

口腔がん

について

患者さんに

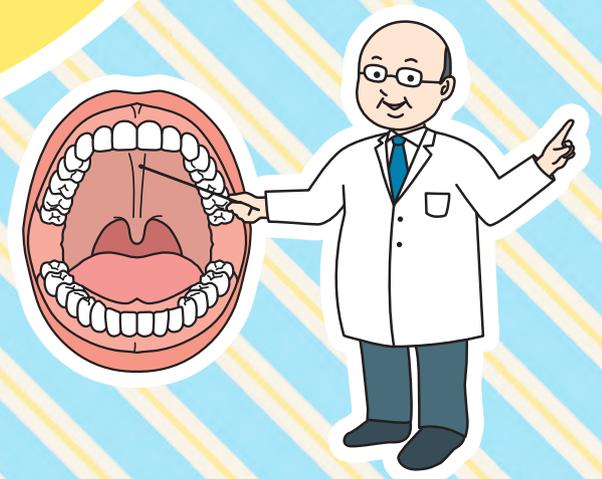
説明するときに

使える本

編著／柴原孝彦（東京歯科大学）

著／野村武史（東京歯科大学） 柳下寿郎（日本歯科大学）

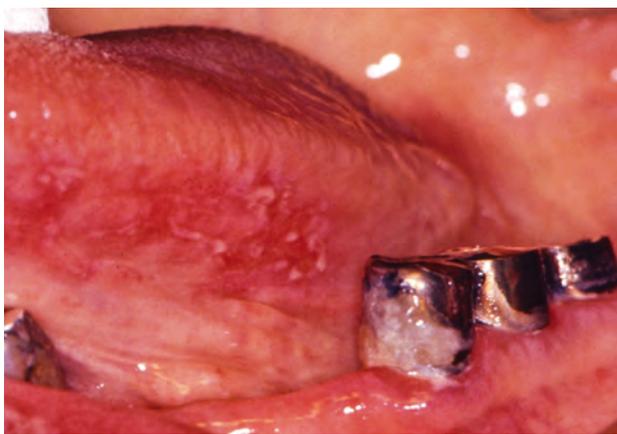
協力／口腔がん撲滅委員会



医歯薬出版株式会社

7

紅板症を疑う症例



粘膜の表層が薄くなって結合組織の血管が透けると赤くみえます。熱いものや辛いものでしみる^{から}ことがあり、白板症よりも痛みを訴える人が多いと思います。舌、歯肉、頬、どこにでもできます。白板症と違って、みつけにくいのが難点です。もともと粘膜は赤いのでみつけるのは至難の技です。反対側と比較しながらみるといいかもしれません。

口内炎で赤いものは多く、また、傷でも赤くなります。その際は痛いですが、だいたい1週間前後で治ります。1～2週間たっても治らないものが紅板症の可能性あります。

赤は要注意です。なんと50%以上はがん化します。まずは原因となる慢性的刺激がないかチェックしましょう。

8

口腔扁平苔癬を疑う症例



白いレース状の形とその周囲の赤い粘膜色が特徴です。紅板症よりも痛みはありません。見た目で見つけるしかありません。頬粘膜に生じることが多く、特に上下顎最後臼歯の付近に出現します。原因はアレルギーなどともいわれていますが、はっきりしません。一度、出現するとなかなか治りません。ほんの数%ですが、**がん化もありますので放置せず経過観察はしてください。**

服用薬や肝炎などによっても口の粘膜が赤くなることがあります。全身状態のチェックも必要です。

10

セルフチェックしましょう

大きな鏡の前で、口の中を光で十分に照らして調べてみましょう。まずは色のついた部分があるかどうかです。赤と白に気をつけましょう。傷がついても赤くなります。食べかすがついても白くなります。よく口の中を洗って、ガーゼで拭いて観察しましょう。もこもこ盛り上がっているもの、触って硬さをもっているもの、もあります。指を口にいれ舌、頬、唇などを触りましょう。

週に一度はセルフチェックしてください（図1）。他のがんと違って口の中は直接みて、手で触れる場所です。早期発見ができるはずですよ。

舌の奥や舌の下などみづらい場所もありますので、かかりつけ歯科医に2～3カ月に一度は診察をしてもらいましょう。

そして『口腔がん検診』を年に1回は受けましょう！

そのトラブル、放っておいて大丈夫？

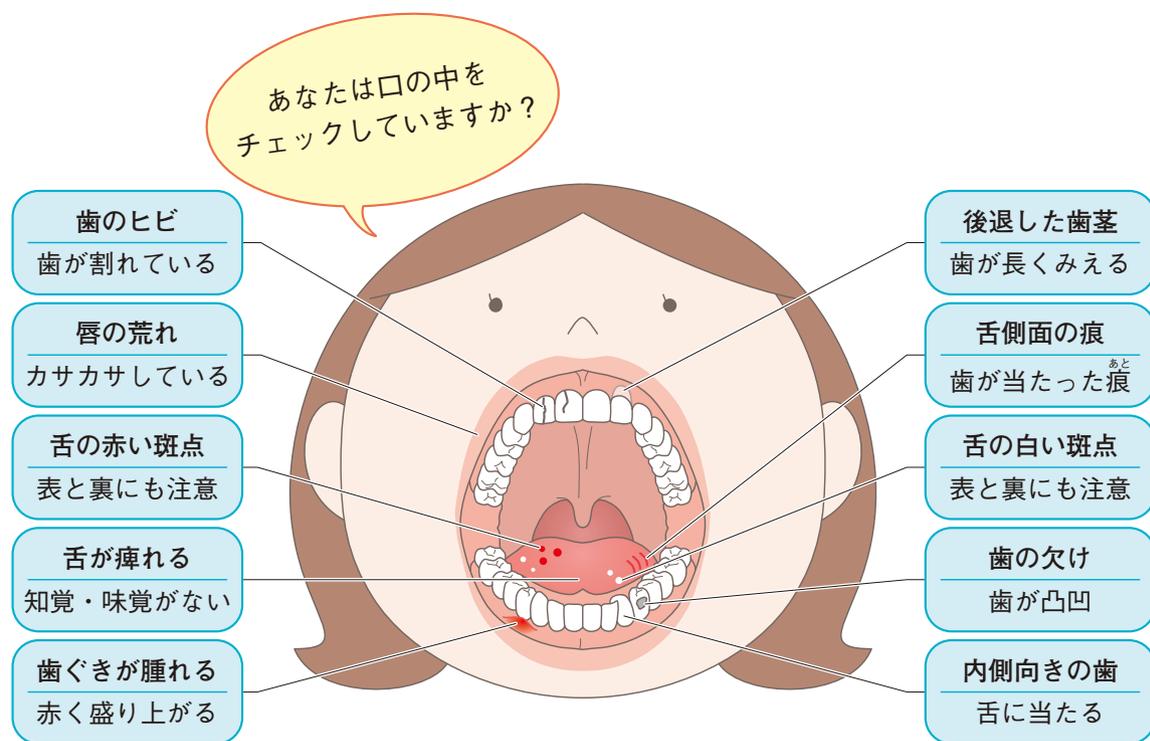


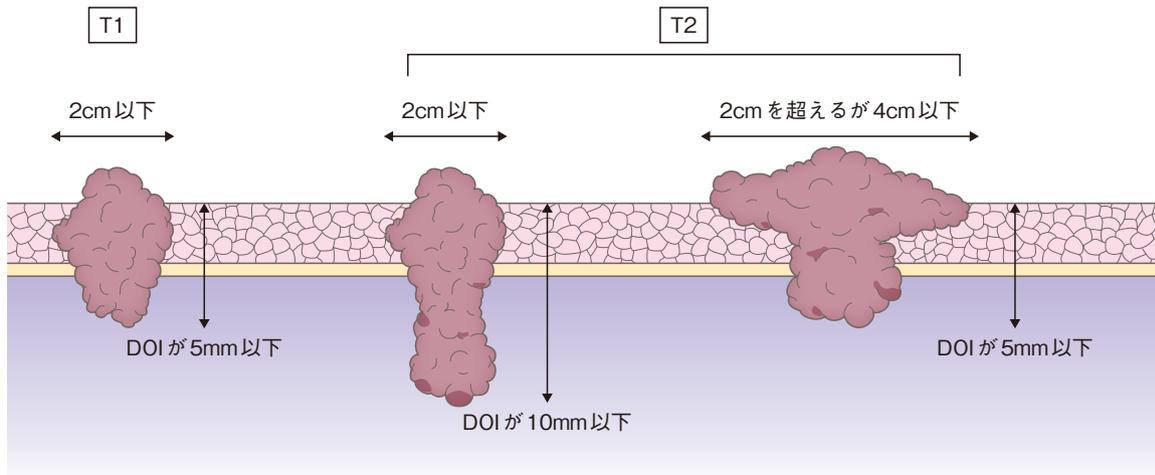
図1 セルフチェックするときのポイント

11. 口腔がんのステージ分類、5年生存率

1. 口腔における早期がんの定義(2017年に改定した深達度分類について)

口腔がんを早期発見するためには、どのような状態が早期がんなのかを知っておかなければならない。口腔がんにおいて早期がんとは、一般的には頸部に転移を疑う所見がなく、口腔内の原発腫瘍の大きさが4cm以下の病変を指す。これはステージⅠ～Ⅱに相当する。StageⅠにおいては、2cm以下の病変（具体的には1円玉が隠れる大きさ）をいう。

2017年のAmerican Joint Committee on Cancer (AJCC)で改定された口腔がんの新TMN分類では、大きさだけでなく、深達度（Depth of Invasion, DOI）の概念が新たに加わった¹⁾ (図)。すなわち、新分類でのStageⅠは、原発腫瘍の大きさ（T）が2cm以下でDOIが5mm以下の病変を指す。またstageⅡは、Tが2cm以下であるがDOIが5mmを超えて10mm以下の病変、あるいはTが2cmを超えるが4cm以下でDOIが5mm以下の病変と定義された。これはすなわち、原発巣がいくら小さくても、深部にがんが浸潤していれば進行がんと同様早期に転移する可能性が高く、予後に影響するため今回の改定で見直されたことによる。以前は、口腔癌を疑う場合、触診で硬結（しこり）を見つけることが重要視されていたが、早期がんを発見するためには、硬さによらない表在性の4cm以下のがんを発見する必要がある。



T：原発腫瘍の大きさ（DOI：Depth Of Invasion）

※StageⅠとStageⅡをあわせて早期がん
StageⅠ：T1で頸部転移、遠隔転移を認めない
StageⅡ：T2で頸部転移、遠隔転移を認めない

図 口腔がんの2017年新WHO分類に従った早期がんの基準

12. 口腔がんの治療法

口腔がんの治療は、発生部位や進展様式によって治療法、術式が大きく異なる¹⁾。基本的に治療法は外科療法、放射線療法、がん化学療法、そして免疫療法に分類される。近年ニボルマブの登場により、口腔がんの免疫療法にも注目が集まっている。しかし、口腔がん治療の第1選択は外科療法であり、外科的切除によりがんを根治的に取り除くことが最大の目標となる。

手術は大きく分けて、原発巣の切除と所属リンパ節の郭清、そして再建に分類される。口腔がんの外科切除では、咀嚼および摂食嚥下、発音などの回復が最大要件となるため、術後の患者の機能やQOLを重視した治療体系が望まれる。このため、切除後の欠損部については再建術や、上顎では顎補綴も考慮した外科療法を行う必要がある。原発巣の切除は、早期がんであれば部分的な切除（例えば舌部分切除、下顎辺縁切除）で、縫縮や創面保護剤の被覆で終えることができる。しかし、進行癌は拡大切除が必要となり、再建が必要となる。再建は、口腔粘膜に類似した皮膚、筋肉、脂肪を含めた皮弁、筋皮弁を用いる。具体的には前腕皮弁、腹直筋皮弁、外側大腿皮弁などが適応となる。顎骨を切除した場合は、腓骨皮弁が用いられる。また、口腔がんは、頸部リンパ節に転移しやすいため、転移が疑われる場合は頸部郭清術が行われる。頸部郭清術は、機能障害の少ない選択的頸部郭清術か、徹底した郭清（根治）を目指す根治的頸部郭清術（変法は副神経、胸鎖乳突筋、内頸静脈のいずれかを残す）に分かれる。

切除によって術後の形態や機能に大きな影響が考えられる場合は、放射線治療が選択される。一般的には、放射線単独よりも抗がん薬併用の化学放射線治療が推奨される。放射線治療は、近年副作用軽減を目的とした強度変調放射線治療（IMRT）の登場や、よりがん殺傷能力の高い陽子線や粒子線による照射装置の開発により適応範囲が拡大している。また施設が限られるが、早期がんに対し、原発組織に小線源を埋入してがんを殺傷する組織内照射という方法もある。

がん化学療法は、シスプラチン（CDDP）を中心としたレジメンがまず考慮される。シスプラチンは古くから適応のある殺細胞性抗がん薬とよばれるもので、口腔がんに対する効果は高い。しかし、副作用が大きいため使用には注意が必要となり、年齢や全身状態を考慮して投与量が決められる。一般的には高用量が投与され、腎障害、吐気・嘔吐、骨髄抑制（白血球の減少）の対策が必要となる。また一般には放射線療法と組み合わせて行うことが多いため、口内炎も高頻度に発症する。最近では、より副作用が少なく、かつ効果を最大限に高める目的で腫瘍を栄養する主血管までカテーテルを進め、抗がん薬を投与する超選択動注療法も行われるようになった。また、副作用の少ない薬剤の開発も進み、近年従来の殺細胞性抗がん薬とは作用機序の異なる分子標的薬が登場した。口腔がんにおいても、上皮成長因子（EGFR）阻害薬であるセツキシマブが適応となっている。セツキシマブは、シスプラチンのような重度の副作用が比較的に少ないため、高齢者やシスプラチンに奏