

連 載

がん予防学雑話(21) 口腔がん

青木 國雄

戦後わが国の口腔がんは低率であったのは幸いであったが、1970年代に入り少しずつ増加し始めた。世界先進各国でも同じように口腔がんが増える傾向にあるのも興味ある事実である。しかし大部分の国の口腔がんの頻度は全がんの1-2%であるので、医師も公衆もそれほど注意を向けていたわけではなかった。筆者が初めて口腔がんの患者の診断に立ち合ったのは、昭和26年の大学の臨床講義のときであった。診断法についていろいろ講義を受けたが、患者を前にして、治療は舌のかなりの部分を切除せねばならぬと告げられたことで、学生も大きなショックを受けた。救命とはいえ“舌を切られる”ということは、おとぎ話では聞いたが、現実の人を前にされると、あまりにも非情であり、わが身になぞらえて身震いするほどの感であった。日常生活に最も重要な、いわば玄関がだめになるわけである。そして当時の舌がん患者の予後はそれほどよくないとのことで、無力感に襲われたわけである。

この時、舌がんは虫歯や、硬い食べ物などで欠けた歯の部分が繰り返し舌を傷つけると、がんにつながる確率が高いとの講義もあり、筆者を含め、慌てて歯科に駆けこんだ、虫歯を持つ同級生が何人もいた。それから何十年かたって、筆者は医師である友人が繰り返しの検査にもかかわらず、口腔がんの診断が遅れ、痛ましい状況で死に向かう状態を、なすすべもなく看とり、暗然とした日々を送った経験がある。筆談で遅れましたねとの言葉に、かなり効果のある治療薬もでましたよ、と答えるのが精一杯であった。がんの発症は予知できぬものが大部分であり、それだけに集団検診が必要であるが、頻度の低い病では、経済効率や医療側の態勢も整備できない。救命できる時期での診断、早期発見は本人が軽い症状のうちに医師を受診すること以外にない。上記のような経験がありながらも、専門外であると、つい目前の課題に追われて、広く予防の立場からのきめ細かい対策を考え、進言し、実行する余裕をもてなかったことを自戒している。

文献を繰って見ると、昔はわが国でも口腔がんは稀ではなかったようである。

大正から昭和の始めにかけ、東京大学の長与又郎教授（後の癌研究会、癌研究所長）は、全国の大学付属病院と大病院について、繰り返しがん患者調査を実施された。これは、当時発生がん患者数が少ないので、全国レベルでの調査が必要だったからである。同時に、国際癌研究協議会（ドイツに本部があった）からがんの実態をより早く理解するため世界各国のがんの統計の比較が有用であり、日本にも資料の要請があり、それに答えるにも全国的調査が必要だったようである。長与先生はこの調査データの分析以外に、世界各国のがん死亡状況を比較考察し、わが国のがん対策の方向を論じておられるのでわが国のがん疫学や対策上重要な研究であった。このとき届けられた全疾患患者は合計22,433例で、このうちがん患者は903例、4.02%に過ぎなかった。当時はがん年齢まで生存する割合が低かったからである。がん患者のうち、いわゆる口腔がんの頻度は、男子で全がん例の4.8%、女子で1.2%であった。男子は胃、食道、直腸、肝がんについて第5位、女子は子宮、胃、乳腺、直腸、上顎、肝、食道について第8位であったが、第1位から第3位までのがん患者の頻度がぬきんでて多いので、口腔がん患者が多かったとは言えない。しかし表にのっている40以上の発生部位別では上位にあり、また、がんが発生すれば、場所が場所だけに日常生活に重大な支障があるので、医師の関心も高かったのかいくつかの研究論文がでてい

口腔は口唇、口腔内（口蓋、口床、頬部）、舌、歯肉、唾液腺が含まれ、一番奥の咽頭（口部、下部に別れる）をふくめていわゆる口腔が成立する。長与の調査でこの発生部位別頻度を見ると、男子で舌部が2.94%、口腔内が1.38%、口唇0.34%、唾液腺0.11%で舌が多くついて口腔内であり、女子は低率であるが同様の分布であった。現在の口腔がん全体の頻度は高くないので、昭和初期から減少傾向にあったと推定されるが、資料は入手していない。詳しく調べられた東京大学病理教室でデータは少数であったが、死亡年齢を見ると、舌がん患者の半数が55歳以下であった。ちなみに、最近のわが国全体の口腔がん死亡者では、65歳以上が高率であり、発症年齢が高齢化しているので、胃がんや子宮がんのように、頻度が低下すると、発生年齢が上昇という型の傾向が示されている。もっとも最近の微増がどういう特性をもつか検討の要がある。

1981年はわが国のがん死亡率が脳血管疾患死亡率を抜いて第一位になった年である。この年の8月、第一回国際対がん連合（UICC）開発途上国におけるがん予防会議（会長日比野進名大名誉教授）が名古屋市で開催された。がん死亡率が低い途上国のがん予防は時期尚早との批判もあったが、世界のが

ん死亡動向をみると、感染症などによる若年死亡が減少すれば、途上国でもすぐになん死亡が増加することがわかっている。がんの発生機序から考えると、がん死亡が低率のうちに対策をすれば、先進国が経験した大きながんの被害を少なくできるからである。開発途上国のがん予防の国際学会は世界で初めてであったこともあり、多くの貴重な新しい情報や成果が報告されたことは、期待以上のものがあつた。欧米諸国を含め世界中から高く評価され、その後の国際対がん連合やその他の国際がん研究機関の政策を途上国にも向けることにつながり、先見性があつた。筆者はこの学会の事務局長をつとめたが、一見がん死亡が低率で問題が少なそうにみえた各途上国で、予想以上にがん問題が重要な地位を占めていることがわかつた。よく調べれば把握できたのであろうが、それまでわが国の国際情報交流があまりにも乏しかつたこともあり、この学会はその後の研究や政策決定に何らかの刺激を与えたようである。学会発表のうち口腔がんについて言えば、アジアの国々、インド、パキスタン、スリランカなどでは男女ともがん罹患の首位を占めていたことに驚いた。タイ、エジプト、スーダン、サウジアラビアなどの国々でも上位に位置していた。インドネシア、フィリピンも低率とはいへなかつた。中南米では、プエルトリコ、コスタリカ、ウルグアイ、ブラジルの一部が高率であり、西欧ではフランスが高率なのに意外の感をもつた。同じ国でも地域でかなり差があるのも特徴であつた。口腔がんが最も高率な国の一つであるインドでは、シガレット喫煙やかみタバコの習慣と口腔がんの関連が確かめられており、すでに、衛生教育を強化すれば死亡や罹患率を低下させうるとの報告もあつた。現地の学者の口から直接最近のデータを示してのがんの実態や予防の可能性が発表されたことは、大きなインパクトであつた。がん登録が世界的に確立されつつあつた時代であり、罹患状況が多く報告されことも実態をより生々しく反映させていたし、がん対策に対する時代の変化も示していた。

国際がん研究機構 (IARC)では世界のがん登録記録を集計、編集し、世界5大陸のがん罹患率を数年ごとに出版している。1980年代に入り、多くの国々で登録が行われ、その精度が高まってきた。こうした信頼して比較できるデータである1983-87年を中心とした登録データから男子の口腔がん罹患率の分布を見ると、以下のものである。舌がんが10万対9-10を越すのはインドとバーミューダであり、6以上にはフランスのバラン、カルバドス地区、4から5.9はスイス、ジュネーブ、ハンガリー、ブラジル、米国のいくつかの地区の白人と黒人、シンガポールのインド系の人々である。日本は1.0-1.6と低い。先進諸国はわが国と同様に低率な地域が多い。口腔内のみのがんでは、フラン

スが10万対10をこす地区があり、その他の登録地区も一般に高い。インドは6-9の間であり高く、南米ではブラジル、欧州ではスイスのジュネーブが5-8と高い。米国の黒人はどの登録地区もおしなべて高率を示し、白人の罹患率も高い地区にはいるものが多い。東ヨーロッパ諸国も高い傾向にある。わが国は0.6-1で低率国である。もっとも登録地域全体では10万対2以下の地域が多いので、前記の高率地域は特別な地区と考えてほしいわけである。ナイジェリアは唾液腺がんのみが高いのが特徴である。女子はほんの一部をのぞいて低率であり、増加傾向はあっても小さい。

口腔がんの5年生存率は日本では60%前後でこの15年間に10%位は上昇している。早期がんでは、5年生存率は75-80%であるが、局所に浸潤した患者では35-40%、遠隔転移のあるものは極めて不良である。早期がんは増加しているが、それでも日本全体の死亡率が若干増加していることは、やはり罹患率全体が上昇し、早期がんがそれほど増加していないことを示唆している。

ここで世界の死亡統計でまとめて発表されている口腔全体と咽頭がんを合計した訂正死亡率を紹介する。わが国では1955年ころは10万対1.3であり、前述したように1970年頃から増加、1983-87年には2.1と約60%上昇した。一方女子は0.6前後で30年間変わらなかった。性差が大きいのである。年齢別では65歳をこすと10万対10以上になり、かなり高く、一方40歳以下は極めて低い。フランスでは、国全体で1953-57年が男子10万対6.7、女子0.7、1983-87年がそれぞれ15.0、1.3で男女とも倍増している。北欧各国と英3国は低いが、東欧諸国、スペイン、スイス、ポルトガル、イタリアなど多くの国で日本の3倍以上の死亡率である。アジアでは、香港、シンガポールが高い。米国では白人も黒人も高いが白人は減少傾向にあり、黒人は増加している。

がんは外的な刺激と密接に関連して発生する。口腔がんの世界的に共通の危険要因はシガレット喫煙、かみタバコと飲酒である。毎日の食事も重要な要因である。その他、カナダでは紫外線の曝露との関連が報告され、地域で異なる要因の介在が示唆されている。こうした発生要因の究明や予防対策がすすめられているので、次回に紹介したい。

(名古屋大学名誉教授・愛知県がんセンター名誉総長)