

頭頸部がん

頭頸部がん
とは？

私たちに説明させてください。

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

頭頸部がん：患者さんの手引き
ESMO 診療ガイドラインに基づいた患者さん向け情報

日本語訳版発行にあたり

がん患者さんの最も切実な要望の一つが、ご自身の罹患したがんに関する正確な治療情報を得ることです。日本癌治療学会では各種学術団体が発刊したがん関連診療ガイドラインの公開、がん治療全般に関わる横断的がん治療支持療法に関する診療ガイドラインの策定などを行って参りました。一部のがんでは患者さんやそのご家族にわかりやすい「一般向け」の診療ガイドラインが発刊されていますが、それらが網羅する領域はまだ十分とは言えない状況です。

がん患者さんにとって最も大切な標準治療について分かり易く解説したガイドラインを提供する目的で、本学会前理事長の西山正彦先生と当時の欧州臨床腫瘍学会（European Society of Medical Oncology, ESMO）会長 Rolf A. Stahel 先生が合意し、「ESMO/Anticancer Fund Guides for Patients 日本語訳」を発刊することとなりました。日本と欧州では使用可能な抗腫瘍薬や手術方法なども若干異なりますが、病態の理解、治療の流れなど患者さんにわかりやすく解説された診療ガイドラインは大変貴重な情報源となることが期待されます。また、本邦においてこうした患者さん向けの診療ガイドラインを発刊する後押しともなり、患者さん向けガイドラインのあり方についても大変参考になるものと期待しております。本シリーズの翻訳、作成に多大なるご尽力を頂いた日本癌治療学会理事、教育委員会、編集委員会の皆様をはじめ、ご支援を下さったすべての皆様に心より感謝申し上げます。

平成 28 年 7 月 日本癌治療学会
理事長 北川雄光

この度、ESMO（欧州臨床腫瘍学会）の発行する“ESMO Guides for Patients”を「ESMO 患者さんの手引き」として日本語訳し、日本の癌患者さんに提供することになりました。

最近の癌治療の発展はめざましく、癌患者さんにとっては数多くの治療法の選択が可能になってきています。患者さんにとっては朗報です。しかし、いっぽうでは大量に発信される情報の中で、癌に携わる医療従事者と患者さんとの間での知識のギャップが問題になっています。あふれかえる情報の中で、癌に対する正確な情報を整理し、自分に最適な治療法を見つけ出すことは本当に難しいことであろうと思います。このような情報の海の中で迷っている癌患者さんに対するガイド役として、この「ESMO 患者さんの手引き」は作成されています。

この手引きは“ESMO/Anticancer Fund Guides for Patients”を、出来るだけ忠実に日本語訳することにしてあります。ヨーロッパと日本では、保険制度を含む医療事情が若干異なっていますので、この手引きがそのまま日本の患者さんに当てはまらないこともであろうと思います。もし判断に困ることがありましたら、主治医の先生に直接お聞きいただければと思います。

この手引きが日本の癌患者さんにとって有用な案内役となることを期待しています。最後に、この手引きの作成に尽力いただいた日本癌治療学会教育委員会、そして編集委員会の先生方に心から感謝したいと思います。

平成 28 年 7 月 日本癌治療学会
編集委員会委員長 小川修

頭頸部がん：患者さんの手引き

ESMO 診療ガイドラインに基づいた患者さん向け情報

翻訳 国立がん研究センター東病院 頭頸部外科
林 隆一、篠崎 剛、富岡利文、丸尾貴志、岡野 涉

この患者さん用手引きは、患者さんやその家族が頭頸部扁平上皮がん*の性質をより理解できるように、そして各々の頭頸部扁平上皮がんに対する最も適切で有効な治療を正しく選択できるように、患者さんへのサービスとしてがん克服基金によって作成されています。患者さんには、ご自身の病状や病期によって、どのような検査や治療が必要であるかを担当医に聞いていただくことをお勧めします。ここで述べられている医療情報は ESMO の頭頸部扁平上皮がんの取り扱いのための診療ガイドラインに基づいています。この患者さん用手引きは ESMO の協力のもとで作成され、ESMO の許可のもと配布されています。この手引きは医師により執筆され、専門医向け診療ガイドラインの主要な著者を含む、ESMO 所属の二名の腫瘍医によって監修を受けています。また、EONS の三名の看護師、ESMO のがん患者ワーキンググループの代表者にも監修を受けています。

がん克服基金（Anticancer Fund）に関する情報を更に知りたい場合は以下のサイトへアクセスして下さい：www.anticancerfund.org

欧州臨床腫瘍学会（ESMO）について更に知りたい場合は以下のサイトへアクセスして下さい：www.esmo.org

*が付いた用語に関しては、巻末に注釈があります。

【日本語版を翻訳した日本癌治療学会より注記】

この手引きは欧州臨床腫瘍学会（ESMO）により 2015 年に作成されたものを、ESMO との契約に基づき、日本癌治療学会が原文に忠実に日本語に翻訳したものです。

目次

頭頸部がんについてのまとめ	4
頭頸部がんの定義	5
頭頸部がんの頻度は？	6
頭頸部がんの原因は？	7
頭頸部がんの診断は？	8
適切な治療を受けるには何が重要か？	10
治療の選択肢として何があるの？	14
治療の副作用の可能性として何があるの？	18
治療後にどんなことが起き得るか？	22
用語の説明	24

このテキストは Dr Ana Ugarte (Anticancer Fund) により執筆され、Dr. Svetlana Jezdic (ESMO)、Dr Lisa Licitra (ESMO)、Mary Tanay RN Msc (EONS)、Julie Hewitt RGN、BSc (EONS)、Anita Margulies BSN RN (EONS)、Umberto Tassini (Associazione Italiana Laringectomizzati- AILAR、Federazione Italiana Associazioni Laringectomizzati e Pazienti Oncologici Testa e Collo - FIALPO)、Antonio Aglione (AILAR and FIALPO) により監修されています。

頭頸部がんについてのまとめ

頭頸部がんの定義

- 頭頸部がんは上気道消化管臓器（口唇、舌、口腔、咽頭、喉頭）そして副鼻腔や鼻腔から発生するがんで構成されます。
- ほとんどの頭頸部がんはこれらの管腔臓器の内腔を覆う扁平上皮より発生しますが、扁平上皮から発生したがんのことを扁平上皮がん*と呼びます。この手引きはこの扁平上皮がんを対象に書かれています。

診断

- 頭頸部がんが疑われるのは以下の症状の場合です。頸部のしこり、舌の痛み、出血、口腔内の白斑や発赤、のどの痛み、飲み込んだ時の痛み、持続する声がれ、片方の鼻づまりや鼻血、とくに3週間以上これらの症状が続く場合です。
- 疑わしい病変に対しては見たり触ったりする診察を行い、さらに内視鏡を用いながら口腔、鼻腔、咽頭や上気道の観察を行います。
- 画像検査は腫瘍の形や大きさを診断するために使われます。また、がんが体の他の部位に広がっていないかどうか評価することにも使われます。
- がんの診断を確定するには腫瘍組織（生検*）を顕微鏡で観察する検査が必要です。

腫瘍の進行に基づいた治療（病期分類）

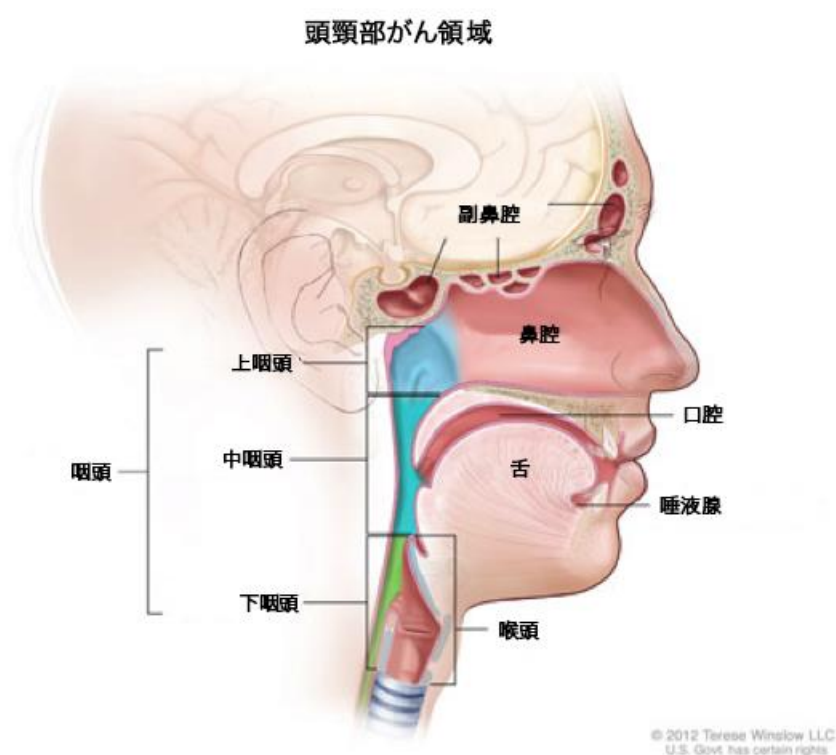
- I期 やII期の頭頸部がんは早期がんと呼ばれており、長径が4cm以下の腫瘍でリンパ節転移のないものです。
 - 放射線治療*そして外科治療とも腫瘍の治療に同じ程度に有効です。
 - 最新の放射線技術*を用いれば腫瘍の周りの正常な組織への障害を減らすことが出来ます。
- III期、IV期の頭頸部がんは局所進行がんや転移性のがんとされており、長径が4cmを越える、リンパ節*転移がある、ないしは遠隔転移を認めるものです。これらの病期における重要な課題は患者さんの生活の質を大きく損なわないで外科的に腫瘍が完全に切除できるかを評価することです。
 - 腫瘍が切除可能（つまり手術可能）と判断された場合はまず手術によって腫瘍の切除を行い、その後に再建手術や術後放射線治療*を行います。手術によって切除された腫瘍を調べることで、化学療法*を追加で行った方が良いかどうか判断されます。
 - 患者さんによっては、セツキシマブ*という副作用の少ない薬剤が化学療法*の代わりに用いられることもあります*。

治療後の診察

- 治療後の診察は飲み込みの障害や呼吸困難など、治療に関連した副作用を発見するために重要です。頸部に放射線治療を受けた患者さんでは、治療の1年後、2年後、5年後に甲状腺の機能が正常かどうかを調べます。
- がんの再発を発見するために、診察と画像検査を定期的に行います。

頭頸部がんの定義

頭頸部がんは上気道消化管臓器（口唇、舌、口腔、咽頭、喉頭）、唾液腺、上咽頭*（鼻腔と上気道消化管の間の領域）そして副鼻腔や鼻腔から発生するがんで構成されます。これらの領域のほとんどのがんは扁平上皮がん*です。唾液腺、上咽頭*、副鼻腔や鼻腔から発生するまれながんや扁平上皮以外の組織型*のがんは、治療方針が扁平上皮がんとは異なっており、この手引きには含まれていません。



頭頸部がんの領域図。この図では、副鼻腔、鼻腔、口腔、舌、唾液腺、喉頭、咽頭（上咽頭*、中咽頭*、下咽頭*を含む）の位置を示しています。

頭頸部がんの頻度は？

頭頸部がんは世界中の全がんの 4%を占めています。最も罹患が多い部位は口腔で、全ての頭頸部がんの 41%、ついで咽頭がん、喉頭がんがそれぞれ 22%、24%を占めています。

ヨーロッパでは口腔がんは毎年 100 万人あたり 48 人診断されています。ついで上咽頭*がん、唾液腺がんはそれぞれ 100 万人あたり 28 人、13 人となっています。

ヨーロッパでは頭頸部がん発生のリスクは女性より男性で高くなります。とくに男性では、頭頸部がんの発生頻度は国によって異なっています。10 万人あたり 20~30 人の男性が生涯の間に口腔、舌、中咽頭*ないしは下咽頭*がんを発症します。一方、女性では 8-10 人の女性が口腔ないしは舌がんを発症し、2-3 人が中咽頭*ないしは下咽頭*がんを発症します。一般的には、頭頸部がんの発症リスクはフランス、スイスで高く、イタリアのある地域やイギリスで低いとされています。しかし、スイスでも一部の地域では女性の下咽頭*がんのリスクが低いことが知られています。

鼻腔、上咽頭*、眼球や付属器*、中耳の上皮性腫瘍のような他の腫瘍型は 100 万人あたり 5 人未満で発生します。これらのがんは、頭頸部の希少がんとして分類されています。

頭頸部がんの原因は？

喫煙歴と飲酒歴は頭頸部がんの 70%以上に関連しており、他の危険因子（リスクファクター）*も明らかになってきています。危険因子*はがんの発生率を上げますが、必ずがんを引き起こすわけではなく、それだけでがんの原因となるわけではありません。危険因子*それ自体はがんの原因ではありません。

さまざまな危険因子*をもった人々が頭頸部がんにならないこともあり、危険因子*を持っていないにもかかわらず頭頸部がんになることもあります。

頭頸部がんの主な危険因子*:

- **喫煙:** その危険性は喫煙期間と喫煙本数に直接的に関連します。しかし、禁煙すれば危険性が減ることもわかってきています。受動喫煙も危険性を上げます。喫煙だけでなく噛みたばこやかぎたばこのような煙のでないたばこは口腔がんに関連があります。一部のアジアの国ではたばこビンロウの組み合わせが口腔、扁桃、咽頭がんに関連があります。ビンロウ単独でも口腔がん発生の危険性は高くなります。
- **アルコール:** 飲酒と喫煙は頭頸部がんの大半と関連しています。飲酒に関する危険性は飲酒量に比例して高くなります。大量飲酒者では口腔がんでは5倍、咽頭がんでは7倍の危険性があります。
- **ヒト乳頭腫ウイルス* (HPV):** HPV とくに HPV16 の感染は、口腔や喉頭では非常に少ないですが、中咽頭*がんにおいて確認されています。さらに、初交年齢が低年齢である場合や複数のセックスパートナーの存在など、性行為も頭頸部がんに関連しています。



一親等血縁者（両親、兄弟や子供）の頭頸部がん患者の存在や低所得者であることも頭頸部がんに関連しています。しかしながら、それらは飲酒や喫煙の多様性を反映しているに過ぎません。

他には、動物性脂肪の高い食事や新鮮な果物が不足した食事はすべての頭頸部がんに対して、長時間にわたる日光の曝露は口唇がんに対して、胃食道逆流症は喉頭・咽頭がんに対して、放射線照射*は唾液腺がんに対して、マテ茶*の摂取は口腔がんに対して重要な危険因子*となります。白斑や赤斑（白板症*や赤板症*）をはじめとするいくつかの前がん病変も喫煙や口腔がん発症の危険性を高める状態と関連しています。

その他コーヒーの摂取や痩せていることが頭頸部がんの危険因子と疑われていますが、確たる証拠はありません。

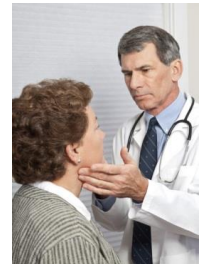
頭頸部がんの診断は？

頭頸部がんはがんの存在する部位特有の症状で疑うことができます。頸部のしこり、舌痛、出血している部位、口腔の白斑や赤斑、咽頭痛、嚥下時痛、難治性の^{させい}嘔声、片側性の鼻閉や血性鼻漏などの症状が 3 週間以上改善しない場合はかかりつけ医に相談した方がいいでしょう。

頭頸部がんの診断は以下の検査で診断します：

1. 理学的診断

よりはっきり見るためにライトや鏡を用いて口腔、鼻腔、頸部の視診を行います。口唇、頬部、歯肉と頸部の観察および触診を、前述したしこりやその他の異常を見つけるために行います。これらの診察所見の結論はその後の診断手順の指針となります。



2. 内視鏡*

口腔、口腔咽頭は直接みることができますが、上咽頭*、下咽頭*、喉頭をみるには間接喉頭鏡*や内視鏡*が必要です。内視鏡は細く、照明が明るく、可動性のよいチューブで、体内のこれらの領域を調べる方法です。この方法では病院に長く滞在する必要はなく、麻酔*なしで可能です。もう一つの方法はパンエンドスコーピー*と呼ばれ、直達喉頭鏡*、気管支鏡*（肺内の気道を評価する）、食道腫瘍の進展範囲を調べるための食道鏡などを含みます。パンエンドスコーピーは全身麻酔*下に行われます。



3. 画像診断

CT*やMRI*は原発腫瘍の大きさや形を知るために使われます。CT はリンパ節*を含む軟部組織、骨組織、血管などを同時に見ることができ、一方、MRI*は軟部組織の詳細をよりよい解像度で描出できます。従って、MRI*は喉頭や下咽頭がんを除く全ての腫瘍の亜部位の病期決定に有用です



胸部レントゲン*は肺転移や肺原発の腫瘍の存在の評価するために勧められます。その際、より大きな腫瘍では胸部CT*が行われることがあります。

4. 病理組織学的検査

これは腫瘍組織の検査室での分析です。顕微鏡を使用し生検*で得られた組織を検査します。組織生検*は内視鏡*下や腫瘍の位置によっては単純に開口して行われ、症例によっては頸部の腫大リンパ節*から検体が採取されます。病理組織学的情報はがんの確定診断に用いたりや腫瘍の特徴を明らかにしたりします。病理診断は頭頸部腫瘍の WHO 分類に従ってなされます。腫瘍はもっとも頻度の多い扁平上皮（がん）より低悪性か高悪性かの可能性があり、その情報を知ることが重要です。例えば、乳頭がん*や疣贅がん*は低悪性ですが、一方で基底細胞がん*や紡錘細胞がん*は高悪性です。病理医によって報告される詳細は治療の章で説明します。



適切な治療を受けるには何が重要か？

医師は最善の治療を決定するために、患者さんおよびがんのあらゆる側面を検討する必要があります。



患者関連情報

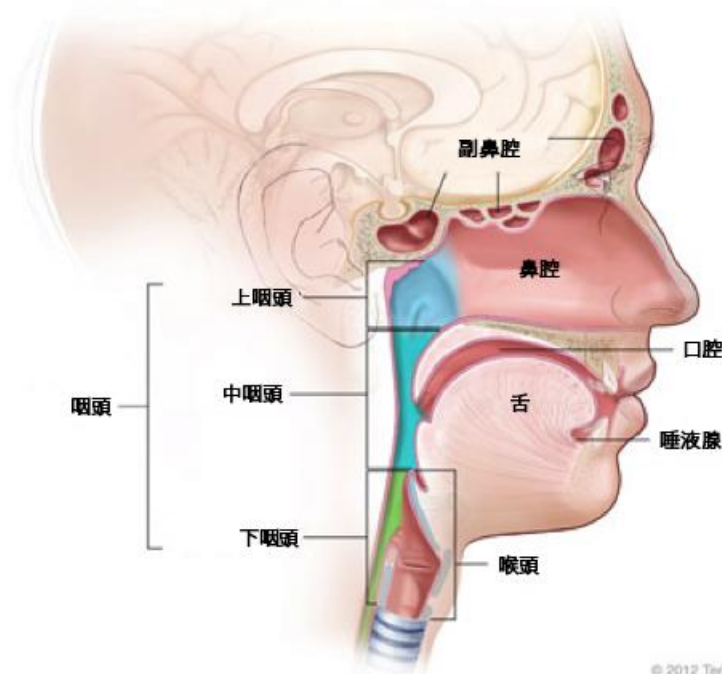
- 本人の既往歴
- がんの家族歴
- 飲酒歴と喫煙歴
- 医師による臨床検査の結果
- 一般的健康問題
- 体重と栄養状態
- 臨床検査に加えて、治療に伴う合併症の危険性の評価を行うための検査。特に腎機能や歯の衛生状態の評価など、治療による影響があると思われるもの。

がん関連情報

- **腫瘍の部位**
頭頸部がんは比較的小さく目で見える臓器を冒し、その治療は臓器の機能や身体的外観にかかわるため、腫瘍の部位は治療方針に影響を与えます。

頭頸部がんには、頭頸部領域にある小さいながらも機能をもつ臓器から発生するがんがほぼ例外なく含まれますが、甲状腺、眼球と脳は含まれません。
この手引きでは、頭頸部がんに含まれる副鼻腔・唾液腺・鼻腔・上咽頭*のがんについては述べていません。なぜなら、これらの領域において推奨される治療は大変特殊だからです。
前述したように、この手引きにおいて推奨しているのは、口腔・口唇・舌・口蓋・咽頭（上咽頭*は除く）喉頭です。

頭頸部がん領域



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

頭頸部がんの領域図。この図では、副鼻腔、鼻腔、口腔、舌、唾液腺、喉頭、咽頭の位置を示しています（上咽頭*、中咽頭*、下咽頭*を含む）。

- **病期**

医師は、がんの進展度と患者さんの予後*を評価するために病期を用います。TNM病期分類システムが一般に用いられます。T（腫瘍の大きさや周囲臓器浸潤）、N（リンパ節転移）と M（遠隔転移や他臓器への進展）の組み合わせにより、後述の病期の中のいずれかに分類します。

病期は治療について正しい判断を行う基礎となります。病期が低いほど、予後*は良いです。病期の評価は通常 2 回行われます。つまり、臨床検査と画像検査を行った後と手術を行った後です。手術が行われた場合、切除された腫瘍の検査室での検査によって病期診断は影響をうけることがあるからです。

腫瘍の局在によって冒される構造物が同じではないため、病期診断はそれぞれの腫瘍ごとに異なったものになります。

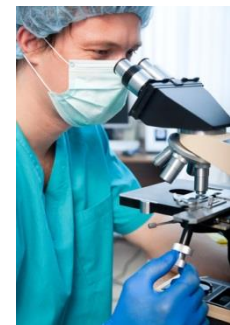
詳細な情報を提供する事がこの手引きの目的ではありません。しかし、下記の表は、頭頸部がんの病期の要約をごく一般的な説明のために示されたものであること理解しておかなければなりません。個々の具体的な事例の詳細については担当医に尋ねることをお勧めします。

病期	定義
I 期	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍の大きさと浸潤：直径 2cm 以下かつ隣接組織への浸潤を伴わない。 リンパ節*転移を伴わない。 遠隔転移を伴わない。
II 期	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍サイズと浸潤：直径 2cm を越え 4cm 未満またはすでに隣接部位に浸潤を伴う。 リンパ節*転移を伴わない。 遠隔転移を伴わない。
III 期	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍サイズと浸潤：直径 4cm 以上。 または リンパ節転移を伴う：最大径 3cm まで。 遠隔転移を伴わない。
IVA 期	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍の大きさと浸潤：大きさ、周囲浸潤は問わない。 リンパ節*転移を伴う：3 から 6 cm。 遠隔転移を伴わない。
IVB 期	<ul style="list-style-type: none"> 腫瘍の大きさと浸潤：頸部の椎前間隙、頸動脈*、または気管や食道などの両肺の間にある縦隔*と呼ばれる領域に浸潤を認める。 または リンパ節*転移を伴う：6 cm 以上。 遠隔転移は伴わない。
IVC 期	原発巣のサイズやリンパ節転移の有無に関わらない。遠隔臓器への進展転移（遠隔転移*）を伴うもの。

● 生検*の結果

生検*は検査室で検査されます。この検査は病理組織学的検査*と呼ばれます。外科的に切除された原発巣とリンパ節の検査が 2 回目の病理組織検査*として行われます。これは生検*の結果を確定し、がんについてのより多くの情報をもたらす大変重要な検査です。一般的に、より多くのリンパ節*転移を伴っているほど、その局在がより深部である程、予後はよくありません。生検の結果には下記のようなものが含まれます：

- **原発巣:** 予後*は腫瘍のある頭頸部の領域によって異なる。
- **T 分類:** これは腫瘍の長径、隣接部位への浸潤の有無を表している。T 分類は前述の病期を評価するために使われる。T 分類が高いほど予後*はよくない。
- **組織型*:** 頭頸部がんの大半は扁平上皮がん*である。特別な亜型として、乳頭がん*と疣贅がん*は予後が良く、類基底細胞がん*と紡錘細胞がん*はより悪性度が高い。
- **浸潤の深さ:** 4mm を越える隣接組織への浸潤での予後*はよくない。



- **浸潤形式**：粘着形式（Cohesive pattern）は腫瘍が単一の腫瘤として周囲組織を圧排しながら増大することを意味する。その予後*は、幅広く索状や層状に周囲へ浸潤する非粘着形式の腫瘍の予後より良い。
- **グレード**：頭頸部がんは1から4までグレード分けされる。グレードが高いほど予後*はよくない。
GX：病理医によってグレードが評価できない。
G1：高分化：がん細胞が発生した原発組織の健常細胞とがん細胞が非常に似ている。
G2：中分化：がん細胞の診断確定はやや困難だが、原発部位は特定できる。
G3：低分化：がん細胞の診断確定はかろうじて可能である。
G4：未分化：がん細胞が発生した原発組織の健常細胞とがん細胞がほぼ対比不能である。
- **腫瘍断端**：断端はがん手術において切除された組織の端または辺縁である。病理医が組織の端にがん細胞を認めない時、断端は陰性または浸潤無し（clean）と記載する。それは、がんの全てが切除されていることを示唆している。病理医が組織の端にがん細胞を認める場合、断端は陽性または浸潤ありと記載する。それは、がんの全てが切除されているわけではないことを示唆する。頭頸部がんにおいて切除端の1mm以内にがん細胞を認める場合は、断端は陽性と考えられる。これは腫瘍を切除した部位にまだがん細胞が残っているかもしれないと考えられる。
- **脈管浸潤、神経周囲浸潤**：生検*の分析は腫瘍細胞が神経周囲や脈管へ浸潤していることを明らかにするかもしれない。この浸潤は、このような浸潤を認めない場合と比較して治療後の再発の危険性が高いことを示す。
- **HPV*感染**：現在のところ HPV*感染の検査は治療方針の決定には影響しない。しかしながら、この評価は予後*との関連性がある可能性があるという点、また、自身の病気についてより深く理解することに興味をもつ患者さんのためにもこの評価をすることが推奨される。

治療の選択肢として何があるの？

治療計画には多分野の医学専門家のチームが関わります。これには通常、異なる分野の専門家が参加します。集学的検討*または腫瘍症例検討会と呼ばれる。この会議には先に述べられた情報に基づいて治療計画が議論されます。



患者さんは頭頸部がんの危険因子*と考えられている喫煙や飲酒などの習慣をやめるように勧められます。また、治療開始にむけて健康的な栄養状態を維持するように勧められます。これは、嚥下ががん自体やさまざまな治療によってより困難となるかもしれないためです。それゆえ、栄養士の介入が推奨されます。がん治療前の歯科治療も強く推奨されます。頭部への放射線治療*は齲歯を形成しますし、この変化は歯の衛生状態が悪い方でより早く生じます。良い口腔内の衛生を保つ事は口内炎（粘膜炎*）や口腔内感染の危険を減らす上で重要です。

治療は通常以下の治療の組合せとなります：

- 局所でがんを治療する、手術や放射線治療*など。
- 全身療法*により体中のがん細胞を治療する、化学療法*（シスプラチン*、カルボプラチン*、5-FU*、ドセタキセル*）および標的治療*、生物学的治療*（セツキシマブ*）など。

治療の程度はがんの病期と腫瘍の性質、患者さんの持つさまざまな危険因子によって決まります。

下に列記した治療には利益と危険性、禁忌*があります。患者さんは治療について十分に理解するために、それぞれの治療における予測される利益と危険性について担当医師に質問することが推奨されます。いくつかの治療においては、複数の選択肢があるため、その選択について利益と危険性のバランスに基づいて議論されるべきです。

頭頸部がんの治療で用いられる様々な治療の選択肢が説明された後に、病期に応じた推奨される治療計画が提示されます。

頭頸部がんを用いられる治療の選択肢

手術

手術は全身麻酔下*で行われます。外科医は腫瘍を摘出します。リンパ節*を同じ手術で摘出することもあります。整容*と頭頸部の臓器機能は重大な影響を受けるので、手術はできる限り健全な構造を温存するようにすべきであり、これを保存的手術と呼びます。同じ手術において、身体他の部位から採取された組織片（組織弁）を用いて切除された組織を元に戻すために再建（形成）手術が行われることがあります。皮膚も同様に病巣部分を被覆するために移植されることがあります（植皮）。再建手術の最終的な目標は切除された組織の外見と機能を可能な限りもとに戻す事です。



放射線治療*

放射線治療*は放射線*を用いてがん細胞を死滅させるものです。一般的にがん細胞は正常細胞よりも放射線によるダメージから回復する能力が低いです。

頭頸部がんに対する放射線治療*は放射線*治療装置によって産生される高エネルギー放射線*を用いて局所的にがん細胞を破壊することを目的としています。外照射治療*においては外部の放射線源によって放射線が産生され、腫瘍の存在する頭部や頸部の領域、場合によってはリンパ管*やリンパ節*を含む領域に照射されます。治療中に頭部の固定と患者さんが動かないようにするためにマスクが用いられます。マスクが患者さんの頭頸部に設置された時点で、患者さんが横たわっている台に固定されます。マスクを通して簡単に呼吸をすることができますが、もしマスクの装用が不快であるときはそのことを医療チームにはっきりと伝えなければなりません。あなたが持っている不安や不快感をきっと克服してくれるでしょう。



化学療法*

化学療法*は腫瘍細胞を死滅させることを目的とします。頭頸部がんに対する化学療法*は経静脈的に投与されるため、全身*に作用します（血液循環を介して）。頭頸部がんに対してはシスプラチン*、パクリタキセル*、ドセタキセル*、5-FU*、などいくつかの薬剤が有効です。これらの薬剤は組み合わせて使用される事があります。時として、化学療法*は放射線*の作用を増強するために放射線*治療と同時に行われることがあります。



生物学的治療*

生物学的治療とは、細胞の増生を特異的に阻害する物質を用いる治療のことです。

セツキシマブ*は、全ての正常細胞の表面にある上皮増殖因子受容体*(EGFR)という細胞増生を促進する構造体に作用するモノクローナル抗体*です。頭頸部がんのがん細胞は細胞表面に大量のEGFRを有しており、セツキシマブ*とEGFR*とが結合することで腫瘍細胞の増殖を阻害し、細胞を死に至らしめます。

I期、II期に対する治療計画

原発腫瘍は4cm未満です。たとえば喉頭がんでは、声帯が部分的に侵されてはいるかもしれませんが、周囲組織への浸潤はわずかです。リンパ節*転移や遠隔転移も認めません。

I期、II期では、放射線治療*と外科的治療は、腫瘍の局所制御に関してほぼ同様の治療成績を示しています。ただし、実際にはまだ直接的な比較は行われていません。近年の放射線治療の技術*では、腫瘍の輪郭に沿った即時の画像作成や放射線ビームの即時調整が可能となり、腫瘍の周囲の健常組織への照射を可能な限り避けながら、腫瘍のみにより正確に放射線をあてることに役立っています。

III期、IV期に対する治療計画

原発腫瘍が4cmを越えており、たとえば喉頭がんでは、声帯が麻痺するなど機能を低下させるような周囲への浸潤がある場合もあります。リンパ節への浸潤や遠隔臓器への転移の可能性もあります。

一般的に、腫瘍が摘出可能、切除可能と判断されるのは、再建手術の追加の有無にかかわらず、臓器機能を温存することができ、整容的にも良い結果を残しながら、かつ確実にがん細胞を残さずに除去することができる場合です。腫瘍が周囲の臓器に浸潤し、技術的に切除が極めて困難な場合、外科医は切除不能ながんであると判断します。また、腫瘍が技術的には切除可能ではあっても、術後の整容面*や機能面で患者さんが受け入れられない場合もあります。例えば、舌の大きな腫瘍で、外科医にとってはさほど技術的に困難ではないとしても、舌の大きな欠損は、患者さんにとっては受け入れられないことがあるかもしれません。

進行した病期であるIII期、IV期では、腫瘍が切除可能であると判断された場合でも、たいいてい場合は、再建手術や術後の放射線治療*が追加されます。腫瘍の切除断端が陽性（腫瘍浸潤）の場合や外膜を越えるがんの進展（被膜外浸潤）が転移したリンパ節で認められる場合には、白金製剤*（シスプラチン*やカルボプラチン*）単剤を用いた術後化学放射線療法（放射線治療*と化学療法*の同時併用）が推奨されます。

原発腫瘍の浸潤範囲、病変の転移の程度、個々の患者さんが日常生活で何を優先されるのかななどを考慮し、予想される結果を比較検討することで、外科治療と放射線治療*のいずれを選択するのかを決定します。化学療法代わりに、セツキシマブ*を同時投与する放射線治療が選択される事もあります。これら2つの治療法は正式にはまだ比較されていませんが、セツキシマブ*併用放射線治療*は化学放射線治療と比較して副作用が少ない事が報告されています。しかしながら、65 歳以上の患者さんにおけるこれらの治療法の有効性はいまだ検証中です。

腫瘍の大きさを縮小する目的や、外科治療*や放射線治療の根治性を高める目的で、局所の治療の前に行われる治療を導入療法と呼びます。ドセタキセル*、シスプラチン*、5FU*を併用した化学療法*レジメンは、導入療法の一つの選択肢です。現在まで導入化学療法が生存率に寄与するとした明確なエビデンスはありませんが、喉頭がんや下咽頭がん*の限られた症例で、臓器の温存を計画する際に、喉頭摘出を避けるために導入療法が用いられることがあります。

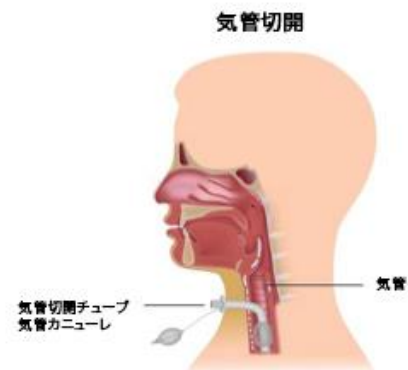
治療の副作用の可能性として何があるの？

手術の危険性と副作用

手術治療の狙いは、腫瘍本体を腫瘍の周りの健常組織を少しつけて切除することにより、がん細胞が体内に残らない様に完全に除去することです。腫瘍の発生部位や周囲の臓器との位置関係によっては、機能の問題や容姿に問題が生じる可能性があります。

正常の発声や会話に、一時的あるいは永久的な障害が残ることがあります。他の問題として、肩の脱力、咀嚼や嚥下障害、聴力低下、甲状腺機能低下が挙げられます。体の栄養を維持するために栄養チューブが必要となるかもしれません。この栄養チューブは、鼻を通して胃まで、ないしは、皮膚から直接胃に挿入されます。喉頭を全摘出すると、鼻や口と気管*の交通がなくなってしまうので、正常の呼吸をするために、首の付け根に開口部（気管孔）が必要となります。気管孔を広げておくため、この開口部には気管力ニューレを留置します。気管力ニューレは日々のケアと清掃が必要であり、医師や看護師からの適切な訓練を受け、患者さん自身が責任をもって行うことが必要です。

切除された腫瘍の部位によっては、顔面が変形してしまう患者さんもいるでしょう。その場合には、再建手術により外見を修正し、身体の機能を維持します。



放射線治療*の危険性と副作用

急性期障害

放射線照射を受けた部分の皮膚は発赤し、痛みと時に腫脹を伴います。唾液腺にも影響はあり、唾液腺の障害は口腔内乾燥や粘稠な唾液の原因となるでしょう。口腔の粘膜は腫れて、痛みを伴い、ときに潰瘍を形成することもあります（これを粘膜炎*と呼びます）。放射線*はさらに味蕾（舌の味覚を感じる部位）にも影響を及ぼし、味覚障害を引き起こします。また口腔内感染症、特にカンジダ感染（鵝口瘡）も、頭頸部に対する放射線治療の副作用の一つです。適切な痛みのコントロールと口腔内を衛生的に保つことがとても重要です。

晩期障害

放射線治療*の晩期障害は治療した領域に近接する構造物への障害の程度に依存します。放射線治療*は歯牙への障害の原因となり得ます、また下顎骨への血流の変化の原因にもなります。しかしながら、放射線治療開始前に適切な歯科治療を行えば、防ぐことが可能です。放射線治療*によって引き起こされる腫れや瘢痕化は、痛みや嚥下障害、音の変化、味覚の変化そしてその結果として生じる食欲低下の原因となります。

耳垢の蓄積や、あるいは外耳道の瘢痕化は難聴の原因となる可能性があります。甲状腺は頸部前面の直下にあるため、甲状腺もまた影響を受けます。つまり、甲状腺ホルモン*の分泌低下を招き、患者さんは疲れやだるさを感じることがあります。放射線治療*の後には甲状腺機能について血液検査を行うことが望ましいです。

経過観察期間中、医療チームはこれら障害の発生について定期的に評価を行います。

抗がん薬の副作用

シスプラチン*とカルボプラチン*（白金製剤*）

腎機能障害出現時には、薬剤の投与量の調節が必要になります。神経障害はかすみ目や難聴の原因となります。吐き気や嘔吐、血液中の電解質不均衡*や血球数（赤血球*、白血球*や血小板*）に対する影響もよく見られます。

カルボプラチンは薄毛や脱毛を引き起こします。髪の毛が完全に抜けてしまうことはありませんが、患者さんは対処するためのアドバイスを医療チームから受けることになります。

ドセタキセル*

この薬剤は時に体に水がたまり、爪の変色やかゆみを伴う皮膚発疹をもたらします。手足症候群（うずき、感覚の麻痺、乾燥や皮膚の剥脱を伴う手のひらや足の裏のひりひりする痛み、）、他には手足のみの感覚麻痺やうずき、粘膜炎*、脱毛が現れることもあります。1/4 の患者さんは初回あるいは二回目の投与の際にアレルギー反応に苦しみます。そのため、本薬剤の投与前には患者さんに抗ヒスタミン薬*の投与が行われます。

5-フルオロウラシル*

先天的にジハイドロピリミジン・デハイドロゲナーゼ（DPD）が欠損*している人では、重篤な副作用が生じることがあります。これらの人々は、体内でこの薬剤を分解するのに必要とされるジハイドロピリミジン・デハイドロゲナーゼの酵素活性が低いのです。

光線過敏症：治療終了後少なくとも1年間は日光暴露を避けるべきです。

手足症候群（掌蹠紅斑とも呼ばれる）：手のひらや足の裏の皮膚が発赤し、ひりひりした感じがあり、皮膚がはがれることもあります。これらの症候は通常軽度です。心毒性や粘膜炎もまた5FU*投与の際に起こりうる重要な副作用です。

セツキシマブ*

セツキシマブの使用に関連したよく知られている副作用は、挫創様皮疹、倦怠感、電解質異常*（血液中のマグネシウム値の低下）、手足の爪周囲炎です。

これらはよく知られた化学療法*の副作用ですが、これらの副作用を予防し、治療するために処置を行います。副作用は適切な処置が迅速に行われるように多職種の特任チームにより定期的に診察・評価されます。

化学放射線療法の副作用

抗がん薬と放射線療法*のように、二つの治療法を併用すると副作用の可能性は増加します。ある治療法の副作用が他の治療法の副作用に加わることになります。

精神的・社会的な影響

頭頸部がんに対する全ての治療は精神的・社会的な面においても深刻な悪影響があります。患者さん個人の個性や治療後に自身を健康者とするか病人と考えるかにより、これらの影響はより深刻に受け止められることもあり、また軽く受け止められることもあります。

見える傷は他の変化に比べ重要な影響を及ぼします。喉摘者とその家族での主な問題は音声の喪失によるものです。全ての口頭でのコミュニケーション能力は、社会関係のために不可欠であり、肉体的、個人的な印象に伴い変化します。頭頸部がんによる全ての変化は不安やコンプレックスの元となります。受けた治療の成功を疑うと、全く未知の新しい状況へ適応しなくてはならない不安は増大していくかもしれません。このように、混乱状態、無力感の増大、自信喪失、引きこもりを生じさせます。

社会の中でももちろん、ほとんどの問題は生じますが、家庭内や職場でも同様にさまざまな問題が持ち上がっています。

家族について

患者さんはとても困難で慣れていない状況に直面しており、家族の支援や世話が必要なため、家族内で葛藤が生じるかもしれません。家族一人一人もまた、患者さん本人が自分たちに何を望んでいるのか分からないという難しい状況のなかにいます。

過剰な配慮が求められ、病気がいつもの家族生活の障害となる場合、結果として下記のような問題が生じます。

- 夫婦の衝突
- 性的関係の問題
- 振る舞いの変化

従って、病気だけでも3つの異なる家族環境が生じる可能性があります。家族はその結束が強くなることもあるでしょう、ときには元々あった問題がその後大いに悪化することもあるかもしれません。また自然の成り行きのまま何事もなかった様にそれぞれの生活を続けることができる家族もあるでしょう。

職場について

一時的あるいは永続的な障害を持つことは、近年の薬代や必要支援、プロテーゼなどの医療費の増加に伴い、収入の減少を意味します。その結果、社会に復帰することは必ずしも簡単で容易なことではありません。

社会とのつながりについて

しばしば、患者さんは古い友人の態度の変化に気づきます。また、患者さんは多くの人々からの無神経さにより、とくに喉頭摘出者では嫌悪感により社会的な疎外感を感じます。この状況を克服するには患者さんの姿勢の変化も必要ですが、現代の社会態度も啓蒙活動や頭頸部がんとその関わりについての情報の普及を通じて変わらなければならなりません。

治療後にどんなことが起き得るか？

治療後に治療関連症状が続くことはよくあることです。

- 治療後、不安、疲労感、睡眠障害、うつ症状はしばしば認められ、このような症状に悩む場合は精神的な支援が必要です。
- 記憶障害や集中困難は化学療法*の副症状でまれではありません。一般的には2、3ヶ月で改善します
- 治療のその他の副作用も注意深く治療されるべきです。副作用のいくつかは聴力、会話、口腔内乾燥と味覚などの何らかの体の機能を制限します。体の外観に関わる懸念はストレスやうつの原因となりえます。



医師による経過観察

治療が終了した後、医師は下記を目的とした経過観察を提案します。

- 起こりうる再発を見つける
- 治療の有害事象を評価し、それを治療する
- 患者さんをもとの生活にもどすために精神的なサポートと情報を提供する

画像検査や理学的診察は患者さんの経過観察の間、再発を治療可能な状態でみつけ、新しい腫瘍の発生を探索するために重要です。もし再発が疑わしい場合、それらは基本です。

CT*や MRI*は行われた治療効果を評価するためによく使われる診断検査です。ときどき、これらの検査法に追加して PET-CT*が使用されます。PET-CT*ではブドウ糖*を含んでいる

物質を患者さんに注射します。この糖を含む物質ががん細胞に吸収されスキャン上で高度の集積を示します。PET-CT が陽性であることは必ずしもがんが残っている訳ではありません、あなたの担当医は確証を得るためにさらに検査をお願いするでしょう。しかし、PET-CT が陰性であるならば、特定の状況下ですが、高い確率で残存病変はなく追加の検査は必要ないでしょう。

経過観察はまた患者さんに行われた治療の副作用、たとえば、嚥下や呼吸の問題などを検出するために重要です。

胸部レントゲンは 1 年毎を基本として実施されるでしょう。頸部に放射線治療*を受けた患者さんでは1、2、5年目に検体検査により甲状腺機能の評価が勧められます。



通常の生活への復帰

がんの再発への不安を抱えながら生きていくのは大変なことです。今日までに知られていることで、治療後の再発のリスクを下げる推奨できる特別な方法はありません。がん自体や治療によって生じた結果のために、通常的生活への復帰が簡単ではない人もいます。

“未来は存在し、その未来は診断がつく前に予想していたものよりもっとよいものである”と患者さんに信じさせることは大切です。

身体イメージ、疲労、仕事、感情や生き方に関する疑問は、あなたにとって関心事かもしれません。いくつかの問題が喉頭摘出患者において生じます。一般的な仕事は再開できますが、仕事の環境がうるさい、埃っぽい、汚染されている、あまりに寒い、あまりに熱い環境、重い物を持ち上げる仕事があるなどの就労環境へは適応が必要でしょう。屋外での活動は制限され、水泳、過激な運動は今後は避けたほうがよいでしょう。呼吸から起きる雑音、気管孔の臭い、話すときうまく聞きとってもらえないこと、子供が気管孔を凝視するなどの理由から、初期の段階において対人関係も困難でしょう。とにかく、身内、友達、他の患者さん、看護師や医師とこれらのことについて話し合うことが役に立ちます。新しい環境に最終的に慣れた人々の経験は通常的生活を送るための貴重な支援となります。患者団体からの支援は、治療効果の管理などについて助言を行うのと同様に、精神腫瘍サービス、ウェブサイト、電話情報ラインも多くの国で使うことができます。

もしがんが再び現れたら？

がんが再び現れた場合、それは再発と呼ばれます。化学療法*による治療が大多数の患者さんにとって標準治療です。それは症状を和らげ、QOL を改善します。第一選択はセツキシマブ*、シスプラチン*またはカルボプラチン*、5FU*を含む併用療法です。2 剤以上の薬剤を用いた治療が十分耐えられないと予想される患者さんには、メソトレキサート*かセツキシマブ*単剤の毎週投与が勧められます。どちらの治療法も副症状は限られたもので、いずれも症状を緩和するのに役立ちます。

局所再発の限られた症例では手術（もし切除可能なら）ないしは再照射が考慮されます。

用語の説明

5-フルオロウラシル

乳癌、胃癌、膵癌、そして特定の大腸癌、頭頸部癌の治療に使われる薬。また、基底細胞癌や日光角化症（皮膚の前がん状態）の治療のためにクリームにして使用されます。他の状態や他種のがんの治療について研究がなされているところです。5-フルオロウラシルは細胞のDNA合成を阻害することで、がん細胞を死滅させます。代謝拮抗剤の一種で、5-FU やフルオロウラシルとも呼ばれます。

MRI/磁気共鳴画像診断

医療で用いられる画像診断技術。磁気共鳴を利用しています。しばしば、異なる組織間のコントラストを際立たせて構造をより鮮明にするために、造影剤が注射されます。

PET-CT 検査

静脈内に少量の放射性グルコース（糖）を注射した後に、体全体をスキャンして、体内でグルコースが使われている領域の画像を詳細にコンピューターで作成します。癌細胞は正常細胞と比べてより多くのグルコースを利用しているので、この画像は体中の癌細胞を描出するのに用いられます。陽電子放射断層撮影とも呼ばれます。

X線

X線は、物体の内面の画像を撮影する際に用いられる放射線の一種。医療目的では、X線は体の内部の画像を得るために、一般的に用いられています。

胃食道逆流症

胃酸が食道（口腔から胃を連結する管）に逆流すること。食道逆流や胃逆流、胃酸逆流とも呼ばれます。

疣贅がん

扁平上皮がんの中の稀な亜型で、悪性度が低く遠隔転移もしにくいものです。

下咽頭/下咽頭の

咽頭の一番底の部分。下咽頭に生じるがんは下咽頭がんとして知られます。

化学療法

薬剤により癌細胞を死滅させる、あるいは増殖を抑制するがん治療の一種です。これらの薬剤は通常、患者さんの静脈内へ緩徐に注入されますが、がんの局在によって、経口、直接手足への注入、肝臓への注入もできます。

カルボプラチン

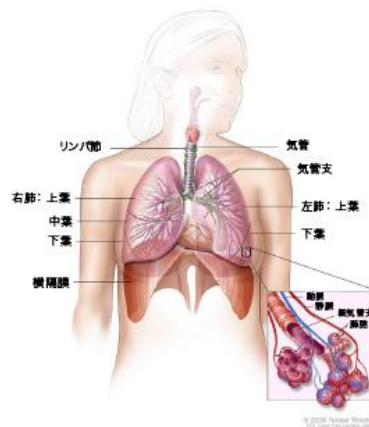
未治療の進行した卵巣がんやほかの抗がん薬での治療後に再発した卵巣がんの治療に用いられる薬。また進行性や転移性、あるいは再発性の非小細胞性肺癌や頭頸部癌の治療でも他の薬とともに用いられます。他種のがんの治療について、研究がなされています。カルボプラチンは抗がん薬であるシスプラチン*の一種で、副作用がシスプラチンよりも少ないです。細胞内の DNA に結合し、がん細胞を死滅させます。白金化合物の一種です。

眼球付属器

眼瞼や涙嚢や眼窩組織などの眼球の付属器。

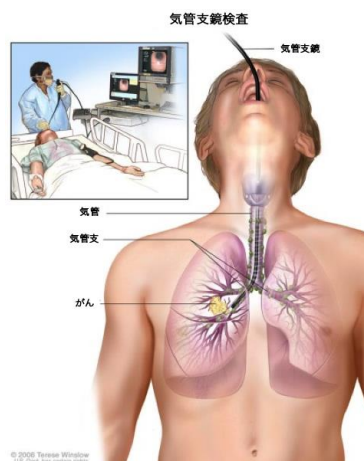
気管

喉頭から気管支（肺につながる大きな気道）につながる気道である。ウインドパイプとも呼ばれます。



気管支鏡検査

気管・気管支（肺へつながる気道）・肺の内側を検査するための気管支鏡を使う検査方法。気管支鏡は細く、管状の機器で観察のための光源とレンズが付いています。また、病気の兆候を顕微鏡下に検査するために組織を採取する器具も備えています。気管支鏡は鼻または口から挿入されます。気管支鏡検査は、がんの発見やいくつかの治療法を行うために使用されます。



禁忌

既定の治療や処置を行えない病態や症状。禁忌には絶対的禁忌と相対的禁忌があり、絶対的禁忌はこのような病態や症状を有する患者さんにその治療を決してすべきでないということの意味しており、相対的禁忌はこのような状態や症状を有する患者さんにおける利益が危険に勝るということを意味しています。

頸動脈

心臓から頭部へ血液を運ぶ大血管です。頸部の左右にそれぞれ 1 本の頸動脈が走行し、それぞれ 2 本に分岐します。内頸動脈は脳と眼に血液を運び、外頸動脈は顔面、舌、頭部の外側部分に血液を運びます。

血小板

血液凝固において、基本的な役割を担う小さな細胞断片。血小板数が低い患者さんでは、重度の出血の危険性があります。高値の場合は血栓症の危険があり、血栓形成に伴う血管閉塞により、脳卒中または他の重篤な状態に陥ることがあります。また、血小板の機能不全の場合、重度な出血の危険性を伴うことがあります。

甲状腺ホルモン

甲状腺ホルモンは心拍数、血圧、体温、体重に影響します。甲状腺ホルモンは甲状腺で作られ、また薬品として製造することもできます。

喉頭鏡検査（直接観察／反射鏡を用いた間接的観察）

反射鏡（間接喉頭鏡）を使って間接的に喉頭を観察する、あるいは、喉頭内視鏡（直接喉頭鏡）を使って喉頭を観察する検査をいいます。

紅板症

口腔内の粘膜上に形成される異常なまだら状の赤い組織で、がんになる可能性があります。たばこ（喫煙および噛みタバコ）および飲酒は紅板症のリスクを高めます。

抗ヒスタミン薬

発熱、かゆみ、くしゃみ、鼻水や涙目を引き起こすヒスタミンの作用を抑える薬剤。抗ヒスタミン薬は輸血後の発熱を抑えたり、アレルギー、咳、風邪を治療するために使用されます。

コンピューター断層撮影（CT スキャン）

臓器を X 線で走査しその結果をコンピューターで処理し、臓器の画像を構成する X 線撮影。CT スキャンともいいます。

シスプラチン

様々な癌の治療に用いられる薬剤。シスプラチンには金属である白金が含まれています。DNA を傷害し、分裂を阻害することでがん細胞を死滅させます。シスプラチンはアルキル化剤の一種です。

集学的検討

異なる専門分野のエキスパートの医師が患者さんの病状や治療選択肢を吟味・検討する治療計画のアプローチ。がん治療において、集学的検討には腫瘍内科医（薬によるがん治療を行う）、腫瘍外科医（手術によるがん治療を行う）、放射線腫瘍医（放射線によるがん治療を行う）が含まれます。腫瘍症例検討会とも呼ばれます。

食道鏡検査

食道鏡を用いた食道の検査。食道鏡は細く・管状の機器で光源と観察のためのレンズが付いています。食道鏡は病気の兆候を顕微鏡下に検査するための組織を採取する装備も備わっています。

ジハイドロピリミジンデハイドロゲナーゼ（DPD）欠損症

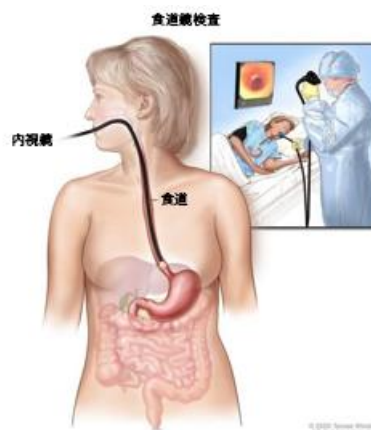
酵素である DPD が減少もしくは欠損する遺伝子異常。DPD の欠乏により神経症状が生じることがありますが無症状のこともあります。DPD 酵素は一部の化学療法薬を分解するため、DPD 酵素欠損ではそれらの薬剤濃度が上昇し、患者さんは薬剤に関連する毒性によって深刻な影響を受ける可能性があります。

縦隔

左右の肺の間の領域。この領域に存在する臓器としては、心臓、心臓から出る大血管、気管、食道、胸腺、リンパ節などがありますが、肺は含まれません。

上咽頭／上咽頭の

咽頭の上で、鼻腔の後方の部分を言います。上咽頭の左右両側には孔があり、それぞれ左右の耳に通じています。



上皮成長因子受容体（EGFR）

一部の細胞の表面にみられる蛋白で、上皮成長因子と結合することにより、細胞分裂を引き起こします。この蛋白は多くの種類のがん細胞の表面において異常に多量に認められるため、このようながん細胞は上皮成長因子の存在下で過剰に分裂します。「EGFR (epidermal growth factor receptor)」、「ErbB1」、「HER1」とも呼ばれます。

生検

病理医による検査のために細胞または組織を採取すること。病理医はその組織を顕微鏡で調べたり、その細胞または組織に対して他の検査を実施したりします。生検の手技には様々な種類があります。最も一般的なものとしては以下のものがあります：（１）切開生検、組織のサンプルだけを採取する方法；（２）摘出生検、しこりや疑わしい領域の全体を摘出する方法；（３）針生検、組織や体液のサンプルを針を用いて採取する方法。太い針を使用する場合は、コア生検と呼ばれます。細い針を使用する場合は、穿刺吸引生検と呼ばれます。

生物学的治療

がんや感染症をはじめとする疾患への免疫力を促進、回復させる治療法。一部のがん治療により生じる特定の副作用を軽減する目的でも用いられます。免疫療法、生物療法、生物学的反応修飾物質（BRM）療法ともいわれます。

赤血球

最も一般的な血球。血液を赤く見せる物質。酸素の輸送が主な役割です。

セツキシマブ

特定の頭頸部癌や他部位まで広がった大腸癌に対して使用される薬剤。他のタイプのがん治療においても研究されています。セツキシマブは数種のがん細胞の表面に存在する上皮細胞増殖因子受容体（EGFR*）と呼ばれるタンパク質と結合しがん細胞の増殖を止めます。セツキシマブは、単クローン抗体*の一種です。

全身治療・療法

血流を通して循環する物質を用い、全身の細胞に行きわたらせ効果を与える治療。化学療法や免疫療法は全身治療の一例です。

全内視鏡検査

頭頸部領域の全内視鏡検査は鼻、口腔、咽頭、上気道（気管、気管支）の複合的な検査です。体内のこれらの部位を適切に見るために明かりのついた可動性のよいチューブを使って行われます。疑わしい部位の生検はこの検査のあいだに行うことができます。

組織型

顕微鏡下に腫瘍組織の細胞や構造を特徴づけることにより腫瘍を分類したカテゴリー。

組織病理

顕微鏡を用いた組織と細胞の検査及び観察。生検や手術により体からとられた組織は固定液に入れられ検査室へ運ばれます。ここで、それは薄い断片に切られ、様々な染色液で染められ、それから顕微鏡で観察されます。組織病理医は腫瘍細胞を含んだ組織標本を解釈する医師です。

中咽頭

口腔後方の咽頭部分。舌の後方 1/3、軟口蓋、咽頭の側壁、後壁、両側の扁桃を含みます。

転移

身体のある場所から他の場所へとがんが広がること。広がった細胞によって形成される腫瘍は転移性腫瘍や転移と呼ばれます。転移性腫瘍は原発の腫瘍とおなじ細胞を含みます。

電解質異常

電解質はカルシウムやカリウム、ナトリウムのようなミネラルです。これらは血液や体液、尿に含まれます。これらは食事や飲み物、薬剤、サプリメントから摂取されます。電解質は身体の正常な機能を保つために重要な役割を果たします。それゆえ、電解質は平衡状態が保たなければなりません。電解質の不足や過剰摂取、もしくは体内からの排出不足や過剰排出は電解質の不均衡の原因となり、結果として身体の機能不全をもたらします。

頭頸部類基底細胞がん

上皮の基底類似細胞から発生する激烈に進行する頭頸部がん。上皮または皮膚の外層は異なった細胞層の 5 層から成り、基底細胞は最も深い層に位置します。しかし、頭頸部がんは皮膚がんを含まず、むしろ内部構造のがんを指します。

ドセタキセル

ドセタキセルはタキサンとして知られている抗がん薬に属します。ドセタキセルは細胞が分化増殖するために必要な内部骨格を破壊する能力を阻害します。骨格がそのままだと細胞は分裂することができず、最終的に死に至ります。ドセタキセルは血球のような非がん細胞にも影響を及ぼすため、それが副作用の原因となることがあります。

内視鏡検査

医師が内腔を観察するために管のような器具を体に入れる検査法。多くの種類の内視鏡があり、それぞれ体の特定の部分を見るために設計されています。

乳頭がん／頭頸部の乳頭扁平上皮がん

頭頸部がんの亜型。扁平上皮がんの変異です。名前（乳頭状）の由来は増大様式からきており、それが乳頭のような隆起をしているためです。このがんの亜型は予後が良好です。

粘膜炎

消化管内腔の粘膜の炎症をいいます。口腔内ではひりひりした症状がよく見られます。

白板症

口腔や身体他の部位において粘膜上に形成される異常なまだら状の白い組織でがんになる可能性があります。たばこ（喫煙および噛みタバコ）および飲酒は口腔内の白板症のリスクを高めます。

白金製剤／治療

白金成分から生成された薬剤を使用した治療である。シスプラチン、カルボプラチンやオキサリプラチンが含まれます。

白血球

感染から身体を守る役割を担う、免疫系の細胞。

パクリタキセル

乳がんや卵巣がん、AIDS*関連のカポジ肉腫の治療に用いられる薬。非小細胞肺癌を治療する際、他の薬と併用して用いられることもあります。また、他のがんに対する治療の研究も行われています。細胞分裂を止めることにより細胞の成長を阻害し、がん細胞を死滅させます。有糸分裂阻害薬の1つ。タキソールとも呼ばれます。

ヒト・パピローマウイルス (HPV)

HPVは、局所的な皮膚や粘膜に感染するウイルスの仲間です。生殖器に感染するHPVには、大きく分けて2つのグループがあり、性器イボを引き起こすローリスク型と、女性の子宮頸癌、膣癌、外陰癌、肛門癌や男性の陰茎癌、肛門癌を引き起こすハイリスク型があります。

被膜外浸潤

転移リンパ節の被膜（リンパ節の外側を包む膜）を超えてがん細胞が浸潤すること。

標的治療・療法

特定のがん細胞を見つけ、攻撃するためにモノクローナル抗体などの薬剤や物質を使用する治療法。標的治療は他のがん治療法より副作用が少ないことがあります。

扁平上皮細胞がん

扁平上皮細胞から発生するがん。扁平上皮細胞は、魚の鱗様に見える、薄く平らな細胞で、皮膚の表面、管腔臓器、気道、消化管の内壁を形成する組織に存在します。肛門、頭頸部、膣にできる大部分のがんは扁平上皮癌です。類表皮がんとも呼ばれています。

ブドウ糖

ブドウ糖は植物や動物の組織で広く作られる単糖類。身体の子なエネルギー源になります。

放射線

放射線は空間を移動するエネルギーと定義されます。放射線の例としては UV（紫外線）、X線があり、それらは医療で一般的に用いられます。

放射線外部照射

放射線外部照射は高エネルギーの X 線、電子線、陽子線などの粒子線のがんにむけて身体の外から当てる治療で、短期間にそして毎日の治療として行われます。放射線外部照射は手術後もしくは切除を容易にするために腫瘍を縮小する目的で手術前に行われることもあります。外部照射は（手術を行わずに）単独でがんに対する主たる治療としても利用されます。また、転移や大きな腫瘍による症状を和らげるために使うこともできます。

放射線治療

がんの特定の領域を対象としたがん治療に用いられる放射線治療。

紡錘細胞がん

その形状から紡錘形細胞と呼ばれる細胞を含んでいる腫瘍のこと。顕微鏡下では紡錘形細胞は長く細い細胞です。紡錘形腫瘍は肉腫かがんです。紡錘細胞がんは皮膚、あるいは内部臓器を裏打ちまたは被覆する組織から発生します。一方、紡錘細胞肉腫は骨、軟骨、脂肪、筋肉、血管やその他結合織から発生します。

マグネシウム値

血液中のマグネシウムの濃度。検体検査で測定することができます。マグネシウムは体内で利用されるミネラルの 1 つで、筋肉や神経、骨を維持するのに役立ちます。また、エネルギー代謝やタンパク質合成にも使われます。

麻酔

麻酔薬*によって人工的に引き起こされる、患者さんが痛みを感じず、正常な反射が消失し、ストレスに対する反応が減弱する可逆的な意識の消失状態です。麻酔は全身または局所的に行うことができ患者さんが手術を受けられるようになります。

麻酔薬

感覚と意識を消失させる物質で、局所麻酔（体の一部分の感覚を消失させる）と全身麻酔（人を眠らせた状態にする）を可能にします。

マテ/ゼルバ・マテ

この植物は温かい飲み物（お茶）に使われマテと呼ばれます。南アメリカやアラビアの国々で伝統的に飲まれています。

メトトレキセート

一部のがん、関節リウマチ、乾癬などの重度の皮膚病の治療に用いられる薬物。メトトレキセートには細胞による DNA 合成を阻害し、がん細胞を死滅させます。代謝拮抗薬の一種です。「amethopterin（アメトプテリン）」、「mtx(エムティーエックス）」、「rheumatrex(リウマトレックス）」とも呼ばれます。

モノクローナル抗体

モノクローナル抗体は、同じ細胞から生み出されたクローン細胞から産生されるため、すべてが完全に同一の抗体です。

容貌

ここでは、美しさと身体的外観に関係します。

予後

その疾患のたどると思われる結果または経過：回復の見込みまたは再発の見込みのことです。

リスクファクター／リスク因子／危険因子

病気が発症する可能性を増加させる因子。がんの危険因子として例を挙げると、年齢、年齢、特定のがんの家族歴、喫煙習慣、放射線または特定の化学物質への暴露、特定のウイルスまたは細菌への感染、ならびに特定の遺伝子変化があります。

リンパ節

リンパ組織の丸い塊で、周囲は結合組織の被膜に覆われています。リンパ節ではリンパの濾過が行われているほか、リンパ球の貯蔵場所にもなっています。リンパ節はリンパ管に沿って分布しています。リンパ腺とも呼ばれます。

リンパ管

リンパ系の中で、リンパ（リンパ液）や白血球を運んでいる薄い管を指します。

ESMO/Anticancer Fund Guides for Patientsは、患者さんとご家族が、がんの種類ごとに異なる病気の性質を理解し、自分にとって最適な治療選択肢は何かを判断する手助けとなるように作られています。本書の情報は、腫瘍医のために、がんの種類ごとに作成された診断・経過観察・治療に関するESMO診療ガイドラインに基づき書かれています。本書は、ESMOガイドラインワーキンググループおよびESMOのがん患者ワーキンググループからの大きな協力を得てAnticancer Fundにより作られたものです。更に情報が知りたい場合には、下記サイトへアクセスしてください。

www.esmo.org
www.anticancerfund.org

