

もっと

知ってほしい

頭頸部がんのこと

監修

神戸大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科頭頸部外科学分野 教授

丹生健一

ANSWER Head and Neck CANCER

自分の病気を理解するために、担当医に質問してみましょう



治療方針を決めたり、健康管理をしたりするうえで、自分の病気の状態をよく理解しておく必要があります。次のような質問を担当医にしてみましょう。

私のがんは
どのようなタイプですか

病理検査の結果を
説明してください

私のがんは、どの病期
(ステージ) ですか

がんはリンパ節やほかの
場所にも広がっていますか

治療の選択肢について
説明してください

この治療にはどのような
利点がありますか

治療に伴う長期間の
副作用にはどのような
ものがありますか

この治療は日常生活
(仕事、家事、育児) に
どのように影響しますか

がんやその治療は
食事や会話に
どんな影響を与えますか

質問があるときや
問題が起こったときは
誰に電話すればよいですか

私が参加できる
臨床試験はありますか

経済的な不安が
あるときは、どこに
相談すればよいですか

私や家族が精神的な
サポートを受けたいときは、
どこに相談すればよいですか

私がほかに聞いておくべき
ことはありますか

「頭頸部がんの疑いがある」といわれたあなたへ

気になる軽い症状で診察を受けたとき、あるいは検診や健康診断、人間ドックの結果から、「頭頸部がんの疑いがある」「頭頸部がんです」と聞かされ、あなたは驚きや不安、悲しみなどさまざまな感情に揺さぶられている最中かもしれません。

こんなときにこそ、頭頸部がんやその経過、治療についての正しい知識を得ることが大切です。

頭頸部がんは顔から首までの間のがん全体の総称で、がんのできた部位によって、症状や治療法は大きく異なります。また、同じ部位のがんでも治療の効果・副作用、その後の経過には個人差が大きいことも知られています。それだけに自分のがんの状態をよく知り、自分の病気や生活に合う治療法を選択することが必要になります。

頭頸部がんの治療には、

耳鼻咽喉科、形成外科、歯科口腔外科などの外科系医師や内科医、麻酔科医、放射線科医、薬物療法の専門家である腫瘍内科医、リハビリテーション専門医、がん患者の心の専門家である精神腫瘍医、心身の痛みを専門とする緩和ケア医など、さまざまな専門分野の医師が関わります。

また、看護師、薬剤師も療養や薬に関してアドバイスします。

発声や発音の訓練を行う言語聴覚士、リハビリを支える理学療法士や作業療法士、食べ方や食べ物、栄養の相談に乗る管理栄養士、生活や仕事などの相談に乗るソーシャルワーカーといった専門職もいます。

不安や悩みがあるとき、疑問があるときには、これら多くの医療スタッフに遠慮せずに相談するといいいでしょう。

この冊子では、頭頸部がん全体に共通する治療法を中心に、生活するうえで役立つ情報や患者さんの声も掲載しています。治療法の選択に、またご家族などあなたの大切な人たちや医療スタッフとのコミュニケーションに、この冊子が役立つことを願っています。

CONTENTS



【取材協力】
日本医科大学武蔵小杉病院
薬剤部 がん指導薬剤師
宮田 広樹

頭頸部がんとは、どのような 病気 ですか……………	4
どのような 検査 が行われ、頭頸部がんだと診断されるのですか……………	6
頭頸部がんの 病期（ステージ） や 進行度 について教えてください……………	7
頭頸部がんでは、どのような 治療 が行われますか……………	8
どのような 手術 が行われますか……………	9
どのような 放射線療法 が行われますか……………	11
薬物療法 とその 副作用 について教えてください……………	12
再発・転移 とは、どのような状態になることですか……………	14
苦痛を和らげてくれる 専門家 がいます……………	15
Patient's Voice ……………	5、6、10、11、14

頭頸部がんとは、 どのような病気ですか

A. 頭頸部がんは、顔面から首（頸部）までの範囲にできるがんです。多くの種類があり、各々の発生原因や治療法、予後が異なります。頭頸部には呼吸、摂食、発声など重要な機能が集中しているため、生活の質（QOL）への影響が大きいのも特徴です。

生活の質に影響を及ぼす頭頸部がん

頭頸部とは顔面から首（頸部）までを指し、おおむね脳の下から鎖骨までの範囲で、耳、鼻、副鼻腔、のど（咽頭、喉頭）、口腔（舌など）、甲状腺、耳下腺などが含まれます（図表1）。

頭頸部には、顔面の形態を維持する、表情をつくるという整容的な機能、呼吸や食事（咀嚼・嚥下）、発声、味覚、嗅覚、聴覚のような、生命維持や社会生活に重要な機能が集中しています（図表2）。そのため、頭頸部がんでは、がんのできる場所によっては、腫れや痛み、出血がある、飲み込みにくい、声がかすれる・出にくいなど、日常生活に支障を来すさまざまな症状が現れ、生活の質（QOL）が大きく低下することが問題になります。

発生頻度は低いが、重複がんもある

主な頭頸部がんとしては、咽頭がん（上咽頭がん、中咽頭がん、下咽頭がん）、喉頭が

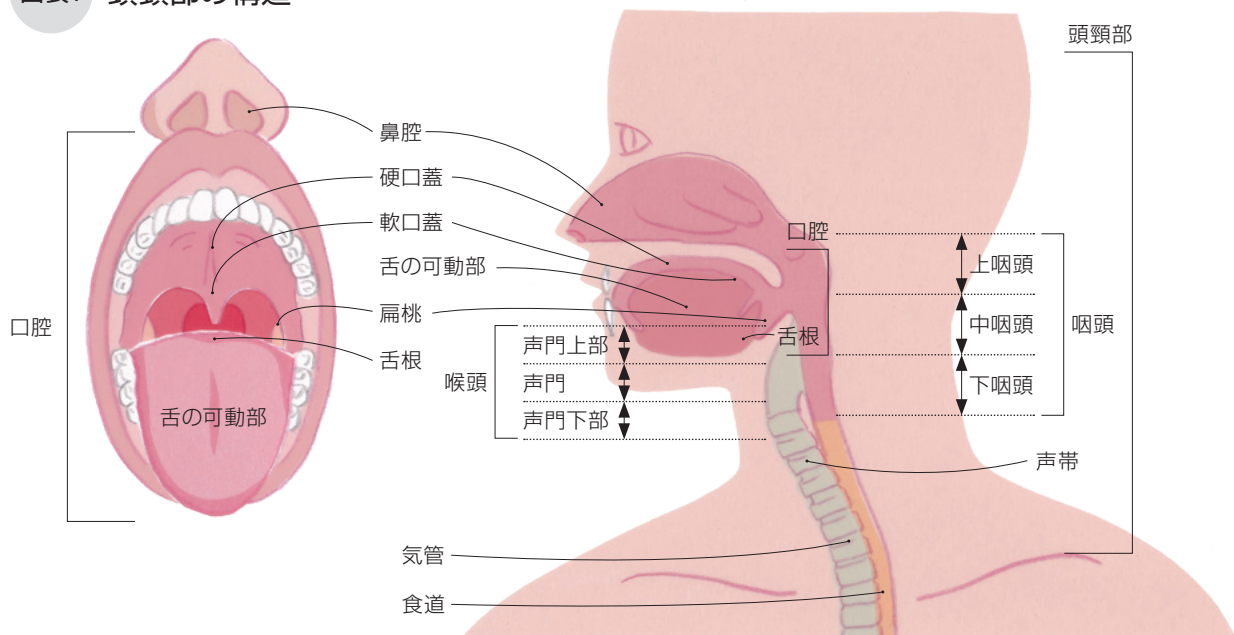
ん（声門がん、声門上がん、声門下がん）、上顎洞がん、口腔がん（舌がんなど）、唾液腺がん、甲状腺がんなどがあります。

頭頸部がんの発生頻度は、すべての種類を合わせても、胃がんや大腸がん、肺がんなどに比べると低く、日本人の罹患数は年間1万5000～2万例です。ただ、近年、咽頭がん、口腔がんの罹患率は、男女とも約2倍に増加しているといわれています。また、頭頸部がん（特に中咽頭がん、下咽頭がん）では、転移ではなく、食道などまったく別の部位にがんが発生しやすいことが知られています（重複がん）。

がんの種類によって特徴が異なる

各々のがんは、発生要因（図表3）や治療法、予後などが異なります。頭頸部がんの多くは中高年の男性に発症しますが、がんの種類によっては若年者や女性にも発症します。例え

図表1 頭頸部の構造

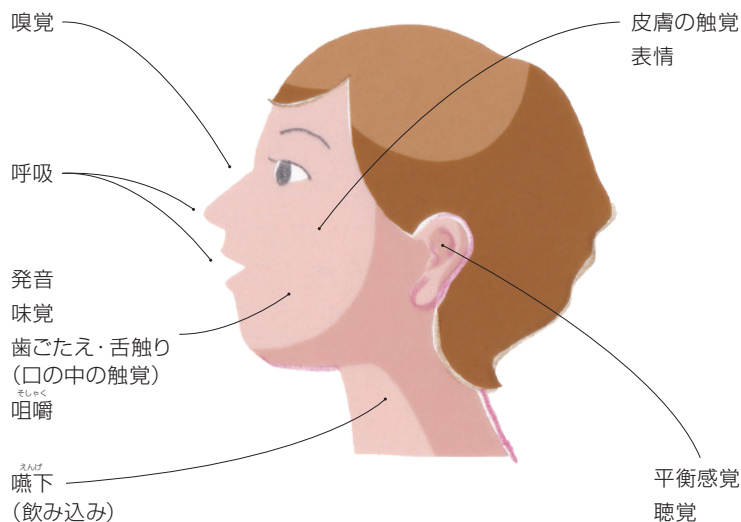


「がん情報サービス」国立がん情報センターがん対策情報センターなどを参考に作成

ば、舌がんは20～30歳代でも発症することがあり、一部の下咽頭がんは鉄欠乏性貧血の女性に多く発生します。頭頸部がんの発生には喫煙や飲酒が大きく関わっています。最近、中咽頭がんではヒトパピローマウイルス（HPV）の関与が指摘されており、50%を占めるという報告もあります。舌がんでは歯並びが悪い、入れ歯が合っていないなどの理由で、歯や入れ歯が常に舌にあたることによる機械的な刺激や虫歯、口腔内の不衛生が発生要因の1つと考えられています。

なお、本冊子では、頭頸部がんの中でも比較的頻度の高い中咽頭がん、下咽頭がん、喉頭がん、舌がんを中心に解説します。

図表2 頭頸部が司る、さまざまな機能



丹生健一氏提供資料などを参考に作成

図表3 主な頭頸部がんの特徴

原発部位	患者背景	主な発生要因		頭頸部がん全体に対する割合*	症状
中咽頭がん	男性に多く、好発年齢は50～60歳代。	飲酒、喫煙（頭頸部がん全体の80%に関与）	HPV感染（全体の50%）	13.5%	飲み込むときの違和感、のどの痛み・出血、のどにしみる感じ、息が鼻にぬけて言葉がわかりにくくなる、口を開けにくくなる、首のリンパ節の腫れなど。
下咽頭がん	主に飲酒量の多い中年以降の男性。一部のがんは鉄欠乏性貧血の女性にみられることもある。		鉄欠乏性貧血（女性）	19.9%	飲み込むときの異物感、のどにしみる感じ、耳の周りの痛み、声がれ、首のリンパ節の腫れやしこりなど。
喉頭がん	圧倒的に男性に多く、50～80歳代までに急激に増加。患者の90%以上が喫煙者。		—	17.2%	声門がん：嗄声（低いがら声・雑音の入ったざらざら声・かたい声・息がもれるような声など）、息苦しさ、呼吸困難、血痰など。 声門上がん：いがらっぽさ、異物感、飲み込むときの痛み、耳に広がる痛み、首のリンパ節の腫れ、嗄声、呼吸困難など。 声門下がん：かなり進行するまで無症状。
舌がん	男性に多く、好発年齢は50～70歳代。ただし、50歳未満も4分の1を占め、20～30歳代にも発症。		歯並びの悪い歯や合わない入れ歯による機械的刺激、虫歯など口腔内不衛生。	口腔がん 35.4%。 うち、舌がんが 53.4%。	舌の両脇部分にできる硬いしこり、痛みや出血。食べにくい、話しづらいなど。

*日本頭頸部癌学会による頭頸部悪性腫瘍全国登録／2012年度 全3899例のデータによる。「がん情報サービス」国立がん研究センターがん対策情報センターなどを参考に作成

Patient's Voice

1

会話の不自由さをジェスチャーやアプリで補っています。リハビリの継続も大切です

舌がんで舌の3分の1と頸部リンパ節を切除した後、放射線療法を受けました。半年後に再発が見つかり、あごの骨の片側と軟組織の切除手術、腹直筋とチタンプレートによる再建手術、抗がん剤による治療となりました。現在、言語機能障害で身体障害者4級に認定されています。

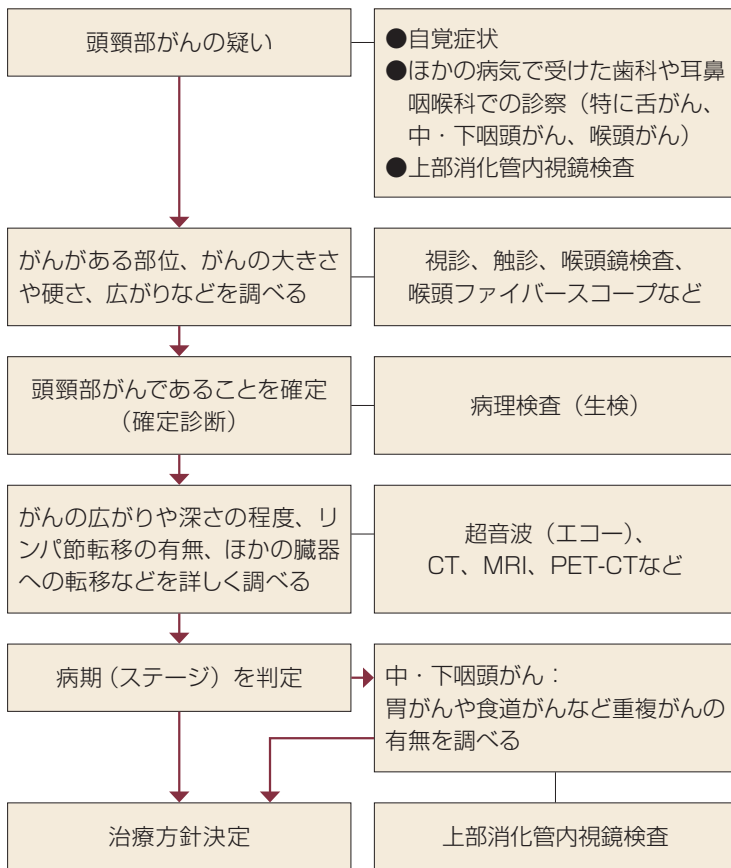
治療後から、話をする際に簡単なジェスチャーを加える、タブレット端末に入れたホワイトボードのアプリを使うなどの工夫でコミュニケーションを補いました。また、食事は妻が圧力鍋やミキサーなどで調理し、食材の硬さや大きさ、水分量、とろみを調整してくれています。会社へはお粥を保温容

器に入れて持参しています。再建手術などでかなり回復し、日常生活では会話に困ることはそれほどなくなりました。ただ、飲み込みに必要な筋肉を半分切除しているため、残った筋肉を鍛えるリハビリテーションは毎日欠かさず行っています。
(48歳男性・診断から3年目)

どのような検査が行われ、頭頸部がんだと診断されるのですか

A. 頭頸部がんは、問診、視診、触診、喉頭鏡や内視鏡を用いた診察を行ったうえで、疑わしい組織の一部を採取し、顕微鏡で病理検査をして、確定診断します。超音波検査やCT、MRIなどの画像検査で、がんの広がりやリンパ節転移の有無も調べます。

図表4 頭頸部がんの診断の流れ



「がん情報サービス」国立がん情報センターがん対策情報センターなどを参考に作成

頭頸部がんは、首のリンパ節の腫れやしこり（痛みを伴わない）、口やのどの痛み、声がれ、飲み込みにくさなどの自覚症状から、またほかの病気の診察時、検診や人間ドックなどで上部消化管内視鏡検査で発見されることがよくあります。診察では問診、目で観察する視診を行い、がんが触れられる部位であれば触診します。中・下咽頭がんでは丸い小さな鏡が付いた喉頭鏡を口に入れて、喉頭がんでは喉頭鏡検査のほか、鼻から入れる喉頭ファイバースコープで鼻やのどを観察します。

さらに局所麻酔をかけたうえで疑わしい組織の一部を切除し、顕微鏡でがん細胞の有無を調べる病理検査を行って確定診断します。下咽頭がん、喉頭がんでは病理検査用の組織の採取には内視鏡を用います。

確定診断後は、超音波検査でリンパ節転移の有無を、CT（コンピュータ断層撮影）検査やMRI（磁気共鳴画像）検査、PET（陽電子放出断層撮影）-CTなどでがんの広がり程度を調べます。また、中・下咽頭がんでは、胃がんや食道がんの合併（重複がん）の有無を上部消化管内視鏡検査でチェックします。

Patient's Voice

入院中から職場復帰の相談を開始。職場の人たちにも支えてもらっています

20年以上続けてきた現場監督の仕事では、業者との打ち合わせ、施主や近隣住民への説明、工程や品質に関する会議などで1日中しゃべりっぱなしでした。ところが、舌がんの治療後に話すのが難しくなるとわかり、喪失感と無念さを感じました。当時の私は「仕事での活躍が人生の成功」という価値

観だったので、なおさらでした。

入院中から上司と連絡を取り合い、職場復帰の準備をした結果、キャリアを活かし、建築の積算に職種転換をすることとなりました。復帰後は外来化学療法の通院や体調不良時の早退などを考慮した仕事量に調整してもらい、電話はほかの人に取ってもらうなど多

大なサポートを受けました。自分がチームの負担になっているのではと感じることもありますが、「がんを仕事ができない言い訳にしない」という心構えでいます。ほかのメンバーの調子が悪いときには自分もフォローをするといった、助け合う環境が必要だと考えます。（48歳男性・診断から3年目）

頭頸部がんの病期(ステージ)や進行度について教えてください

A. 頭頸部がんの病期は0～IV期まであり、がんの広がり(T)、リンパ節転移の有無(N)、他臓器への転移(M)の3つの項目によって決められます(TNM分類)。頭頸部がんの多くは、診断時にⅢ～ⅣA期に進行していることが少なくありません。

病期とは、がんの進行の程度を示す言葉で、ステージともいいます。頭頸部がんの病期は、0期、I期、II期、III期、IV期(ⅣA、ⅣB、ⅣC)に分類されています。病期は、①もとのがん(原発巣)がどこまで広がっているか(T分類)、②首のリンパ節転移の有無やその大きさ、片側か両側か(N分類)、③別の臓器への転移の有無(M分類)の3項目によって決められます(TNM分類)。例えば、咽頭がんや喉頭がんでは、がんの発生部位によってT分類が異なるなど、頭頸部がんの種類によってT分類、N分類、M分類は細かく決められています。

中・下咽頭がん、喉頭がん、舌がんに関しては、おおむねI期、II期はリンパ節への転移がなく、I期は原発巣が極めて小さい場合です。III期は原発巣が大きいか、リンパ節1カ所に転移がみられる場合、ⅣA期はリンパ節2カ所以上に転移がみられる場合、ⅣB期はがんが首にある動脈(内頸動脈)や頭の骨(頸椎など)にまで広がっている場合、ⅣC期はほかの臓器に転移がみられる場合です(図表5)。I期、II期は早期がん、III期、Ⅳ

期が進行がんです。

舌がんはともかく、咽頭がんなどほかの頭頸部がんは見えにくいいため、症状が現れるまで気づきません。最近では、上部消化管内視鏡検査の機器や手技の発達により、下咽頭がんは早期に発見されるようになってきたものの、頭頸部がんは原発巣が小さくても早期にリンパ節転移を来すため、診断時にⅢ～ⅣA期に進行していることが多いのが特徴です。

セカンドオピニオンとは?

担当医から説明された診断や治療方針に納得がいかなかったり、さらに情報がほしい場合は別の医師に意見を求める方法があります。これを「セカンドオピニオン」といいます。納得のいく治療を選択するために、別の医師の意見も参考にするものなので、セカンドオピニオンの結果は担当医に必ず報告し、もう一度、治療方針についてよく話し合しましょう。

セカンドオピニオンを受けたいときは、担当医に紹介状や検査記録を用意してもらう必要があります。また、各地のがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに問い合わせると「セカンドオピニオン外来」のある病院の情報が得られます。なお、セカンドオピニオン外来の費用は全額自己負担になります。

図表5 中・下咽頭がん、喉頭がん、舌がんの病期

進行度	病期(ステージ)	TNM分類
早期がん	I期、II期	リンパ節への転移がない。原発巣が極めて小さい場合のみがI期
	III期	原発がんが大きいか、原発巣が小さくてもリンパ節1カ所に転移している
進行がん	ⅣA期	がんが2カ所以上のリンパ節に転移している
	ⅣB期	がんが首の動脈や頭の骨にまで広がっている
	ⅣC期	がんがほかの臓器に転移している

頭頸部がんでは、 どのような治療が行われますか

A. 頭頸部がんの治療としては、主に手術、放射線療法、薬物療法が行われます。治療方針は、治療効果と機能・臓器温存の両立を目指し、がんの種類、病期、患者さんの年齢、持病や社会的背景などを考慮し、個々の状況に応じて決定します。

頭頸部がんの主な治療法には、手術、放射線療法、薬物療法があります。これらのうちのどの治療法を中心にするか、単独で、あるいはいくつかを組み合わせるかは、がんの種類や病期（p.7）に基づいてガイドラインで推奨されています。中・下咽頭がんや喉頭がんでは、I～IVA期までは手術、放射線療法、あるいは薬物療法と放射線療法を併用する化学放射線療法（p.11、12）のいずれも選択肢となりえますが、IVB期になると手術は極めて難しく、一部の患者さんを除いては、原則、IVC期と同様に放射線療法、化学放射線療法を中心として治療が組み立てられます（図表6）。舌がんは手術が主となります。

頭頸部がんの標準治療は個別化治療

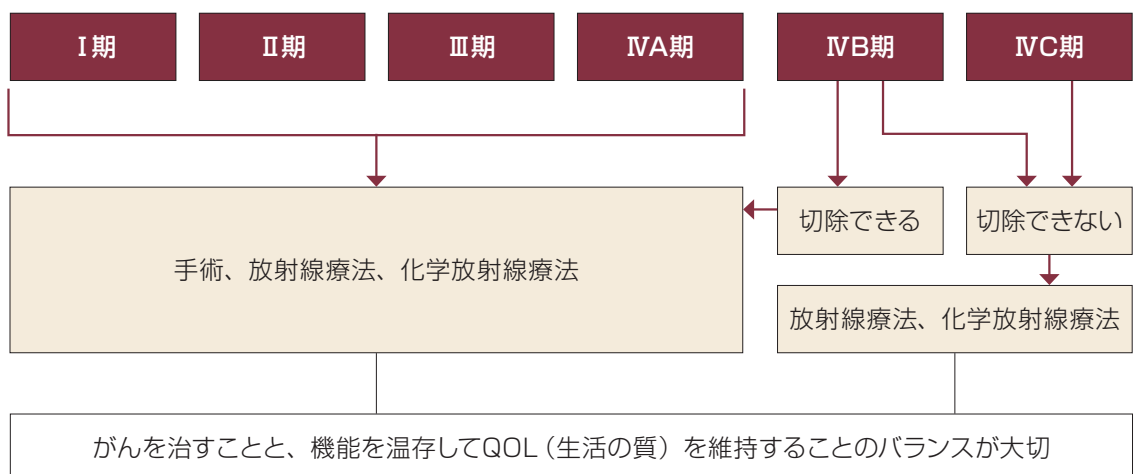
頭頸部には人が生きるため、社会生活をおくるために、容貌を含めて重要な機能が集中しています（p.4、図表2）。そこで頭頸部がんの治療は、がんの種類、病期、年齢、ほかの病気の有無などに加え、職業のような社会

的背景なども考慮し、個々の状況に応じた治療法を選ぶことが大切になります（個別化治療）。

最近では、がんや治療によって生じた欠損部を修復し、本来の形や機能を回復する再建手術（p.9）が進歩し、高い治療効果を得るとともに、容貌や機能をできる限り残し（機能・臓器温存）、QOLを維持できるようになってきています。例えば、中咽頭がんの治療は、従来、外からの切開による切除が中心でしたが、最近では口から行う低侵襲の切除手術や化学放射線療法などの機能・臓器を温存する治療が主体となってきました。

このように治療の個別性が高いことから、さまざまな治療法を提案できる施設で、専門医から治療の長所、短所を含めて十分な説明を受け、理解したうえで、治療法を選ぶことが大切です。今後の生活に関わる大きな選択ですから、理解できないことがあれば繰り返し担当医に聞きましょう。

図表6 中・下咽頭がん、喉頭がんの病期（ステージ）に基づく治療方針



どのような手術が行われますか

A. 頭頸部がんの手術は、機能・臓器の温存を念頭に、がんの種類、発生場所、広がり、深さ、リンパ節転移の有無などから、根治性が高い方法が選択されます。必要に応じて、機能・臓器の修復を目指す再建手術や代用音声などの対策が講じられます。

頭頸部がんの手術は、「経口的なアプローチ（口から直接行える）の手術か／そうでないか」に大きく分けられます。経口的なアプローチができない場合、「切除範囲が小さいか／大きい」「喉頭を温存するか／しないか」「リンパ節転移があるか／ないか」などで手術の方法が異なります。切除範囲が大きい場合には、欠損した機能・臓器を回復させるために組織移植などの再建手術が必要になります（図表7）。喉頭を温存しない場合には、喉頭全摘により失声状態になるため、代用音声（食道発声や器具を用いた発声など）が必要になります（図表8）。リンパ節転移がある場合は、リンパ節郭清術、あるいは頸部郭清術も行われます。

なお、退院までの期間は、経口的なアプローチの手術では約1～2週間、再建手術が必要な場合は早くても1か月はかかります。

早期の中・下咽頭がんは経口的に手術

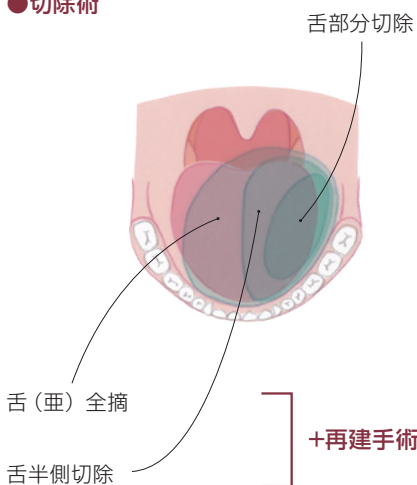
中咽頭がんのうち、早期の側壁（扁桃腺を中心とした部分）がんでは、扁桃腺摘出に準じて経口的にがんを切除することが可能です。下咽頭がんでも、上部消化管内視鏡検査で偶然に発見されたごく初期の場合には、内視鏡による切除が行われることがあります。

進行した舌・中咽頭がんでは再建手術も

舌がんでは、がんの大きさや部位により舌部分切除、舌半側切除、舌（垂）全摘のいずれかの術式が選択されます。舌（垂）全摘や一部の舌半側切除では、術後に食事摂取や会話が難しくなるため、体のほかの部分（腹直筋や前腕など）から皮膚組織を移植する再建手術が行われます（図表7）。広範囲の切除が必要な中咽頭がんの場合も、術後の誤嚥、食べ物や水分の鼻への逆流などが問題になるため、再建手術が行われます。

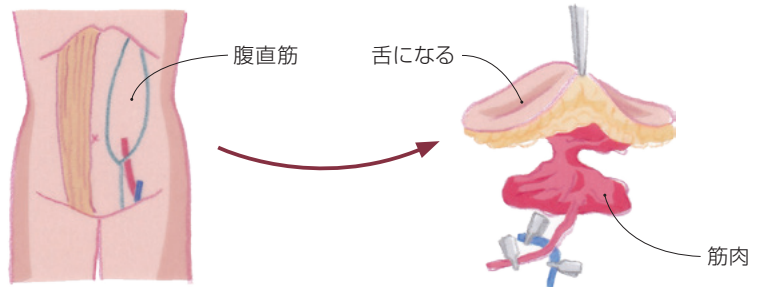
図表7 舌がんの切除術と再建手術

●切除術

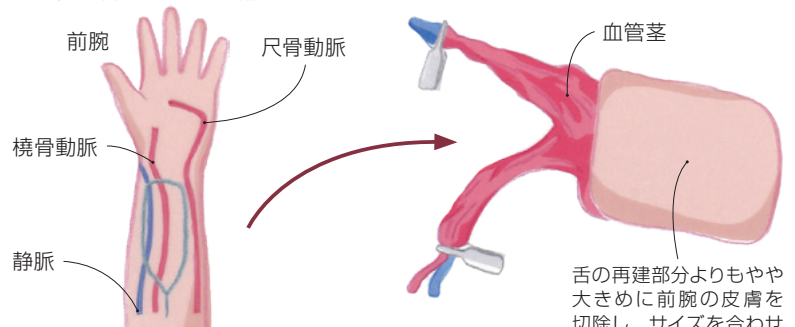


日本頭頸部癌学会のホームページなどを参考に作成

●腹直筋皮弁による再建術 腹直筋部分の皮膚を移植



●前腕皮弁による再建術 前腕部の皮膚を移植



*この手術は中咽頭を広範囲に切除した場合にも行われる。

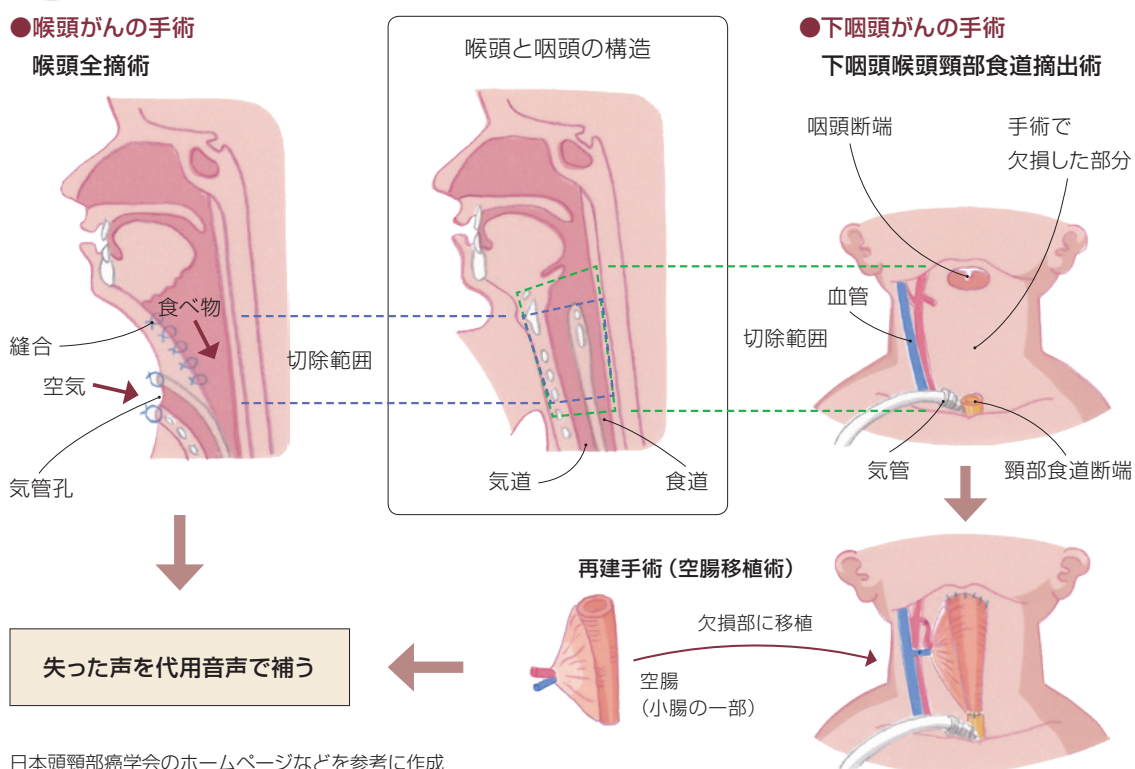
喉頭全摘では代用音声が必要に

喉頭がんの代表的な手術には、初期がんに行われる「喉頭部分切除術」と進行がんの多くに行われる「喉頭全摘術」があります。下咽頭がんの手術は、がんが下咽頭にとどまっているか、喉頭へ広がっていても軽い場合に喉頭を温存（一部切除）する「下咽頭部分切除術」と、進行がんの場合に喉頭を全部切除する「下咽頭喉頭頸部食道摘出術」に大きく分けられます。

喉頭部分切除術と下咽頭部分切除術は、喉頭の一部切除により、術後に声のかすれが残

ることもありますが、日常生活にあまり問題はありません。一方、喉頭全摘術、下咽頭喉頭頸部食道摘出術では、気道と食道は独立した管になるものの、鼻や口に空気が通らないため、においをかいだり、鼻をかんだりできなくなります。また、気管孔は一生閉じることができず、胸までしか入浴ができないなど日常生活に不自由が生じるほか、喉頭全摘により声を失うために代用音声が必要になります（図表8）。下咽頭喉頭頸部食道摘出術では、空腸（小腸の一部）を用いた再建手術も必要になります（図表8）。

図表8 喉頭がんと下咽頭がんの手術（喉頭全摘の場合）



日本頭頸部癌学会のホームページなどを参考に作成

Patient's Voice

3

喉頭全摘で声を失った人のための情報や工夫を患者団体で共有

21年前、喉頭がんで喉頭を摘出し、声を失いました。術前に説明を聞いてはいましたが、麻酔から覚めて初めて体感したショックを今も鮮明に覚えています。そして、そのショックやストレスは自分だけでなく家族にも大きな影響を及ぼします。代用音声を習得・

上達するためにも家族の理解・協力が欠かせません。

現在、喉頭摘出者の患者団体を運営しています。仕事も年齢も関係なく集い、さまざまな方法で声を取り戻すことに取り組み、気管孔呼吸に関する情報、生活上の知恵や工夫を共有して、

喉摘者としての人生に共に向き合っています。集う人たちが新しい人生の第一歩を踏み出すのを後押しできるのは私自身の励みでもあります。喉頭摘出者の患者団体は各地にありますので、ぜひ体験者の声を聞いてください。

（71歳男性・診断から21年目）

* 日本喉摘者団体連合会のリスト 「がん情報サービス」 国立がん研究センターがん対策情報センター http://ganjoho.jp/public/dia_tre/rehabilitation/reha03/laryngectomy.html

どのような放射線療法が行われますか

A. 頭頸部がんでは、治療効果の高さ、患部が温存されること、技術の進歩などから、放射線療法が単独あるいは薬物療法と併用して広く行われています。また、術後の補助療法や痛みを和らげる治療としても用いられています。

放射線療法は、高エネルギーのX線などの放射線を用いてがん細胞を殺し、がんを縮小・消失させる治療法です。頭頸部がんでは、①放射線療法の効果が高い扁平上皮がんが多いこと、②患部の構造が基本的に温存され、治療後の顔形の変化や発声、咀嚼、嚥下などの機能低下が少ないこと、③正常組織の被ばく線量を減らし、がんに集中的に放射線を当てるIMRT（強度変調放射線治療）などの技術が進歩してきていることから、放射線療法が広く用いられています。

放射線療法を根治治療として用いる主な頭頸部がんは、上・中咽頭がん、早期の声門がん、喉頭全摘を要する進行喉頭・下咽頭がん、鼻腔・副鼻腔がん、切除不能がんなどです。一般的に、1日1回2Gy×週5日×約7週間（全70Gy）のスケジュールです。必要に応じて、薬物療法と併用する化学放射線療法が行われます（図表9）。そのほか、放射線療法は、手術単独では十分な効果が得られない場合や、痛みを和らげるときにも用いられます。

ただし、放射線療法は手術に比べて必ずしも負担の軽い、後遺症の少ない治療法ではありません。治療にあたっては、担当医から副作用などの有害事象を含めた十分な説明を受けることが大切です。

Patient's Voice

4

治療後、プロスポーツ選手として復帰しました

耳の下のリンパ節が腫れて受診したところ、悪性リンパ腫が疑われ、その後の検査で上咽頭がんの診断がつかしました。

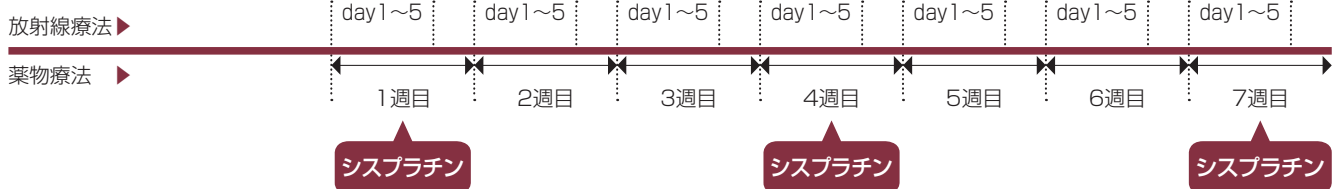
医師から説明は受けていたものの、飲み込みや話すことに唾液が重要であることを治療後に初めて実感しました。抗がん剤や放射線療法の副作用で食べ物を見るのもいやなほどつらい時期があり、落ち込みすぎて家族にすら会わない日もありました。しかし、時間が経つにつれて、がんになる以前の自分にはどうやっても戻れないという事実を受け入れ、変えられないことは新しい自分の個性として慣れていくようにと心がけました。

その後、1年ほどでプロスポーツ選手として復帰しました。医療スタッフや家族、仲間、たくさんの人々に支えられ「助けてもらった命」でもあるので、1試合ごとにこれまで以上に心を込めてプレーしています。（36歳男性・診断から3年目）

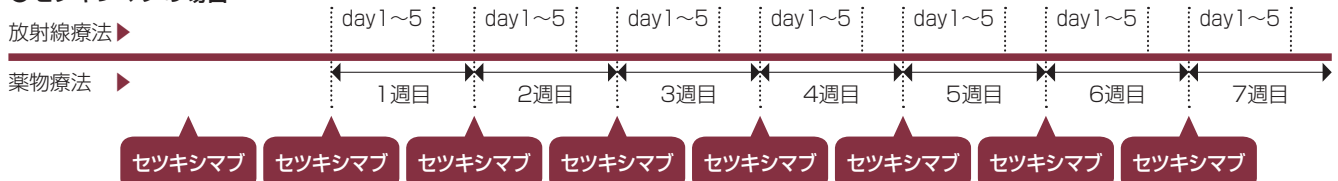
図表9 放射線療法と薬物療法（化学放射線療法）の併用療法の一般的なスケジュール

放射線療法は1日2Gy/週5日/7週間/全70Gy（原則）

●シスプラチンの場合



●セツキシマブの場合



「頭頸部癌診療ガイドライン 2013年版（第2版）」日本頭頸部癌学会編、金原出版などを参考に作成

薬物療法と その副作用について教えてください

A. 頭頸部がんの薬物療法は、手術や放射線療法に先立って、あるいは併用で実施されるほか、初回治療後の維持化学療法や再発・転移時の治療としても行われます。さまざまな副作用に対して、予防や症状軽減の対策が進んでいます。

初回治療から手術や放射線療法に追加

頭頸部がんでは最初の治療（初回／一次治療）の段階から、薬物療法として「導入化学療法」や「化学放射線療法」が行われます。

導入化学療法とは、手術や放射線療法などほかの治療に先行して薬物療法を行うものです。シスプラチン（CDDP）＋5-フルオロウラシル（5-FU）の2剤併用療法（FP療法）のほか、最近では、この2剤にドセタキセル（DTX）を加えた3剤併用療法（TPF療法）が行われるようになってきました。導入化学療法には、①根治治療である手術や放射線療法の治療成績を高める、②がんが極めて小さくなった場合は手術を避け、放射線療法で根治を目指し、機能・臓器を温存する、③微小ながんの遠隔転移細胞を根絶する、などの目的があります。

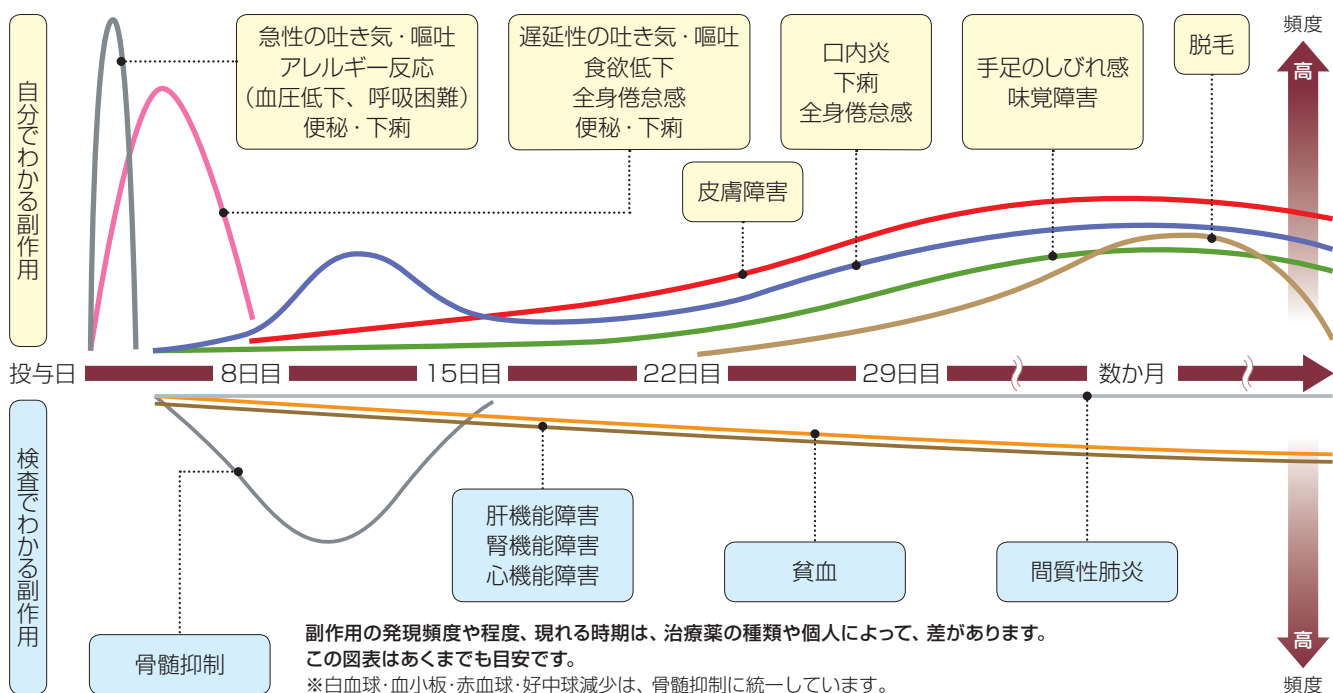
一方、化学放射線療法は、放射線療法と薬物療法を同時に行う方法です（図表9）。その際に組み合わせられる主な薬剤としては、シスプラチン単独、FP療法、そして分子標的薬のセツキシマブなどがあります。化学放射線療法は、①強力な治療効果を得る、②根治を目指し、手術を避けて機能・臓器を温存する、③放射線療法の増感剤として、その効果を高めるなどの目的で実施されます。

初回治療後や再発・転移時にも実施

初回治療後の再発を予防するために、再発リスクの高い進行がんでは、根治治療後も薬物療法を継続する「維持化学療法」が行われることがあります。維持化学療法には、強力な薬物療法を数回続ける方法と、経口抗がん剤のS-1*を長期間内服する方法があります。そのほか、再発・転移時には、手術や放射線

*TS-1とも呼ばれる

図表10 どんな副作用がいつごろ現れるのか知っておきましょう



療法の単独での治療が難しい場合に、CDDP + 5-FUにセツキシマブを加えた3剤併用療法などの薬物療法が行われます。

多剤併用、放射線併用では副作用が強い

頭頸部がんの薬物療法で起こりやすい主な副作用は、骨髄抑制（白血球減少、血小板減少、貧血など）、消化器症状（食欲不振、吐き気・嘔吐、下痢など）、口内炎、脱毛、肝機能や腎機能障害などです。薬剤特有の副作用としては、ドセタキセルでは過敏症、セツキシマブではニキビ（ざ瘡）などの皮膚障害や間質性肺炎、S1では下痢や食欲不振などが挙げられます。多剤併用療法や放射線併用療法では副作用が強く出現しやすいので注意が必要です。

最近では、抗がん剤の副作用による苦痛を軽減する方法が進歩しています。しかし、副作用が強い場合は薬剤の変更・中止を検討する必要もあります。薬物療法を受ける際には、副作用の現れ方(図表10)やその対処法(図表11)について、医師、薬剤師、看護師などに説明を受けておき、何かあれば相談するようにしましょう。

図表11 頭頸部がんの薬物療法で現れる主な副作用と対処法

症状・副作用	対処法
骨髄抑制	自覚症状はない場合が多い。感染を予防するために人混みを避け、うがい（冷たい水は使わない）や手洗いを積極的に行う。
貧血	急な動作で貧血症状が現れやすくなるので、ゆっくり動き始める。動悸や息切れが起こったときは休息を。めまいがあるときは、安静に。疲れやすいときは無理せず、十分な休養をとり、担当医に伝える。
吐き気・嘔吐、食欲不振	あらかじめ制吐剤を使用するほか、食べたいものだけを食べるようにする。食事の見た目やにおいにも配慮する。治療前・直後の食事は控えめに。食べられないときは水分を摂って脱水に気をつけ、担当医に相談する。
下痢	スポーツドリンクなどを飲んで脱水を防ぐ。食事は温かく消化のよいものにし、高カロリー食品を少量ずつとる。腹痛が強いときは、腹部を温める。1日に何度も下痢を起こす場合、何日も続く場合は担当医に連絡する。
口内炎	抗がん剤の治療を受ける前に、義歯（入れ歯）の点検やブラッシング、うがいの指導を受ける。アルコールを含んだうがい薬を避け、歯ブラシは小さめでやわらかいものを、歯磨き剤は刺激の少ないものを選ぶ。口の乾燥を防ぐためにマスクをつける。
脱毛	髪を短くカットする、ナイトキャップをかぶって寝るなどの工夫をすると、抜けた髪の処置が簡単になる。刺激の強いシャンプーやリンスを避け、洗髪の際に頭皮に傷をつけないように爪を短く切る。低温のドライヤーで髪を乾かし、毛のやわらかいブラシでとかす。
ざ瘡（ニキビ）・ざ瘡様皮膚炎などの皮膚障害	セツキシマブの投与が始まることから皮膚の保湿のためのスキンケアを行う。特に気温が高くなる初夏から秋、乾燥しやすい冬には皮膚障害が悪化しやすいので要注意。また、傷の回復に効果があると報告されている成分を含む栄養補助食品を活用するのもよい。

「がん情報サービス」国立がん研究センターがん対策情報センターなどを参考に作成

こんな症状が出たときには
すぐ病院へ
連絡を！

下記のような症状が現れたときには命に関わる危険性があります。治療を受けている医療機関へ連絡しましょう。

- 38度以上の発熱、悪寒
- 呼吸困難
- 動悸や息苦しさ、空咳が続く
- 下痢がひどく水分もとれない

夜間・休日の緊急時の連絡先と連絡方法を担当医、看護師、薬剤師に確認しておき、電話の横などすぐわかる場所に電話番号などをメモして貼っておくと安心です。



知っておきたい「食事」のトラブル対策

頭頸部には、味や歯ごたえ、香りの感覚、咀嚼、嚥下など食事に関わる機能を司る口や舌、のど（咽頭、喉頭）があります。この部分にがんが発生すると食事に問題が生じることがあります。また、手術や放射線療法などの局所治療では、がんのある口やのどに直接アプローチすることから、食事のトラブルが否めません。実際、喉頭全摘術や下咽頭喉頭頸部食道摘出術では気管孔ができ、呼吸の通り道が変わるため、麺類をすすりにくい、においを感じ

じない、息を吹きかけて熱いものを冷ませないなどの不便さがあります。放射線療法では口やのどが照射野に含まれるため、唾液が出にくくなり、口が乾く、口内炎で口の中が痛い、味がわからないなどの副作用が出ます。薬物療法で用いる抗がん剤にも、口内炎が出やすい薬があります。

そこで、がん切除後に、欠損した機能・臓器を回復するための再建手術が行われるほか、口内炎が出やすい抗がん剤を用いる場合は治療開始前に歯科

治療を受けるなどの対策が講じられています。治療後には舌や咀嚼、嚥下の機能を補うリハビリも行われます。担当医や看護師、リハビリ医、言語聴覚士などにあらかじめ内容を確認しておくといいでしょう。

また、管理栄養士に飲み込みやすい食べ物や誤嚥を防ぐ食べ方などを聞きましょう。うまく食べられないとき、食事量が減っているときは、担当医や薬剤師、管理栄養士に相談のうえで経腸栄養剤を活用する方法もあります。

再発・転移とは、 どのような状態になることですか

A. 再発とは、治療の効果により目に見える大きさのがんがなくなった後、再びがんが出現することです。転移とは、がん細胞がリンパや血液の流れに乗って、別の臓器に移動し、増えることをいいます。再発も転移も、患者さんによって状態は異なります。

頭頸部がんの早期がんの再発率は、データにもよりますが、10～20%程度と考えられています。また、進行がんでは、初回治療でがんを完全に摘出した、あるいはがんが消失したと考えられる場合でも20～40%の患者さんで再発が認められます。

初回治療後に再発した患者さんのみを分析すると、そのうちの80%前後に1年以内に原発部位の再発や頸部リンパ節転移が起こっており、同じく80%前後に2年以内に肺、肝臓、骨などの他臓器への転移がみられました。つまり、頭頸部がんでは再発や転移が起こる

場合には、その時期が早いことが特徴です。

ただし、再発・転移と一口に言っても、それぞれの患者さんで状態は異なります。再発・転移後の治療は部位や症状、初回治療の方法やその反応などを考慮して選択します。例えば、喉頭がんの放射線治療後の喉頭内再発では、同じ場所に放射線を再度照射できないことから手術が選択されるという具合です。

治療後も定期的な通院を

重要なことは、再発・転移を早期に見つけることです。そのために、治療後は、体調管理に加えて、再発・転移の有無を確認するために定期的に通院することが大切です。再発が起こりやすい最初の2年間は、1年目は1か月に1回、2年目は2か月に1回の頻度で、3年目からは3か月に1回の頻度で最低5年間は通院します。頸部の触診に加え、必要に応じて内視鏡検査やCT検査、MRI検査などの画像検査を行い、特に中・下咽頭がんでは重複がんを念頭に年に1回は上部消化管内視鏡検査を実施します。なお、5年目以降も、半年～1年に1回は来院し、年に1回の上部消化管内視鏡検査を続けてください。

臨床試験とは？

新薬や治療法を開発する過程において人間（患者）を対象に有効性と安全性を科学的に調べるのが「臨床試験」です。臨床試験には第1相：安全性の確認、第2相：有効性・安全性の確認、第3相：標準治療との比較による有効性・安全性の総合評価の3段階があります。現在、標準治療として確立されている薬剤や治療法もかつて臨床試験が行われ、有効性や安全性が認められたものです。臨床試験への参加は未来の患者さんに貢献することにもつながっています。

Patient's Voice

家族が心の支えになりました。社会制度の情報も得ておくと安心です。

舌がんの手術の後、水を飲み込むことすらできず、「この先どうなってしまうのだろう」と激しい不安感に襲われました。心の支えになったのは、やはり家族です。「子どもが社会人になって、一人で生きていけるようになるまではがんばらなければ」と言い聞かせ、治療とリハビリに取り組みました。

常々「よい意味でがん患者であることを忘れる」ことを心がけています。よい意味でというのは、がんに関心になるのではなく、必要以上に思いつめず、うつうつとした気持ちを捨てて前向きさを取り戻すということです。

また、さまざまな社会制度についての情報を得ておくと安心です。傷病手

当金は会社の総務課、生命保険は保険会社、身体障害者手帳は市区町村、医療費控除は税務署、障害年金は年金事務所と申請窓口は多岐にわたります。相談をしてみて、お金の面での心配事が軽減すれば、治療やリハビリにも安心して取り組めると実感しています。

(48歳男性・診断から3年目)

体の痛みや心のつらさを我慢しないで!

苦痛を和らげてくれる 専門家がいます



体の痛みに対するケア

がんの痛みには、治療に伴う急性痛とがんの進行に伴って現れる慢性痛があります。これらの痛みに対して、WHO（世界保健機関）は、1986年に「がん疼痛治療指針」を発表し、痛みの段階に応じた治療を示しています。

がんの痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師も増えていきますので、いつでも必要なときに遠慮せずに相談したいものです。まずは担当医や病棟看護師に痛みの強さや性質をできるだけ具体的に伝えてみましょう。

・緩和ケアチーム

一般病棟の入院患者に対して担当医や病棟看護師と協力しながらチームで痛みの治療やケアを行います。厚生労働省が定めた基本的な構成員は身体的苦痛、精神的苦痛に対応する医師各1人ずつ、看護師の合計3人です。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

いわゆる終末期の患者さんを対象にした病棟で、体の苦痛だけでなく心のつらさや苦しさも和らげることを重要な支援として位置づけています。ときにはボランティアもチームに加わり、患者さんと家族をサポートします。

心のつらさに対するケア

「がんの疑いがある」といわれた時点から患者さんは動揺したり、不安になったり、落ち込んだり、怒りがこみ上げてきたりと、さまざまな心の葛藤に襲われます。多くの患者さんは家族や友人、医師や看護師などにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着きを取り戻しますが、2~3割の患者さんは心の専門家（下欄）による治療が必要になるといわれています。不安や落ち込みで眠れない日が続くようなら心の専門家に相談してみましょう。

・精神腫瘍医

がん患者さんとその家族の精神的症状の治療を専門とする精神科医または心療内科医のことです。厚生労働省や日本サイコオンコロジー学会を中心に精神腫瘍医の育成や研修が行われています。

・リエゾンナース

患者さんの心のケアを直接行ったり、病棟看護師に心のケアの助言をしたりする精神看護の専門ナースです。日本看護協会が認定する精神看護専門看護師もリエゾンナースとして活動しています。

・臨床心理士

臨床心理学にもとづく知識や技術を使って心の問題にアプローチする専門家のことです。がん専門病院を中心に精神腫瘍医やリエゾンナースとともに患者さんや家族の心のケアを行っています。

経済的に困ったときの対策は？

がんの治療費について困ったときは一人で抱え込まず、かかっている病院のソーシャルワーカー、または近くのがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに相談しましょう。相談支援センターでは、地域のがん患者さんからの

相談も受け付けています。

治療費の大半は公的医療保険が適用となり、患者さんの自己負担は治療費の1~3割です。さらに高額療養費制度を利用すると、一定限度額を超えた自己負担分の払い戻しが受けられます。

知っておきたい

頭頸部がん 医学用語集

腫瘍

組織のかたまり。良性と悪性がある。

良性腫瘍

がんではない腫瘍のこと。無限に増殖したり、ほかの臓器に転移したりすることはない。

悪性腫瘍

がん化した腫瘍のこと。無限に増殖し、ほかの臓器に転移して生命に著しい影響を及ぼす。

重複がん

異なる臓器に別々にできたと思われるがん。原発がんの転移や、同じ臓器に複数の原発がんができて「多発がん」とは区別される。

組織型

細胞組織のどの部分ががん化し、どのような形（顔つき）なのかを顕微鏡で調べてタイプ分けしたもの。

転移

がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗ってほかの臓器に移動し、そこで広がること。

リンパ節

病原菌や異物による感染と闘うための小さな豆状の器官で、免疫を担うリンパ球が集まっている。体中にあり、リンパ管でつながっている。

生検（バイオプシー）

組織を採取して、がん細胞があるかどうかを顕微鏡で調べる検査。

再建手術

がんを取り除く手術に伴って失われる体の形状や機能を保つ、あるいは回復するために行う手術。切除手術と同時にを行う場合と、切除手術後、時間が経ってから行う場合がある。

化学療法

薬剤（抗がん剤）を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

放射線療法

高いエネルギーの放射線を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

予後

病状（またはがんの状態）がどのような経過をたどるのかという見込みや予測。



バーガンディー&アイボリーリボンとは？

米国をはじめとする海外では、
頭頸部がん啓発のシンボルとしてバーガンディー&アイボリーリボンが使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、医療サイト「アピタル」、
日本頭頸部癌学会の支援で作成しました。



MBS Jump Over Cancer

●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>

apital 患者のための
医療サイト

●朝日新聞の医療サイト <http://apital.asahi.com>



日本頭頸部癌学会
Japan Society for Head and Neck Cancer

●日本頭頸部癌学会 <http://www.jshnc.umin.ne.jp/>

制作：NPO法人キャンサーネットジャパン

CNJ CancerNet Japan

※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際には出典を明記してください。

2015年5月作成

●頭頸部がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は

<http://www.cancernet.jp/toukeibugan>