

進行食道癌に対する集学的治療

千葉大学第2外科

磯野 可一 佐藤 裕俊 小野田昌一
奥山 和明 落合 武徳 神津 照雄
山本 義一 唐司 則之 木村 正幸
花岡 明宏 佐藤 博

STUDIES ON THE MULTIDISCIPLINARY THERAPY FOR ESOPHAGEAL CANCER IN THE ADVANCED STAGE

Kaichi ISONO, HirotoSH SATO, Shoichi ONODA,
Kazuaki OKUYAMA, Takenori OCHIAI, Teruo KOZU,
Yoshikazu YAMAMOTO, Noriyuki TONOSU, Masayuki KIMURA,
Akihiro HANAOKA and Hiroshi SATO

Department of Surgery, School of Medicine, Chiba University

索引用語：食道癌，食道癌合併療法，Cisplatin

食道癌の予後不良の原因の1つとして，外科的治療が行われた症例の60~70%のものが進行食道癌であるといえる。

しかも，進行食道癌の大部分のものは，単に局所にとどまらず，全身性疾患の様子を呈している。したがって，このような食道癌治療にはどうしても手術に伴う合併療法が必要であり，各施設で盛んに研究が行われている。今回は，これまで教室で施行してきた合併療法を遠隔成績の面から検討するとともに，この方面に新しく登場した Cisplatin の使用経験について述べる。

資料：取り扱った症例は1965~1982年の間に，教室で切除手術が施行された胸部食道癌である。

この内，進行食道癌に対する治療方針は原則として次のごとく定めている。

術前合併療法は総量照射3000rad，bleomycin 100mg，免疫療法剤を，連日同時投与方法で使用する。

最近ではこれに Hyperthermia を併用している。術後合併療法は切除標本の病理組織学的検索の結果，その方法を定める。すなわち，治療切除例には予防的治療法として頸部，上縦隔に約5000radの照射を行う。根

治的治療法としては，非治癒切除例，再発例に6000rad以上の照射を主体として行う。

ここで，進行食道癌とは stage III, IV の症例とした。そして予後検討例においては，これら症例をA群（a因子によって stage III, IV になったもの）：すなわち， a_2 で $n(-)$ と $n_1(+)$ 群と a_3 群，B群，（n 因によって stage III, IV になったもの）：すなわち， $n_2(+)$ 以上の群（ a_3 を除く）の2つに分けた。今回はmまたはpl 因子によって切除された症例が少ないため，これら症例は除外した。

成 績

I. 術前合併療法

1. 術前合併療法の有無別予後

術前に合併療法を施行した症例163例の10年相対生存率をみると5年で15.2%，10年で8.5%である。これを術前合併療法が施行されない症例110例についてみると，5年で8.2%であり，9年以上の生存例は認められない。

すなわち，stage III, IV の症例をまとめると，9年，10年で統計学的有意差を認めている。

2. stage 別予後（表1）

まず，stage III 症例について術前合併療法の有無別に予後を比較してみると，術前合併療法施行群の5生率は25.1%，10生率は14.4%となっているが，施行され

*第21回日消外会総会シンポジウム
進行消化器癌に対する集学的治療

表1 術前合併療法の有無別予後 (Stage III, IV 症例)

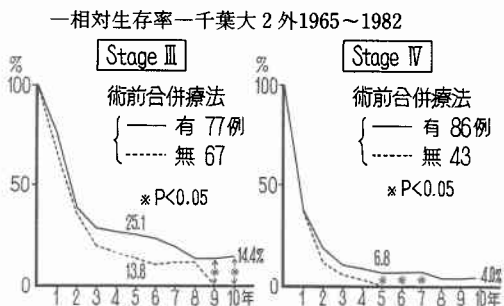
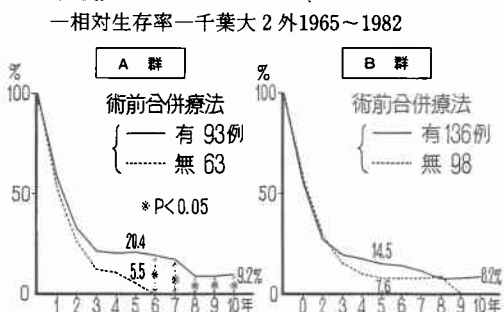


表2 術前合併療法の有無からみた予後 (Stage III, IV 症例)



なかった群では5生率は13.8%であり9年以上の生存例は認められなかった。この両者の生存曲線を見ると、2年を過ぎた頃から両者の間に差が生じ始め、3~6年の間でかなりの開きがあるように見える。その延長の結果が8年過ぎに生じたものと思われる。

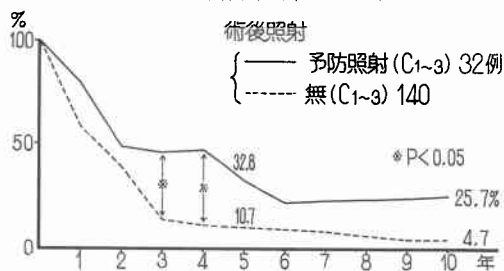
次に、stage IVについてみると、術前合併療法施行例の5生率は6.8%、10年生率は4.0%であるが、合併療法未施行群では5年以上の生存例は認められない。

3. A群, B群別予後 (表2)

A群の予後をみると、術前合併療法施行群では、5生率は20.4%、10年生率9.2%であるが、非施行群では、5生率5.5%であり、6年以上の生存例は認められなかった。

すなわち、両者の生存曲線では、2年を過ぎた頃から、差が生じ始め、次第に大きくなっている。ところが、B群、すなわち、主としてn因子で、stage III, IVとなった症例について、予後をみると、術前合併療法群の5生率が14.5%、10年生率は8.2%であり、非施行群では5生率7.6%で9年以上の生存例を認めていない。ところが、両者の間には、A群にみられた程の差はなく、また統計学的にも有意差を認めていない。

表3 術後予防照射の有無別予後 (Stage III, IV 症例)
—相対生存率—千葉大 2 外1965~1982



II. 術後合併療法

1. 術後合併療法有無別予後

術後合併療法が施行されたか否かによって予後を調べてみると、術後合併療法が施行された群70例の5生率は20.2%、10生率は11.7%であるが、施行されなかった群(200例)では8.3%、3.6%となっている。

しかし、この両者の差は術後3、4年で最も大きく、統計学的にも有意差を認めている。

2. 予防的合併療法の有無別予後 (表3)

次に、一応治癒切除例と思われる症例(CIII-I)に予防的合併療法が施行された群と施行されなかった群とで予後を比較してみると、術後7、4年で両者の差は最も開き、5生率は合併療法群で32.8%、非施行群で10.7%である。その後、再び両者に差が生じ、10生率では25.7%と4.7%となっている。

3. 根治的照射の有無別予後

手術によって明らかに癌が残された部に根治量を照射する場合を根治的照射とするとその有無別に予後をみると、照射例(38例)の5生率は11.2%、10生率は7.7%であるが、非照射例(60例)では、2.7%、2.8%であった。

しかし、これら両者の間には統計学的有意差を認めなかった。

※A群, B群別予後 (表4)

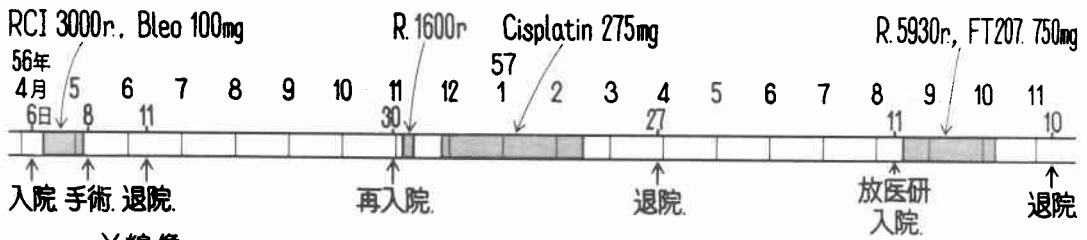
これら根治的照射例を、合併療法の施行されなかった群と比較しながら、A群とB群の間で予後を比較してみた。

A群による場合は、大部分のものは1年以内に死亡しているが、中には5年近く、又7年、12年と生存した症例が認められた。

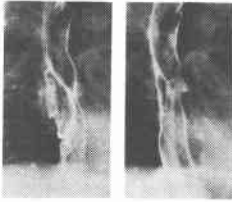
平均生存期間は20.6カ月である。

B群による場合は、大部分の症例は2年以内に死亡している。その平均生存期間は13.9カ月であった。

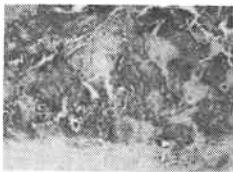
写真1 症例 66歳 ♀



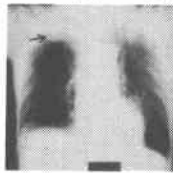
X線像



組織像



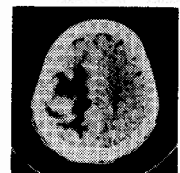
肺 (前)



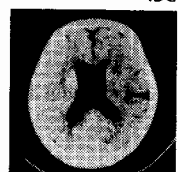
(後)



脳CT (前)



(後)



体は photon から速中性子線照射の研究に移っている。

また、その適応も、全症例から進行癌のみに、進行癌の内でもCT, Echoなどの検査により、遠隔転移、臓器転移のないものと、その適応はかなり厳重になってきている。

1965年以後の教室の合併療法別成績を調べてみたが、手術前後に何らかの治療が行われたものは確かに非治療群よりも良好であった。

ただ、内容的にはn因子の強い症例には、有効な全身療法がなければ遠隔成績の向上は困難であるといえる。

現在再発例を主体としてCisplatinの投与を行っているが、再発予防の治療としても術前から免疫療法剤、照射など、あるいは他の薬剤、例えばbleomycin, adriamycin, vincristine, cyclophosphamide, vinblastinなどの他剤併用も考えられるべきである。

癌の進行度、特性によって色々の状態が考えられるとすれば、単一の方法ではなく、その癌の特性にあった手術と合併療法が必要である。

結 語

1. 進行食道癌に対して、術前・術後に合併療法を施行することは、局所制御の面、予後の面からみて有効

である。

2. 照射を主とした合併療法はa因子による進行食道癌に対しては、n因子による場合よりも、より有効である。

3. n因子による進行癌の予後をより良くするためには、有効な化学療法を主体とする合併療法が必要である。

4. 化学療法剤としてCisplatinを再発例、非切除例に用い、ある程度有効な結果が得られた。

文 献

- 1) 中山恒明：食道癌の術前照射。外科 22：325-328, 1960
- 2) 佐藤 博, 磯野可一, 石川達雄ほか：食道癌の術前合併療法—速中性子線の術前応用—。消外 4：391-396, 1981
- 3) 有水 昇, 磯野可一：癌の手術と併用療法—食道癌。外科卒後教育セミナー 14：77-98, 1981
- 4) 磯野可一, 植松貞夫, 佐藤裕俊ほか：癌治療における外科手術と放射線治療の協力—食道癌。癌の臨 26：977-982, 1980
- 5) Charlotte G： The role of cisplatin in the treatment of recurrent head and neck cancer. In Cisplatin. Edited by PW Archie, Stanley CT, Stephen CK, Academic Press, 1980, p423-430