているような、せいぜい 25 万ボルトぐらいの X 線装置では表面で 1 万レントゲン程度を与えましても、実際局所に行つている量というのは、何ぼ多く見積つても 1000r 行つていない。まあ 800r なのがしか 1000r のものと思いますが、それ位の量では相当時間が経ちましてもそう大した影響はないと思います。

しかし、最近アメリカのような 300 万 V から 1000 万 V 位のものすごい超高压のレントゲン照射をやつたり、テレコバルト或は高压療法を使つて、大量、例えば骨盤のリンパ節に 4500r 位やつた例でも、矢張り前照射の方が結果がよいということを言つております。子宮癌の場合には、案外他の所と比べてデリケートなものが少ないので、案外良いと思いますが、他の所では存じませんが、私、素人で考えますには、喉頭の岩本教授の範囲の