

表在性の頭頸部癌の診断・治療 最新の話

(文責 消化器内科 森田周子 宮本心一)

咽喉頭癌の発生メカニズムの解明が進み、その高危険群が明らかになるとともに、解像度の向上、拡大内視鏡・狭帯域内視鏡 (Narrow Band Imaging : NBI) の出現といった内視鏡機器の進歩もあり、咽喉頭癌の診断・治療が急速に変化しつつある。NBI は、これまで可視光全域をカバーしていた RGB フィルターの分光透過率特性を狭帯域化したもので、最大の長所は通常観察で指摘困難な粘膜病変が容易に認識でき、さらに拡大観察を組み合わせることによって粘膜表層の微細血管構造が明瞭に描出できることである。現在市販されている NBI システムはヘモグロビンの吸収波長である 415nm と 540nm の狭帯域フィルターが採用されており 415nm の画像を青と緑に 540nm の画像を赤に電気変換しカラー画像化することにより、粘膜表層の血管構築や微細模様をコントラスト良く、高い描写力で表示することが可能である。なお NBI 観察と通常光観察は手元のボタンひとつで容易に変換可能である。このような技術の進歩を背景に近年、上部消化管内視鏡施行時に口腔・咽喉頭をしっかりと観察することで、深達度が浅く転移がない早期と考えられる咽喉頭癌症例が徐々に発見されるようになった。しかし人口における頭頸部癌の罹患頻度は高くなく、リスクファクターを考慮した上でのスクリーニング検査が発見効率を高める上でも重要である。リスクファクターとしては 50 歳以上の男性・大酒家 (アセトアルデヒドの代謝酵素の 1 つであるアセトアルデヒド脱水素酵素 (ALDH2) のヘテロ欠損者は飲酒時に顔が赤くなること (flusher と呼ぶ) で簡単に拾い上げることができ、高危険群として知られる)・食道癌多発例・まだら不染食道・長い喫煙歴・貧血歴の長い女性・MCV 高値などが知られており、これらにあてはまる患者さんの内視鏡施行時には特にいねいに観察することで、咽喉頭癌の早期発見と低侵襲治療に結びつくと考えられる。現在、内視鏡部には NBI 対応の光源システムが 2 台あり、食道癌、咽喉頭癌の症例は言うに及ばず、スクリーニング目的の上部消化管内視鏡施行時にも可能な限り咽喉頭の観察を行っている。患者さんには“少し苦痛が伴うが咽喉頭癌の発見の為に咽喉頭観察させて下さい”と申し出ることによって、ほぼ全例了承を得られる。正常血管影が消失した部位や発赤部位に注目して咽喉頭を観察し、NBI が使用可能な場合は NBI で異常血管の増生を伴う褐色領域 (brownish area と呼ばれる) を拾い上げる。異常が指摘されれば覚醒下では無理をして観察をせず、後日鎮静下で詳細な内視鏡検査を行うことにしている。消化器内科に受診していただき再検査の必要性を説明し、鎮静下 (通常はドルミカム、症例によってはスタドールを併用する) に NBI・拡大内視鏡を用いて詳細な観察を行う。まず通常内視鏡で正常血管影消失領域や発赤領域を探し、同部位を NBI にて異常血管の増生と褐色領域として観察されるかを確認する。その後、拡

大内視鏡にて80倍まで拡大して屈曲・蛇行・拡張した異常血管が増生しているかを評価し、NBIにて同じ所見を確認する。誤嚥の危険性の少ない部位であればヨードを滴状に数滴垂らして病変部がヨード不染帯となるかを確認する。必要に応じて小さな鉗子を使用して生検による組織検査を行う。扁平上皮癌の確定診断が得られれば、すみやかに他の画像診断を組み合わせ正確なステージングを行う。明らかな転移がなく局所切除の適応と判断されれば、消化器内科で内視鏡的に切除するか、内視鏡観察下もしくは肉眼観察下に耳鼻科で切除して頂くかを耳鼻科医師と相談し、治療方針を決定している。局所切除治療は入院して、多くはデイスージャリーを利用して全身麻酔下に施行する。切除部位によっては一時的な気管切開が必要になったり、手術翌日までの挿管が必要になったりするが、問題なければ当日抜管し、翌日から食事開始となる。疼痛は、NSAIDs内服でコントロール可能なことが多い。出血や感染・疼痛・嚥下障害・喉頭浮腫などの問題がなければ、数日から一週間ほどで退院できる。

咽喉頭癌は、癌の深達度とリンパ節転移・予後との関係がまだ判明しておらず、早期癌・表在癌の定義もまだできていないのが現状である。局所治療で治癒可能と思われる上皮内癌の症例であっても、局所切除は現地点での標準的治療ではないことを十分説明の上、患者さんが希望された時にのみ行うべき治療である。また治癒切除の定義がないため、リンパ節転移がないと予想される上皮内癌を完全切除した症例であっても、内視鏡・耳鼻科ファイバー・超音波・CTなどでの慎重なフォローアップが必要である。今後は症例を蓄積することで治療方針が明確になってくると考えられる。

咽喉頭癌の早期発見による縮小治療の福音は多大であり、リスクファクターを有する患者さんは、上部消化管のスクリーニングも含めて、上部消化管内視鏡をすすめて頂けるよう、よろしく願い申し上げます。特に頭頸部癌、食道癌の既往のある方にとって定期的な(可能なら半年おき)上部消化管内視鏡はmustであるをご理解ください。