



Title	頭頸部腺様囊胞癌の放射線治療
Author(s)	堀内, 淳一; 奥山, 武雄; 松原, 升 他
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 1977, 37(3), p. 229-237
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/18220
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

頭頸部腺様囊胞癌の放射線治療

東京医科歯科大学医学部放射線医学教室（主任：鈴木宗治教授）

堀 内 淳 一 奥 山 武 雄

松 原 升 鈴 木 宗 治

同歯学部口腔病理学教室（主任：石川悟朗教授）

小 守 昭

(昭和51年8月16日受付)

(昭和51年9月8日最終原稿受付)

The role of radiation therapy for adenoid cystic carcinoma of the head and neck

Junichi Horiuchi, Takeo Okuyama, Sho Matsubara and Soji Suzuki

Department of Radiology, Faculty of Medicine, Tokyo Medical and Dental University

(Director: Prof. S. Suzuki)

and

Akira Komori

Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Tokyo Medical and Dental University

(Director: Prof. G. Ishikawa)

Research Code No.: 603

Key Words: Radiotherapy, Adenoid cystic carcinoma,
Head and neck

A total of 48 cases with adenoid cystic carcinoma of the head and neck treated by radiation with or without surgery were reviewed. In eleven cases, the primary site of tumor was the major salivary gland and was the minor salivary gland in 37 cases. The most common site of the tumor was palatal region.

1) Local recurrence was common, but was often delayed for several years. There was no remarkable difference in the local recurrence rates between the cases of radiation only and those of surgery with radiation; 72.2% in the former and 77.8% in the latter, respectively, in 7 years after treatment.

2) Long term local control was obtained by radiation therapy in many of the cases which received more than 6,000 rads.

3) Distant metastasis was noticed in 79% in the present series but general state of the patient was only slightly affected for daily life for a long period of time.

4) Five year-survival rate of 48.6% in the present series, almost equal figure obtained in squamous cell carcinoma of the oral cavity treated by radiation, seems not to indicate the real prognosis of this tumor, since many patients with local recurrent or metastatic lesion survived for a very long period of time. Accordingly, long term follow-up of more than 10 years may be required to assess the nature of this tumor.

5) Some cases who predominantly had a solid histologic pattern, showed a rapid fatal course with early recurrence and metastasis; within 3 years of therapy.

腺様囊胞癌 (Adenoid cystic carcinoma) は大唾液腺や口腔内などの小唾液腺に発生し易く、その特徴として発育が緩慢で臨床経過が長い反面、組織内を浸潤性に発育するため腫瘍の境界を確認し難く、更に早期に血管内進入を起し血行性転移を生ずることもあるとされている。本来、放射線療法は効果が少ないとされていたが、最近、有効とする論文¹²³⁸⁾もあり、また、この腫瘍の性質から進展範囲を究め難く、結果的に手術が不成功に終る頻度が高く放射線治療に委ねられる場合も多い。我々の教室でも以前に11例について報告⁴⁾したが、その後、症例も重ねて腺様囊胞癌の性質、放射線療法の役割について論ずるには十分な経験を得たので、再度、本症治療上の2、3の問題点について考察することにした。

対 象

1955年から1973年の19年間に東京医科歯科大学放射線科に於て、我々が経験した腺様囊胞癌は48例ある。この内には当初から組織学的に腺様囊胞癌と診断されたもの他に腺癌などと診断され、後に剖検など再評価により腺様囊胞癌とされた症例も若干含まれている。男性16例に対し、女性32例で1：2の割合となり口腔領域の扁平上皮癌とは全く逆の関係にある。発病時の年齢は19歳から74歳に及び、平均47.4歳である。男性では最低19歳、最高74歳、平均43.6歳、女性は23歳から71歳、平均49.4歳であつた。

初発部位

大唾液腺11例に対し、小唾液腺原発と考えられるもの37例で初発した部位はTable 1の如く口蓋（含軟口蓋）12例が最多を示し、以下口腔底8、上頸6、下頸、頬粘膜各3、舌根部2、口唇、上咽頭、眼窩各1例であつた。大唾液腺では頸下腺8、耳下腺3例であつた。

発病—受診

初発症状としては局所の腫脹を生ずるもののが断然多く、48例中43例（90%）に腫脹を訴え、次で疼痛を伴うもの10例（21%）で他に初発部位によつて鼻出血（上頸、上咽頭）を生じたり開口障害（口蓋、耳下腺）、複視（上頸）などを伴つたもの

Table 1 Initial site of tumor

Major salivary gland	Minor salivary gland
Parotid gland 3	Palate 12
Submandibular gland 8	Floor of mouth 8
	Maxilla 6
	Mandible 3
	Buccal mucosa 3
	Base of tongue 2
	Lip 1
	Nasopharynx 1
	Orbit 1

Table 2 Interval between initial symptom and histologic verification of tumor

Interval in years	Total	Major salivary gland	Minor salivary gland
< 1	15	1	14
1 — 5	23	8	15
5 — 10	9	1	8
> 10	1	1	—

がある。経過が長いのがこの腫瘍の特徴であるが、症状が現われてから我々の施設で放射線治療を受けるまでに、他の医療機関を訪れて良性疾患などとして不適当な切除を受けたりしたものが多く、本症としての診断が確定するまでの期間はかなり長いものが含まれている。Table 2の如く小唾液腺と大唾液腺で特に差はみられないが、1年以内は15例、1年から5年が23例で、5年以上を経ているものが10例もみられ、この内最長の1例は23年も前に右耳下腺部腫脹に気付きながら自覚症状がないために放置し、次第に増大し疼痛を伴い、且、顔面神経麻痺を生ずるようになつて始めて受診、切除により本症と診断、術後照射を行なつたものである。

治療方法

本論文では主に放射線療法を行なつた例について述べるが48例中、テレコバルト、ベータートロンの電子線、或は古いものでは200kVp X線による外部照射単独で治療したものは16例、小線源を主としたもの10例である。これに対して手術、

放射線併用例は22例であった。外部照射の線量としては姑息的に対症療法として、4,000rad程度照射したものから根治的に8,000rad照射したものまで種々ある。小線源はラジウム針2例(舌根、口腔底各1例)、⁶⁰Coモールド1例(口蓋)で、この他2例に於て外部照射の併用が行われた。手術、放射線併用22例の中1例のみが術前照射で、その他は術後照射であり、再発予防の目的、或は腫瘍の残存せるものによつて線量は異なるが3,000~6,000radの間であつた。尚、48例中、初回治療として、我々の施設で手術乃至は放射線を受けた一次症例は36例で残る12例は他の施設で主として外科的処置を受け数年を経て再発し来院したものである。

結 果

1) 粗生存率

本腫瘍は経過が長いのが多いこと、また後に述べる急激な経過をとる例もあることや、再発、転移を生じ易いことなどから単に粗生存率を求めるることは意味が少いが一応各治療法別の粗生存率を求めると、Table 3の如くになる。すなわち全体では3年生存率66.7% (30/45)、5年生存率48.6%

Table 3 Crude survival rates according to the method of treatment

	No. case	3 y.	5 y.
External beam therapy	16	10/15 (66.7%)	5/12 (41.7%)
Mainly brachy therapy	10	8/9 (88.9%)	6/9 (66.7%)
Surgery + radiation	22	12/21 (57.1%)	6/14 (42.9%)
Total	48	30/45 (66.7%)	17/35 (48.6%)

% (17/35)で、治療法別では、小線源主体によるものが3年88.9% (8/9)、5年66.7% (6/9)で最も良い。外部照射単独及び手術、放射線併用の間には差はみられず、5年生存は前者が41.7% (5/12)、後者では42.9% (6/14)であつた。

5年以上生存し得た17例の現症はTable 4に示すように再発又は残存のあるもの3、遠隔転移を有するもの3、再発、転移共に存在するもの6例で、治療後5年目で臨床的に腫瘍を認めない

Table 4 Status of 17 cases survived more than 5 years after initial treatment

Recurrence or residue	3
Distant metastasis	3
Both recurrence and distant metastasis	6
N.E.D. at 5y. period	5*

* In 3 cases recurrence and/or distant metastasis occurred after 5 year period

N.E.D.: No evidence of disease

(NED) ものは5例のみであつた。この5例についても1例は8年後に遠隔転移を生じ、1例は7年後に再発、遠隔転移を生じた。他の1例は14年後に再発及び転移を生じ全経過20年で死亡した。残る1例は8年目まで腫瘍の再発、転移なく過したが急性心不全により死亡した。残る1例は現在7年目で健在である。

2) 再発及び転移

治療後の再発乃至は腫瘍残存について再発率(累積)を示すとFig. 1の如くになる。すなわち外部照射、小線源を含めた放射線療法単独群と

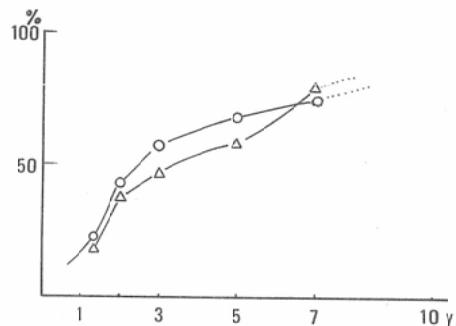


Fig. 1 Incidence of recurrence
○ radiation only
△ surgery followed by radiation

術後照射を主とした手術、放射線併用とでは本質的には再発率に差はみられず、放射線単独群では治療後2年で45.8% (11/24)、5年68.4% (13/19)、7年72.2% (13/18)、手術、放射線併用群では2年38.1% (8/21)、5年63.6% (7/11)、7年77.8% (7/9) であつた。

頭頸部領域の扁平上皮癌では2年以内の再発が大部分を占めているので2年間観察すれば十分で

あるとされているのに比し、本症では数年を経ても尚、再発を来す症例が可成りあることが明かである。再発を生じてもそれが直ちに死につながることは少く、部位により姑息的ながら再び手術或は照射が行われ長期生存する例が多いのは本腫瘍の特徴である。尚、3年目までの累積再発率の上昇傾向が3年以後に比し急激であるのは、比較的経過の短い、所謂“電撃型”的症例が含まれているためで、これらの症例は後でも述べるように全て3年以内に死亡している。

リンパ節転移については遠隔転移を伴わずに所属リンパ節転移をみたものは僅か1例のみで他の7例はリンパ節転移と共に遠隔転移を生じていた。

遠隔転移については胸部及び胃のX線フィルムなどを経時に観察し得た34例中27例(79%)に転移巣を認めた。初診時からの経過年数と転移出現率(累積)を図示するとFig.2の如くであ

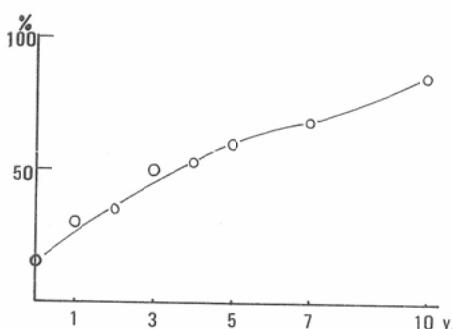


Fig. 2 Incidence of distant metastasis

り、初診時既に14.6%(7/48)に遠隔転移を認めだが、一般に臨床的に転移を認める時期は遅い傾向があり、2年で33.3%(12/36)、5年で59.1%(13/22)、7年68.4%(13/19)、10年84.6%(11/13)と遠隔転移も5年乃至10年を経て明かになる例が可成り多いことが判る。

3) 全経過

本症は再発を繰返し、転移を生じながらも長期間生存するものが多いので5年生存率で評価することは不適当なことは明かであるがこれは死亡例に於ける全経過からも推定できる。すなわち、偶

Table 5 Total duration of the disease (31 cases died of the disease) Mean surviving period 7 year 5 months

Interval in years	No. of cases
<1y	1
1 — 2	4
2 — 5	9
5 — 10	9
10 — 15	5
>15	3

発死1例を除き本腫瘍のために死亡した31例の発症から死亡に至る全経過を示すとTable 5の如くで5年以内のものは僅か14例で、5年以上が17例も占めて居り、内3例は15年以上、20年にも及ぶものであつた。これらの31例の発症からの平均生存期間は7年5ヵ月であり、到底5年位の観察期間では不十分なことが明かである。尚、発症からでなく治療開始からの平均生存期間を求めても5年1ヵ月であつた。

4) 所謂“電撃型”症例

緩慢な経過をとる例が多い一方、1~2年という短期間で死の転帰をとつた例が若干みられた。Ebyら⁵⁾のいう所謂“電撃型”(Fulminating course)，すなわち病理学的に篩状構造を呈する定型像でなく、充実性で小細胞から成るanaplasticな像を呈し急速な経過をとるものに相当すると考えられるが、この様な症例が我々の分析でも7例みられ、いづれも診断確定後3年以内に死の転帰をとつている。7例中3例は1年以内、3例が2年以内、残る1例も3年以内に肺、その他に遠隔転移を生じて死亡した。

5) 線量と再発期間との関係

放射線治療にせよ手術的療法にせよ、長く経過すればする程、再発率は高くなる傾向があるが再発例について放射線の線量と再発を認めるまでの期間の関連を示したのがFig.3である。縦軸は外部照射或は小線源による線量で横軸は再発を認めるまでの期間(年)を表わすが、放射線単独の場合、姑息的なもの以外は5,000rad以上が殆どで、術後照射では1例を除き5,000rad以下であ

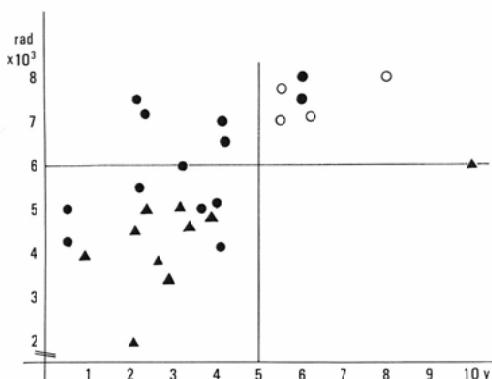


Fig. 3 Relation between radiation dose and time of recurrence

- radiation only
- ▲ surgery followed by radiation
- recurrence free, but died of metastasis or other disease

る。治療法の如何を問わず 6,000rad 以下の例では線量と関係なく 5 年以内に照射部位に再発をみている。尚、5,000rad 以下の 5 年以上非再発例は頸下腺初発の 1 例のみで切除後照射を行なつたものである。術後照射で耳下腺に 6,000rad 照射した 1 例は治療後 14 年目に再発を生じて来院、当時、肺に転移巣を伴なつていた。姑息的照射後、転移巣が増悪、発症以来 20 年（初回治療後 15 1/2 年）で死亡した。放射線単独の場合 6,000rad 以上でも再発は避け難いが 5 年以上制御され得たものが多い。特に臨床的に 5 年以上、再発を認めなかつた 6 例中 5 例は小線源治療により 7,000～8,000rad 照射したもので、この内 2 例が 6 年目に再発が明かになり、残る 3 例は明らかな局所再発は認められず 2 例が遠隔転移により 5 1/2 年、6 1/2 年で死亡、他の 1 例は 5 1/2 年で老衰で死亡した。

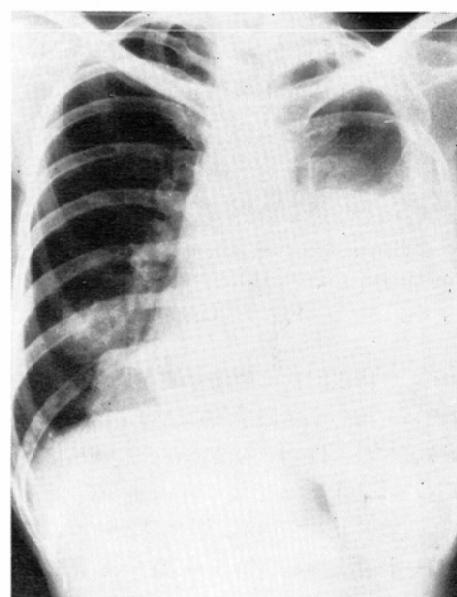
外部照射による唯一の 5 年以上生存例は軟口蓋初発のもので、8,100rad/27 回/36 日照射後、再発も転移もみず、骨壊死、開口障害など後障害を生じたため、これに対する処置を行ないつつ 8 年経過したが心不全により死亡した。

症 例

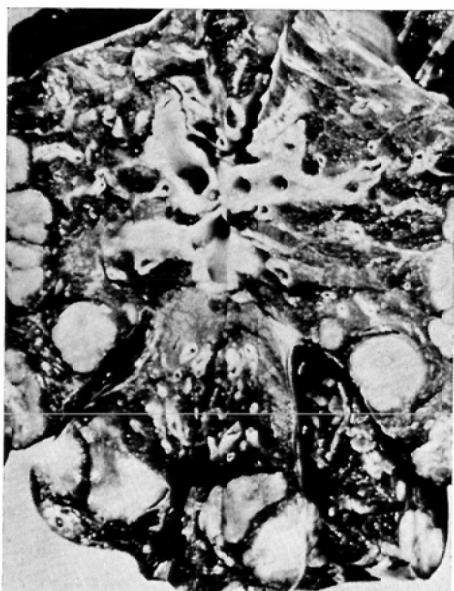
定型的な長期経過を辿つた例と非定型的、所

謂、"電擊型" の経過をとつた例を 1 例づつ示す。

症例 1：32 歳（初診時）、女性、舌根部初診の 3 年前より左舌縁から舌根にかけて腫脹に気付き、昭和 37 年 10 月来院、組織診で腺様囊胞癌と診断、Ra 針刺入（7,000R/7 日）により縮小をみた。以後、2 年 10 ヶ月後に肺転移性陰影を発見したが増殖は緩徐で doubling time は 340～600 日⁴⁾ であった。昭和 41 年末頃から舌の萎縮を認め次第に言語障害を生じ、44 年 1 月頃には舌前 2/3 は完全に消失し喉頭蓋を直視できる程になつた。この際に口腔底部からの試切で腫瘍の上皮下浸潤が確認された。一方、43 年 12 月には胸椎（第 6～7）、更に 45 年 4 月には肋骨転移像を発見、同年 10 月には胸水、腹水貯留、悪液質の状態で 46 年 1 月発症以来の全経過 12 年で死亡した（Fig. 4 (a)）。この間、放射線療法は初回のラジウム針のみで、その後肺その他に転移を生じても自覚症状は軽度で死亡の 4 ヶ月前に胸水貯留を生ずるまでは舌欠損に伴う言語障害や胸痛以外は日常生活にそれ程支障を来さなかつた。剖検時、原発巣の舌は著明



(a) Pulmonary metastasis with rib destruction
9 years after initial treatment;
6 years after detection of lung metastasis



(b) Pulmonary metastasis at autopsy

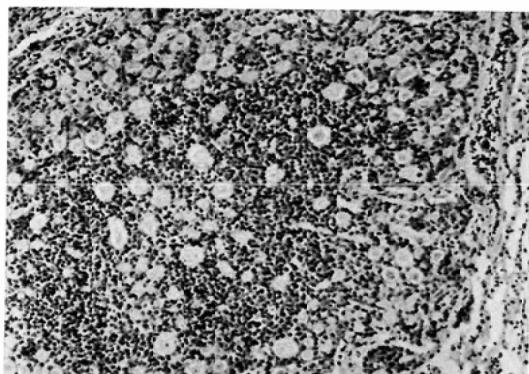
(c) Cylindromatous appearance in the pulmonary metastasis ($\times 120$, H.E.)

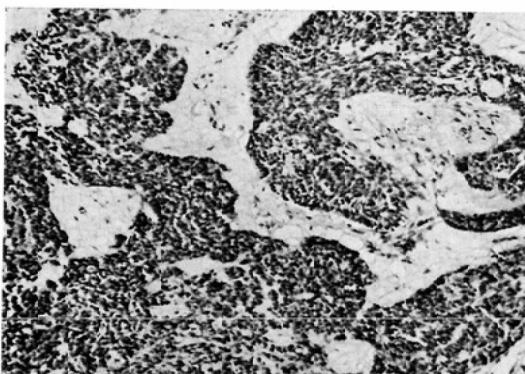
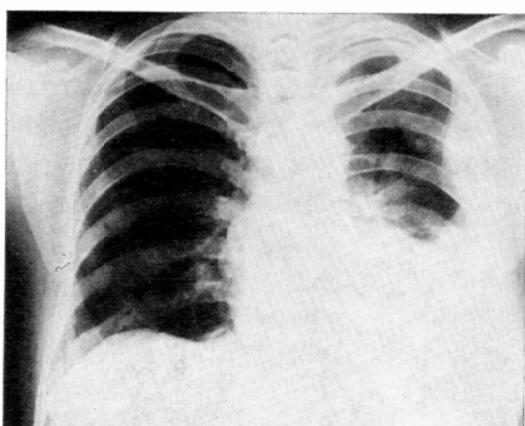
Fig. 4: Case 1

に萎縮し、肉眼的には腫瘍は残存しないものと思われたにも拘らず組織学的には喉頭蓋から舌骨にまで腫瘍の浸潤性増殖を認めた。遠隔転移は両側肺 Fig. 4 (b) はもとより肝、卵巣、骨など全身に広汎に波及していた。特に肺は肋膜、横隔膜と癒着、肋骨、胸椎（第5～7）へも連続性浸潤を示した。組織学的には Fig. 4 (c) の如く定型的な小囊胞状構造の明らかな腫瘍組織の増殖像がみられた。

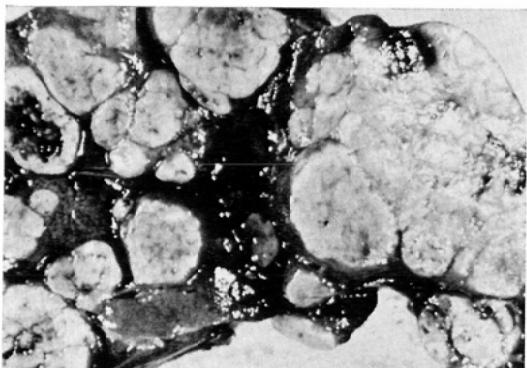
症例2：23歳、女性、口蓋

昭和46年6月、口蓋腫脹を訴え来院、腫瘍切除により腺様囊胞癌 Fig. 5 (a) であつたが2カ月後、断端に再発を生じたため Tele ^{60}Co wedge pair technique により、上顎を含めて5,000rad/36日、照射し縮少をみた。しかし、3カ月後再発を生じ、上顎部分切除施行、更に3度鼻腔、口蓋に再発を生じたため 5-Fu 动注と Tele ^{60}Co 4,600rad/23日を併用した。しかし、この頃から肺転移を認め、引続いて胸椎、頸椎にも転移を生じ肝腫大、胸水貯留 Fig. 5 (b) を生じ、全経過僅か1年6カ月で死亡した。

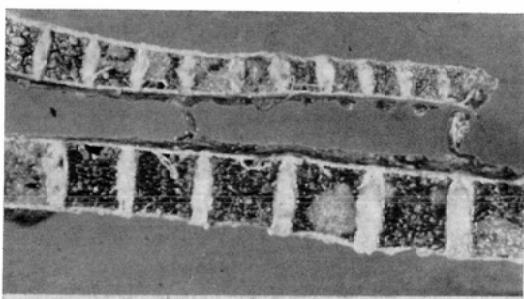
剖検時、再三の手術、放射線療法にも拘らず右

(a) Solid appearance in primary lesion of the palate ($\times 120$, H.E.)

(b) Lung metastasis and pleuritis carcinomatosa: 12 months after initial treatment, 4 months after detection of lung metastasis



(c) Nodular metastatic foci in the liver



(d) Metastatic foci in the vertebrae

Fig. 5: Case 2

口蓋、歯肉にかけて腫瘍は残存しており遠隔転移は両側肺、肝臓、脊椎など広汎に及んでいた(Fig. 5 (c, d)).

組織学的には Fig. 5 (a) の如く実質は篩状構造が不明瞭で充実性増殖より成るものであつた。

考 案

腺様囊胞癌は1859年に Billroth⁶⁾ により円柱腫と命名され、1954年 Foot 及び Frazell⁷⁾ により Adenoid cystic carcinoma の名称で独立した型の唾液腺腫瘍として分類された。それ以後本腫瘍に関する報告は Moran ら⁸⁾の総説を始めとして枚挙に暇がない程である。

我々も以前に⁴⁾、11例の経験例について報告し、臨床的に発育が緩徐で一見、良性疾患と誤られる例が多いこと、浸潤性増殖を示すため腫瘍の境界が区別し難く、手術にせよ放射線療法にせよ再発を生じ易いこと、また遠隔転移を生じ易い

がその転移巣の発育も緩徐であることなどを述べた。

その後、症例数も次第に蓄積され、今回48例に達した時点で本腫瘍の治療、特に放射線療法の立場から分析を行なつた結果は、大多数の例で治療により一旦制御されたかに見えても、長期間観察すると再発や遠隔転移が避け難い例が多く、結果的には予想よりも遙かに予後が不良で、臨床的にその処置に甚だ苦労する腫瘍であることが明らかとなつた。

以下、諸家の報告とも対比しながら本腫瘍の2、3の問題点について考察する。

(1) 診断確定まで

Conley²⁾ らも述べているように本腫瘍の特徴的症状はなく、徐々に増大する腫脹が神經周囲を侵し知覚異常や疼痛を伴なつたり鼻腔、口腔などでは何らかの機能障害を生ずるまで気付かないものが多い。

Blanck¹⁾ らは耳下腺の場合、診断確定までに平均3.7年を要したとし、Leafstedt ら⁹⁾は1カ月から最高20年以上にも及ぶと述べている。

諸家の報告と同様に、我々の場合も初発症状は腫脹が90%を占めて居り、且つ、診断確定まで年余を要したものが大多数を占めているが、この間、多形性腺腫など良性疾患と誤認され不十分な切除を受けた例も含まれている。口蓋、口腔底部、舌根など小唾液腺の存在する部位に腫瘍が長期間存在し、疼痛、知覚障害などを呈すれば本症を疑うべきである。

(2) 手術か放射線療法か

Leafstedt ら⁹⁾は手術、特に広汎な切除が適当であるが口蓋、上頸、鼻腔のように比較的、外科的に到達し難い部位では舌、口腔底や耳下腺、頸下腺に比し、早期に再発がみられるという。また、放射線療法の役割は術後の局所再発に対してであり、その効果は疼痛など対症的にも、また一時的に縮小が得られるものも多く延命効果が期待できるという。

Conley ら²⁾は本腫瘍の満足すべき単独治療法はなく、個々の症例によつて根治的か局所制御か姑

息的か決めるべきで、根治的の場合は腫瘍の末梢を確認するのが困難であることから最大級の手術に挑戦することになる。また放射線治療単独での治癒例は得られていないが、数年間腫瘍が消失したものがあり、その適応の原則としては切除不能例の姑息的治療、切除断端の残存、再発などであるという。

Stewart⁸⁾ らも本腫瘍では手術が第1選択とされているが切除すべき辺縁を確実に知る手段がないために成功率は限られているのに対し、放射線の場合は作用範囲が広いので両者の併用を発生部位により上手に組合わせるのが比較的良好としている。また、その適正線量及び照射容積については明確な結論を下し得ないが、高線量程、長期間制御が得られると述べている。*Fuchihata* ら¹⁰⁾も長期間制御を得たのは 9,000～10,000 R の高線量の例であつたという。

Blanck ら¹¹⁾は放射線感受性について照射後 6 週間で初めの腫瘍が触知しない程縮小すれば感受性ありとし、*Berdal* ら¹¹⁾は本腫瘍は放射線感受性があるように見えて “radio-curable” ではなく、その原因は神経や血管に沿つて原発巣から遠く離れた部位に浸潤するためとしている。

我々の例では放射線単独、手術併用を問わず 6,000rad 以下の場合、所謂 “電撃型” の症例を別にしても比較的早期、すなわち 2～4 年で再発を認めており、5 年以上再発を生じていないものは 1 例（頸下腺術後照射後 7 年間 NED）に過ぎない。これに対して小線源治療などにより 7,000～8,000rad の高線量を与えたものでは 5 年以上の長期間制御を得たものもかなりある。それにも拘らず再発を生ずるのは矢張り初めに設定した治療域以上に連続性浸潤があつたために思われる。従つて、治療方針としてはむしろ可能な限り手術的に除去し、その周辺部に対して術前または術後に放射線療法を施行すべきであろう。また手術不能、或は術後再発などの場合も本腫瘍では長期生存し得るので、社会生活に支障のないよう考慮した上で対症的治療が適用されるべきである。

(3) 予後について

Stewart⁸⁾ ら、*Conley²⁾* らも述べているように、本腫瘍は 1 年以内の短い経過をとるものから全経過 30 年にも及ぶものまであり、生存率を示しても無意味である。我々の場合も 5 年生存率は 48.6% と舌¹²⁾や頬粘膜、口腔底、歯肉¹³⁾の扁平上皮癌の治療成績をむしろ上廻る程であつたが、その内容は扁平上皮癌のように “No evidence of disease” でなく、ほとんどが再発、転移を有するものであり、むしろ、*Stewart⁸⁾* らがいうように局所の制御を症状なしにどれだけ維持できるかを成否の目標にした方が良いかと思われる。

遠隔転移に関しては再発と同様に長期観察例に於ける転移出現率の上昇がみられるが *Smith* ら¹⁴⁾ は原発巣の切除が不完全であると放射線単独の場合より 2 倍も遠隔転移が多いと述べており、原発巣の制御され得ないことが遠隔転移の出現と関係があるものと推察される。たとえ遠隔転移が存在しても、その増大率は緩徐なものが多く、著者ら⁴⁾及び藤林¹⁵⁾らによる肺転移陰影の doubling time は 200～600 日、或は 108～818 日にも及び、*Berdal* ら¹¹⁾もいうように広汎な肺転移を認めても、長期間平常の社会生活を過し得る例が多く存在することから、原発病巣による苦痛や機能障害のある場合は手術或は放射線による制御を試みるべきであろう。またこの原則は治療後に再発を繰返す例にも適用し得ることはいうまでもない。

一方、*Enerothe* ら¹⁶⁾は本腫瘍には高分化型で篩状構造を呈する予後の良いもの他に、低分化型で充実性増殖を示す予後の不良のものがあり、これらは全例 3 年以内に死の転機をとつたといふ。*Eby* ら⁵⁾もこのようなものを “Fulminating progression” (電撃型) と称し、いずれも診断確定後 3 年以内に死亡している。我々の場合も治療後 3 年以内に死亡した 12 例中 7 例は充実性増殖を示す非定型像のものであつた。これらはいずれも発症後、早期に受診して放射線、手術の単独或は併用療法を受けているにも拘らず早期に再発及び遠隔転移を生じている。これは定型像を呈しながら 3 年以内に死亡した他の 5 例が、治療開始まで既に良性疾患などとして手術を受けたりして

数年を要していたことと比し対照的である。

結局、本腫瘍を取扱う場合には病理像、発生部位による手術的侵襲の難易度、転移の有無などを考慮して、でき得る限り患者が長く社会的生活を支障なく過せるような手段を考えるのが、手術にせよ、放射線にせよ医療従事者に与えられた課題といえよう。

まとめ

過去19年間に放射線治療を行なつた頭頸部腺様囊胞癌48例（男16、女32）について検討した結果、下記の結論を得た。

(1) 局所再発は扁平上皮癌と異なり治療後2年以降にも再発を認める例が多い。再発率は放射線単独群と手術、放射線併用群との間に著明な差を認めず、治療後7年までに前者が72.2% (13/18)、後者、77.8% (7/9) が再発を生じている。

(2) 放射線治療でも局所制御が得られる例がある。但し、5,000rad以下では殆どが5年以内に再発を生じているが、6,000rad以上の例では5年以上制御され得たものが多い。

(3) 遠隔転移は79% (27/34) に確認された。遠隔転移が存在しても社会生活に支障なく長期生存する例があるので原発巣の治療は必要と思われる。

(4) 5年粗生存率は48.6% (17/35) であるが、再発、或は転移を有しながら長期間生存する例が多い。因みに死亡例での平均生存期間は7年5カ月であり、10年以上の長期に至る観察での評価が望ましい。

(5) 病理学的に非定型像を呈する低分化型のものは急激な経過（電撃型）を辿り3年以内に全例死亡した。

本論文の要旨は昭和50年4月、第34回日本医学放射線学会総会（神戸）に於て報告した。

本稿に記した症例は主として、本学耳鼻咽喉科教室（主任、渡辺尚教授）、歯学部第一口腔外科教室（主任、上野正教授）、及び第二口腔外科教室（主任、伊藤秀夫教授）との協同症例であり、関係科各位の御協力に深謝します。また、歯学部口腔病理学教室、石川梧朗教授の御校閲に感謝致します。

文 献

- 1) Blanck, C., Enerothe, C., Jacobsson, F. and Jakobsson, P.Å.: Adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. *Acta radiol.* 6 (1967), 177—196.
- 2) Conley, J. and Dingman, D.L.: Adenoid cystic carcinoma in the head and neck (cylindroma). *Arch. Otolaryngol.* 100 (1974), 81—90.
- 3) Stewart, J.G., Jackson, A.W. and Chew, M.K.: The role of radiotherapy in the management of malignant tumors of the salivary glands. *Amer. J. Roentgenol.* 102 (1968), 100—108.
- 4) 堀内淳一、齊藤俊孝、奥山武雄、猪俣宏史、松原升、足立忠：口腔領域の腺様囊胞癌（Adenoid cystic carcinoma）とその放射線治療経験。臨床放射線、13 (1968), 457—467.
- 5) Eby, L.S., Johnson, D.S. and Baker, H.W.: Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Cancer* 29 (1972), 1160—1168.
- 6) Billroth, T.: Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen. *Virchow Arch. path. Anat.* 17 (1959), 357.
- 7) Foote, F.W. and Frazell, E.L.: Tumors of the major salivary glands, Washington, D.C., (1954), A.F.I.P.
- 8) Moran, J.J., Becker, S.M., Brady, L.W. and Rambo, V.B.: Adenoid cystic carcinoma: A Clinicopathological study. *Cancer* 14 (1961), 1235—1250.
- 9) Leafstedt, S.W., Gaeta, J.F., Sako, K., Marchetta, F.C. and Shedd, D.P.: Adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary glands. *Amer. J. Surg.* 122 (1971), 756—762.
- 10) Fuchihata, H., Wada, T. and Inoue, T.: Radiotherapy of adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Oral Surg.* 36 (1973), 753—759.
- 11) Berdal, P., de Besche, A. and Mylius, E.: Cylindroma of salivary glands, A report of 80 cases. *Acta Otolaryng.* 263 (1970), 170—173.
- 12) Horiuchi, J. and Adachi, T.: Some considerations on radiation therapy of tongue cancer. *Cancer* 28 (1971), 335—339.
- 13) 堀内淳一、奥山武雄：頬粘膜・口腔底・下顎歯肉扁平上皮癌の放射線治療成績とその検討。日医放会誌、34 (1974), 739—751.
- 14) Smith, L.C., Lane, N. and Rankow, R.M.: Cylindroma (Adenoid cystic carcinoma). A report of fifty-eight cases. *Amer. J. Surg.* 110 (1965), 519—526.
- 15) 藤林孝司他10名：小唾液腺腫瘍の臨床的研究。日本口腔科学会雑誌、21 (1972), 901—927.
- 16) Enerothe, C.M., Hjertman, L. and Moberger, G.: Adenoid cystic carcinoma of palate. *Acta Otolaryngol.* 66 (1968), 248—260.