

6. 口腔前癌病変（口腔潜在的悪性疾患）(oral precancerous lesions (oral potentially malignant disorders))

▶ 2017年改訂のWHO頭頸部腫瘍分類（第4版）で、従来の口腔前癌病変（**白板症**、**紅板症**）と口腔前癌状態（鉄欠乏性嚥下困難、扁平苔癬、口腔粘膜下線維症、梅毒）の概念が統合されて、口腔潜在的悪性疾患（oral potentially malignant disorders）と改称された。白板症、紅白板症、紅板症、口腔粘膜下線維症、先天性角化異常症、無煙タバコ角化症、逆喫煙による口蓋角化症、慢性カンジダ症、扁平苔癬、円板状ループスエリテマトーデス、梅毒性舌炎、口唇の光線性角化症の12種類が含まれる。

① 白板症 (leukoplakia)

- WHO（1972）によれば、「臨床的にも病理組織学的にも他の疾患に分類されない白斑あるいは白色苔で、組織所見で上皮異形成の有無を問わない」とされ、鋭利な歯や補綴物による慢性刺激、タバコ、アルコール、ガルバニー電流、ビタミンA欠乏、エストロゲン欠乏、などが誘因として考えられている。40歳以後の男性に多い。

■症状

- 白色あるいは灰白色の斑状、板状の病変で、粘膜からやや隆起している。肉眼的には、平滑で均一に白色を呈する均一型 (homogeneous type) と、疣贅状、びらん状、あるいは紅斑を混えた斑点状を呈する結節型 (nodular type) あるいは斑点型 (speckle type) などの不均一型 (non-homogeneous type) に大別される。均一型は悪性転化率は低い不均一型は高い。
- 臨床的には、ガーゼで白斑部を拭いても拭いきれない白斑が存在したとき疑う。頬粘膜、舌、口蓋、歯肉に好発する（図100）。

■診断

1) 臨床診断

- 上記症状。

2) 病理組織診断

- 上皮の過角化がみられ、過角化症あるいは過錯角化症を呈する。

■治療方針

- まず、刺激の原因となっている誘因の除去、次いで切除術。広範なものでは冷凍外科

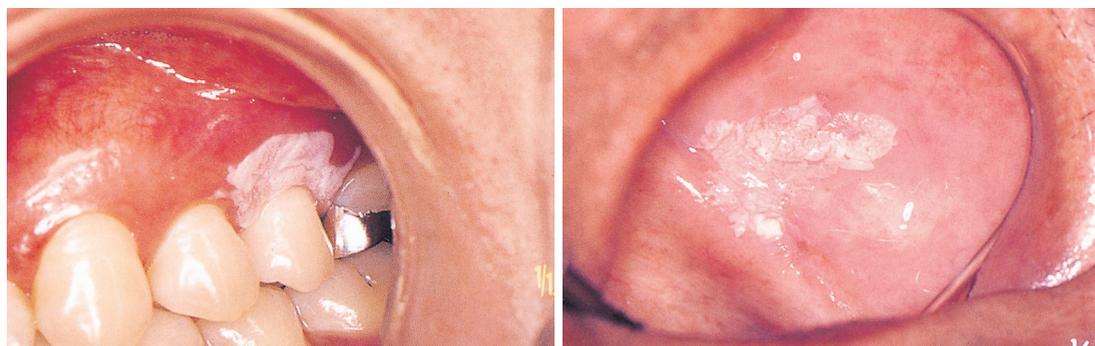


図100 白板症



図101 頬粘膜白板症への冷凍外科

（図101）、レーザー外科（レーザーによる蒸散）。悪性転化率は約7%（天竺ほか）。

② 紅板症 (erythroplakia)

- 古くは紅色肥厚症と呼ばれたもので、WHO（1972）によれば、「臨床的にも病理組織学的にも他の疾患に分類されない明るいピロード状の紅斑あるいは紅色苔で、組織所見で上皮異形成の有無を問わない」とされる。

■症状

- 境界明瞭な表面平滑で鮮やかな紅斑を呈し、接触痛により気づくことが多い（図102）。

■診断

1) 臨床診断

- 上記症状、刺激除去をして2週間経過しても病変が軽快しない場合に疑う。

2) 病理組織診断

- 高度な上皮異形成を示す（図103）。

■治療方針

- 病巣を含めて十分に切除する。悪性転化率は白板症よりはるかに高く、約43%（天竺ほか）である。



図102 紅板症（矢印：明るいピロード状斑）

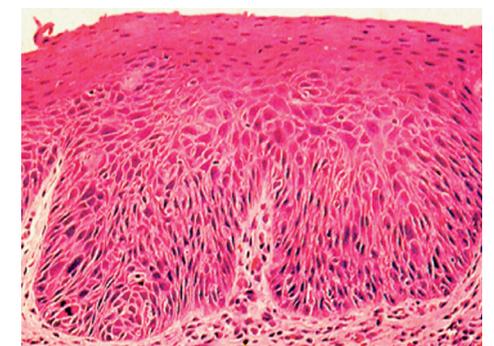


図103 紅板症の病理組織像

2. 摂食・嚥下障害

① 摂食・嚥下

- 摂食・嚥下障害は、摂食機能障害と嚥下障害を組み合わせたものであり、食物を認知して捕食すると摂食と口腔に入った食物を咽頭、食道から胃に送り込む嚥下に機能障害を生じた状態である。
- したがって、心因的要因で生じる摂食障害とは異なる。
- 摂食・嚥下障害で生じる問題には、食べる楽しみの喪失だけでなく、誤嚥性肺炎（誤嚥^{注1}に起因する肺炎）、窒息、脱水、低栄養の危険がある。
- そのため、摂食・嚥下機能に関する診療を行うだけでなく、それらの危険を回避するように全身状態を把握して診療を行う必要がある。
- 本項では、摂食・嚥下を理解するために摂食・嚥下のメカニズム、嚥下障害の種類と5期モデル、嚥下障害の原因、評価診断方法、摂食・嚥下障害への介入について解説する。
- 本項目は概略を示しており、詳細を熟知したい場合は、摂食・嚥下障害の専門書を推奨する。

1) 摂食・嚥下のメカニズム（解剖）（図1）

- 摂食・嚥下のメカニズムは、主に摂食・嚥下の5期モデルで説明されている（図2）。

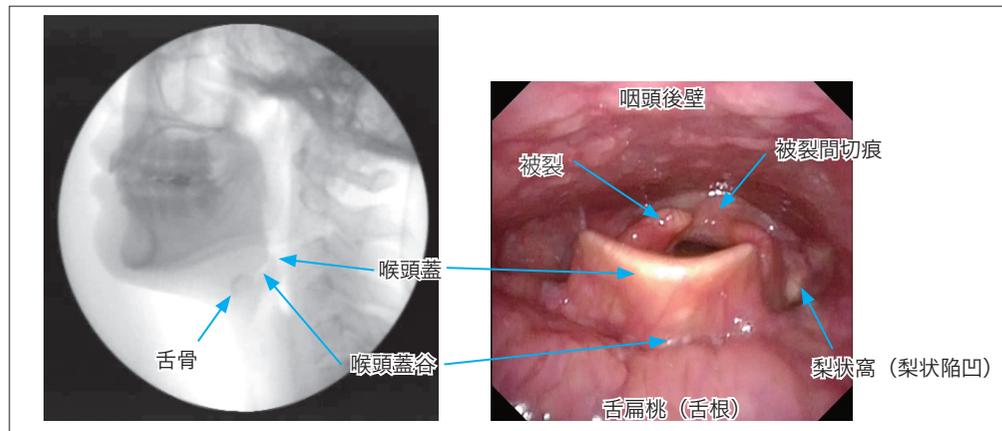


図1 解剖

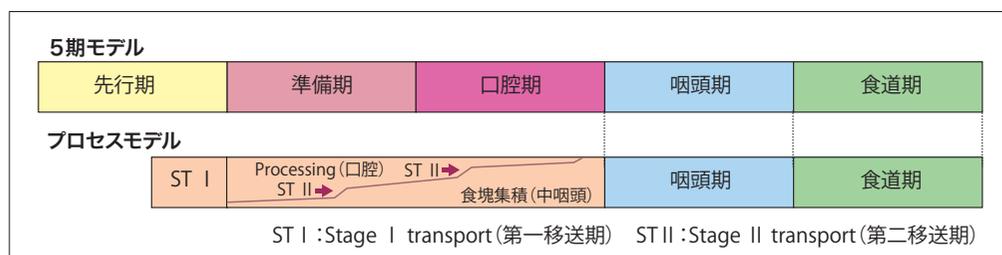


図2 5期モデルとプロセスモデルの比較
 (才藤栄一, 他監: 摂食嚥下リハビリテーション第3版, 医歯薬出版, 東京, 2016より引用改変)

- 5期モデルは、先行期（認知期）、準備期、口腔期、咽頭期、食道期に分類して、食物の動き（口腔→咽頭→食道）を解剖学的位置関係と対応させて説明し、摂食・嚥下を理解するために考えられた概念である。
- しかし、咀嚼を要する実際の食事の動きとは異なり、実は、健康成人が固形物を食べる場合、咀嚼時に食物は口腔内にあるが、一部は咽頭に達している（図3）。
- そのため、明確に口腔期と咽頭期を区別できず、5期モデルでは説明できないため、実際の食事に関連する動きを理解するために新たに考えられたのが、プロセスモデルという概念である。

(1) 摂食・嚥下の5期モデル

① **先行期（認知期）**：食物を認知し、捕食する。

- 食物を視覚や嗅覚で感知し、食べ物と認識する。各個人が適量と考える量を手または食具を使用して捕食する。

【各器官の動きとそれに関連する筋】 開閉口して捕食する。

- 開口筋、閉口筋、口輪筋：口の開閉口

② **準備期**：食塊形成し、舌背に載せて保持する（送り込む準備）（図4a）。

- 固形物であれば咀嚼して粉碎し、唾液と混ぜて飲み込みやすい塊（食塊）を形成する。そして、各個人が飲み込みやすいと考える量を舌背に載せて咽頭に流入しないように保持する。液体やヨーグルトのような咀嚼を要しない食物は、適量を舌背に載せて保持する。

【各器官の動きとそれに関連する筋】 舌が食塊を保持しやすい形態を作り、軟口蓋と舌が密着することで咽頭に流入しないように保持する。

- 内舌筋：舌尖を動かして食塊をすくい上げる。舌の形を変え、舌背にくぼみを作り、食塊を置くスペースを作る。

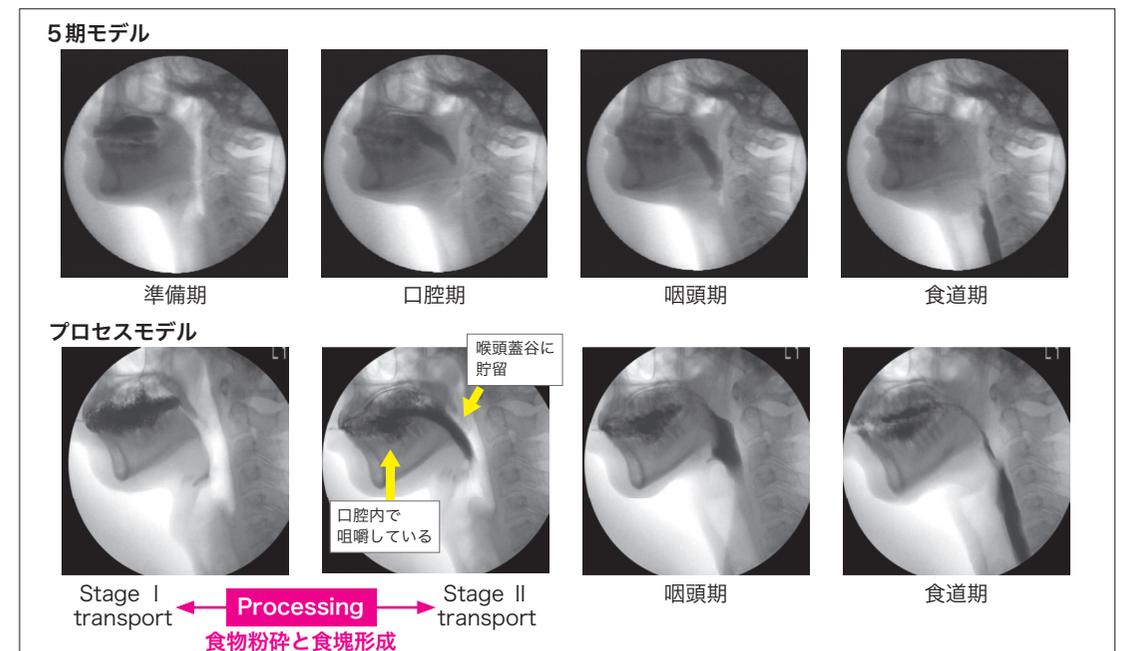


図3 5期モデルとプロセスモデル（VF画像）

注1 誤嚥：食物や液体、胃液などが声門を越えて気管や肺に入ること

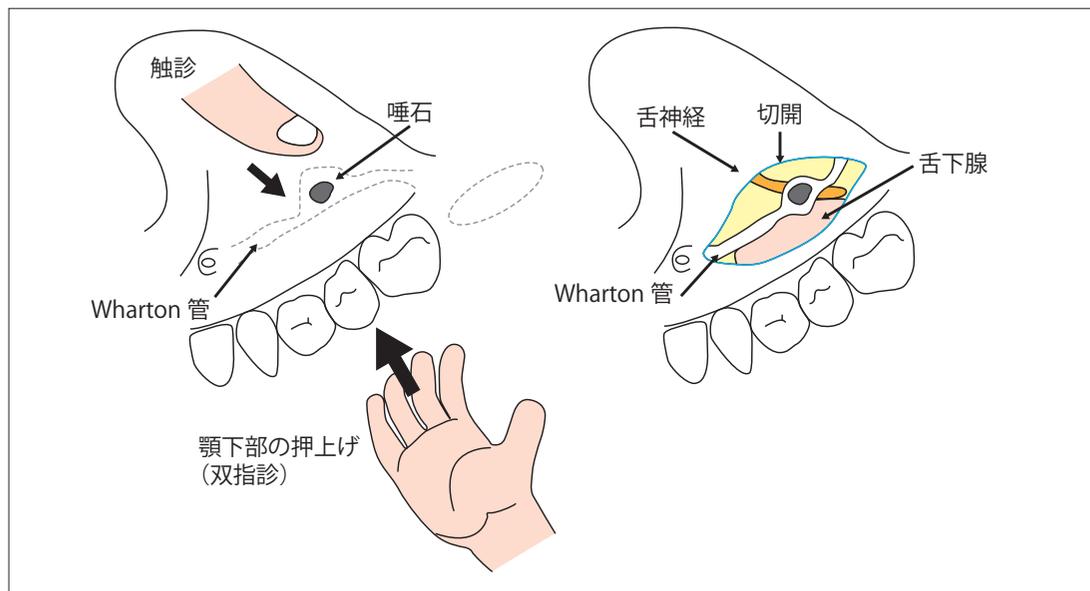


図52 唾石摘出術



図53 顎下腺導管内唾石 (パノラマ)

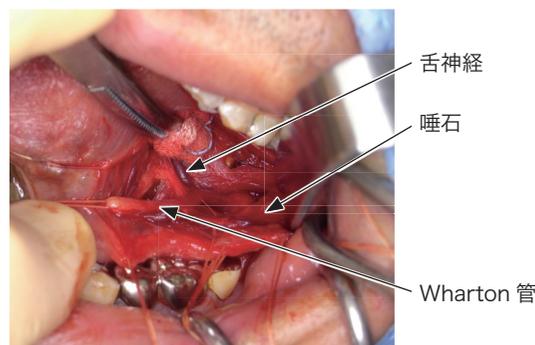


図54 唾石摘出術の術中写真

- Wharton管探索の際に、舌下腺を下顎側に押しつけ、舌側で舌神経の走行を確認する（舌神経は、下顎第1ないし第2大臼歯部でWharton管の下をくぐって舌側に走行する）。
- 唾石の直上でWharton管に縦切開を施し唾石を摘出する。
- 内部を生理食塩水で十分洗浄する。摘出後はドレーンを留置して創を縫合閉鎖する。

■説明すべき合併症

- 舌神経損傷による舌知覚障害と味覚障害のリスクを説明する。

4 顎下腺摘出術 (図55~57)

■目的

- 顎下腺体内の唾石症および顎下腺腫瘍に適應される。
- 顎下腺体内唾石症の場合は、顎下腺と一緒に唾石を摘出することになる。
- 顎下腺多形腺腫の際は、腫瘍が顎下腺の一部であっても確実に腫瘍を切除するため顎下腺被膜を破らないように摘出する。

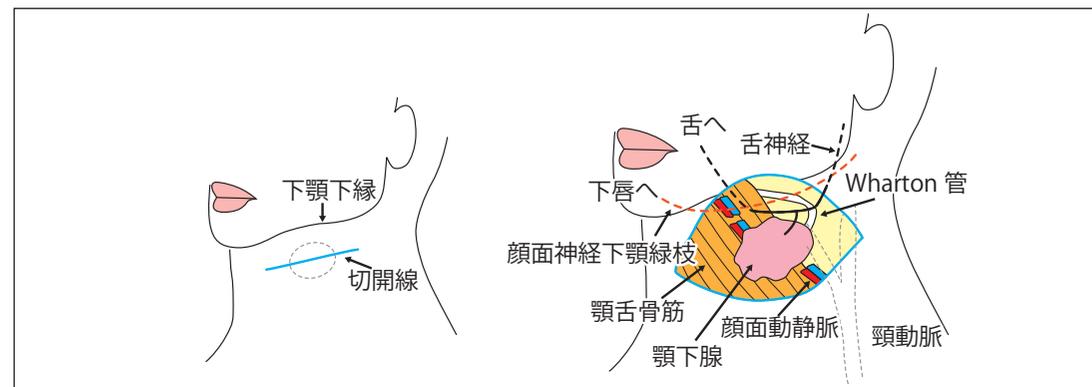


図55 顎下腺摘出術

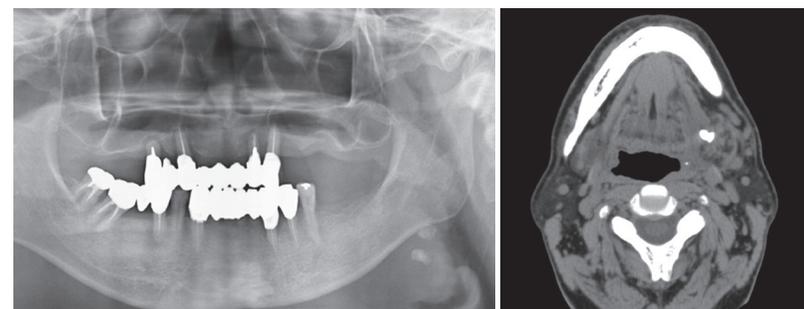


図56 顎下腺体内唾石

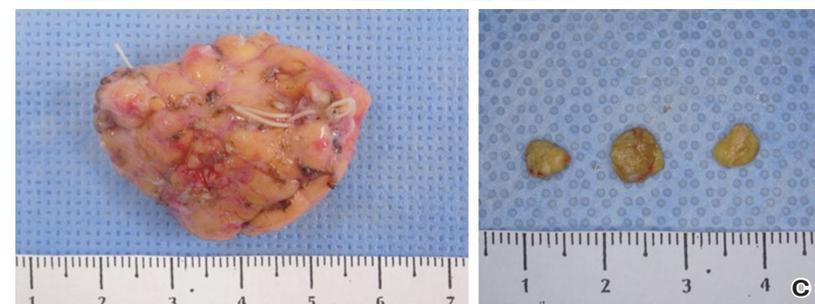
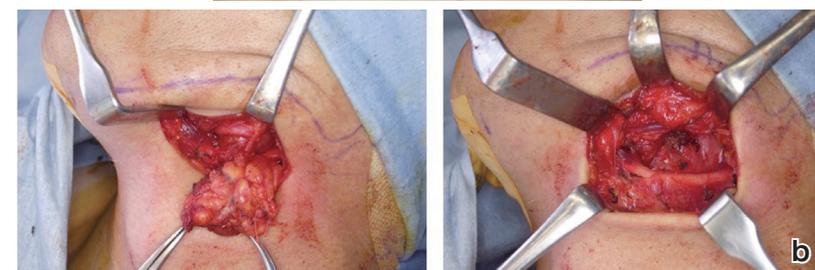


図57 顎下腺摘出術 (a: 切開線、b: 術中写真、c: 摘出した顎下腺と唾石)