

高齢者大腸癌切除例の臨床病理学的検討

岡山大学医学部第一外科学教室 (主任: 折田薫三教授)

黒田 宗明, 岩垣 博巳, 松原 長秀, 木村 臣一,
野中 泰幸, 根津 真司, 吉永 昌雄, 軸原 温,
日伝 晶夫, 折田 薫三

(平成4年10月12日受稿)

Key words: 高齢者, 大腸癌, 切除症例, 臨床病理学的検討

緒 言

近年, 高齢化社会の進行と大腸癌症例の増加に伴い, 高齢者大腸癌手術症例は増加傾向にある。医療技術の著しい進歩により, 高齢者に対しても積極的に外科治療がなされる傾向にある。今回我々は, 教室における75歳以上の高齢者大腸癌手術症例を中心に, 臨床病理学的成績と遠隔成績を検討したので報告する。

対象と方法

1978年より1990年までの13年間に, 岡山大学第一外科で経験した大腸癌切除症例は358例であった。これら大腸癌切除症例の中で, 75歳以上のいわゆる高齢者大腸癌は41例(11.5%)であり, 高齢者群とした。この高齢者群について臨

床病理学的特徴, 手術成績などを75歳未満の大腸癌切除例(以下, 非高齢者群)と比較検討した。成績の有意差の検定には χ^2 検定を用いた。

結 果

1. 大腸癌切除例の性比

大腸癌切除例358例中75歳以上の高齢者群は41例(11.5%), 75歳未満の非高齢者群は317例(88.5%)であった。

性別につき高齢者および非高齢者を比較した。高齢者および非高齢者における男女比はそれぞれ23:18(1.3:1)および201:116(1.7:1)であり, 両群とも男性が多かったが高齢者群は女性の割合が多い傾向にあった。

2. 発生部位

発生部位別に比較すると, 高齢者群は非高齢

表1 発生部位別頻度 (%)

	C	A	T	D	S	Rs	Ra	Rb	P
高齢者	1(2.4)	4(9.8)	0(0)	1(2.4)	15(36.6)	4(9.8)	6(14.6)	9(22.0)	1(2.4)
	└──────────────────┘				21(51.2)	└──────────────────┘			
非高齢者	8(2.5)	27(8.5)	16(5.0)	6(1.9)	95(30.0)	28(8.8)	49(15.5)	85(26.8)	3(0.9)
	└──────────────────┘				152(47.9)	└──────────────────┘			

表2 肉眼型 (%)

	0	1	2	3	4	5
高齢者	2(4.9)	3(7.3)	30(73.2)	5(12.2)	0(0)	1(2.4)
非高齢者	20(6.3)	30(9.5)	231(72.9)	33(10.4)	1(0.3)	3(0.9)

者とはほぼ同様の分布を示した(表1)。

3. 肉眼型

肉眼型別頻度は両群とも2型が最も多く認められたが、高齢者で5型が2.4%とやや多かった(表2)。

4. 最大腫瘍径

腫瘍最大径を5cm未満と5cm以上に分けて比較すると、高齢者群において5cm未満の症例は26例(63.4%)で、非高齢者群の142例(44.8%)に比し、有意に多かった($p < 0.05$)。逆に、5cm以上の症例は非高齢者群において有意に多かった($p < 0.05$)(表3)。

5. 病理組織学的分類

病理組織学的分類では、両群とも高分化腺癌が最も多く、ついで中分化腺癌であり、両群間に分布頻度の差を認めなかった(表4)。

6. 壁深達度

壁深達度がpmまでの症例は、高齢者群、非高齢者群でそれぞれ24.4%、20.2%とやや高齢者群に多い傾向を認めるも、顕著な差は認めなかった(表5)。

7. リンパ節転移

組織学的リンパ節転移陽性例は、高齢者群では41例中21例(51.2%)、非高齢者群は317例中156例(49.2%)で両群間に差を認めなかった(表6)。

8. 脈管侵襲

リンパ管侵襲陽性率は、高齢者群61.0%(25/41)、非高齢者群69.1%(219/317)であり、顕著な差は認められないが、静脈侵襲陽性率は高齢者群が24.4%(10/41)と、非高齢者群の63.4%(201/317)に比較し有意に低かった($p < 0.05$)(表7)。

9. 病期分類

Stage分類で両群を比較すると、高齢者群で

Stage IIがやや多いものの、両群間に顕著な差は認めなかった(表8)。

10. 非治癒切除

非治癒切除に終わった症例は、高齢者群では

表3 腫瘍最大径(%)

	< 5 cm	5 cm ≤
高齢者	26 (63.4)	15 (36.6)
非高齢者	142 (44.8)	175 (55.2)

表4 組織像

	高齢者	非高齢者
高分化腺癌	26 (63.4)	200 (63.1)
中分化腺癌	13 (31.7)	82 (25.9)
低分化腺癌	0 (0)	20 (6.3)
粘液癌	2 (4.9)	13 (4.1)
その他	0 (0)	2 (0.6)
計	41	317

表5 深達度(%)

	高齢者	非高齢者
m. sm. pm.	10 (24.4)	64 (20.2)
ss. a1	18 (43.9)	119 (37.5)
s. a2	11 (26.8)	103 (32.5)
si. ai	2 (4.9)	31 (9.8)
計	41	317

表6 リンパ節転移(%)

	n (-)	n (+)
高齢者	20 (48.8)	21 (51.2)
非高齢者	161 (50.8)	156 (49.2)

表7 脈管侵襲(%)

	Iy (-)	Iy (+)	V (-)	V (+)
高齢者	16 (39.0)	25 (61.0)	31 (75.6)*	10 (24.4)**
非高齢者	98 (30.9)	219 (69.1)	116 (36.6)*	201 (63.4)**

* $P < 0.01$

** $P < 0.05$

表8 病期分類 (%)

Stage	I	II	III	IV	V
高齢者	6 (14.6)	14 (34.1)	7 (17.1)	6 (14.6)	5 (19.5)
非高齢者	50 (15.8)	80 (25.2)	65 (20.5)	51 (16.1)	71 (22.4)

表9 非治癒切除率 (%)

	非治癒切除	非 治 癒		
		H(+)	P(+)	M(+)
高齢者	8 (19.5)	5 (12.2)	1 (2.4)	0 (0)
非高齢者	78 (24.6)	29 (16.1)	21 (6.6)	6 (1.9)

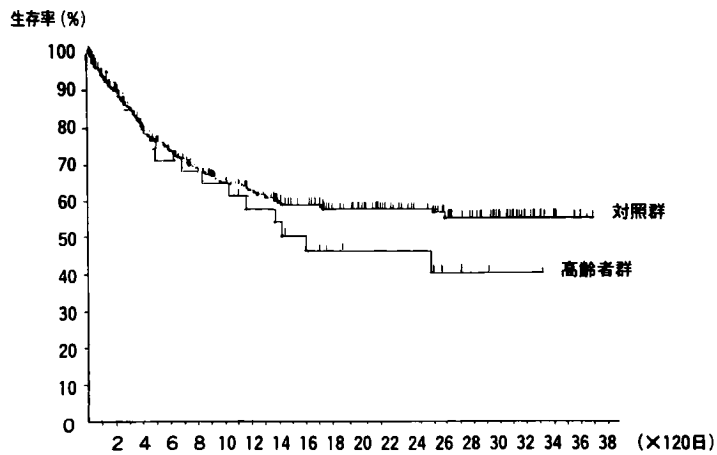


図1 生存率 (全症例)

41例中8例 (19.5%)、非高齢者群では317例中78例 (24.6%) と、両群に有意な差は認めなかった。非治癒因子をみると、両群とも肝転移によるものが多く認められた (表9)。

11. 遠隔成績

高齢者群、非高齢者群それぞれの5年生存率は55.1%、65.3%、10年生存率は50.2%、63.9%といずれも非高齢者群において生存率が良好な傾向がみられたが、有意な差は認められなかった (図1)。

考 察

近年、本邦では大腸癌の増加傾向が報告されている。したがって、平均寿命の延長に伴い、高齢者大腸癌手術症例を経験する機会が増加し

つつある。高齢者といってもその概念は時代によって異なり、70歳以上を高齢者とする報告も多かったが^{1)~5)}、麻酔学ならびに術後管理の技術の進歩に伴い耐術性が向上し、最近では75歳以上を高齢者とする報告が増えてきている。

今回我々は、当教室で経験した大腸癌切除症例のうち75歳以上を高齢者とし、それ以下を非高齢者群とし比較検討した。

高齢者の全大腸癌手術症例に占める割合は自験例で11.5%と、桜井ら⁶⁾の19.5%あるいは神田ら⁷⁾の17.3%より低率で、中越らの12.6%とほぼ同率であった。高齢者群における男女比は1.3:1と非高齢者群と同様に男性が多かったが、非高齢者群に比較すると女性の割合が多い傾向がみられた。

発生部位については諸家の報告をみると、高齢者では結腸、とりわけ右側結腸の頻度が多いとの報告があるが^{9),10)}、自験例では差を認めなかった。

肉眼的所見では両群とも2型が最も多く、頻度に差を認めなかった。諸家の報告でも同様であるが、年齢が増加するにつれ、限局型が増加し浸潤型が減るとの報告もある¹¹⁾。

最大腫瘍径は、高齢者群において有意に小さい傾向があったが、壁深達度の比較では、両群間に顕著な差を認めなかった。また、組織学的リンパ節転移陽性率も病期分類においても両群間に有意な差はみられなかった。これらの結果は諸家の報告と一致する¹¹⁾⁻¹³⁾。

脈管侵襲についてみると、リンパ管侵襲において差はなかったが、静脈侵襲は非高齢者群に比較して高齢者群では有意に低かった。また高齢者群における非治癒切除率は、非高齢者群に比較して有意差を認めず、むしろやや低い傾向

にあり、高齢者に対しても積極的に治癒切除を施行する傾向があった。

遠隔成績について検討してみると、全体の異積生存率では高齢者群の方がやや不良であるものの、有意差は認めなかった。高齢者には老衰、他病死が多く、これらを含めた異積生存率の検討では明確な予後を推測することはできないと考えられる。したがって、75歳以上の高齢者症例といえども、全身的な risk factor に十分留意して手術を施行すれば非高齢者群と同等な良好な成績が得られるものと考えられる。

結 論

教室における過去13年間の高齢者大腸癌の臨床病理学的検討を施行し報告した。また全身的な危険因子に留意し、積極的に治癒切除を施行すれば非高齢者と同等に良好な予後が得られると考えられる。

文 献

- 1) 森谷宣皓, 小山靖夫: 高齢者大腸癌—臨床病理学的特徴と外科治療上の問題点について—。老人科診療 (1983) 4, 275—281.
- 2) 高相 進, 竹村克二, 金子慶虎: 高齢者大腸癌の臨床病理学的検討。日臨外医会誌 (1986) 47, 188—194.
- 3) 加藤知行, 山田栄吉, 宮石成一, 中里博昭, 加藤王千, 紀藤 毅, 高木 弘, 安江満悟, 渡辺晃祥, 森本剛史, 加納忠行, 山田満昭: 高齢者の大腸癌。外科 (1977) 39, 429—435.
- 4) 大久保靖, 嘉和知靖之, 今城真人, 岩間毅夫, 八重樫寛治, 平山廉三, 三島好雄: 高齢者大腸癌の合併症と予後。日消外会誌 (1987) 20, 2435—2438.
- 5) 森田隆幸, 橋爪 正, 今 充: 高齢者大腸癌症例の検討。日消外会誌 (1987) 20, 2431—2434.
- 6) 桜井洋一, 青木明人, 岡芦繁夫他: 高齢者大腸癌切除例の臨床病理学的特徴とその遠隔成績—若・壮年者大腸癌症例との比較を中心に—。日臨外医誌 (1990) 51, 1418—1425.
- 7) 神田 裕, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘, 磯谷正敏, 石橋宏之, 加藤純爾, 松下昌裕, 小田高司, 原川伊寿: 高齢者大腸癌の臨床的特徴と risk factor。日消外会誌 (1986) 19, 2121—2124.
- 8) 高橋俊毅, 古波倉史子, 大谷鋼正他: 高齢者大腸癌手術症例の検討—術後精神障害を中心として—。消外 (1987) 7, 1601—1605.
- 9) 西村元延, 吉川 澄, 松村浩年, 貴島弘樹, 市川 肇, 赤城治彦, 寺元 隆, 馬場雄造, 今分 茂, 韓 憲男, 伊藤 篤: 当院における高齢者大腸癌の検討。大阪労災病院誌 (1985) 9, 43—48.
- 10) 金井道夫, 高橋 孝, 加藤岳人: 年齢別にみた直腸癌手術症例の検討—若年者直腸癌を中心に—。日消外会誌 (1985) 18, 799—808.
- 11) 大田昌資, 松本正道, 山村武平, 楠 徳郎, 石川羊男, 宇都宮讓二: 高齢者大腸癌の検討—特に若年者との比較検討—。日消外会誌 (1984) 17, 1202.
- 12) 佐藤 源, 三角俊毅, 白 尚志: 高齢者大腸癌の臨床的検討。日消外会誌 (1984) 17, 1203.
- 13) 坂本道男, 岡 壽士, 大野勝之: 高齢者大腸癌の検討。日消外会誌 (1984) 17, 1204.

**Colorectal carcinoma in aged patients over 75 years old :
Clinicopathological study**

**Muneaki KURODA, Hiromi IWAGAKI, Nagahide MATSUBARA
Toshikazu KIMURA, Yasuyuki NONAKA, Masashi NEZU
Masao YOSHINAGA, Atsushi JIKUHARA, Akio HIZUTA
and Kunzo ORITA**

**First Department of Surgery,
Okayama University Medical School,
Okayama 700, Japan
(Director : Prof. K. Orita)**

In a review of 358 patients with colorectal carcinoma resected at the department during the past 13 years between 1978 and 1990, 41 elderly patients over 75 years old were selected (served as aged group) and compared to younger patients under 74 years old (younger group) for clinicopathological features and prognosis. Elderly patients, who represented 11.5% of all cases, were predominantly females. There was no significant difference in the localization of the tumor, depth of invasion, lymphnode metastasis and lymphatic infiltration between the two groups. No significant difference was noted in macroscopic type, but a tendency of having type 5 was observed in the elderly group. The elderly group had a significantly smaller maximum diameter of the tumor. There was a lower tendency in the positive rate of vessel invasion in the elderly group. In the stage classification and the incidence of curative resection, there were no differences between the two groups. The cumulative survival rate after resection in the elderly group was relatively lower than that in the other group.