

の生存率では切除断端での腫瘍の有無（11%と91%）のみが予後因子として有意であった。50例中11例に再発あるいは転移を認め原発巣再発が8例と最も多かった。

4) 口腔癌の転移に関する検討

岡田 康男・又賀 泉 (日本歯科大学新潟  
歯学部口腔外科学  
教室第二講座)  
岡野 篤夫・森 和久  
石井 馨・片桐 正隆 (同  
口腔病理学教室)

口腔癌の治療成績には原発巣の制御のみならず、頸部リンパ節転移、遠隔臓器転移の有無が大きく関わる。今回、1993～1997年に当科を受診した口腔扁平上皮癌1次症例のうち検索可能な59例について、臨床的にはT分類と、病理組織学的には生検時標本のAnneroth組織学的悪性度と頸部リンパ節転移および遠隔臓器転移との関連について検討した。原発部位別症例数は、舌23例、下顎歯肉15例、口底8例、頬粘膜7例、上顎歯肉6例。手術施行は51例、頸部郭清術施行は38例。pN(+)は38例中18例(47.4%)に認め、顎下リンパ節と上内深頸リンパ節が多かった。遠隔臓器転移は59例中5例(8.5%)に認め、肺と骨転移が3例、肺転移のみが2例。T分類と頸部リンパ節転移、遠隔臓器転移との間に明確な関連はなかった。組織学的悪性度と頸部リンパ節転移、遠隔臓器転移との間に有意な関連を認め、転移予測因子になる可能性が示唆され、治療法選択の一助になることが考えられた。

5) 根治外照射後のサルベージ治療として小線源組織内照射を行った頭頸部腫瘍手術不能の2例

杉田 公・笹本 龍大  
松本 康男・土田恵美子 (新潟大学医学部  
放射線科)  
酒井 邦夫  
勝良 剛詞・益子 典子 (新潟大学歯学部  
放射線科)

頭頸部腫瘍ほかで術前あるいは小線源組織内照射の前に、治療対象領域の縮小を目的とした中等量の外照射が行われることがある。しかし、なお切除領域縮小と照射対象域縮小の実行は難しい。根治外照射後、腫瘍の明瞭な縮小を確認して、残存範囲のみに小線源治療を行った2症例から、根治治療の適応の拡大の可能性を提案する。手術および小線源組織内照射の適応がない中咽頭T3N0M0と頬粘膜T4N2bM0の扁平上皮癌に対しそ

れぞれ、STA 動注治療併用下で 77.2 Gy 過分割照射し3ヶ月後残存を確認して<sup>137</sup>Cs 針および<sup>198</sup>Au 粒による組織内照射と、温熱治療併用下で 70 Gy 外照射し5ヶ月後再増大を見たところで<sup>137</sup>Cs 針による組織内照射を行った。12月と26月を経過し再発を見ていない。後者は骨露出と開口障害を残しているが、ともに満足のいくQOLを保っている。根治線量の外照射後、残存腫瘍の再評価を行い、次の局所照射を行う方法は腫瘍治療の適応を拡大する。

6) 頭頸部癌に対する温熱・放射線・化学療法—組織学的悪性度と治療効果との関係—

星名 秀行・高木 律男 (新潟大学歯学部)  
鶴巻 浩・長島 克弘 (新潟大学歯学部)  
宮浦 靖司・宮本 猛 (口腔外科学  
第二講座)  
相馬 陽・大橋 靖

進行頭頸部扁平上皮癌20例(口腔15, 上顎洞3, 口峽咽頭2)について、治療前の生検の組織学的悪性度〔①WHO分類, ②癌浸潤様式(山本・小浜分類), ③単核細胞浸潤度(Black分類)]を判定し、温熱(平均8.5回)・放射線(平均65Gy)・化学(CDDP, PEP, 5FU)療法後の一次効果との関連を検討した。

結果: ①WHO分類; 1型計3例ではCR1, PR1, NC1, 2型計13例ではCR7, PR5, NC1で, 3型計4例ではCR1, PR3, NC0であり, WHO分類の分化度の違いによる臨床効果には明らかな差は認められなかった。②癌浸潤様式; 1型, 2型は対象症例にはなかった。3型計9例ではCR5, PR3, NC1, 4c型計9例ではCR4, PR4, NC1で, 4d型計2例ではCR0, PR2, NC0であり, 3型と4c型との間には臨床効果に差は認められなかった。③単核細胞浸潤度; 1型計2例ではCR1, PR1, 2型計10例ではCR5, PR5で, 3型計8例ではCR3, PR3, NC2例であり, 単核細胞浸潤度と臨床効果との間に全く差を認めない。以上, 扁平上皮癌の組織学的悪性度は本療法の予後因子とはならない。

7) 悪性神経腫に対する‘Thermoplan’を用いた治療計画に基づく温熱療法

高橋 英明・宇塚 岳夫 (新潟大学脳研究所)  
本山 浩・柿沼 健一 (脳神経外科)  
田中 隆一

【目的】これまで我々は、悪性神経腫に対して針状