

舌癌 — 早期発見、早期治療で治療後のQOLの維持を一

舌の働き

舌の主な働きは以下の3つです。いずれも我々の生活の質（QOL）にとって必要不可欠です。

- ①嚥下（食物をのどに送り込む）：口の中で噛みくだいた食物を舌の働きでノドに送り込みます。舌の働きが悪くなると、咀嚼も上手くできなくなったり、誤嚥しやすくなります。
- ②構音（声を言葉にする）：声帯の振動で声になり、ノドや口腔などの共鳴腔の形を変化させることで言葉にします。舌が共鳴腔の形を変化させる主役ですので、舌の働きが悪くなると、言葉がはっきりしゃべれなくなります。
- ③味覚：舌の表面に味を感じるセンサー（味蕾）がたくさんあり、主に舌で味を感じています。

舌癌の特徴（図1、図2）

舌癌は口腔内に発生する癌の約90%を占めます。舌癌は男性の方が女性に比べ約2倍多くみられます。好発年齢は50歳代後半ですが、約1/4は50歳未満と報告されており、時に若い方にもみられます。咽頭・喉頭癌などに比べると、やや年齢層が若いと言われています。

舌癌の原因は明らかではありませんが、飲酒、喫煙などの化学的な慢性刺激や、先の尖った歯が常に当たることによる機械的な慢性刺激などが誘因の一つと考えられています。

舌は自分で見ることができるためか、約2/3は早期に受診されます。しかし、舌癌の中には早い時期から頸部リンパ節に転移して急速に進行する悪性度の高いタイプもあります。

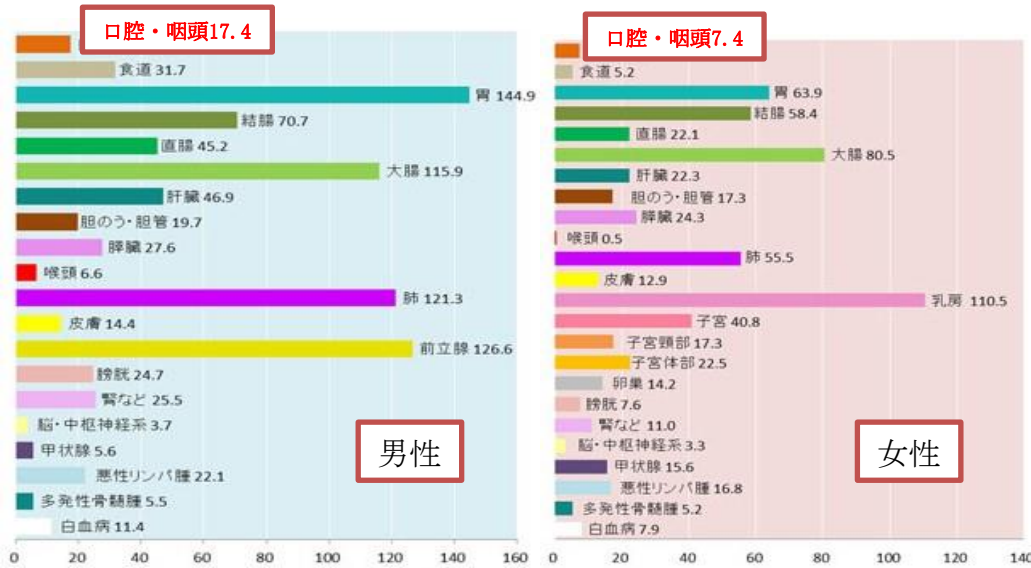


図1 部位別癌罹患率（2011年、人口10万人に対して）
舌癌は口腔・咽頭に含まれています。全体の中では、決して多くはありませんが、耳鼻科領域では多い方です。（国立がんセンターがん対策情報センターの資料を引用）

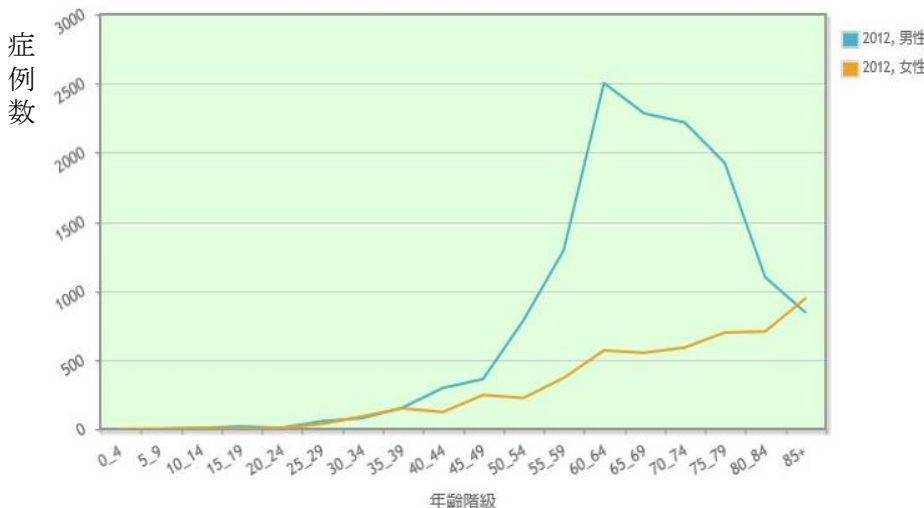


図2 2012年口腔・咽頭癌の年齢別罹患数
男性の方が罹患数が多く、特に50歳代後半以後に多くなっています。（国立がんセンターがん対策情報センターの資料を引用）

舌癌の症状

舌癌は舌の先端や真ん中にできることは非常に稀で、ほとんどが舌の側縁（横の方、図3の○の部分）にできるしこりです（図3）。最初は必ずしも痛みがあるとは限りません。

舌は口を開けて鏡に向かうと見えるため、小さいうちに異常に気づく場合がありますが、舌の下面や奥の方は気づきにくく、進行した状態で受診される方も少なくありません。

進行すると周囲に大きく根を張ったようになり、潰瘍ができると痛みを伴うようになってきます。出血を伴ったり口臭が強くなったりすることもあります。

○の部分が好発部位

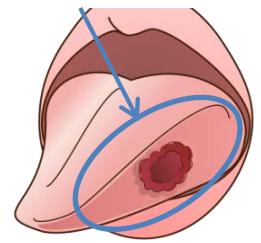


図3 舌癌の好発部位

白板症（はくばんしょう）は前癌状態で要注意

口腔白板症とは、舌などの粘膜にできた摩擦によって除去できない白色の板状あるいは斑状の粘膜の状態です。**白板症は前癌病変**であることがあり、癌化率は5～20%前後と報告されています。

白板症の明らかな原因はわかっていませんが、局所の物理的、化学的刺激（たとえばタバコ、アルコール飲料、歯の尖った部分が当たる）が続くことなどがあげられています。

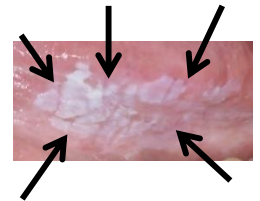


図4 舌白板症

診断

まずは、舌の視診・触診です。これで概ね診断がつく場合が多いですが、舌には白板症や口内炎・難治性潰瘍などの類似疾患もあり、また癌としての治療を行うためには、癌細胞があることを証明しておく必要があります。そのため、問題となっている部位の組織の一部を採取して、病理組織検査を行うことにより診断を確定します。

舌癌と診断がつけば、病変の根の深さや広がり の程度を正確に診断するために、CTやMRIなどの画像検査を行います。さらに、頸部リンパ節や他臓器への転移の有無をチェックするためにも、CTやMRI、最近ではPETなどの検査を必要に応じて行います。このようにして、病気の進行度を全身的に、評価して治療方針を検討します。舌癌は前述のように十分に視診、触診ができ、比較的容易に組織検査が可能な部位であるため、現時点では、腫瘍マーカー等の血液検査は診断的価値は乏しいと言えます。

治療

舌がんの治療方針は、病気の進行の度合いによって決まります。主として手術と放射線治療が中心で、進行の程度で抗がん剤治療を組み合わせます。

手術で切除する範囲は、癌が大きいほど広範囲になるのは当然です。切除範囲が大きくなると、切除した部分を他の組織（例えば腕の皮膚や腹部の筋肉など）で再建する必要がある場合もあり、手術時間も長くなります。また、切除範囲が大きいほど、治療後の食事や会話に影響が残ることも多くなります。

頸部リンパ節に転移がある場合には、リンパ節郭清手術も要します。

放射線治療は比較的早期のものが対象になり、放射線治療単独、または手術と組み合わせて行われます。

5年生存率は施設や治療方針によって多少異なりますが、概ね早期の場合は70～80%、最も進行した状態ですと30～40%程度とされています。

できるだけ早期に発見して、早期治療が大切で、治療後の生活のQOLを維持することにもなります。また、治療後も再発や転移の可能性はゼロではありませんので、定期的に通院して、必要な検査を受けながら、経過観察を行うことが欠かせません。