

頭頸部癌治療戦略の変化

塚原 清彰

近年、頭頸部癌治療は大きく変化してきている。本講演では早期癌、進行癌に分け、治療戦略の変化について講演させていただく。

早期癌の治療戦略は放射線単独療法と経口切除術に分かれる。ハイビジョンカメラに代表される光学機器の進化に伴い早期癌の発見が増え、経口切除適応症例が増加している。経口切除手術にはダビンチで行うロボット支援手術（Transoral Robotic Surgery：TORS）や佐藤式彎曲型喉頭鏡を用いて内視鏡補助下に切除する咽喉頭内視鏡手術（Endoscopic Laryngo-Pharyngeal Surgery：ELPS）がある。TORSは先進医療として京都大学、鳥取大学、東京医科大学の3校で行っている。従来であれば放射線治療が第一選択であった舌根部中咽頭癌も90分ほどの切除で根治が狙えるようになっていく。

進行癌の治療戦略は拡大切除、皮弁再建と薬物併用放射線療法に分かれる。手術に関してはエナジーデバイスと呼ばれるパワーエレクトロニクス関連器具の登場によ

り出血が減少し、手術時間も短縮し、患者侵襲が低くなってきている。薬物療法としては分子標的薬、セツキシマブ（Cmab）が保険適応となった。頭頸部癌では上皮細胞増殖因子受容体（EGFR）が過剰出現している。Cmabは抗EGFR抗体で、ヒト・マウスキメラ化モノクローナル抗体である。シスプラチンに代表される抗癌剤と異なり、肺を除く臓器障害のある症例でも使用することができる。特徴的な副作用としては挫創様皮疹、爪囲炎が、重篤な副作用に間質性肺炎がある。自験例での進行頭頸部癌に対する奏効率は80%であった。一方、粘膜炎に関しては従来の化学放射線療法同様、高率に出現し、2/3の症例では経管栄養併用を必要とする。

治療選択肢の増加と社会環境の変化に伴い、頭頸部癌は多職種参加型チーム医療の時代を迎えている。診断、手術、放射線療法、薬物療法、リハビリ、看護、福祉と幅広い職種のチームワークとバランスが重要である。