

告がある。米国の白人は日本人の罹患率の約2倍であるが黒人は高くないといわれている。また日系日本人は罹患率の上昇が報告されており、罹患率に環境のおよぼす影響が指摘されている。精巣癌の罹患率においては、リスクファクターが組織型で異なるようなので、セミノーマと非セミノーマと分けて検討する必要があるかもしれない。平成11年に報告された日本における罹患数の推測値は、1975年-1979年の推定罹患数593人からその後826人、862人、830人と増加しているが最近の15年間は大きな変動を認めていない。神奈川県でも最近の罹患率に大きな変動はないが、精巣癌の罹患数は1970年の31名から1997年には63名と増加していた。

精巣癌の死亡数については、1984年のCDDPの出現以降低下傾向が全国推計および神奈川県の登録でも明らかである。精巣癌は有効な抗癌剤の出現により生存率が向上したことにより、死亡小票による罹患率の訂正が困難となり、また若年者であることから住居移転等により医療機関での追跡調査が困難な症例も少なくない。それゆえ正確な罹患率の把握には定期的な全国調査が必要である。

一次調査結果の考察

調査用紙の回収率は26.8%であった。しかし精巣癌は発生頻度が低いことと治療法が特殊なことから、地域の基幹病院、がんセンター、大学病院に紹介される傾向にある。病院別に検討しても大学の回収率は50%で全体の29.3%、がんセンターの回収率は74%で、全体の12.8%で合計で粗罹患数の42.1%を占めていた。また回答をいただいた188施設(46.7%)が年間平均1名以下の施設であった。それゆえ回収率は低いものの、主たる治療施設の回収率を向上させることにより全体の把握率の向上が得られると考えられた。粗罹患率からの推定では、今回の粗罹患率は、男性人口100万人あたり10.1人(1997-1999年)で、これまでの報告では1990-1994年の推定粗罹患率は13.6であるから、今回の一次調査は回収率26.8%にもかかわらず把握率は74%と考えられた。有効回答施設数は313施設(1991-1993年)、334施設(1994-1996年)、360施設(1997-1999年)で年々増加している。これは泌尿器科あるいは医療施設が最近新設される傾向にあることと、一定期間以上の過去ではカルテの保存、記録の状況から回答困難な施設が存在している。一方泌尿器科が閉鎖された施設は1施設のみであった。

粗罹患数は1385人(1991-1993年)、1519人(1994-1996年)、1858人(1997-1999年)と増加し、粗罹患率は、男性人口100万人あたりおのおの7.6人、8.3人、10.1人と増加傾向にあった。地域別で粗罹患率の増加傾向が認められるのは、東北、関東、甲信越、東海、近畿、九州・沖縄であり、減少傾向は北海道、中国、北陸地方であった。ちなみに粗罹患率(1997-1999年平均)が14.0以上の県は、栃木県14.6、群馬県17.3、東京都14.0、神奈川県15.2、新潟県14.1、愛知県18.8、和歌山県19.7、山口県17.5、香川県16.2、福岡県14.2、北陸三県25.6であった。このうち愛知県は名古屋精巣癌研究グループ、山口県は山口東地域がん登録、北陸三県は金沢大学精巣癌研究グループが存在しこの調査に協力が得られている。しかしながら以上の結果はすべて精巣癌罹患数の把握率に影響されるのはいうまでもない。地域別の比較でも把握率の低い地域とそうでない地域の比較は困難である。

E. 結 論

文献的検討では、日本における精巣癌の罹患数はおおよそ男性 10 万人あたり 1.4 人で、1 年間に 800 名前後と推測できるが過去 15 年間は増加の傾向はない。ただ 1975 年-1979 年の罹患率と 1990 年-1994 年の罹患率を比較すると日本でも 1.3 倍程度の増加が認められる。神奈川県での調査でも最近の罹患率に大きな変動はないが、この 30 年間で罹患数は約 2 倍の増加が認められている。

今回の一次調査で、日本における精巣癌の罹患率は増加していることが示唆された。しかしながら回収率 26.8%、把握率 74%であり、今後は未回答主要施設に再度一次調査用紙を郵送し、把握率の向上をめざし、実際の増加傾向、地域差の有無を検討する方針である。同時に一次回答を送付された施設には二次回答用紙を送付し、精巣癌の増加傾向の原因究明の要素の検討を行う予定である。