

婦人科腫瘍委員会

(本邦における外陰癌の臨床統計調査報告)

委員長 杉 森 甫
副委員長 工 藤 隆 一

委員

泉 陸一, 大濱 紘三, 園田 隆彦, 寺川 直樹
西谷 巖, 野澤 志朗, 半藤 保, 矢嶋 聰

緒言

外陰癌は比較的稀な疾患であり, 全女性性器癌の3~5%を占めるにすぎないといわれてきた。しかしながら, Greenの調査によると, 1960年代から1970年代にかけて8%を占めるまでに増加している¹⁾。本疾患は高齢者に好発するため, 長寿化が進んでいる本邦を含め先進諸国では, この疾患の重要性が確実に増大しつつある。

外陰癌の治療成績についてみると, 40年前までは, 5年生存率が20%を超えることはほとんどなく²⁾, 非常に予後の悪い疾患と考えられてきた。しかしながら, その後40年の間に, 著しい生存率の改善をみるようになった。これは医師および患者自身の本疾患早期発見への意識が向上したこともさることながら, 治療法, 特に本疾患の病態に基づいた手術法の改善が大きく貢献している。

広汎外陰切除術および所属リンパ節廓清法はもとも1912年 Bassetによって提唱されたものであるが³⁾, その後, TaussigおよびWayによって改良され⁴⁾⁵⁾, 本疾患の標準治療法として汎用されるようになった。この術式の適用以来, 外陰癌治療の5年生存率が飛躍的に向上することになった。

ところが, ここ十数年来, 早期癌に対しては縮小手術を考慮する傾向が出てきている⁶⁾。対象がほとんど高齢者であること, 比較的早期の癌が増加していること, さらにリンパ節転移のない場合の5年生存率は90%前後と非常によいことなどから, 術後のquality of life (QOL)を考慮したものである。また逆に, 進行癌に対しては, 骨盤除臓術を施行されるケースも増加している⁷⁾。このように, 画一化された治療をするのではなく, 症例ごとに個別化された治療が選択される傾向にある。

このような状況下, 本邦における外陰癌治療の現況を把握することは, 今後の治療法の改善あるいは新たな治療法を考えるうえで重要な指針になると思われる。そこで, 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会は子宮癌登録加盟病院191機関を対象として, 1986~1988年の3年間に治療された外陰癌症例の登録を依頼したところ, 139機関から協力が得られた。登録された339症例に対して統計学的解析を行った。

解析結果および考察

1. 登録症例の分布

各機関ごとの登録症例数の分布を表1に示す。3年間の集計であるにもかかわらず, 5症例まで(0を含む)

表1 外陰癌登録の内訳
(1986. 1. 1. ~1988. 12. 31治療症例)

登録協力依頼	191機関
回答回収	139機関
登録症例数	339症例
適格症例	333症例
症例の分布:	
0	35機関
1~5	87機関
6~10	14機関
11~	3機関

表2 調査項目

1. 機関名
2. 患者コード番号 (又はイニシャル)
3. 年齢
4. 経妊経産数
5. 治療開始年月日
6. 進行期分類 (TNM)
7. 病理組織診断
8. 原発腫瘍所見
9. 所属リンパ節および骨盤リンパ節所見
10. 実施治療法
11. 転帰
12. 最終生存確認年月日

む)の機関が88%も占めた。外陰癌が稀な疾患であることを如実に物語っている。

2. 登録調査項目

表2に示した項目について調査を行い、不完全記入例については再度調査を依頼し、回収した。登録された339例中不適格と判断された症例は6例で、その内訳は、無治療2例、組織型不明1例、再発治療3例であった。

以下、適格症例333例について検討した。

3. 外陰悪性腫瘍患者の年齢および経産数

登録された外陰悪性腫瘍333例の年齢分布を図1(A)に示した。70~79歳を頂点として、平均67.4±12.3歳(20~90歳)であった。扁平上皮癌のみの分布を図1(B)に示したが、全体とほぼ同様の分布であった(平均68.5±11.5歳)。

須川らが行った18年前の本邦の調査結果では平均61歳であり⁸⁾、約6歳高齢に傾いてきたことになる。この傾向は、欧米でも同様であり、1970年代までこの疾患の平均年齢が60歳前後であったものが⁹⁾¹⁰⁾、1980年代には65歳に¹¹⁾、さらに1990年代になると67歳と¹²⁾、徐々に

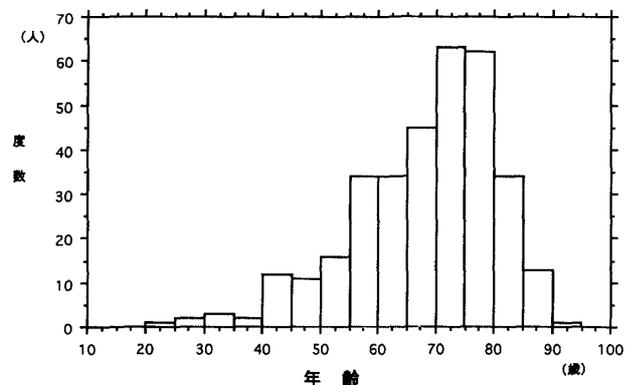


図1(A) 外陰悪性腫瘍の年齢分布

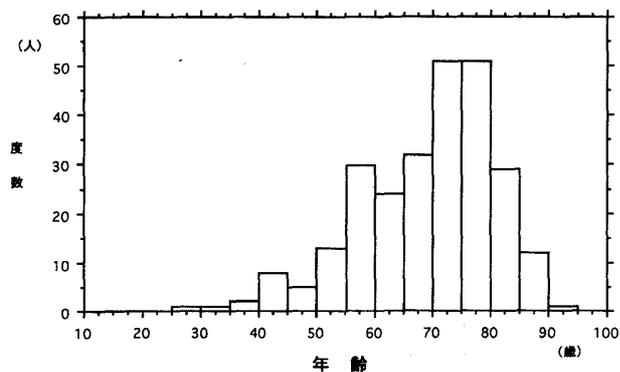


図1(B) 外陰扁平上皮癌の年齢分布

に高齢へと偏する傾向を示している。

一方、333例の経産数の分布を図2に示すが、2回をピークとして、平均3.0±2.3回(0~11回)であった(図2)。

4. 病理組織型別分布

登録された333例の組織型別内訳を表3に示す。扁平上皮癌(基底細胞癌および疣状癌を含む)は260例のうち20例(7.7%)が上皮内癌であった。腺癌15例(腺扁平上皮癌1例を含む)、悪性黒色腫は11例登録された。

今回の調査で、その登録対象については、外陰癌としか記載せず、詳しい内容については言及しなかった。その結果、集積された症例には、8種類の組織型が含まれていた。本邦では“外陰癌”という用語が、この範囲で用いられていることになる。その分布をみると、扁平上皮癌が78%を占めるが、Paget病が14%と比較

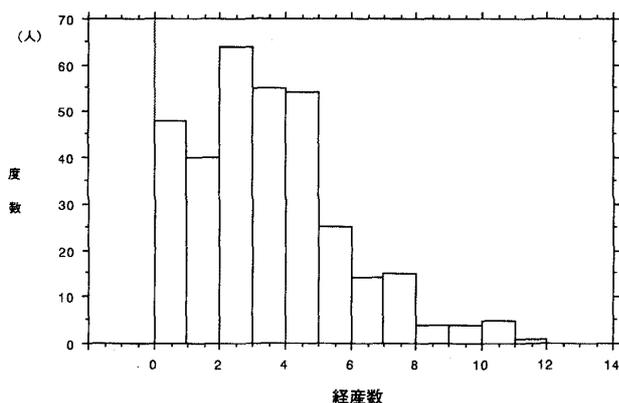


図2 外陰悪性腫瘍患者の経産数

表3 登録症例の組織型別内訳

組織型	症例数
扁平上皮癌	
CIS	20
浸潤癌	230*
基底細胞癌	7*
疣状癌	4
腺癌	
腺癌	14**
腺扁平上皮癌	1
未分化癌	2
悪性黒色腫	11
肉腫	2
Paget病	46**
合計	333

*: 相互の合併症例1例を含む

** : 相互の合併症例3例を含む

表4 登録症例の進行期別内訳

	0期	I期	II期	III期	IV期	計
扁平上皮癌	20(8)	52(20)	99(38)	77(30)	12(5)	260
腺癌	0	3(20)	12(80)	0	0	15
未分化癌	0	0	1(50)	0	1(50)	2
悪性黒色腫	0	6(55)	1(9)	3(27)	1(9)	11
肉腫	0	1(50)	1(50)	0	0	2
Paget病	16(35)	2(4)	21(46)	7(15)	0	46
計	36	64	135*	87	14	333

()内は各組織型において各期が占める割合(%)を示す

*:腺癌とPaget病の合併例3例を含む

的多かった。腺癌の比率は4.5%であったが、この値を扁平上皮癌との対比で見ると、18年前の本邦の調査結果⁸⁾の約1.4倍になっている。

国際的な外陰癌の統計に関する報告はそのほとんどが扁平上皮癌についてであり、時にこれに腺癌および悪性黒色腫が加えられている。

5. 進行期別分布

各組織型別に、FIGO臨床進行期分類に従って症例の分布を集計したものを表4に示す。扁平上皮癌ではII期が38%と最も多く、ついでIII期30%、I期20%の順であった。上皮内癌は8%を占めた。腺癌およびPaget病でもII期が最も多く、それぞれ、80%、46%を占めた。

今回の調査結果は18年前の本邦の調査結果⁸⁾と同様であるが、大きな相違は今回の調査で0期の頻度が以前の約3倍に、またIV期の比率が逆に1/3になったことである。早期診断が進んできた結果と思われるが、いまだIII期、IV期が35%を占めており、早期診断の実現には程遠い結果である。本邦だけでなく、欧米でもこの実状は変わらない¹²⁾¹³⁾。

6. 進行期別治療法および転帰

各組織型における進行期別主たる治療法の内訳および進行期別転帰を表5に示す。

扁平上皮癌についてみると、0期およびI期において、縮小手術(外陰部分切除術および単純外陰切除術)の占める割合が高い(それぞれ90%および56%)。一方、広汎外陰切除術は0期では1例もなく、I期でも33%にすぎないが、II期では56%と最も高く、III期においても34%の症例に適用されている。しかしながら、進行例に対する縮小手術も少なくない(II期30%、III期13%)。また一方では、進行期が進むにつれて放射線治療を主治療として適用する症例が増加する傾向がある

(I期8%、II期14%、III期49%、IV期67%に放射線治療が主治療として選択されている)。化学療法が主たる治療法として適用された症例は5例のみである。

外陰癌の治療法に関する世界の趨勢をみると、そのほとんどが手術療法である。Podratz et al.の1983年の報告もすでに、放射線治療を主たる治療法としたものは224例中1例にすぎない¹⁰⁾。今回の調査で、本邦においても、手術療法が中心になっていることが示された。しかしながら、放射線治療を主たる治療法とするものが、依然として25%も存在する。対象となる患者年齢が高齢であること、またそれに伴い、重篤な合併症が多いこと、さらに本疾患には進行期が進んだものが多いことなどを考慮して侵襲の少ない治療法が選択されたものと思われるが、それだけでなく、本邦にはいまだ放射線治療への強い信頼感が存在することを示している。一方、化学療法への期待はほとんどされていない。

18年前の本邦の調査結果をみると、放射線治療がその主役を果たしており、またbleomycinを用いた化学療法が広汎に併用されている⁸⁾。ここ20年足らずの間に、本疾患に対する治療法が本邦では大きく変化してきたことになる。

手術療法の主体は広汎外陰切除術であるが、ここ十数年来、比較的早期、すなわち、FIGO進行期I期あるいはII期の外陰癌に対しては縮小手術を考慮する傾向がある⁶⁾¹²⁾¹⁴⁾。一方、進行癌に対しては、骨盤除臓術といった他臓器の合併切除を施行されるケースが増加している⁷⁾。今回の調査では、本邦でも、I期、II期については、それぞれ56%および30%の症例に対して縮小手術が行われている。しかしながら、進行癌に対する対応が欧米とは異なっていた。今回の調査では、III期およびIV期のそれぞれ1例に骨盤除臓術が施行されたにすぎない。本邦においても、画一化された治療ではなく、症例ごとに個別化された治療が選択される傾向がみられる。

同じく表5に示した転帰の中で、目を引くのは、生死不明の症例が多いことである。特に扁平上皮癌に多く、260例中48例(18%)もあった。生死不明の症例については、再度消息調査を行っており、その結果がこの表である。高齢者を対象とした予後調査の難しさを端的に示したものと見える。

7. 外陰扁平上皮癌におけるリンパ節転移

外陰扁平上皮癌(浸潤癌230例および上皮内癌20例)における鼠径リンパ節の触診所見を臨床進行期別に表

表5 各組織型における進行期別治療法の内訳および進行期別転帰

1) 扁平上皮癌 (260例)

治療法	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
外陰部分切除術	7	9	8	3	0	27(10)
単純外陰切除術	11	20	22	7	0	60(23)
広汎外陰切除術	0	17	55	26	2	100(38)
骨盤除臓術	0	0	0	1	1	2(1)
放射線治療	2	4(16)*	14(49)*	38(53)*	8(11)*	66(25)
化学療法	0	2(9)*	0(24)*	2(26)*	1(6)*	5(2)
計	20	52	99	77	12	260(100)

()*: 併用療法を含めた症例数を示す

転 帰	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
生存	11	35	36	17	0	99(38)
死亡						
外陰癌死	0	1	27	33	8	69(27)
他癌死	2	2	4	0	0	8(3)
他病死	4	3	12	9	2	30(12)
死因不明	0	4	1	0	1	6(2)
生死不明	3	7	19	18	1	48(18)
計	20	52	99	77	12	260(100)

2) 腺癌 (15例): 腺扁平上皮癌 (1例) を含む

治療法	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
外陰部分切除術	0	1	2	0	0	3(20)
単純外陰切除術	0	1	4	0	0	5(33)
広汎外陰切除術	0	1	5	0	0	6(40)
放射線治療	0	0	1(8)*	0	0	1(7)
化学療法	0	0	0(9)*	0	0	0
計	0	3	12	0	0	15(100)

()*: 併用療法を含めた症例数

転 帰	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
生存	0	2	6	0	0	8(53)
死亡						
外陰癌死	0	1	5	0	0	6(40)
他癌死	0	0	1	0	0	1(7)
他病死	0	0	0	0	0	0
死因不明	0	0	0	0	0	0
生死不明	0	0	0	0	0	0
計	0	3	12	0	0	15(100)

3) 悪性黒色腫 (11例)

治療法	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
外陰部分切除術	0	0	0	0	0	0
単純外陰切除術	0	3	0	0	0	3(27)
広汎外陰切除術	0	3	1	2	1	7(64)
骨盤除臓術	0	0	0	1	0	1(9)
放射線治療	0	0(3)*	0	0	0	0
化学療法	0	0(3)*	0	0	0	0
計	0	6	1	3	1	11(100)

()*: 併用療法を含めた症例数

転 帰	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
生存	0	2	0	0	0	2(18)
死亡						
外陰癌死	0	4	1	3	1	9(82)
他癌死	0	0	0	0	0	0
他病死	0	0	0	0	0	0
死因不明	0	0	0	0	0	0
生死不明	0	0	0	0	0	0
計	0	6	1	3	1	11(100)

4) Paget 病 (46例)

治療法	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
外陰部分切除術	2	0	0	0	0	2(4)
単純外陰切除術	8	0	9	0	0	17(37)
広汎外陰切除術	4	2	10	7	0	23(50)
放射線治療	2(4)*	0	1(8)*	0(2)*	0	3(7)
化学療法	0(1)*	0(1)*	1(5)*	0(3)*	0	1(2)
計	16	2	21	7	0	46(100)

()*: 併用療法を含めた症例数

転 帰	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
生存	14	1	10	3	0	28(60)
死亡						
外陰癌死	0	1	9	3	0	13(28)
他癌死	1	0	0	0	0	1(2)
他病死	0	0	1	0	0	1(2)
死因不明	1	0	0	0	0	1(2)
生死不明	0	0	1	1	0	2(4)
計	16	2	21	7	0	46(100)

5) 未分化癌 (2例)

進行期II期とIV期で、2例とも癌死

6) 肉腫 (2例)

進行期I期 (Dermatofibrosarcoma protuberance) とII期 (Leiomyosarcoma) でそれぞれ外陰部分切除術および後方骨盤除臓術+リンパ節廓清 (所属リンパ節+骨盤リンパ節) を施行。2例とも生存

6に示す。進行期が進むに従い、触診陽性率も高くなる傾向がみられた。さらに、134例に対して、鼠径リンパ節の組織検査が行われ、46例(34%)に転移が証明された。この値は諸外国の報告(20~38%)^{9)~13)}とほぼ同等である。この134例について、進行期別に転移陽性率をみたものが表7である。ここでも、進行期が進むにつれて、陽性率が高くなる傾向がみられた。

鼠径リンパ節転移に対する触診の信頼性をみるため、触診所見と組織所見の相関を表8に示す。これによれば、触診によって正しく転移陽性を診断できる確率は59%にすぎない。さらに偽陰性が約7%存在する。Gynecologic Oncology Group (GOG)も同様の報告をしているが¹⁵⁾、本邦の調査において、偽陽性率が高いの

表6 外陰扁平上皮癌（浸潤癌230例および上皮内癌20例）における鼠径リンパ節の触診所見

	0期	I期	II期	III期	IV期	計(%)
腫大あり	0(0)	5(11)	39(41)	46(61)	9(75)	99(40)
左鼠径節のみ	0	3	13	9	3	28
右鼠径節のみ	0	0	10	8	1	19
両側鼠径節	0	2	16	29	5	52
腫大なし	20(100)	41(89)	57(59)	30(39)	3(25)	151(60)
計	20	46	96	76	12	250

()内は%

表7 外陰扁平上皮癌における鼠径リンパ節転移（進行期別転移率）

進行期	組織診施行数 (n)	組織診結果	
		陽性数 (%)	陰性数 (%)
I期	26	5(19)	21(81)
II期	73	23(32)	50(68)
III期	33	16(48)	17(52)
IV期	2	2(100)	0
計	134	46(34)	88(66)

表8 外陰扁平上皮癌における鼠径リンパ節転移（触診と組織診の相関）

触診所見	組織診施行数 (n)	組織診結果	
		陽性数 (%)	陰性数 (%)
左鼠径節 腫大あり	44	26(59)	18(41)
右鼠径節 腫大あり	41	24(59)	17(41)
左鼠径節 腫大なし	82	7(9)	75(91)
右鼠径節 腫大なし	81	4(5)	77(95)

に対し、GOGの報告では偽陰性率が高い(24%)。いづれにしても、触診所見を過信することは危険であることを示唆している。

鼠径リンパ節転移を認めた54例について、主病巣占拠部位と転移側との関係を見たものが表9である。主病巣と同側のリンパ節に転移する傾向が強いものの、20%前後は明らかに反対側のリンパ節へ転移する可能性があることを示している。外陰癌手術では、病巣が一側に偏在していても、両側のリンパ節廓清を行う必要がある。

骨盤リンパ節廓清を行った52例について、進行期別転移陽性率を表10に示す。扁平上皮癌だけで考えると、

表9 鼠径リンパ節転移と主病巣占拠部位との相関

陽性リンパ節	主病巣占拠部位		
	左側	右側	中央～両側
左鼠径節のみ (n=18)	11(61%)	4(22%)	3(17%)
右鼠径節のみ (n=14)	2(14%)	10(71%)	2(14%)
両鼠径節 (n=22)	5(23%)	8(36%)	9(41%)

表10 進行期別にみた骨盤リンパ節転移率

組織検査結果	0期	I期	II期	III期	IV期	計
陽性	0(0%)	2(22%)*	4(13%)**	2(22%)#	1(33%)#	9(17%)
陰性	1(100%)	7(78%)	26(87%)	7(78%)	2(67%)	43(83%)
計	1	9	30	9	3	52

* : Paget病1例および悪性黒色腫1例である

** : Paget病2例、腺扁平上皮癌1例、および扁平上皮癌1例である

: III期、IV期における陽性例3例はすべて扁平上皮癌である

表11 鼠径リンパ節転移と骨盤リンパ節転移の相関

鼠径リンパ節	骨盤リンパ節	
	陽性 (%)	陰性 (%)
陽性 (n=20)	7(35)	13(65)
陰性 (n=32)	2(6)	30(94)

進行期が進むにつれ転移率が上がる傾向がみられるが、症例が少ないため、統計的に有意差はない。特にI期およびII期で骨盤リンパ節に転移が認められた6例のうち、5例までが扁平上皮癌以外の組織型(Paget病3例、悪性黒色腫1例、腺扁平上皮癌1例)であったことは特筆する必要がある。

骨盤リンパ節廓清を行った52例について、鼠径リンパ節転移の有無との相関を表11に示す。鼠径リンパ節陽性であった20例中7例(35%)に骨盤リンパ節転移がみられたが、陰性であった32例の中では2例(6%)に骨盤リンパ節転移がみられたにすぎない。1例は悪性黒色腫であり、もう1例は腔、尿道に広がったIII期の扁平上皮癌であった。この結果は、鼠径リンパ節転移の無いII期までの外陰癌に骨盤リンパ節廓清を適用することに意義が少ないことを示している。Homesley et al. は鼠径リンパ節転移陽性の外陰癌症例に対して、鼠径部および骨盤への放射線照射を追加するか

骨盤リンパ節廓清を追加することにより、両者の有効性を比較したところ、放射線治療のほうが予後改善に有効であると結論している¹⁶⁾。鼠径節に転移があった場合は、骨盤リンパ節廓清のかわりに、鼠径部および骨盤への放射線照射で代用できると考えられる。

8. 治療成績

登録症例について、Kaplan-Meyer法による1年、3年、および5年生存率を算出した。有意差検定はCox-Mantel法を用いた

a) 扁平上皮癌の治療成績

扁平上皮癌260例における進行期別にみた1年、3年、および5年生存率を表12および図3に示す。0期71%、I期82%、II期58%、III期48%、IV期0%の5年生存率で、I～IV期240例の全浸潤癌における5年生存率は57%であった。この値は3年生存率60%とほとんど差がない。浸潤癌各期の生存率の間にはすべて有意差がみられた ($p < 0.05 \sim 0.01$)。0期における生存率がI期より悪いのは、表6で示したように外陰癌死によるものではなく、母数が少ないのに加え、他病死および他癌死が多かったためである。

18年前の本邦の調査によると、外陰癌の絶対5年生

存率は49%であり⁸⁾、今回の調査では約8%の予後の改善がみられたことになる。しかしながら、国外での成績をみると、いずれも、本邦の成績を上回っている。Podratz et al. は全体で75%の絶対5年生存率を報告しており、各進行期ごとの生存率をみても10～20%、本邦の成績より高い¹⁰⁾。Cavanagh et al. は67%の絶対5年生存率を報告しており、こちらは、I期およびII期において本邦の成績を5%前後上回っているにすぎないが、IV期の生存率が36%と非常に高い¹²⁾。これらの報告における外陰癌治療の内容をみると、そのほとんどに外陰切除手術が行われ、さらにそのほとんどに鼠径リンパ節廓清が行われている。本邦の成績との差は、このあたりに原因があるものと思われる。さらに、Cavanagh et al. は進行癌に対して、積極的に骨盤除臓術を施行しており¹²⁾、これがIV期の5年生存率の改善に貢献しているものと思われる。

b) Paget病の治療成績

Paget病における進行期別予後を表13および図4に示す。0期94%の5年生存率に対し、I期50%、II期57%、III期50%と浸潤癌では大幅に予後が悪くなるが、浸潤癌の中では大きな差がみられない。I～III期の全浸潤癌では55%の5年生存率であった。

表12 扁平上皮癌における進行期別生存率の比較

進行期	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
0期	20	94.1	76.5	70.6	101	64
I期	52	94.2	86.2	81.9	102	71
II期	99	77.7	60	57.5	108	38
III期	77	68	51.2	47.5	97	20
IV期	12	37.5	0	0	32	7
I～IV期	240	76.5	60.4	57.3	108	37

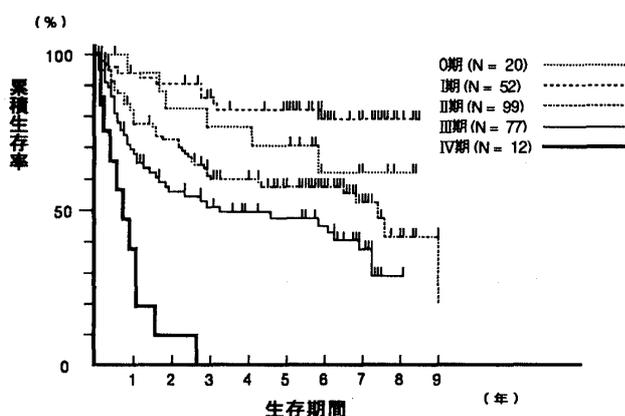


図3 外陰扁平上皮癌の進行期別生存曲線

表13 Paget病における進行期別生存率の比較

進行期	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
0期	16	93.8	93.8	93.8	108	72
I期	2	100	100	50	84	43
II期	21	71.4	66.7	57.1	102	46
III期	7	100	66.7	50	92	52
I～III期	30	79.5	69.1	55.1	102	52

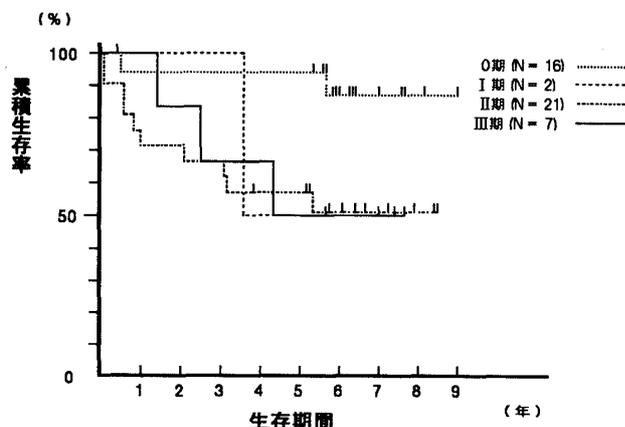


図4 Paget病の進行期別生存曲線

表14 外陰悪性腫瘍における組織型別生存率の比較*

組織型	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
扁平上皮癌**	240	76.5	60.4	57.3	108	37
腺癌	15	86.7	80.0	53.3	103	68
悪性黒色腫	11	63.6	34.4	18.2	91	15
Paget病	30	79.5	69.1	55.1	102	52

* : 浸潤癌のみを対象とした

** : 基底細胞癌および疣状癌を含む

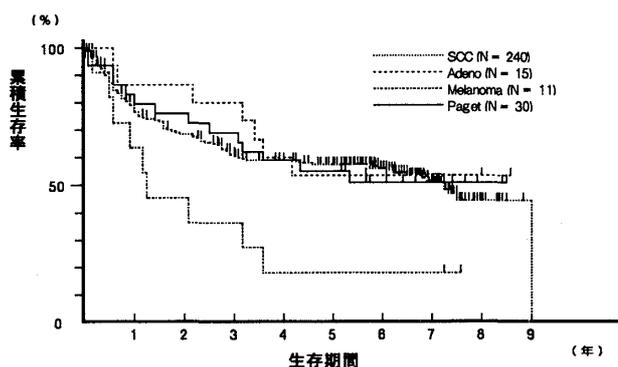


図5 外陰悪性腫瘍(浸潤癌)の組織型別生存曲線

c) 外陰癌の組織型と生存率

外陰悪性腫瘍(浸潤癌のみ)における組織型別1年, 3年, および5年生存率を表14および図5に示す. 扁平上皮癌, 腺癌, およびPaget病における5年生存率はそれぞれ58%, 53%, 55%と3者間でほとんど差がない. 唯一, 悪性黒色腫の3年および5年生存率がそれぞれ34%および18%と極端に悪く, 扁平上皮癌およびPaget病との差は統計学的にも有意であった ($p < 0.05$).

d) 外陰癌の治療法と生存率

外陰扁平上皮癌I期, II期およびIII期における治療法別1年, 3年, および5年生存率をそれぞれ, 表15, 16, 17および図6, 7, 8に示す.

I期では治療法間に予後の差がみられなかった. 一方, II期では広汎外陰切除術を行った場合, 外陰部分切除術および放射線治療の選択に比べて, 有意に予後がよい(それぞれ, $p < 0.01$ および $p < 0.05$). また単純外陰切除術でも放射線治療より予後がよい ($p < 0.05$). III期についても同じ傾向がみられ, 放射線療法より手術療法, 特に広汎外陰切除術が有意に高い生存率を示した ($p < 0.05$).

この結果は, 外陰癌治療には, 可及的手術療法(少なくとも, 単純外陰切除術以上の手術)を選択すべき

表15 外陰扁平上皮癌I期における主たる治療法別生存率の比較

治療法	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
部分切除術	9	88.9	88.9	76.2	102	64
単純切除術	20	95	78.5	78.5	95	68
広汎切除術	17	100	100	100	101	73
放射線治療	4	100	75	75	92	61
化学療法	2	50	50	0	38	7

表16 外陰扁平上皮癌II期における主たる治療法別生存率の比較

治療法	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
部分切除術	8	62.5	50.0	25.0	96	31
単純切除術	22	90.2	63.6	63.6	91	38
広汎切除術	55	79.3	67.3	67.3	108	65
放射線治療	14	61.3	30.8	30.8	83	19

表17 外陰扁平上皮癌III期における治療法別生存率の比較

組織型	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
部分切除術	3	100	100	100	88	20
単純切除術	7	85.7	68.6	68.6	90	43
広汎切除術	26	84.1	66.8	60.7	97	46
放射線治療	38	57.5	39.1	35.5	87	14
化学療法	2	0	0	0	3	2

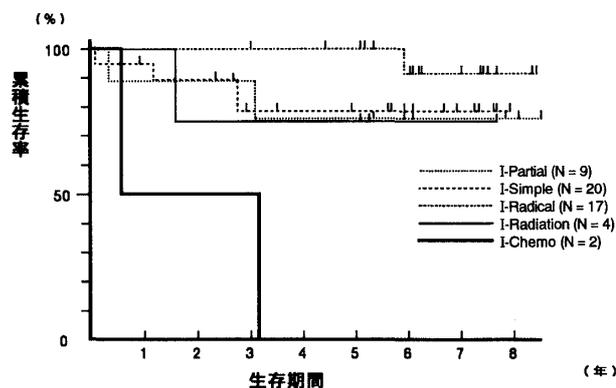


図6 外陰扁平上皮癌I期における治療法別生存曲線

であることを示唆している. また, 前に考察したように, 本邦における外陰癌全体の治療成績が国外の成績より悪い理由がここにあると思われる.

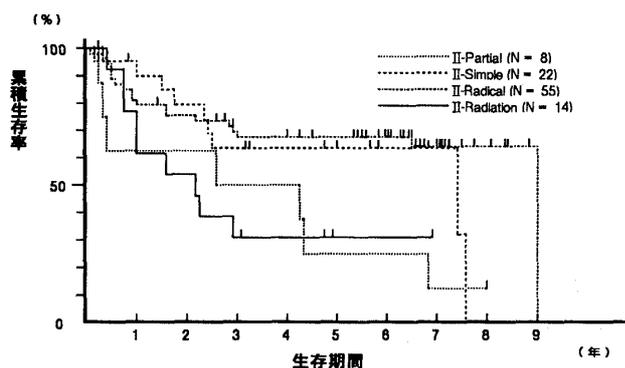


図7 外陰扁平上皮癌Ⅱ期における治療法別生存曲線

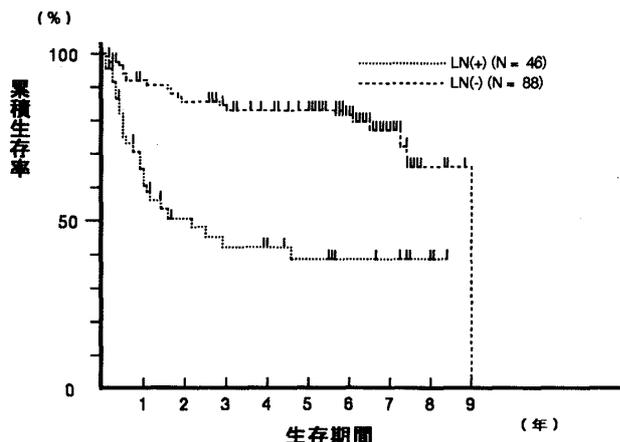


図9 鼠径リンパ節転移の有無による生存曲線の比較

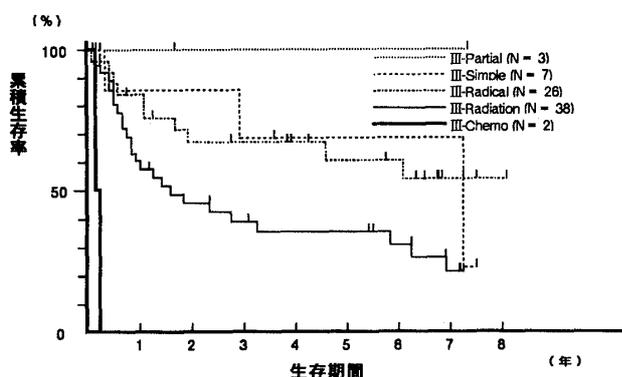


図8 外陰扁平上皮癌Ⅲ期における治療法別生存曲線

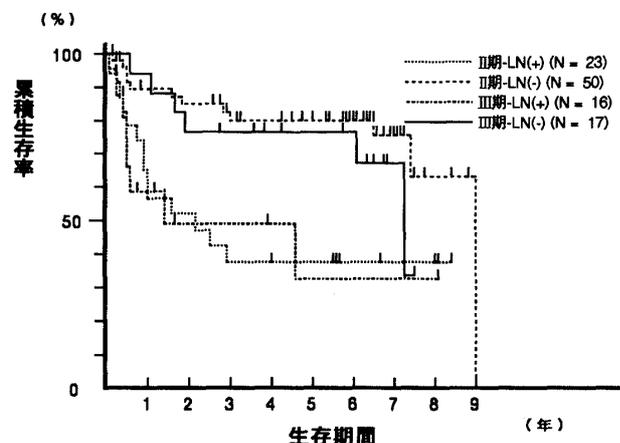


図10 Ⅱ期, Ⅲ期における鼠径リンパ節転移の有無による生存曲線の比較

表18 外陰扁平上皮癌における鼠径リンパ節転移の有無と生存率

鼠径リンパ節	症例数 (n)	生存率 (%)			最長生存 (月)	中間値 (月)
		1年	3年	5年		
転移陽性						
I期	5	80	60	60	90	14
II期	23	56.5	37.3	37.3	101	19
III期	16	58.7	49	32.6	97	7
IV期	2	100	0	0	13	3
I~IV期	46	60.7	42.2	38.7	101	14
転移陰性						
I期	21	95.2	95.2	95.2	101	73
II期	50	89.3	80	80	108	65
III期	17	94.1	76.5	76.5	90	51
I~III期	88	91.8	83.1	83.1	108	73

e) 鼠径リンパ節転移と生存率

外陰扁平上皮癌において、鼠径リンパ節の組織学的検索がなされた134例について、進行期別および鼠径リンパ節転移の有無による1年、3年、および5年生存率を表18および図9、10に示す。

鼠径リンパ節転移陰性群の5年生存率83.1%に対

し、陽性群のそれは38.7%であり、統計学的有意差をもって後者の予後が悪いことが示された ($p < 0.01$)。進行期別にも、すべての進行期において、転移陽性群の予後が悪い傾向がみられ、特にII期においては統計学的有意差がみられた ($p < 0.01$)。

外陰癌の予後を左右する因子については、どの報告をみても、腫瘍サイズおよびリンパ節転移の有無に集約される^{9)~15)}。FIGO 進行期分類では、腫瘍サイズの境界を直径2cmに設定しているが、これを3cmに設定した方がより予後を反映するという報告もある¹⁰⁾。また、GOGは腫瘍サイズの境界値を直径2cmと8cmに設定し、これに鼠径リンパ節転移の情報を組み合わせて独自のグループ分けを行い、予後との相関が高いことを報告している¹³⁾。そのうえで、FIGO分類のIII期に関して改良の必要があることを強調している。

結 語

今回の調査結果により、本邦における外陰癌治療の現状がかなりの程度まで把握できた。子宮頸癌治療に関しては世界をリードする治療成績をあげているにもかかわらず、同じ扁平上皮癌である外陰癌の治療成績が欧米に遅れをとっているという事実は真剣に受け止めなければならない。ほとんどの治療機関にとって、子宮頸癌が馴染みの深い疾患であるのに対し、外陰癌は今回の登録の状況をみてもわかるように、ごく稀にしか遭遇しない疾患である。そのため、この疾患に対する知識および技術面での経験不足、さらには対象の高齢という要素が、治療に対する積極性を失わせている可能性がある。リンパ節廓清の頻度が低いこと、放射線単独治療症例が多いことなどはその現れであろう。放射線治療への信頼が強いのは、同じ組織型が主流を占める子宮頸癌の延長上で治療を考えてしまうからかもしれない。

外陰癌の末路は悲惨である。骨盤除臓術までやるかどうかの議論はさておき、長い目でみたQOLの観点に立てば、対象が高齢であっても、できるものにはリンパ節廓清を含めた手術療法をめざすべきであろう。

謝 辞

今回の調査に快く回答を頂きました子宮癌登録加盟139機関に深甚なる謝意を表します。

文 献

1. Green TH. Carcinoma of the vulva; a re-assessment. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 462—469
2. Green TH, Ulfelder H, Meigs JV. Epidermoid carcinoma of the vulva: Analysis of 238 cases. I. Etiology and diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 75: 834—864
3. Basset A. Traitement chirurgicale operatoire de l'epithelioma primitif du clitoris: Indications-technique-resultats. *Rev Chir* 1912; 46: 546—563
4. Taussig FJ. Cancer of the vulva: An analysis of 155 cases (1911—1940). *Am J Obstet Gynecol* 1940; 40: 764—772
5. Way S. The anatomy of the lymphatic drainage of the vulva and its influence on the radical operation for carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl* 1948; 3: 187—192
6. Morris JM. A formula for selective lymphadenectomy: its application to cancer of the vulva. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 152—158
7. Cavanagh D, Shepherd JH. The place of pelvic exenteration in the primary management of advanced carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1982; 13: 318—322
8. 須川 信, 橋本正淑, 鈴木雅洲, 栗原操寿, 高見沢裕吉, 竹内正七, 千原 勤, 東條伸平, 関場 香, 滝 一郎, 加藤 俊, 前山昌男, 澤崎千秋, 野嶽幸雄. 本邦における外陰癌の発症ならびに治療の現況. *日産婦誌* 1980; 32: 177—186
9. Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Leuchter RS, Moore JG. Management of regional lymph nodes and their prognostic influence in vulvar cancer. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 408—412
10. Podratz KC, Symmonds RE, Taylor WF, Williams TJ. Carcinoma of the vulva: Analysis of treatment and survival. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 63—74
11. Figge DC, Tamimi HK, Greer BE. Lymphatic spread in carcinoma of the vulva: Lymphatic spread in carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 387—394
12. Cavanagh D, Fiorica JV, Hoffman MS, Roberts WS, Bryson P, Lapolla JP, Barton DPJ. Invasive carcinoma of the vulva. Changing trends in surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1007—1015
13. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Yordan E, Berek JS, Jahshan A, Mortel R. Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (A Gynecologic Oncology Group Study). *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 997—1004
14. Farias-Eisner R, Cirisano FD, Grouse D, Leuchter RS, Karlan BY, Lagasse LD, Berek JS. Conservative and individualized surgery for early squamous carcinoma of the vulva: The treatment of choice for stage I and II disease. *Gynecol Oncol* 1994; 53: 55—58
15. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Yordan E, Berek JS, Jahshan A, Mortel R. Prognostic factors for groin node metastasis in squamous cell carcinoma of the vulva (A Gynecologic Oncology Group Study). *Gynecol Oncol* 1993; 49: 279—283
16. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Adcock L. Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 733—740