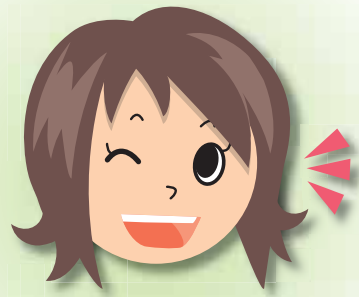


がんとどう向き合うか

口腔がん

早期発見・早期治療が
たいせつなのです。



財団法人 がん研究振興財団



はじめに

口には、「食べる」、「しゃべる」、「表情を作る」などの、豊かな人生を送るための重要な働きがあります。ところが、このように体の大切な一部である口にも体の他の部位と同様にがん(口腔がん)が発生することは意外に知られていません。

初期の口腔がんは簡単に治すことができ後遺症もほとんど残りません。しかし、進行した口腔がんの場合は、治療により舌やあごの骨がなくなったり顔が変形したりするため、食事や会話に著しい障害が生じます。また、最悪の場合は口腔がんで命を落としてしまうこともあります。

口は肺や胃と違って自分で直接見ることができるため、口腔がんは肺がんや胃がんと比べればずっと発見しやすいがんであるといえます。それにもかかわらずかなり進行するまで口腔がんが放置されることはそれほど珍しいことではありません。これは一般の方々に、口腔がんについての知識があまりないことが原因と思われる。

この小冊子は、口腔がんについて、一人でも多くの方々に正しい知識を持っていただくことを目的として作られました。口腔がんに対する診断法、治療法は近年大きく進歩しており口腔がんのすべてを網羅することはとてもできませんが、この小冊子が口腔がんの予防や早期発見、そして口腔がんの治療を受けられる方に少しでもお役に立てることを願っています。



目次

1. 口腔がんとは P.3
 - 口と口腔がん ●口腔がんの実際 ●発生状況・治療成績
2. 診断 P.7
 - 視診・触診 ●病理検査 ●画像検査
3. 病期(ステージ) P.9
4. 治療 P.10
 - 手術療法 ●放射線療法 ●化学療法 ●病期と治療法
5. 経過観察 P.14
 - 通院 ●転移 ●再発
6. 予防 P.15
 - 口腔がんのリスク ●口腔がんにならないための心がけ ●かかりつけ歯科医を持ちましょう
7. 早期発見 P.17
 - 口腔がんが心配になったら ●口腔がんの専門家 ●注意が必要な状態



1 口腔がんとは

1 口と口腔がん

口には、咀嚼(ものを咬む)、嚥下(飲み込む)、発音などの重要な機能があるため、口の健康は生きていくうえでとても大切です。口の病気といえば、口内炎、歯周病、むし歯などが一般的ですが、口にもがん(口腔がん)が発生し、近年その数が増加していることはあまり知られていません。口腔がんは早期発見・早期治療によりほとんど障害を残さないで治療ができる病気ですが、進行したがんでは大がかりな治療が必要になり、食事や会話などの日常生活に大きな障害が生じます。

口の中は胃や肺などと違って直接目で見て触ることができるので、胃がんや肺がんに比べれば口腔がんは早期に発見しやすいはずですが。にもかかわらず初期がんの状態では病院を受診する方が少ないのは、一般の方々の口腔がんに対する知識が乏しいことが原因と考えられます。実際、口腔がんて来院された患者さんから、「口の中にがんができることを知らなかった」、「近くにそのような病気にかかった人がいなかった」といわれるのは決して珍しいことではありません。

2 口腔がんの実際

口腔がんの中で最も多いのは「舌がん」(写真1)で、次に多いのは歯ぐきにできる「歯肉がん」(写真2、3)です。その他に、下顎の歯ぐきと舌の間にできる「口腔底がん」(写真4)、頬の粘膜にできる「頬粘膜がん」(写真5)、上顎の内側にできる「口蓋がん」(写真6)などがあります。

■ 口腔がんの実際



写真1: 舌の左ふちに発生した舌がん。盛り上がった表面はザラザラしています。



写真2: 左下の歯ぐきに発生した歯肉がん。表面がえぐれたような潰瘍になっています。



写真3: 左上の歯ぐきに発生した歯肉がん。表面がデコボコした大きな盛り上がりです。



写真4: 下顎の歯ぐきと舌の間のできた口腔底がん。赤いしこりになっています。



写真5: 左側のほほに発生した頬粘膜がん。白っぽくなった粘膜の表面はザラザラし、しこりになっています。



写真6: 左側の口蓋に発生した口蓋がん。赤く盛り上がっています。

3 発生状況・治療成績

国立がんセンターがん対策情報センターのがん情報サービスによると、わが国では口腔がん^{こうくうがん}で亡くなる方が急増しています。口腔咽頭がん^{こうくういんとう}による死亡数を1990年と2005年とで比較すると、男性が約2000人から2倍の約4000人へ、女性も約750人から2倍の約1500人となっています。患率・死亡率は、ともに50歳以降から増加し、男性が女性の約3倍です。死亡率の年次推移は、1960年から2000年までの40年間で著明な増加が見られます(図1・2)。

口腔がんの5年生存率は60~80%といわれていますが、初期がんでは90%以上の生存率も報告されています。

図1

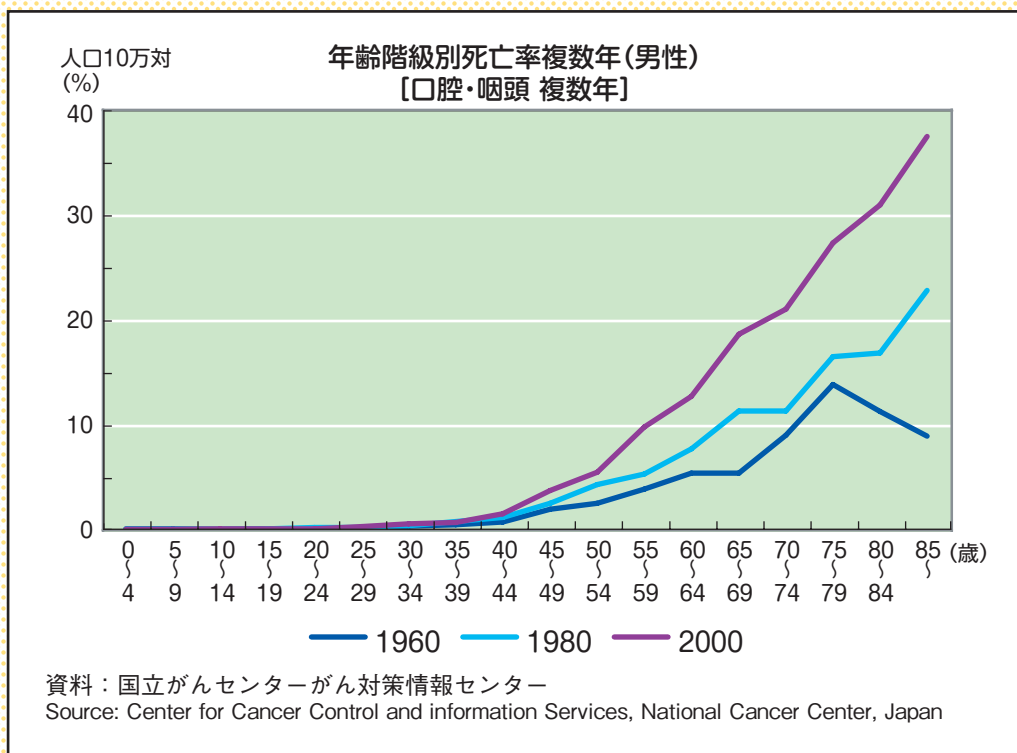
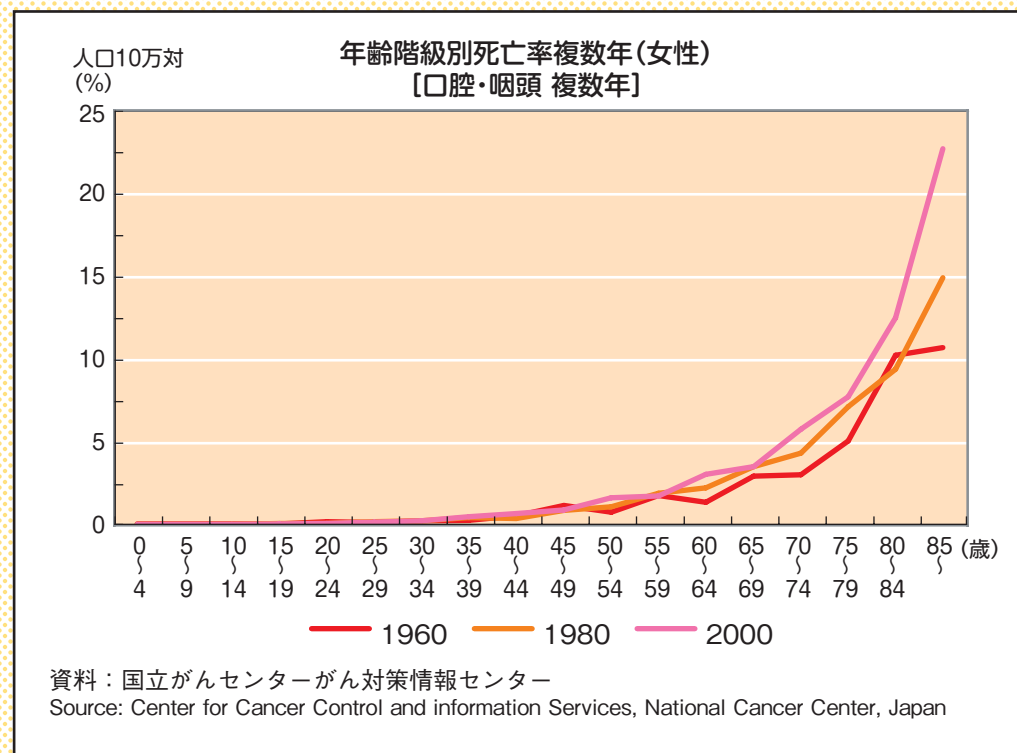


図2



2 診 断

1 視診・触診

口腔がんの診断は視診と触診ししん しよくしんから始まります。典型的な口腔がんは、盛り上がったようなかたまりや、しこりを伴う潰瘍(粘膜表面がえぐれて欠損が生じた状態)です。その他に、粘膜が白くなったり赤味を帯びている状態もがんが疑われることがあります。

2 生検(病理検査)

視診・触診でがんが疑われた時最初に行なわれる検査です。異常のある病変部を小さく切り取り、その組織を顕微鏡で観察してがんかどうかを診断します。

3 CT・MRI・PET(画像検査)

がんの広がりを正確に診断するために行なわれます。首のリンパ節への転移や肺や肝臓などへの転移を見つけるのも画像診断の大きな役割です。

(1) CT(コンピュータ断層撮影)

人体にX線をあてコンピュータを用いて処理し、内部構造を輪切りにした画像にします。

(2) MRI(磁気共鳴画像装置)

磁場と電波を用いて体の内部構造を輪切りにした画像を撮影します。

(3) PET-CT(ポジトロン断層法)

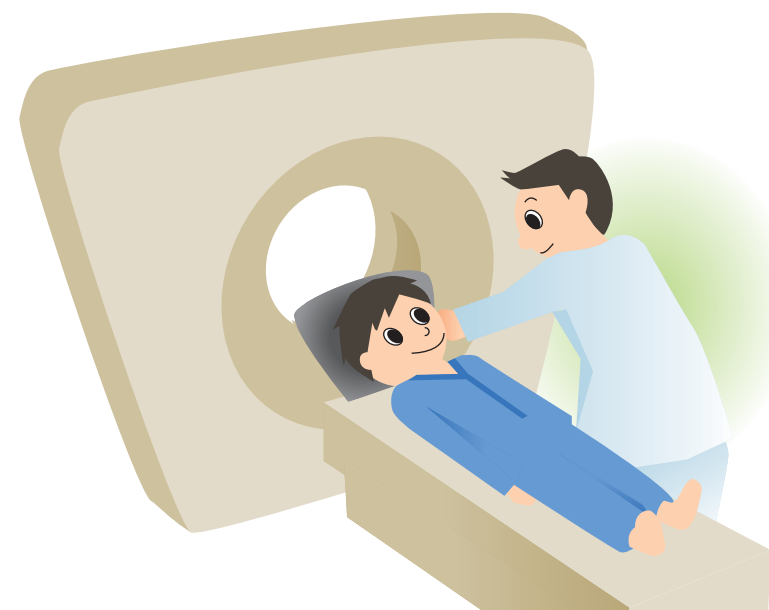
がんの糖代謝とうたいしやが盛んなことに着目し、ガンの存在部位を診断します。

■ 画像検査の実際

舌がん患者のCT写真。顔を前方から縦に輪切りにした状態。舌がんとがんが転移したリンパ節が白くなって見えます。



舌がん患者のPET-CT画像。がんのある舌の部分が赤くなっています(脳は糖代謝が活発なため、がんがなくとも赤くなります)。



3 病期(ステージ)

4 治療

病期とはがんの進行程度を示すことばでステージとも呼ばれます。病期はローマ字のI~IV期に分類され、IV期はさらにA、B、Cに分けられます。口腔がんの病期は、がんの大きさ(T1~T4)、首のリンパ節(頸部リンパ節)への転移の状態(N0~N3)、他臓器への遠隔転移の有無(M0、M1)によって決まります。

頸部リンパ節転移 (N)	リンパ節への転移がない (N0)	3cm以下のリンパ節転移ががんと同じ側に1つある (N1)	3~6cmのリンパ節転移が1つまたは6cm以下の複数のリンパ節転移がある (N2)	6cmを超えるリンパ節転移がある (N3)	遠くの臓器に転移している (M1)
がんの大きさが2cm以下 (T1)	I	III	IVA	IVB	IVC
がんの大きさが2cmを超えるが4cm以下 (T2)	II	III	IVA	IVB	IVC
がんの大きさが4cmを超える (T3)	III	III	IVA	IVB	IVC
口の周囲(筋肉、皮膚、 <small>じょうかくどう</small> 上顎洞)まで広がる (T4a)	IVA	IVA	IVA	IVB	IVC
頭、のどの深部、 <small>ないはいどうみやく</small> 内頸動脈まで広がる (T4b)	IVB	IVB	IVB	IVB	IVC
遠くの臓器に転移していない (M0)					

日本口腔腫瘍学会編、「舌癌取り扱い指針ワーキンググループ案 第1版」より一部改変

口腔がんの治療法は主に病期に基づいて決定されます。手術療法と放射線療法が治療の中心で、状況に応じて化学療法が併用されます。各病期に対する代表的な治療法は以下のごとくです。

I 期

手術療法または放射線療法が単独で行なわれます。

II 期

手術療法、放射線治療のどちらか、または両方を行なわれます。場合により化学療法が追加されます。

III 期

手術療法が行なわれます。放射線治療や化学療法もよく併用されます。

IVA~C期(手術で切除可能ながん)

手術療法が行なわれます。放射線治療や化学療法もよく併用されます。

IVA~C期(手術で切除できないがん)

放射線療法と化学療法が行なわれます。場合によっては積極的な治療の代わりに緩和ケアを行なうこともあります。

次ページに、各治療法について説明します。

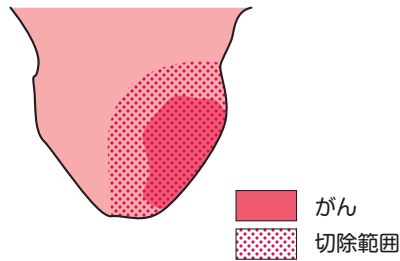
1 手術療法

口腔がんの手術には以下の3種類があります。

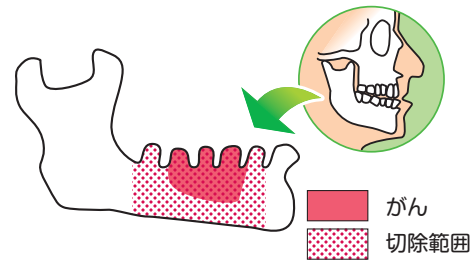
(1) 原発巣手術

口の中のがんがある部分を原発巣といい、この部分を切除する手術です。安全域といってがんの周囲の正常組織も含めて大きめに切除します。

■ 舌がんに対する原発巣手術の例



■ 下顎歯肉がんに対する原発巣手術の例

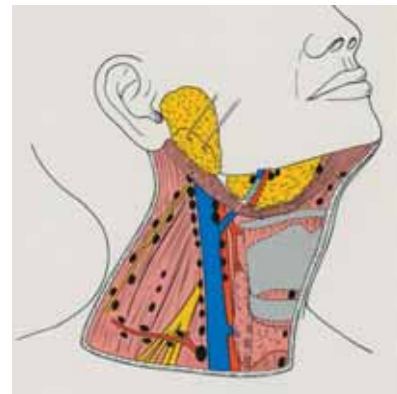


(2) 頸部郭清術

首のリンパ節にがんが転移した場合、または転移が疑われる場合に行なわれる手術です。転移したリンパ節のみを摘出するのではなく、他のリンパ節およびリンパ節周囲の脂肪組織や神経・血管・筋肉などを同時に切除します。

■ 首のリンパ節の模式図

小さな黒丸がリンパ節で、首には数十個のリンパ節があります。



日本頭頸部癌学会編、頭頸部癌取り扱い規約改定4版より

(3) 再建手術

原発巣手術により欠損が生じた部分に体の他の部分の組織を移植して、欠損を補填する手術です。腕・腹部・胸部などの皮膚や筋肉、腸骨(腰の骨)、腓骨(足の骨)などが用いられます。

2 放射線療法

高エネルギーX線などの放射線を使用してがんを小さくしたり消失させたりする治療法です。がんが小さい場合は放射線単独で治療が可能です。進行したがんに対しては、手術療法や化学療法と併用して用いられます。体の外部から照射(放射線を当てること)する外照射と、放射線が出る特殊な針を直接がんに刺して照射する組織内照射があります。

3 化学療法

抗がん剤による治療です。初期のがん(I期)に化学療法が行なわれることはあまりありません。一般的には進行したがんに対して手術療法や放射線療法と併用して用いられます。多くは注射薬で点滴により投与されますが、飲み薬もあります。

4 各治療法の問題点

手術療法では、大きな手術は体の負担が大きく、食事や会話の障害や顔の変形などが生じることがあります。放射線療法では、口内炎、皮膚炎、白血球減少、吐気、だるさなどが生じ、一時的に治療を中断しなくてはならないことがあります。さらに、唾液が出なくなって口が渇いたり、まれですが下顎骨骨髓炎^{かがくこつこつずいえん}といって下あごの骨が腐ってしまい治療が必要になることもあります。化学療法では、白血球・血小板^{けっしょうばん}の減少、肝・腎障害、脱毛、口内炎、下痢、嘔吐などが生じます。放射線療法と化学療法を同時に行うとこれらの副作用は起こりやすくなります。

したがって、各治療法の欠点を十分考慮したうえで治療が進められます。

5 経過観察

以上、口腔がんに対する代表的な治療法を説明しました。しかし、治療法は、患者さんの全身状態、年齢、職業、希望などによっても変わってくるため、日本全国に共通した一定の治療法というものは決まっていないのが現状です。また、近年、放射線療法ではいくつかの新しい方法が開発され、化学療法においても、がんの栄養動脈に直接抗がん剤を注入する動注法などが考案され高い効果が得られるようになっていきます。そのため、前ページに記載した方法とは異なった治療法を選択している病院もあります。

下に、現在、各病期に対して用いられる治療法を表にしました。

■ 病期と治療法

		I期	II期	III期	IV期 (切除可能)	IV期 (切除困難)
手術療法	原発巣手術	◎	◎	◎	◎	—
	頸部郭清術	△	△	◎	◎	—
	再建手術	—	△	◎	◎	—
放射線療法		○	○	○	◎	◎
化学療法		—	△	○	◎	◎

◎:よく用いられる
○:用いられる
△:状況によって用いられる
—:あまり用いられない

1 通院

治療が終わった後には、通院による経過観察が必要です。経過観察では、がんの再発や転移の有無、全身状態の確認などを行ないます。そのために、レントゲン写真・CT・MRI・PETなどの画像検査、血液検査、尿検査、生検などが必要に応じて行われます。口腔がんでは少なくとも5年間の経過観察が必要です。

2 転移

転移とは、血液やリンパ液の流れに従ってがん細胞が体の他の部分に移動してその部分で大きくなったものをいいます。口腔がんの転移しやすい場所は首のリンパ節と肺で、これらの早期発見にはCTやPET検査が有効です。

3 再発

再発とは、治療により一旦がんが消失した後に、再びがんが発生することをいいます。

口腔がんの再発や転移の多くは治療後2年以内に発生します。そのため、治療後2年間の経過観察は特に重要です。

転移や再発が生じたときには治療が必要になります。治療法は部位、大きさ、患者さんの状態などにより様々です。

6 予 防

1 口腔がんのリスク

(1) 「タバコ」と「お酒」

タバコとお酒は口腔がん発生の最大のリスクです。タバコを吸う人はタバコを吸わない人の約7倍、飲酒の習慣がある人はない人に比べて約6倍口腔がんが発生するという調査があります。また、「タバコ」と「お酒」には相乗効果があり、両方の習慣がある人は片方だけの習慣がある人の数倍がんの危険性があるともいわれています。すなわち、毎日「タバコ」を吸って「お酒」を飲む方は、両方の習慣のない方とくらべると口腔がん発生のリスクはきわめて高くなります。



(2) むし歯・合わない入れ歯・歯周病

虫歯で欠けた歯をそのままにしていたり、入れ歯やさし歯が合わずに舌や頬、歯肉の粘膜を傷つけたりこすれるなどの刺激があると、口腔がんの危険性を上げることも指摘されています。特に舌がんの発生に、歯やさし歯による刺激が強く関係するといわれています。また、口腔がんが発生した方の多くは、口の中が不潔で歯石や磨き残しが多く、歯周病になっています。

2 口腔がんにならないための心がけ

口腔がんにならないための予防法としては次のようなことがあります。

- (1) タバコ、お酒を控える。
- (2) 偏食せず、栄養のバランスのとれた食事をする。
- (3) 歯磨きやうがいなどを行い、口の中を清潔にする。
- (4) 壊れた入れ歯、合わない入れ歯、治療していない虫歯などのとがったかど、破れたかぶせものなどをそのままにしておかず、きちんと治療する。

3 かかりつけ歯科医を持ちましょう

口腔がんの予防および早期発見で特に大切なことは、かかりつけ歯科医を持ち定期的な診察を受けることです。これにより早期に発見される口腔がんは確実に増えると考えられます。さらに、むし歯や歯周病の早期治療、入れ歯の適切な調整ががんの予防にもつながります。つまり、かかりつけ歯科医により、口の健康が守られ、一生楽しく食事をしたり会話をすることができるようになるのです。



7 早期発見

1 口腔がんが心配になったら

口の中に気になる症状を見つれたり、何か気になることや心配なことがあったときには、できるだけ早く医師の診察を受けてください。口の中の異常に詳しい科としては、し び いん けう か歯科と耳鼻咽喉科があります。

2 口腔がんの専門家

口腔がんを治療する専門家は、口腔外科(歯科口腔外科)、耳鼻咽喉科、とうけいぶ げ か頭頸部外科です。歯科はすぐに思い当たるけれども、口腔外科や頭頸部外科ってどこにあるのかわからないという方もいると思います。その場合には、まず歯科医院や耳鼻咽喉科医院に行って相談してください。それらの医院が口腔がんを取り扱っている適切な口腔外科や耳鼻咽喉科、頭頸部外科に紹介してくれます。

3 注意が必要な状態

口の中は鏡で見ることができ感覚もえいびん鋭敏です。そのため、自分で口腔がんを発見することも可能です！定期的に、鏡を見てお口の中をチェックする習慣をつけましょう。歯磨きの後などがいいと思います。本冊子の最後に、注意が必要な症状を列挙しました。じっくりとご覧になってください。



(1) 口の中に、「しこり」や「はれ」などの肥大した部分がある。



「しこり」や「はれ」は要注意です。写真は右側のほほにできたしこりで、きょうねんまく頬粘膜がんです。



舌に発生した「はれ」です。表面はやや硬く、赤い部分と白い部分があります。生検の結果はがんでした。

(2) 口の中の粘膜が赤くなっている部分がある。



舌の右側が赤くなっています。粘膜が赤くなる病変の中に「こうばんしょう紅板症」というものがあり、紅板症の半分はすでにがんになっているといわれています。

(3) 口の中の粘膜に白くなっている部分がある。

白くなっている左上の歯ぐきは要注意です。粘膜が白くなる病変の中に「白斑症」というものがあり、がんになりやすい状態です。

(4) 口内炎が2週間たっても治らない。

2週間様子を見ても治らない口内炎に似た口の「荒れ」は要注意です。写真は口内炎に良く似た歯肉がんです。

(5) 口の中から出血がある。

がんの表面はただれたりえぐれたようになるのでちょっとした刺激でも出血します。写真は出血の原因となった口蓋から歯肉にかけて発生したがんです。

(6) 入れ歯が痛みや腫れで合わなくなったり、違和感がある。

写真は入れ歯が合わなくなって歯ぐきの痛みの原因となった右側の下顎の歯肉がんです。

(7) 原因不明の歯のぐらつきが続いている。抜歯後なかなか治らない状態が続く。

歯肉がんでは歯を支えている骨が吸収されるため歯がぐらつきます。写真は歯のぐらつきの原因になった下顎の歯肉がんです。ぐらついた歯のまわりの歯肉が盛り上がり潰瘍を作っています。

(8) その他

見た目は変化がなくとも、食べ物が食べづらい、頬や舌を動かしづらい、しゃべりにくい、口の中に痛い部分がある、舌や口の中のその他の部分にしびれ・麻痺感がある、首の周りのリンパ節が腫れているといった症状はがんが原因の場合があります。

ご自分の口をよく観察して、上記(1)～(8)の状況に似たような症状を発見した時はすぐに医療機関を受診しましょう。

あとがき

高齢化社会の進展に伴い、現在の日本では2人に1人はがんを患い、3人に1人はがんで亡くなっています。そのため、「がん対策」はますます重要な課題になっています。本冊子の最大の目的は、口腔がんの早期発見です。口腔がんの多くは直接目で見て触ることができます。時々はお自分で鏡を見て口の中を点検してください。また、定期的にかかりつけ歯科医を受診し診察を受けてください。このたった二つのことで、早期に発見される口腔がんの数は飛躍的に多くなるはずですよ。

がん研究振興財団は、官民一体で取り組む「第3次対がん新10か年総合戦略」の一翼を担っています。がん研究の助成、若手研究者や医療従事者の人材育成、国際研究交流の推進、国民へのがんに関する正しい知識の普及と予防啓発など多面的な活動を展開しています。

新たな世紀を迎え、これらのがん対策は、地域・国・世界レベルの視点から、国民と保健医療の専門家と行政とのなお一層の力強い連携が求められています。また、患者さんと専門家相互はいうまでもなく、ときには患者さん相互の連携、さらにはボランティアによる支えも大きな力になるものと思われまふ。

おわりに、国民一人ひとりの健康と福祉の向上、とくに「がん克服」へのひとつの道標として少しでも役に立つことを願い、この小冊子をまとめました。今後とも、研究の進歩や社会的ニーズに応じて、内容の見直しを図っていきたいと考えています。

参考資料

- 1.「国立がんセンター情報サービス」 <http://ganjoho.ncc.go.jp/>
- 2.「がんの統計」 がん研究振興財団 <http://www.fpcr.or.jp/>
- 3.「がんとうどう付き合うか」 がん研究振興財団
- 4.「がんを防ぐための12か条」 がん研究振興財団
- 5.「やさしいがんの知識」 がん研究振興財団
- 6.「知っておきたい放射線治療」 がん研究振興財団
- 7.「抗がん剤治療を安心して受けるために」 がん研究振興財団
- 8.「舌癌取扱い指針」 日本口腔腫瘍学会 <http://www.jsot.org/>
- 9.「頭頸部腫瘍取扱い規約」 日本頭頸部癌学会 <http://www.jshnc.umin.ne.jp/>

- 発行** 財団法人 がん研究振興財団
- 監修** 瀬戸 暁一 鶴見大学歯学部特命教授
- 編集責任** 東京大学医学部口腔外科
教授 高戸 毅・准教授 飯野 光喜・講師 森 良之・特任講師 西條 英人
横浜市立大学医学部口腔外科
教授 藤内 祝
昭和大学歯学部口腔外科
教授 新谷 悟
鶴見大学歯学部第一口腔外科
講師 川口 浩司・助教 堀江 彰久
NPO法人、歯科医療情報推進機構
専務理事 松本 満茂



【いぶき】はがん征圧のための基金です。皆さまのあたたかい気持ちが前へ進む原動力となります。この基金は様々な研究やイベント、広報活動に役立てられています。

- 少額から寄付できます
- 当財団への寄付金については税制上の優遇措置が適用されます
- 所得税、法人税及び相続税の寄付金控除が受けられます

※税制上の点及び寄付金控除等のことについては、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)

財団法人 がん研究振興財団

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内
TEL 03-3543-0332 ホームページ <http://www.fpcr.or.jp/>
本冊子からの無断転載・複製はお断りします。