

第1回谷根千耳鼻咽喉科フォーラム

下咽頭・頸部食道癌診断と治療のポイント

日本医科大学附属病院
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
中溝宗永

はじめに

下咽頭・頸部食道癌は進行期の症例が多く、癌の根治のために発声機能を犠牲にする必要が多いとされてきた。しかし、咽喉食摘術を施行しても予後は不良であった。近年、機能温存手術や化学放射線療法(CRT)の適応が拡大され、さらに表在癌に対する新しい診断法や治療法も行われるようになってきている。疫学的には下咽頭癌の死亡数は、他の頭頸部癌と比較して急激に増加しており、発生数も増加していると推測されるため、耳鼻咽喉科医は注意を払うべき疾患と思われる。今回は外科的な立場を中心として、診断と治療のポイントを具体的な症例を提示しながら述べてみたい。

1. 問診

他の頭頸部癌と同様に嗜好歴の聴取は重要で、現在の状況だけでなく、過去にさかのぼって入念に問診する。また、少量のアルコールで顔が赤くなり易かった(フラッシング)かどうか尋ねる。

自覚症状では、嚥下時痛と食塊の通過障害は最も重要である。肉眼病変のある患者では、固形物の通過障害を自覚していることが多い。

2. 診断

①視診・内視鏡診断

頭頸部領域の重複癌の有無や中咽頭への進展を確認するため、口腔・中咽頭の診察も必須である。また、歯牙の状態の把握は患者の口腔衛生への関心の参考になる。病変の拡がりの把握には喉頭 Fiberscope を用いて丹念に診察する。頸部食道癌では、本体が数 cm に及んでも十分に観察できず、思いがけず大きな腫瘍が存在する場合は銘記すべきである。多重癌の検索のために、上部消化管内視鏡検査も実施する。

②画像診断

CT では可能な限り造影を行い、喉頭軟骨への浸潤や喉頭内外への進展度と、リンパ節転移の状況を把握する。外側咽頭後リンパ節の診断も行えるように上咽頭までスライスする。頸部食道に主座のある症例では、MRI 矢状断や CT の矢状断再構成像が、喉頭温存手術の適応や上縦隔操作の必要性を判断する際に必須である。

3. 治療

年齢、亜部位、リンパ節転移有無、病期、患者さんの望む QOL などを勘案し、症例ご

とに対策を考える必要がある。

総括的な方針として、下咽頭表在性病変では経口的下咽頭部分切除術の適応を検討し、拡張型喉頭鏡を用いて切除する。原発巣が T1-T2 症例では主として放射線治療を行い、症例によって経口抗癌剤の併用を行う。梨状陥凹や後壁が原発巣の場合は、下咽頭部分切除も選択肢とする。T3T4a では原則的には咽喉食摘術を勧める。その場合、定型的な再建法は遊離空腸移植である。とは言え、腫瘍の伸展状況に応じた切除をするため、再建方法は必ずしも画一的ではなく、縫合不全が生じないように、また嚥下障害を極力生じないように再建をする。進行期症例でも導入化学療法で良好な効果が得られた場合は、機能温存のため CRT を行う。喉頭温存を強く希望する症例と手術適応のない T4b 症例では CRT を行うことにしている。

頸部リンパ節転移の制御は頸部郭清術を原則とするが、単発転移では CRT で制御できる可能性がある。多発リンパ節転移がある症例では手術を選択することが多い。

頸部食道癌では、喉頭や気管浸潤のない症例で頸部食道切除を行い、遊離空腸で再建する。

4. おわりに

下咽頭・頸部食道癌は、他の頭頸部癌と同様に様々な治療オプションが存在するようになった。標準的な治療は存在するものの、症例の状況に応じたオーダーメイド的な治療もありうる。本講演が谷根千耳鼻咽喉科・頭頸部外科フォーラムに参加される皆様の参考になれば幸いである。

[MEMO]