

見落としてはいけない頭頸部癌

頭頸部癌の特徴

- 生活習慣に深くかかわりがある。
喫煙・飲酒・口腔衛生・ウイルスなど。
- 外来での視診・触診が可能である。
自覚症状が早くから出やすく、部位が体表に近い。
- 治療により大きな外観の変形や機能の障害が残る可能性がある。
早期発見・早期治療が予後と機能を改善する。

一般の人々への周知と、第一線の医療人の関与が大切である

発見に不思議の発見あり、見落としに不思議の見落としなし。

- 実際に見落としそうになった症例はどのような症例か、当科にて経験した症例を提示する。

いずれの症例も進行癌であり、診断は容易である。
検査機器や技術に問題があったわけではない。



まず頭頸部癌の存在に対する疑いを持つことが大事である。
疑いがないければ、診察・検査は行われなない。
検査が行われても、観察しなければ見えてこない。

頭頸部癌を疑わなければいけないのはどのような人か

頭頸部癌疑いでの受診ルート

- 上咽頭癌 紹介元(耳鼻科91%)
かかりつけ医あり 64%
- 中咽頭癌 紹介元(耳鼻科51%、歯科23%、内科17%)
かかりつけ医あり 68%
- 下咽頭癌 紹介元(耳鼻科42%、内科38%、外科16%)
かかりつけ医あり 72%

上部消化管内視鏡にて発見 中咽頭 5% 下咽頭 26%

多くの患者はかかりつけ医を持っており、耳鼻科以外から紹介されることも多い。



かかりつけ医の先生の協力が必要である。

頭頸部癌患者の性別

	男性 73%	女性 27%
口腔	60%	40%
鼻副鼻腔	71%	29%
上咽頭	79%	21%
中咽頭	83%	17%
下咽頭	89%	11%
喉頭	87%	13%
唾液腺	55%	45%

- 男性に多い(特に、喉頭癌・下咽頭癌では男性に多い
口腔癌・唾液腺癌では男女差が少ない)

頭頸部癌患者の年齢

	全体	66.5歳	40歳未満	3.5%
口腔		66		5
鼻副鼻腔		67		0
上咽頭		59		15
中咽頭		66		2
下咽頭		67		2
喉頭		70		0
唾液腺		60		13

60~70歳に多い(上咽頭・唾液腺・口腔では若年者にも注意)

頭頸部癌を疑う必要のある人は？

頭頸部癌の危険因子

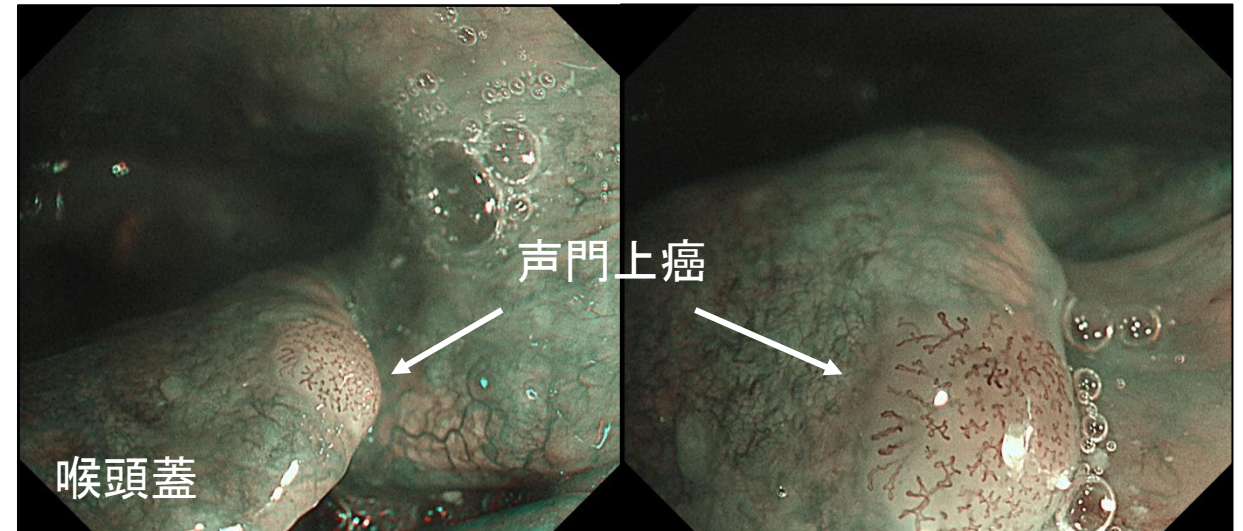
- 60歳以上の男性
- るいそう
- 喫煙歴
- 飲酒歴
- 口腔内不衛生
- 癌の既往（特に頭頸部癌や食道癌）
- 頸部照射歴

（ENTONI 128,2011,吉本より）

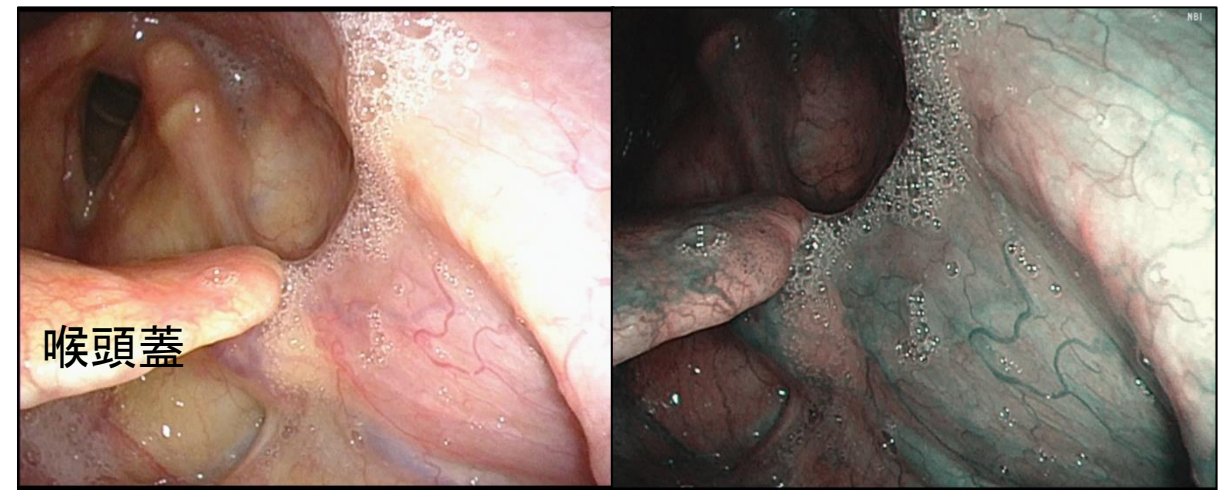
食道癌術後の患者

- 食道癌術後の経過観察のため、上部消化管内視鏡検査を行った際、喉頭蓋の異常を指摘される。
- 喉頭癌(声門癌)にて放射線治療後経過観察中であつた。

上部消化管内視鏡検査NBI



耳鼻科での内視鏡



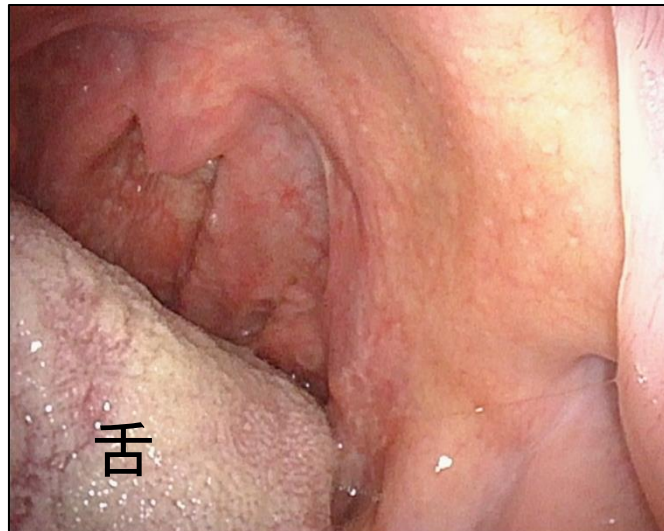
頭頸部癌にて治療後経過観察中

- 喉頭癌にて放射線治療後、経過観察中、中咽頭に癌を認めた。

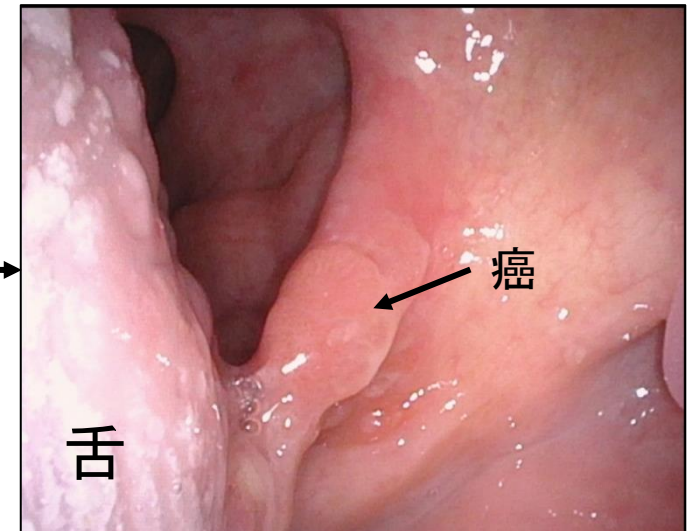
4月28日



9月22日



翌年6月22日



頭頸部癌患者はどのような訴えをするか？

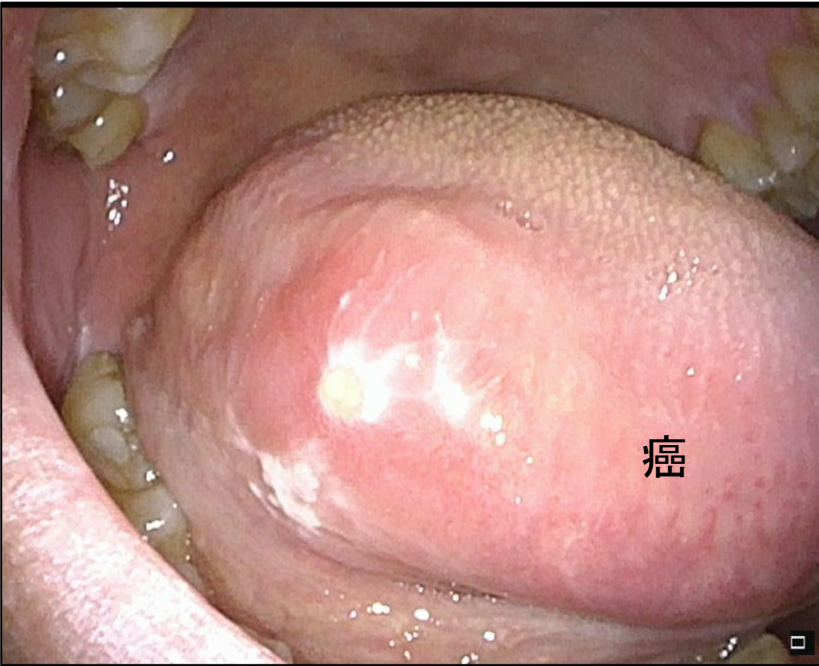
問診のこつ (JOHNS,1997,4,村上より)

- 症状は悪化する一方で、繰り返さない
- 症状が一か所で、あちこち移動しない
- 月単位の腫瘍で、日単位の変動がない
- 痛みは領域によっては危険
- 神経麻痺を伴えば危険信号

危険因子を持った患者が上記の訴えをした時は注意
ただし、頭頸部癌の部位によって症状は違う

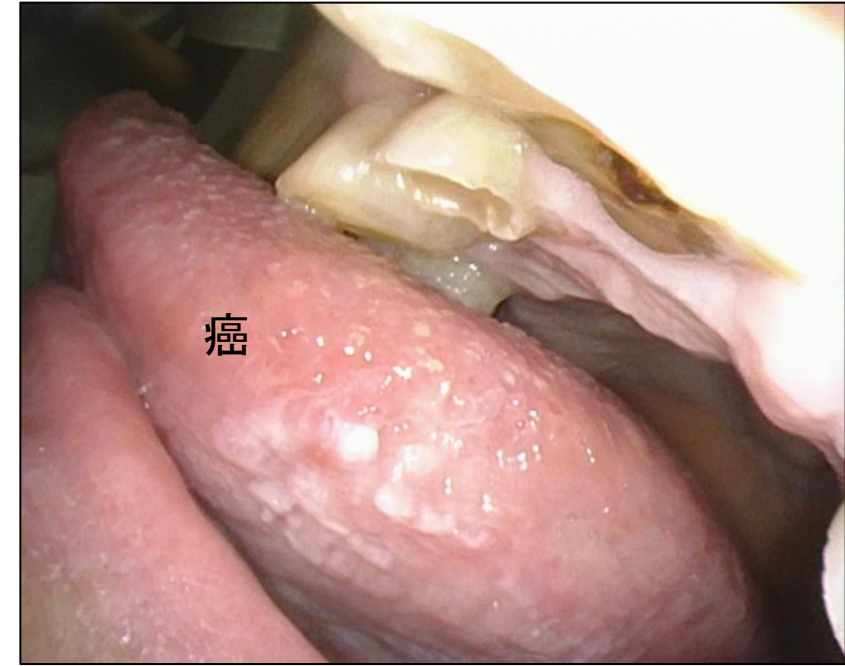
見落としてはいけない口腔(舌)癌

悪性



良性

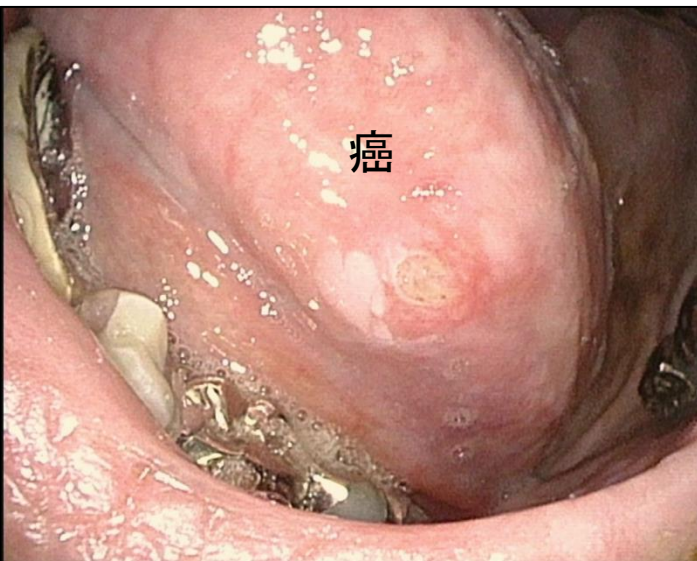
悪性



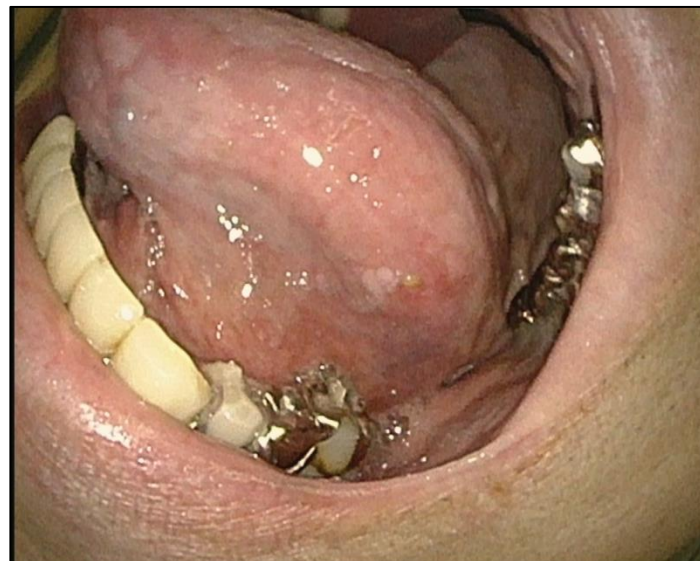
舌病変の経過（癌多発症例から）



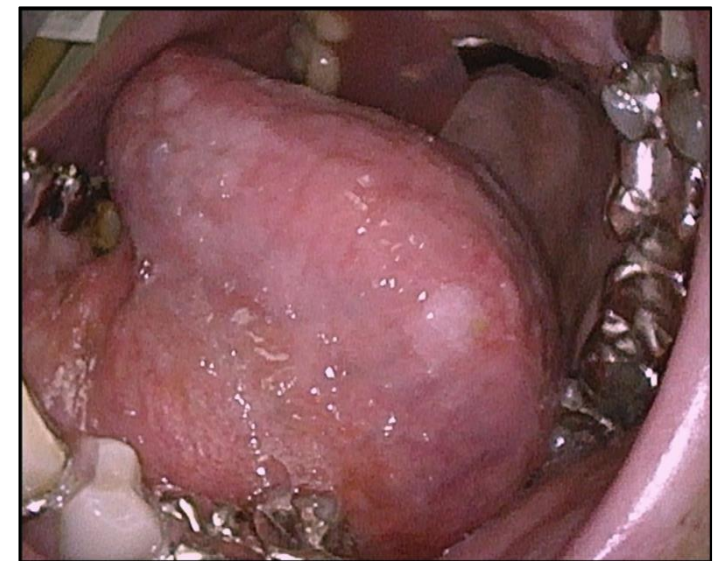
84日前



35日前



42日前



舌癌を疑う時は、まず触ってみましょう

- 痛みは要注意。
- はっきりとした原因（歯の刺激や咬傷など）のわからない病変。
- 2～3週間しても改善傾向のない病変。
- 触診にて硬結（深さ）のある病変。
- 疑いを抱けば、まず生検を行う。
- 病理検査結果と臨床所見が一致しないときは、再度生検。
- 患者は自分に都合のよい方に解釈するので結果説明は注意が必要。経過観察を行い、できれば、治癒を確認する。

触診にて硬結（深さ）のある病変は危険です

新しい口腔がんT分類に深さの概念が取り入れられた

(頭頸部癌取り扱い規約第6版、UICC第8版)

- T1 最大径が2cm以下かつ深達度が5mm以下の腫瘍
- T2 最大径が2cm以下かつ深達度が5mmをこえるが10mm以下の腫瘍
または
最大径が2cmをこえるが4cm以下でかつ深達度が10mm以下の腫瘍
- T3 最大径が4cmをこえるまたは深達度が10mmをこえる腫瘍
- T4a (口唇)下顎骨皮質を貫通する腫瘍、下歯槽神経、口腔底、皮膚(オトガイ部または外鼻の)に浸潤する腫瘍
(口腔)下顎もしくは上顎洞の骨皮質を貫通する腫瘍、または顔面皮膚に浸潤する腫瘍
- T4b 咀嚼筋間隙、翼状突起、頭蓋底に浸潤する腫瘍、または内頸動脈を全周性に取り囲む腫瘍

これで、T分類ごとに予後が相関することとなった

見落としてはいけない鼻副鼻腔癌

鼻副鼻腔癌の患者の訴え

- 鼻閉 36%
- 頬部腫脹 36%
- 鼻出血 29%
- 頬部痛 29%

副鼻腔手術歴のない患者の頬部腫脹・頬部痛は危険な症状である

鼻副鼻腔癌での注意点

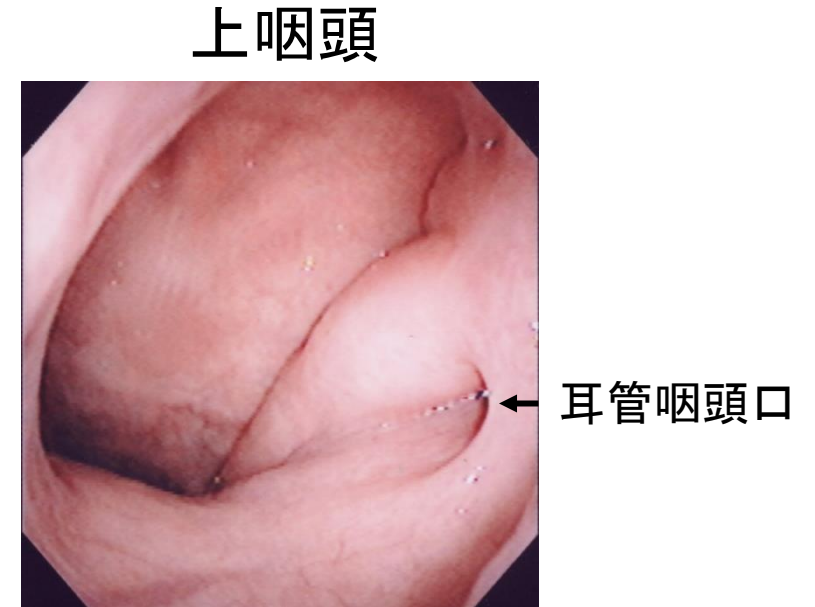
- 手術歴のない患者で骨欠損のある病変は悪性を疑う必要がある。
副鼻腔嚢胞では圧迫した骨の菲薄化・骨欠損
悪性腫瘍では破壊的な骨欠損
- 鼻副鼻腔癌では副鼻腔炎を合併することが多い。
生検では腫瘍から組織を採取する
鼻茸の結果であっても疑わしい時は、
さらに深部からの生検を考える

見落としていた頭頸部癌

見落としてはいけない上咽頭癌

上咽頭癌患者の訴え

耳症状	36%
頸部腫瘍	43%
鼻症状(鼻閉・鼻出血など)	43%



- 耳鼻科で滲出性中耳炎と診断治療後、後日、上咽頭腫瘍を認め紹介される症例がある → 滲出性中耳炎では上咽頭の観察は必須。
- 上咽頭癌では鼻閉や鼻出血などの鼻症状の訴えにも注意が必要である。

見落としてはいけない中下咽頭癌

下咽頭癌・中咽頭癌での症状

下咽頭癌		中咽頭癌	
• 咽頭痛	33%	• 咽頭痛	33%
• 異物感	32%	• 頸部腫瘤	33%
• 頸部腫瘤	21%	• 異物感	28%
• 咳	11%	• 出血	15%
• 上部消化管内視鏡検査	26%		

咽頭癌では咽頭痛・異物感と頸部腫瘤に注意
下咽頭癌では胃食道の検査で見つかる例も多い

咽頭癌での咽頭痛・異常感

- 受診までの期間は約7割で3か月以内、6か月以上は約1割
- 症状の特徴
 - 異常感・痛みは嚥下時に感じることが多い
 - 部位は癌の占拠部位にほぼ対応しており狭い範囲

舌癌患者(いわゆる咽喉頭異常感症)の異常感

正中頸部の広い範囲

日により場所が変わったり、複数の箇所

空嚥下時に強く、食物嚥下時には改善

見落としてはいけない頸部腫瘍

頸部リンパ節転移(N+)症例

- 口腔 19%
- 鼻副鼻腔 29%
- 上咽頭 70%
- 中咽頭 70%
- 下咽頭 51%
- 喉頭 9%
- 唾液腺 20%

受診時の訴え

- 上咽頭癌 43%
- 中咽頭癌 33%
- 下咽頭癌 21%

咽頭癌では特に頸部腫瘍に注意

注意が必要な側頸部の嚢胞状腫瘍

- 側頸嚢胞
- 甲状腺癌の頸部リンパ節転移
- 中咽頭癌の頸部リンパ節転移

頸部腫瘍の生検にて悪性と判明も原発巣がわからない

原発不明頸部リンパ節転移

原発不明頸部リンパ節転移の取り扱い

(頭頸部癌取り扱い規約第6版、UICC第8版)

組織学的に扁平上皮癌のリンパ節転移が確認されるが
原発巣が認められないもののN分類

EBVおよびHPV/p16関連腫瘍を特定する組織学的検査



EBVおよびHPV/p16陰性または不明

HPV/p16陽性→p16陽性中咽頭癌

EBV陽性 → 上咽頭癌

見落としてはいけない唾液腺癌

- 以前に検査・手術をしたが良性と言われた。
- もう数十年前から腫瘤は自覚している。



放置しているがそれでよいのか？

- 低悪性度に分類される進行の遅い癌がある。
- 良性（多形腺腫）でも悪性化することがある。

頭頸部癌を見落とさないために

- まず、頭頸部癌に対する疑いを持つ必要がある。
- 十分な問診を行い、高リスク症例を見分ける。
- 基本的な診察が重要、耳鼻咽喉・頸部をくまなく見る・くまなく触る。
- 見にくい部位は内視鏡を活用する。
- 頭頸部癌が疑わしい病変は生検を行う。
- 患者さんには、検査の限界や危険な症状を十分説明する。
- 必ず経過観察をし、結末を確認する。

丁寧な問診・丁寧な診察・丁寧な経過観察