

口腔外科疾患シリーズ  
「口腔がん早期発見のための基礎知識」

第5回

口腔がんの治療：早期がんと進行がんの違い



大分大学医学部歯科口腔外科学講座  
中津市民病院歯科口腔外科  
部長 高橋喜浩

1. はじめに

口腔がんの診断が確定すると治療に移っていきます。口腔がんの治療は臨床病期に従って行われ、早期の口腔がんと進行した口腔がんでは治療は大きく異なってきます。今回は口腔がんの治療について、舌がんと下顎歯肉がんの早期がん、進行がんについて解説します。

2. 早期口腔がんの治療

現在、早期口腔がんの治療は外科的切除が基本となっています。術前治療は行わず、診断後できるだけ早く根治的に切除を行い、担癌状態の期間を短くして根治を目指すのが一般的です。早期がんの場合、単純な切除での根治性が高く、加えて術後の機能障害が少なくすみ、日常生活に困ることが少ないことがその理由となっています。腫瘍の発生部位や状態によっては、植皮や局所皮弁による再建が行われることもあります。いずれの場合も数時間の手術時間で済み、術後7日から10日程度で退院が可能となり、日常生活に戻ることができます。

1) 舌がん (T2N0M0)、舌部分切除術症例



図1 初診時口腔内所見

左舌縁部に23×18mm大、潰瘍を伴う内向発育型の腫瘍を認めます(図1)。術前細胞診にて扁平上皮癌の診断を得ています。術前の画像検査で転移は認められなかったため、T2N0M0の診断のもと全身麻酔下に舌部分切除術を施行しています。

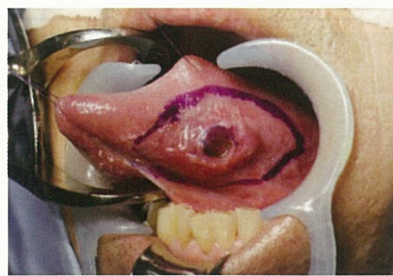


図2 術中所見

手術は、腫瘍辺縁より10mm程度外側に切開線を設定し、筋層を十分に含め深部の安全域を取りながら切除を行います(図2)。術中迅速病理学的検索で診断を得たうえで、辺縁に腫瘍細胞がないことを確認した後に、舌の形態を整えるように縫縮して手術を終了しています。

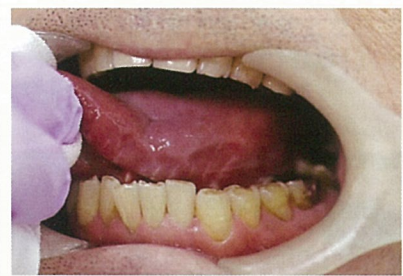
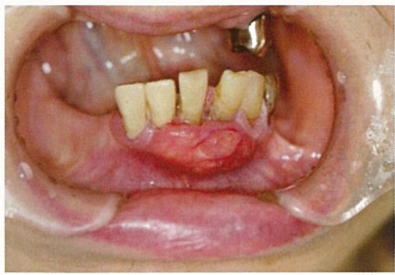
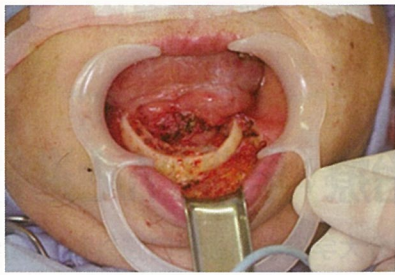



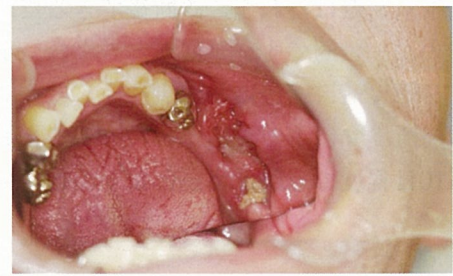
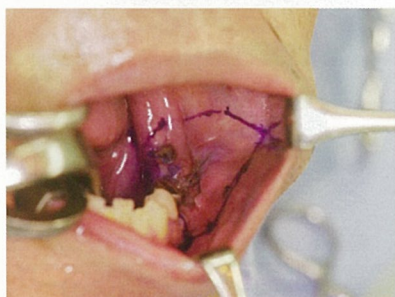
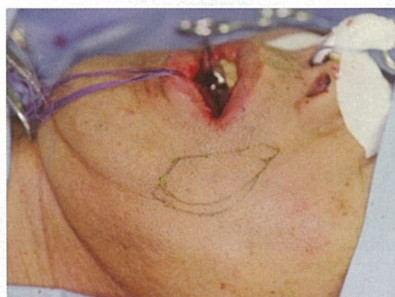
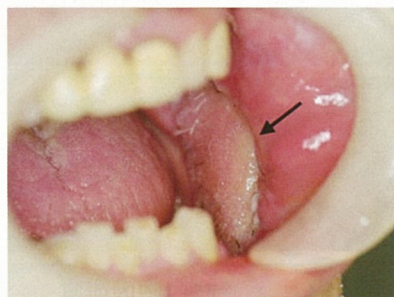
図3 術後の口腔内所見

術後の機能障害はなく、摂食嚥下も構音も術前と変わりなく行えています(図3)。

## 2) 下顎歯肉がん (T2NOMO)、下顎辺縁切除術症例

		
<p>図4 初診時口腔内所見</p>	<p>図5 術中所見 切除後の骨の状態</p>	<p>図6 術後の口腔内所見</p>
<p>下顎前歯部歯肉に25×15mm大、肉芽様で膨隆を認める外向発育型の腫瘍を認めます。生検にて扁平上皮癌の診断を得ています。術前の画像検査で転移は認められなかったため、T2NOMOの診断のもと全身麻酔下で下顎辺縁切除術を施行しています。</p>	<p>手術は前歯部の歯を含め、歯槽骨の高さで切除を行っています(図5)。骨の切除面にはテルダームス®を置き、Tie Over固定をして手術を終了しています。</p>	<p>術後は、骨面には付着歯肉が再生され、義歯の使用ができる状態にまで回復します。機能的には義歯を用いて普通食が摂取できる状態です。</p>

## 3) 下顎歯肉がん (T2NOMO)、下顎辺縁切除術、鼻唇溝皮弁再建症例

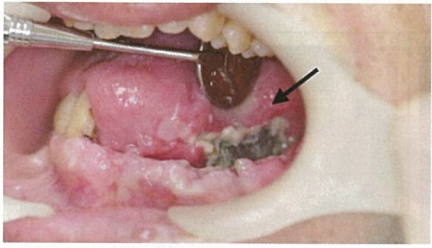
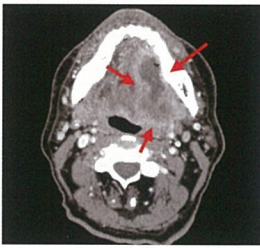

	<p>右下顎臼歯部歯肉から歯肉頬移行部を経て、頬粘膜下に浸潤する潰瘍を伴う内向発育型の腫瘍を認めます(図7)。生検にて扁平上皮癌の診断を得ています。術前の画像検査で転移は認められなかったため、T2NOMOの診断のもと全身麻酔下で下顎辺縁切除の治療方針となりました。頬粘膜下への浸潤が強く、頬粘膜部の切除範囲が広範囲になり、縫縮や粘膜被覆材の使用では瘢痕拘縮による術後の開口障害が予想されたため、局所皮弁である鼻唇溝皮弁を用いた再建を計画しています。</p>	
<p>図7 初診時口腔内所見(ミラー像)</p>		
		
<p>図8 a 術中所見 切開線</p>	<p>図8 b 鼻唇溝皮弁のデザイン</p>	<p>図9 術後の口腔内所見 矢印は再建部を示す</p>
<p>手術は腫瘍硬結より外側10mm程度に切開線を設定し(図8 a)、頬粘膜部分から切除を行い、下顎骨は歯槽部で辺縁切除を行っています。鼻唇溝皮弁を口腔内に回しこみ、頬粘膜の再建を行っています(図8 b)。</p>		<p>頬粘膜に皮弁が生着し、術後は開口障害もなく、義歯の使用で咬合の回復も図れています(図9)。皮膚の瘢痕は鼻唇溝に一致しているため、比較的目立つことなく日常生活に不自由はありません。</p>

### 3. 進行口腔がんの治療

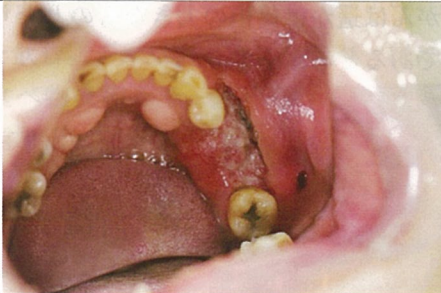

進行口腔がんの治療では、外科的切除術に加え放射線治療や抗がん剤による化学療法などが併用され、集学的な治療が必要となる場合が多くなります。近年、遊離皮弁による再建術が進歩してきたため外科的切除の適応が広がってきたこともあり、外科的切除が中心として治療が計画されることが多くなっています。そのため、切除術後の病理組織学的検査結果をもとに併用される放射線化学療法が計画されることが多くなり、術前よりも術後に行われることが多くなっています。しかし、原発病巣が大きな場合は、術前および術後に放射線化学療法が行われます。

進行口腔がんの治療では、それぞれの腫瘍の状態により治療が計画されますが、手術は10時間を超えるような大きな手術になり、入院期間も併用療法の期間を合わせると3ヶ月前後と長期間に渡ります。組織再建は行いますが、術後の機能障害は残るため、摂食嚥下障害や構音障害などに対して術後のリハビリテーションが必要となることもあります。

#### 1) 進行舌がん (T4N2cM0)、舌垂全摘、両側頸部郭清術、遊離外側大腿皮弁再建症例

		
<p>図10 a 初診時口腔内所見</p>	<p>図10 b 造影CT画像 矢印は腫瘍を示す</p>	<p>図11 術後の口腔内所見 見えているのは再建した舌</p>
<p>左側舌下面から口底にかけ、潰瘍を伴う内向発育型の腫瘍を認めます (図10 a)。腫瘍は正中を超え外舌筋に浸潤しており、著名な運動障害を認めていました (図10 b)。頸部リンパ節転移を両側頸部に多発性に認めていました。遠隔転移を認めなかったため、術前の放射線化学療法を施行しています。術前治療で腫瘍の縮小を認めましたが、手術は舌垂全摘、両側頸部郭清術を施行し、遊離外側大腿皮弁で舌の再建を施行しています。病理組織学的検索で3個以上のリンパ節転移を認めたため、術後療法として放射線化学療法を施行しています。</p>		<p>術後は、再発転移の所見なく経過良好です。舌はほとんどが再建舌のため構音障害を認め、聞き取れない言語があります。摂食嚥下では、食事形態は工夫がいますが、全量経口摂取が可能となっています (図11)。日常生活は可能な状態で社会復帰しています。</p>

#### 2) 進行下顎歯肉がん (T4N2bM0)、下顎骨区域切除、頬部皮膚合併切除、頸部郭清術、遊離腓骨皮弁および遊離大腿皮弁再建術症例

	
<p>図12 a 初診時口腔内所見 (ミラー像)</p>	<p>図12 b 顎下部皮膚に腫瘍が浸潤している</p>
<p>左下顎歯肉から歯肉頬移行部に潰瘍を認め、内向発育型の腫瘍を認めます (図12 a)。左下顎骨を破壊し、顎下部皮膚にも腫瘍が浸潤しています (図12 b)。</p>	



造影CT所見では、下顎骨外側皮質骨を破壊して皮膚へ浸潤する腫瘍を認めます（図13）。患側頸部に多発のリンパ節転移を認めました。術前治療として放射線化学療法を施行し、腫瘍の縮小を図っています。手術は、患側の頸部郭清術および下顎骨区域切除を行い、頬部皮膚を合併切除しています。組織欠損が非常に大きくなったため、口腔内と顎骨は遊離腓骨皮弁を用いて再建し、頬部皮膚は遊離大腿皮弁で再建を行っています。

頸部リンパ節転移が病理組織学的検査で2個であったため、術後の放射線治療は行わず、内服抗がん剤のみで維持療法を施行しています。術後は再発転移の所見なく、経過良好です。

図13 初診時造影CT画像 矢印は腫瘍を示す

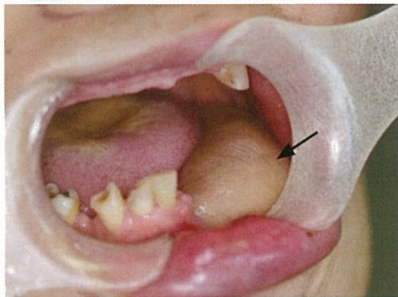


図14 a 術後の口腔内所見  
矢印は再建部を示す



図14 b 左頬部の再建部

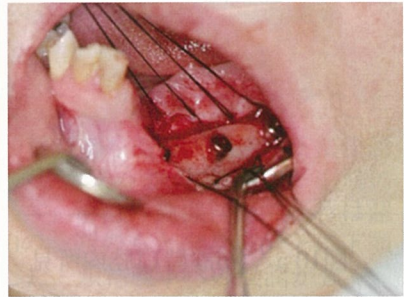


図15 再建した腓骨にデンタルインプラントを埋入している

術後の口腔内と左顎下部を示します（図14 a、b）。審美性としては十分とは言えませんが、口唇閉鎖は可能で、再建した腓骨にデンタルインプラントを埋入し（図15）、義歯タイプの上部構造を装着することで咬合回復を図り、摂食嚥下では普通食を経口摂取できるようになっています。

#### 4. まとめ

現在、様々な治療法の発達により進行口腔がんでも治療成績は向上しています。しかし、治療にかかる期間や治療後の機能障害など、早期口腔がんには比べ進行口腔がんは遥かに負担の大きなものとなります。やはり口腔がんの治療においては早期発見・早期治療が重要であると考えます。