

会 長 講 演

胎盤—絨毛内分泌と絨毛性腫瘍

第19回日本産科婦人科学会会長

名古屋大学教授 石 塚 直 隆

I. はじめに

代々の会長講演は御人柄のしみ出た立派なものでございました。私にその責務が負わされた瞬間から大変な精神的負担となりました。大学の教職を果す以外に取得のない私としては、誠に恥ずかしい自分の研究以外に語るものはありません。何卒この点を御了承願いたいと思う次第です。

戦時中の蒼惶の間を除けば、戦後の20年間は私の研究の期間でありました。

恩師、先輩、共同研究者に恵まれ研究発表の機会にも恵まれたことを心から感謝しております。

「10年ひと昔」といいますが約10年前に2つの研究発表の好機が与えられました。

昭和31年6月札幌市に於ける日本癌学会の癌化学療法 symposium に於て「絨毛上皮腫の化学療法」を、また翌年昭和32年6月に同じく札幌市に於ける日本産科婦人科学会に宿題報告として「黄体ホルモン代謝に関する研究」を担当させていただいたのであります。

この2つの研究は全く縁のないものではなく、いずれもそれより数年前の昭和25年までにまとめた「トロホブラストホルモンの研究」(日産婦誌, 4巻3号)から出発したものであります。

妊婦、胎状奇胎及び絨毛上皮腫患者尿から gonadotropin を抽出し、これを子宮癌患者の術前に注射し術後の卵巣変化を検索したものであります。

卵胞期に注射すると卵胞莢膜細胞の充血、「ルテイン」化及び大量注射によつて卵胞内出血を来すこと、黄体期に注射すると黄体期の延長及び尿中 pregnanediol の排出延長を認めることを報告しました。

即ち1つは gonadotropin に密に関連する黄体ホルモンの生体内代謝の研究となり、他は gonadotropin を多量に産生する絨毛性腫瘍の研究に必然的にむすびついたのであります。

II. 10年前の研究レベル

ここで10年前の研究レベルについて触れたいと思いま

す。

(1) まず胎盤絨毛内分泌について述べます。胎盤が gonadotropin 産生のものであることを実験的に示唆したのは、1920年胎盤エキスを家兎に注射して人工黄体を発生せしめた広瀬豊一氏の報告でありました。

その後30年間に絨毛性 gonadotropin の独立性が認識され、これが下垂体性 gonadotropin LH の代りに臨床に利用される様になりました。

steroidhormone 産生については1929~1930年 Marrian, Butenandt が妊婦尿中から pregnanediol を抽出したことに端を発したといえると思います。

私は10年前の宿題報告に於て

1. 成熟婦人の性周期及び妊婦に於ける黄体ホルモンの分泌排泄の問題
2. 黄体ホルモンの生体内動態
3. progesterone 及び desoxycorticosterone の還元代謝
4. 黄体ホルモン及び関係物質の中樞作用の4課題に取り組みました。

当時は steroid の化学的微量検出には非常な困難さがありました。microbiological な定量法として1949年に Hooker 及び Forbes により創始された方法が応用され始めました。

1954年 Lieberman, Solomon等によつて cholesterol から progesterone に転換することが人胎盤濾液実験によつて実証されましたが妊娠黄体の剔除後にも妊娠は継続し pregnanediol も減少しないこと、或いは子宮動静脈血中、及び臍帯動静脈血中 progesterone の濃度差によつて placenta から progesterone が産生されることが推定されました。

当時 steroid-isotope の入手は困難でありました。

estrogen の産生についてもその後の incubation 実験による酵素学的研究がなされるまでは間接的な推定にとどまっていたのであります。

ホルモン産生細胞としては組織化学的方法によつて

gonadotropin は cytotrophoblast が, steroid は syncytiotrophoblast が推定されておりました。

胎児の内分泌臓器の activity は全く不明のまま性腺, 副腎と同様な steroid de novo synthesisが胎盤に於ても期待されていたのであります。

胎盤は独立して progesterone を key-steroid として androgen, estrogen を産生し得るとの期待を深めていたのであります。

本邦に於ても藤井, 赤須, 沢崎, 松葉等諸氏の黄体ホルモンに関する研究が, 常に指導的な役割を果たしてまいりました。

その後の10年間に, 胎盤絨毛内分泌は全く変貌したといえる程の進展を遂げました。

(2) 次に絨毛性腫瘍について述べます。

当時の我々の知識は Marchand に始まり Meyer, Ewing, Novak, Hertig 等諸学者の立派な研究から得られたものであります。

我が国に於ては癌の化学療法(昭和27年頃)が台頭し始めてから, この腫瘍の研究が盛んになったといえると思います。

抗癌剤が本腫瘍の転移例に使用され始めた当初は, その評価は「ある例ではよく効いたといい他の例では全く効かなかつた」と, 両極端の症例の報告がなされておりました。

昭和31年6月日本癌学会シンポジウムに於て発表した Slide 1. をお目に掛けます(産婦の実際 6巻, 129, 1957)。

手術後に尚転移を認めた19症例に Nitromin 治療を行ないその予後を示したものであります。

この時始めて Novak の分類(1950, 1954)に従つて原発巣の組織分類を試みその予後との関係を検討したも

のであります。

その結論を要約します。

1) chorioadenoma destruens は良性腫瘍といわれるが臨床的には悪性転移と区別困難な肺転移を来すことは珍しくない。肺転移像の有無によつてchoriocarcinoma と chorioadenoma destruens との区分を為すべきではない。

2) 原発巣の組織を Novak 分類によつてその化学療法の前後の関係を整理すると

イ) chorioadenoma destruens はたとえ転移を認めても予後は良好である。

ロ) これに比し choriocarcinoma は抗癌剤に強い低抗を示す。しかし全く緩解が望めないわけではない。

従つて原発巣の組織学的検索によつて, 転移絨毛性腫瘍の化学療法の前後を或る程度知ることが出来ることを結論しました。

choriocarcinoma か? chorioadenoma destruens か? の区別は, あくまでも原発巣の組織によつてなされるべきを主張したのでありますが, 広汎転移の末期絨毛性腫瘍患者について, その区分が臨床的に不可能であるという意味ではありません。

以上10年前の私達の研究レベルを概括的に述べました。

III. 最近10年間の研究

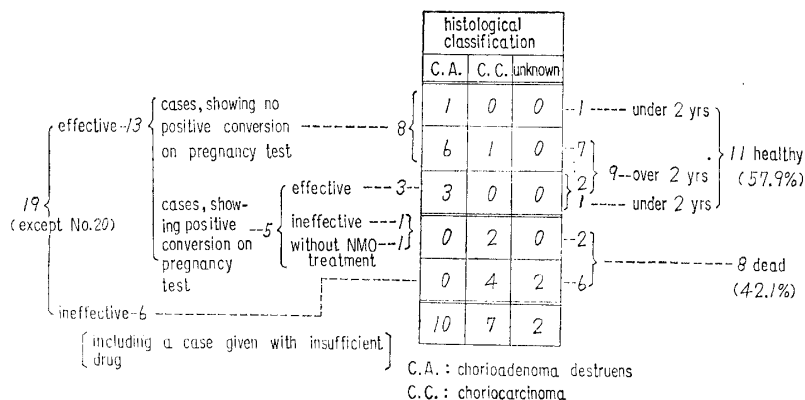
次に最近10年間の研究がどの様に展開されたかを申し上げます。

(1) 絨毛内分泌について

その後のsteroidの微量確認の手段の進歩, 殊にisotope 導入による進歩は眼を見張るものがあります。

estrogen については Ryan 教授(1959)等による testosterone, Δ^4 -androstendioneの培養実験から estrogen

Slide. 1



昭和42年 8 月 1 日

石 塚

841—15

への転換が確認されたのであります。殊に estriol 生成については胎児との相関においてのみ成立することを灌流実験で精力的に追求した Stockholm の Dr. Diczfalusy 等の業績をたたえる必要があります。

progesterone 代謝については、Zander 教授の業績を挙げる必要があると思います。

彼は1957年 20-hydroxyprogesterone 異性体を抽出同定し、これが progesterone と可逆的に転換し得る steroid であること、その後胎児の肝、副腎にて代謝され胎盤、胎児を循環するを見出しております。

即ち estrogen も progesterone も、胎児の関与を無視してはその代謝の dynamics は成立しないということから feto-placental unit の概念が生み出されたのであります。

Prof. Ryan も胎盤内分泌は胎児胎盤内分泌系という言葉に置換えられたといっております。この問題については本日 Prof. Zander から直接語られることと思います。また4月2日日本医学会総会 symposium (70)「性腺及び胎盤内分泌」に於て最近の研究成果が討議されますので御期待を願いたいと思います。

私も宿題報告以来 progesterone に関する研究をその後、続々登場した合成 gestagens に追われながら in vitro incubation 実験のみにとらわれることなく organ level の灌流実験を併用しつつ続けております。しかし外国に於てあまりにも目覚ましい成果が得られつつありますので唯々追付くのに精一杯の状態ですが、何とかこの域から脱却したいと念願しております。

(2) 絨毛性腫瘍

最近この領域で特に挙げなければならない進歩が2つあります。

その第1は Roy Hertz 一派によつて提出された化学療法の結果であります。その第2は免疫学的妊娠反応の創始されたことでもあります。Hertz らは1957年以来葉酸代謝拮抗剤, methotrexate 及び抗生物質 actinomycin-D

Slide 2 Numbers of Cases of Trophoblastic Neoplasia

Classification	Numbers of cases
Chorionepithelioma	55
Destructive mole	87
Undetermined	28
Total	170

による combination therapy を開発しました。この方法でかなり進行した転移絨毛上皮腫患者でも緩解の希望を持ち得るとの成績が報告されました。我が国に於てもこれの追試が現在行なわれております。

教室でもこの combination therapy に正しい評価を与える為に検討を続けておりますのでお目に掛けたいと存じます。

この成績の概要は昨年10月国際癌会議に於ける symposium にて R. Hertz 教授等と同席にて発表したものであります。

Slide 2. は絨毛性腫瘍の経験全症例を示したものであります。

最近15年間に 170例を経験しました。

その内分けは表の通りであります。

Slide 3. は転移の状況を示したものであります。全症例の60%に転移を認めます。大絨毛上皮腫では89.1%に破壊奇胎では遠隔転移を28.7%証明しております。

Slide 4. は全症例の内、化学療法に委ねられた症例を表示したものであります。

170例中 108例に化学療法が施行されました。

Slide 5. は使用した抗癌剤の内分けを示しています。

Nitromin は36例に、Methotrexate は経口投与33例、注射36例、計69例であります。尚13例に Actinomycin-D が併用されました。

Slide 6. は化学療法の予後を数字で示しています。

全体的には絨毛上皮腫20.5%、破壊奇胎91.8%、計63

Slide 3 Metastasis (Total Cases)

Metastasis Classification		Negative	Positive			
			Distant	Adjacent	Unknown	Total
Chorionepithelioma	55	6 (10.9%)	45 (81.8%)	3 (5.5%)	1 (1.8%)	49 (89.1%)
Destructive mole	87	46 (52.9%)	25 (28.7%)	13 (15.0%)	3 (3.4%)	41 (47.1%)
Undetermined	28	16 (57.1%)	10 (35.7%)	1 (3.6%)	1 (3.6%)	12 (42.9%)
Total	170	68 (40.0%)	80 (47.0%)	17 (10.0%)	5 (2.9%)	102 (60.0%)

%が生存しております。

Slide 7. に抗癌剤の内最近特に問題となっている methotrexate について示しました。

絨毛上皮腫 33.3%, 破壊奇胎 94.4%, 計72.5%が生存しております。

Slide 8. は化学療法の初期に主として使用された Nitromin による成績を示したものであります。

Slide 4 Numbers of Cases treated with Chemotherapeutics

Classification	Numbers of cases
Chorionepithelioma	44
Destructive mole	36
Undetermined	28
Total	108

Slide 5 Varieties of Chemotherapeutic Agents Administered

Chemotherapeutic agents	Numbers of cases	Route*	Daily dosage (mg)	Total dose (mg)
Nitrogen mustard N-oxide (Nitromin)	36	i.v.	25 ~ 50	75~2875
Amethopterin (Methotrexate)	33	oral	5 ~ 25	25~1155
"	36	i.m.	15 ~ 20	60~ 940
Mitomycin C	8	i.v.	2 ~ 4	26 ~ 60
Cyclophosphamide (Endoxan)	5	i.v.	50 ~ 100	2200~5900
8-Azaguanin (Azan)	3	i.m.	40	400
Chromomycin A ₃ (Toyomycin)	2	i.v.	0.5	5~ 7.5
Thiotepa (Tespamin)	1	i.m.	5	150
Sarcomycin	1	i.v.	1000	5000
Nitrogen mustard	1	i.v.	5	10
Actinomycin D	13	i.v.	0.35~ 0.5	2.15~17.5
Vincalucoblastin (Velbe)	4	i.v.	10	30~ 205

* i.v. : intravenous i.m. : intramuscular

Slide 6 Prognosis of Cases by Chemotherapy

Prognosis Classification	Survived for					Died
	Incomplete remission	less than 1 year	1 ~ 2 years	more than 2 years	Total	
Chorionepithelioma 44	0	5	2	2	9 (20.5%)	35 (79.5%)
Destructive mole 36	1 (2.6%)	4	6	23	33 (91.8%)	2 (5.6%)
Undetermined 28	1 (3.6%)	10	13	3	26 (92.9%)	1 (3.6%)
Total 108	2 (1.8%)	19	21	28	68 (63.0%)	38 (35.2%)

Slide 7 Prognosis of Cases Treated with Mtx. (Including 4 cases of chorionepithelioma died before administration of the sufficient amount of chemotherapeutics.)

Prognosis Classification	Survived for					Died
	Incomplete remission	less than 1 year	1 ~ 2 years	more than 2 years	Total	
Chorionepithelioma 24	0	5*	2**	1***	8 (33.3%)	16 (66.7%)
Destructive mole 18	1 (5.6%)	4	6	7	17 (94.4%)	0
Undetermined 27	1 (3.7%)	10	13	2	25 (92.6%)	1 (3.7%)
Total 69	2 (2.9%)	19	21	10	50 (72.5%)	17 (24.5%)

* 4 of 5 cases treated with DACT. combined.

** 1 of 2 cases treated with DACT. combined.

*** treated with VLB. combined.

Slide 8 Prognosis of Cases treated with NMO.
(36 cases)

Prognosis Classification	Survived (more than 2 years)	Died
Chorionepithelioma 18	1 (5.6%)	17 (94.4%)
Destructive mole 17	15 (88.2%)	2 (11.8%)
Undetermined 1	1 (100%)	0
Total 36	17 (47.2%)	19 (52.8%)

絨毛上皮腫 5.6%, 破壊奇胎88.2%でありました。

以上の成績から methotrexate に於てはそれ以前の成績と比較して chorionepithelioma に於て complete remission の症例が比較にならぬ程増加していることでもあります。

complete remission が complete cure につながることを期待したいのですが、そのためには更に今後の追求が必要であろうと考えます。

欧米に於ては chemotherapy の効果の向上によつて手術第一主義が排せられ primary chemotherapy の傾向が台頭しつつあります。われわれもこれを検討しておりますが、手術か？化学療法か？いずれが勝っているかの結論を急いではならないと思います。

HCG titration が絨毛性腫瘍の消長を示す重要な indicator であります。

われわれは教室で作成したHCG抗体を用いて臨床の用に供しております。その信頼性、簡便さに於て従来の生物学的反応に比し画期的な進歩であり、この方法によつてHCGの逐日的消長をとらえることが始めて可能になったといえましょう。尚、HCG抗体を用いて螢光抗体染色法による検討では、syncytiotrophoblast にのみHCGの存在が示されたことを附記致します。

附 I.

以上2つの大きな進歩を足場にして我々が始めたのが「絨毛性腫瘍の登録管理方式」であります。その目的は第1. 正確な発生頻度の把握であります。母集団を統

計的に意義のあるものにして始めてその incidence も信頼し得るものとなると信じます。

第2. 早期発見の方式の立案であります。早期治療により予後の向上を計らんとするものであります。

第3. 臨床経過の詳細な観察をすることであります。

第4. この様にしてその他いくつかの疑問を解く鍵が発見されるであろうと期待している。

この方式を実行し始めてから、患者の関心が頗る高まったことも大きな効果の1つに数えられましょう。

昭和37年(1962年)8月から本年1月まで、満4年6ヵ月に亘つて実施しております。

愛知県の人口は約500万人、産婦人科施設数は430であります。県産婦人科医会の全面的な御協力によつて胎状奇胎の登録を行なっております。

Slide 9. には登録された胎状奇胎の症例数を示しました。

即ち total 1148 cases, 毎年約 250 cases が登録されております。

Slide 10. は胎状奇胎の発生頻度を示しております。

Slide 9 Numbers of Registered Cases of Hydatidiform Mole for these 4 1/2 Years in Aichi Prefecture.

1) 1962. 8. 1. 1963. 7. 31.	: 234
2) 1963. 8. 1. 1964. 7. 31.	: 243
3) 1964. 8. 1. 1965. 7. 31.	: 284
4) 1965. 8. 1. 1966. 7. 31.	: 247
5) 1966. 8. 1. 1967. 1. 31.	: 140
Total	1148

Slide 10 Incidence of Hydatidiform Mole.

1) 1001 per 342,933 births.	
1 per 342.5 births.	(0.292%)
2) 1001 per 551,366 pregnancies.	
1 per 550.8 pregnancies.	(0.181%)

Slide 11 Secondary Growth

Period	8/1 '62 ~ 7/31 '63	8/1 '63 ~ 7/31 '64	8/1 '64 ~ 7/31 '65	8/1 '65 ~ 7/31 '66	8/1 '66 ~ 1/31 '67	Total
No. of mole	234	243	284	247	140	1148
Classification						
Chorionepithelioma	5 (2.13%)	5 (2.06%)	2 (0.71%)	2 (0.81%)	1 (0.71%)	15 (1.31%)
Destructive mole	11 (4.70%)	16 (6.58%)	11 (3.84%)	15 (6.07%)	5 (3.57%)	58 (5.05%)
Uncertain	1 (0.43%)	2 (0.82%)	15 (5.28%)	9 (3.64%)	5 (3.57%)	32 (2.79%)
Total	17 (7.26%)	23 (9.47%)	28 (9.86%)	26 (10.53%)	11 (7.86%)	105 (9.15%)

これは昨年7月までの数を示したものでありますが、胎状奇胎は342.5分娩に1回の頻度であるといえます。妊娠については550妊娠に1回の割合となります。

Slide 11. は胎状奇胎からの2次発生腫瘍の頻度を示します。

絨毛上皮腫1.31%，破壊奇胎5.05%，いずれに属するか組織学的に明らかになし得なかつたもの2.79%，合計9.15%であります。

Slide 12. に2次発生腫瘍と認めなかつた症例のHCGの消長を示します。

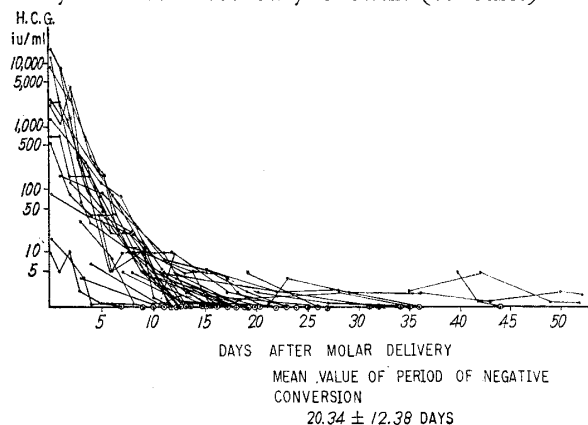
35日目の時点で90%はnegativeとなります。この場合 recurretage により子宮腔に遺残のないのを確かめることが必要であります。

Slide 13. は2次発生腫瘍を確認した症例のHCGの消長を示します。

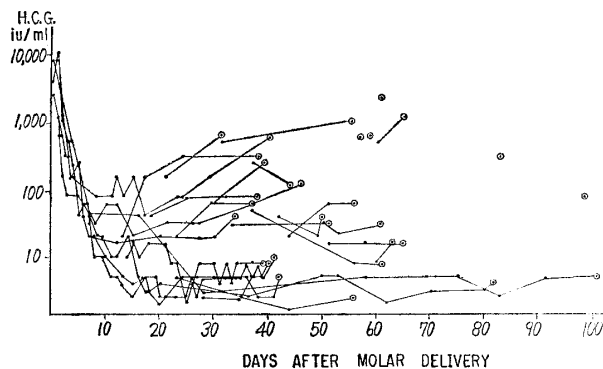
当然のことながら HCG titre は positive を続けております。

Slide 14. は Slide 12. を別の立場からプロットした

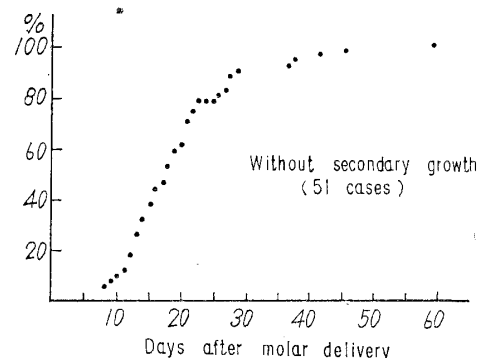
Slide 12 Urinary H.C.G. After Molar Delivery. Without Secondary Growth. (38 Cases)



Slide 13 Urinary H.C.G. After Molar Delivery. With Secondary Growth



Slide 14 Negative Conversion Rate of Pregnancy Test



ものであります。

この curve は陰性化の%を plot したのですが、35日で negative を来たす時点が90%で、この時点が早期に check する時期として 適当だということを示しております。

Slide 15. は計算により35日目陽性を呈するものの2次腫瘍である確率を示します。

Slide 15 Logical Probability to Induce the Risk of Secondary Growth in the Patients Showing Continuous Positive Pregnancy Test Over 5 Weeks Following Molar Delivery.

$$X\% = \frac{Z}{(Y-Z) \times \frac{1}{10} + Z} \times 100$$

$$50.1\% = \frac{105}{(1148 - 105) \times \frac{1}{10} + 105} \times 100$$

X : Probability %

Y : Total numbers of mole

Z : Numbers of secondary growth

1/10 : Rate of patients showing continuous positive pregnancy test over 5 weeks following molar delivery to the patients without secondary growth.

35日目に pregnancy test が positive である患者について secondary growth 2次腫瘍の確率は50%であります。即ち2人に1人の割合であります。

Slide 16.

教室で管理した症例だけに限つてその予後を示しますとこの Slide の如くであります。

この様に管理方式による chorionepithelioma の成績は50%に上昇しております。しかし管理の不十分なる為 advanced case (進行例) として発見されるものも尚この症例中には含まれているわけでありまして、対策の改善が是非必要かと思つています。この方式による2次発生

Slide 16 Prognosis of Secondary Growth

Classification	Treatment	Prognosis	
		Survival	Fatal
Chorionepithelioma 15	Operation alone 3	3 (100%)	0
	Chemotherapy combined with operation 8	4 (50%)	4 (50%)
	Chemotherapy alone 4	0	4 (100%)
Destructive mole 58	Operation alone 45	45 (100%)	0
	Chemotherapy combined with operation 13	13 (100%)	0
Undetermined 32	Chemotherapy combined with operation 1	1 (100%)	0
	Chemotherapy alone 31	29 (93.6%)	2 (6.4%)
Subtotal	Operation alone 48	48 (100%)	0
	Chemotherapy combined with operation 22	18 (81.8%)	4 (18.2%)
	Chemotherapy alone 35	29 (82.9%)	6 (17.1%)
Total 105	105	95 (90.5%)	10 (9.5%)

Slide 17 胞状奇胎管理方式

胞状奇胎排除

→10～14日以内再掻把

妊娠反応 (immuno-assay)
毎週
(+)→35日妊娠反応(+), 胸部撮影(十或いは一)
1～2週間観察期間, 妊娠反応再検(十)
(出来れば定量)

入院

(絨腫瘍注意患者)

入院後の検査 (絨腫瘍の確認)

- ① Pelvicangiography
hysterosalpingography
hysteroscopy
- ② 試験掻把
- ③ 妊娠反応 (定量) (毎日測定にて消長を知る)
- ④ 胸部X線像

腫瘍の早期発見によつて死亡率を $\frac{1}{2}$ 以下に減少せしめ得るとの確信を以つてこの trial を進めつつあります。

Slide 17.

ここで従来の data を参考として教室で管理している方式を表化してお目に掛けます。

この方式は絨腫瘍注意患者の選別が目的であります。

胞状奇胎排出後10～14日以内に再掻爬して子宮腔内に遺残なきを確かめます。BBT測定開始, その間1W, 1回のimmunoassayを行ないます。5 weeks (35日目) immunoassay (+) の時には (50%の確率で2次腫瘍の発生を推定し得る) 更に1～2週の観察で確かめる。尚 (+) ならば絨腫瘍注意患者として入院せしめます。

入院後の検査事項はこの Slide に示す通りであります。

教室で入院加療した2次腫瘍は昭和41年度1カ年間で28名で内絨腫は6例でありました。

現在当科には18名の2次腫瘍患者を収容加療中であります。

附Ⅱ. arterioangiography について

ここでこの arterioangiography の検索がいかに役立ち得るかについて申し上げたいのですが時間の関係で省略します。

附Ⅲ. 原発巣の組織分類を明らかにし得ない絨毛性腫瘍の化学療法の評価について

化学療法の評価を妥当なものとする為には原発巣の組織分類を明らかにする必要があることは前にも述べまし

Slide 18 Trophoblastic Neoplasia

- A. Gestational
- B. Non-gestational
 - I. Clinical Diagnosis
 - 1. Non-metastatic
 - 2. Metastatic
 - a. Local
 - b. Distant
 - 3. Other required information
 - a. Evidence
 - i. Morphologic
 - ii. Non-morphologic
 - b. Antecedent Pregnancy. Specify duration.
 - i. Normal
 - ii. Abortal
 - iii. Molar
 - c. Previous Treatment
 - i. Untreated
 - ii. Treated. Specify
 - II. Morphologic Diagnosis
 - 1. Hydatidiform mole
 - a. Non-invasive
 - b. Invasive
 - 2. Choriocarcinoma
 - 3. Uncertain
 - 4. Other required information
 - a. Diagnostic Basis, Specify.
 - i. C: Curettage
 - ii. U: Excised Uterus
 - iii. N: Necropsy
 - iv. O: Other
 - b. Date of diagnosis (Relate to date of treatments)
 - c. Subsequent change in morphologic diagnosis Specify Diagnostic Basis as in II. 4a.

* Syncytial endometritis not considered neoplasia.

たが primary chemotherapy の台頭と共に手術の行なわれない症例も増加の傾向にあります。

この症例を化学療法立場からどの様に取り扱うかが当然問題になる所です。

1 昨年 (1965) 1 月 Phillipine の Baguio 市に U.I. C.C. 主催の国際絨毛上皮腫委員会が開催されその際に Slide 18 で示す様な分類区分が小委員会で作成されました。

組織分類の明らかなものは morphologic diagnosis が下され、しかも diagnostic basis 即ち診断の根拠となる組織がどこから採取されたかを記載することになっております。

Slide 19 Clinical Matters Evaluated.

- 1) Antecedent Pregnancy;
 - a) Hydatidiform mole, 24/104 (23.1%)
 - b) Abortion, 17/22 (77.4%)
 - c) Full-term delivery, 9/9 (100%)
- 2) Latent Period;
 - a) Under 6 montns, 17/94 (18.1%)
 - b) 6 to 12 months, 7/10 (70%)
 - c) 1 to 3 years, 15/17 (88.3%)
 - d) Over 3 years, 11/11 (100%)
- 3) Primary Lesion;
 - a) Vagina or parametrium, 1/6 (16.7%)
 - b) Ovary or fallopian tube, 2/3 (66.7%)
 - c) Cervix, 8/9 (89.0%)
 - d) Extra-pelvis, 6/6 (100%)
- 4) Urinary HCG-Titer by Immunoassay;
 - a) Under 10^3 iu/ml, 9/32 (28.1%)
 - b) 10^3 to 10^4 iu/ml, 6/10 (60%)
 - c) Over 10^4 iu/ml, 4/5 (80%)
- 5) Metastatic Site;
 - a) Intra-pelvic, 4/14 (28.6%)
 - b) Lung, 23/47 (48.9%)
 - c) Extra-pelvic except lung, 17/18 (94.5%)
- 6) Diameter of Metastatic Tumor in Lung;
 - a) Under 20 mm, 5/18 (27.8%)
 - b) 20 to 30 mm, 10/13 (77.0%)
 - c) Over 30 mm, 6/6 (100%)

その他に clinical diagnosis の項目を取入れてあります。手術以外の方法で知り得る data を参考とするわけであり、この場合には metastatic か non-metastatic かが区分されることとなります。即ち単に転移絨毛性腫瘍に於て何%の cure-rate 治癒率が得られたかを知るに過ぎません。

この問題について参考資料とするために、われわれは教室症例で組織区分の明らかとなつた症例について病歴及び諸検査事項が腫瘍分類、例えば destructive mole と chorionepithelioma の区分にどの程度の意義を持つかを調査したのであります。

Slide 19 で御説明致しましょう。

1) 最終妊娠の種類が関連を有することは良く知られておりますが、果してどの程度に意義を持つかを調べたのであります。

絨毛性腫瘍の内では chorionepithelioma であつたものは 104 例の胎状奇胎前歴の中で 24 例であり 23.1% に当ります。即ち胎状奇胎の前歴をもつた 2 次腫瘍の中で chorionepithelioma である確率は 23.1% であると解釈するわけであり、前歴が abortion であつた場合には 77.4

昭和42年8月1日

石 塚

847—21

%の確率、満期産であつた場合には100%に chorionepithelioma であると解せられることになります。

2) 潜伏期間についていうならば

6カ月以内の期間で chorionepithelioma である 確率は18.1%しかありません。

6～12カ月では70%, 1～3年では88.3%の確率があり、3年以上の場合には100%に chorionepithelioma ということになります。

3) 原発巣の部位

4) HCG titre

5) 転移部位

等同様であります。例えば 6)に於て肺転移陰影の直径が3 cm以上のものは100%に chorionepithelioma であることになります。

その他、転移の数、或いは angiography の所見等も大いに関係すると思われませんが、特別の検査を必要とするものはこの Slide からは除いてあります。

この data に基づいて一定の点数を与えて score を作り点数計算をして一定の点数のものは何%の治癒率が得られたかが計算されます。この様にして化学療法の評価を比較することが可能となります。

IV. おわりに

以上戦後の20年間の私の狭い研究領域について前半の約10年間、後半の約10年間に区切つてその経過を辿りました。

我が田に水を引く様な講演で、大変お聞き苦しかつたことと存じます。この点をお詫び致します。

私達の研究の歩みには道草も多かつたと思います。道草も時に自分の内容を豊かにしてくれるもので必ずしも悪くはないと思います。

しかし道からはずれる事はしたくないと自らにいい聞かせております。topics に目移りすることも自戒しております。

個人の研究が見事な花を咲かせた時、本当に羨やましく感ぜられることもあります。その美しさを正當に評価し敬意を表することを忘れてはならないと思つております。

一方個人の力ではどうにもならない研究もあるわけですから。私の申上げた「絨毛性腫瘍の登録管理」の問題では私の個人の力は誠に微々たるものであります。

協力体制が無ければその成果は挙がりません。今後、少くとも5年間はこの仕事を続けたいと念願しております。

この席をお借りして愛知県産婦人科医会の御協力に心から感謝の言葉を捧げます。

一年間の会長の職責を終る本日、会長講演の機会を与えられたことは身に余る光榮であり感激これに過ぐるものはありません。

今後も更に教職に精進する覚悟でございます。

御静聴を心から感謝致します。