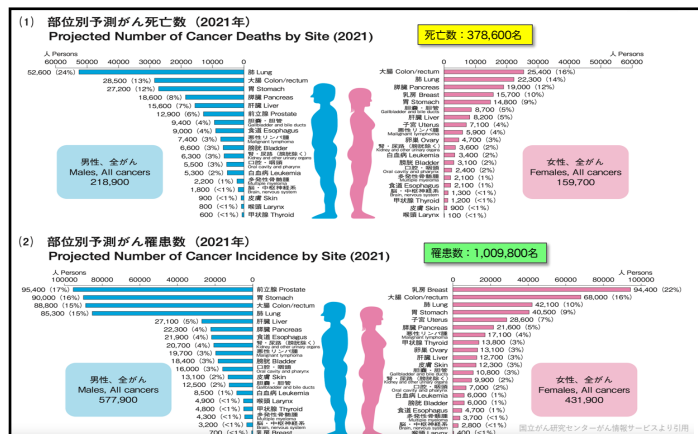
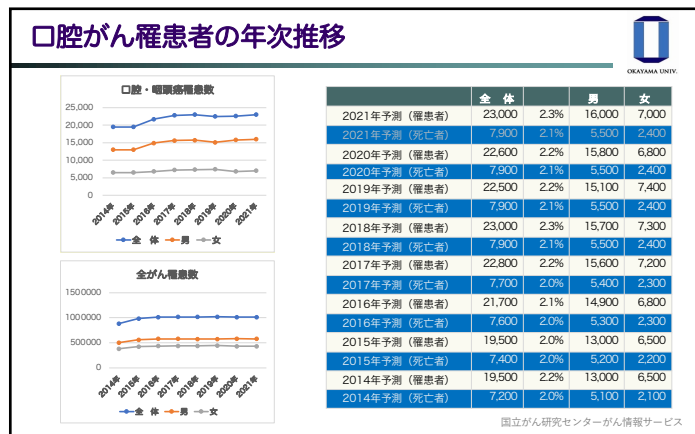




1



2

口腔癌の危険因子は何か？

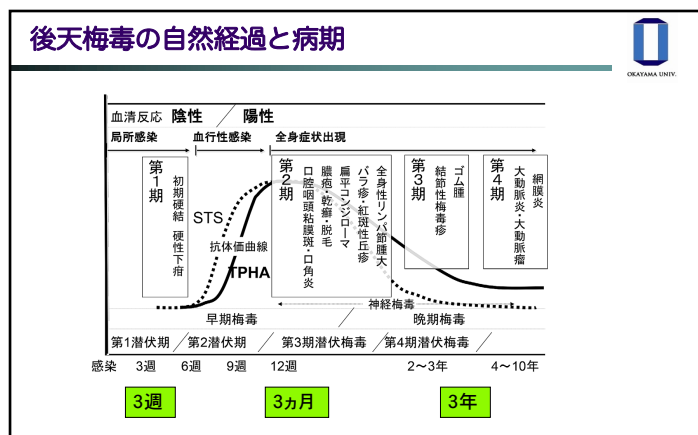
- 繰り返す粘膜への刺激: 傾いた歯, むし歯, 不良な詰め物やかぶせたもの, 合わない義歯など。これらがDNA修復能に異常をもたらし発癌するとされている。あわない義歯そのものは口腔癌の直接的な原因にはならないとする意見もある。
- 炎症性サイトカイン: 炎症性細胞の浸潤によりDNA損傷や細胞増殖因子を供給することで, がんの発癌や腫瘍を悪化させることがわかっている。口腔では歯肉炎が他因子と複雑に絡み合いながら癌を発病にわかっている可能性がある。
- ウイルス感染: 特にヒトパピローマウイルス (HPV) が中咽頭癌と同様に口腔癌の発癌にも関与し, 口腔癌では正常口腔粘膜より4.7倍高率に検出されたと報告されている。

3

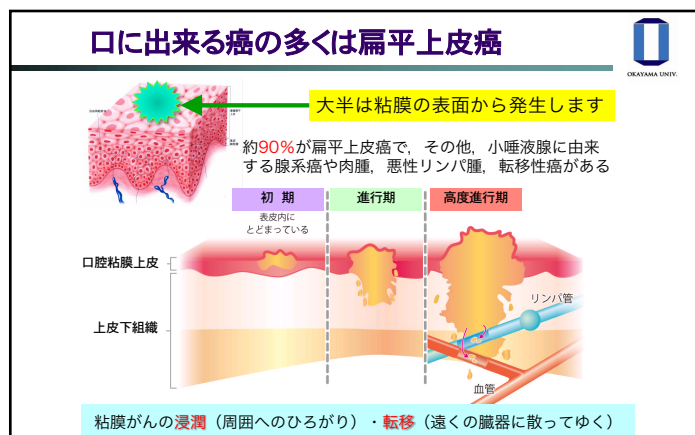
口腔がんの危険因子は何か？

- 喫煙: 約4,000種類の化学物質の中に発癌因子。発癌物質の活性化や解毒にかかわる酵素に遺伝的多型 (個人差) を認めることから, 喫煙に対する発癌リスクは個人差がある。
- 飲酒: アルコールに直接的発癌性はないが, アルコールの代謝産物であるアセトアルデヒドに発癌性があると報告されている。口のなかでもアルコールが分解され, 生じたアセトアルデヒドが蓄積することにより発癌するとの報告もある。アセトアルデヒド分解酵素2遺伝子 (ALDH2) に遺伝的多型が認められることから個人差がある。
米国では歯科医師により過度の飲酒を避けるように指導。
- 飲酒と喫煙: 口腔がんの発生に相乗的に作用し, アルコールはタバコに含まれる発癌物質の溶媒として作用する。

4



5



6

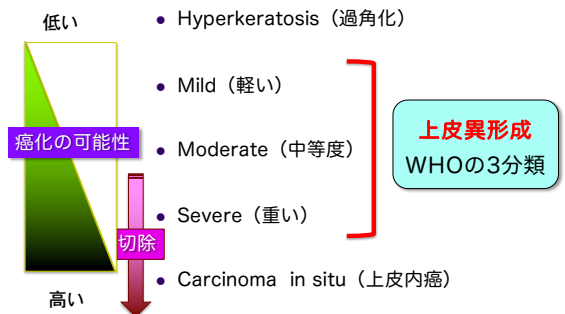
早期病変の診断

- 臨床経過と原因除去（義歯・歯の当たりなど）写真撮影
- 2～3週間
- 臨床視診学的観察・写真撮影 ★★★★★
 - 見て（色調・形状、潰瘍形成、発赤か炎症）
 - 触って（硬結：厚さ・周囲との境界）
- 病理診断
 - 細胞診（ブラッシング法→塗沫法・液状細胞診）
 - 組織診（治療をするヒトに任せる）
- 画像検査
 - 超音波診断、蛍光検査、その他（NBI・拡大内視鏡）



7

白板症の病理学的分類（5段階を目安に）



8

白板症の癌化率はいくらですか？

- 人種、喫煙などの生活習慣、治療、観察（病悩）期間などにより口腔白板症の癌化率は異なる。
 - 海外では 0.13～17.5%
 - わが国では 3.1～16.3%
- 5年累積癌化率は1.2～14.5%，10年累積癌化率は2.4～29.0%
- 女性の白板症は癌化しやすく、50歳以上では癌化しやすい。
- 疣贅型、結節型、潰瘍型および紅斑混在型のいわゆる非均一型白板症や、可動粘膜特に舌、頬粘膜、口底に発生するもの、多中心性あるいは多発性のもの、病理組織学的に上皮性異形成を有する病変が癌化をきたしやすいと考えられている。また上皮性異形成が高いほど癌化までの期間は短いとされている。



9

口腔扁平苔癬と口腔白板症の違い

ポイント

- 白板症の予後不良例の紅斑白斑混在型と口腔扁平苔癬では、視診上鑑別が付きにくい。
- 炎症性細胞浸潤があるのでやや粘膜がツヤやかな感じがある。
- 病理組織検査が必要
- 口腔扁平苔癬の場合は左右対照的にあることが多い。
- 部位も両側下顎歯肉頬移行部から頬粘膜にひろがるが多い。



10

検診で、特に気をつけていること

歯肉痛

- 外向性なら判断がつくが内向性は判断が難しく、歯周病あるいは外傷性咬合などの原因を再考する。納得いかなば、細胞診を行うか少し待機期間を設ける。
- 肉芽（腫瘍）と角化上皮の間のラインを見落とさない。またその分は厚みがあるので、触診をする。
- 上顎側臼歯部は、開口により隠れるので、中程度の開口でミラーで同部を確認する。

舌・口底痛

- 舌後方は見落としの多いところ、必ず舌をガーゼで牽引して指を、奥に挿入して硬結の有無を確認する。
- 舌がんは舌縁から舌下面にかけての発生が大半であることを知る。口底を含めて時々、観察する。



11

まとめ

自分が専門家であるという自覚と責任

原因を1度立ち止まって考える

時間と共に変化をすることを理解する

医科の先生の判断を盲信するな

- 木を見て森を見ず。→ 葉（歯）を診て森を見ず



- 写真で記録して経過をみる。
- 患者に口腔粘膜について適切な指導を。

わずか30秒程度で患者を救える



12