

## 逐年胃内視鏡検査にて発見された Stage II の下咽頭がん

尾上 耕治 山田 浩己

宮崎市郡医師会病院 健診センター

## 〔要旨〕

症例は60歳代男性。アルコール歴は焼酎1日500mlを44年間飲酒し、喫煙歴は50歳頃から禁煙したが1日40本を30年間喫煙していた。毎年胃内視鏡検査を受けていたが、咽頭部の異常を指摘されたことはなかった。200X年胃内視鏡検査にて、初めて下咽頭左側壁に腫瘍性病変が認められた。遡及的に1年前の内視鏡画像をみても明らかな病変は指摘できなかった。生検の結果、咽頭扁平上皮がんと診断され、宮崎県立宮崎病院耳鼻咽喉科を受診。T2N0M0, Stage IIと診断され、化学放射線療法を受け、6年半後も健在である。本症例のみならず、胃がんより予後の悪いと思われる食道がんおよび口腔・咽頭がん（特に下咽頭がんの男性）に対して、アルコール多飲者、喫煙者および男性など共通のハイリスク者には、隔年の対策型検診枠から外れて、任意型検診か保険診療にて逐年の内視鏡検査を行うなどの検討が必要と考えられた。

## キーワード

対策型検診, 任意型検診, 咽頭がん, 経鼻内視鏡

## はじめに

経鼻内視鏡や narrow band imaging（以下、NBI）拡大内視鏡の普及により、上部消化管内視鏡検査における咽頭がんの診断と治療の報告が増えてきた<sup>1)~10)</sup>。しかし、ハイリスク者を集約していない検診における咽頭がんの報告は、馬嶋らの報告<sup>11)</sup>があるのみで、ほとんどない。我々は、逐年内視鏡検査にて発見された Stage II の咽頭がんを経験した。一方、対策型胃内視鏡検査のマニュアルの推奨する検診間隔<sup>12)</sup>は隔年（2年に1回）となっており、現在の対策型胃内視鏡検査の方針では検診の限界を超えた病変と思われた。今後の咽頭がん早期発見のための対策の一助となることを願い、報告する。

## 症例

患者：60歳代、男性。アルコールフラッシュャー。

主訴：咽頭痛。

既往歴：胃潰瘍

現病歴：毎年内視鏡検査を受けていたが、咽頭反射が強く観察が不十分であった。4年前より内視鏡検査を経口から経鼻に変更すると観察良好となったが、咽頭部の異常を指摘されることはなかった。200X年7月頃より咽頭痛を自覚するようになるも、放置した。同年の経鼻内視鏡検査にて、咽頭部に腫瘍を認め、生検の結果、咽頭扁平上皮がんと診断された。宮崎県立宮崎病院耳鼻咽喉科を受診した。

検診時経鼻内視鏡検査（図1）：下咽頭左側に不整な腫瘍を認めた（a）。生検結果、咽頭扁平上皮

Corresponding author：尾上 耕治 (konoe@m-ishikai-kenshin.jp)

論文受付 2021年5月17日 論文受理 2021年8月27日

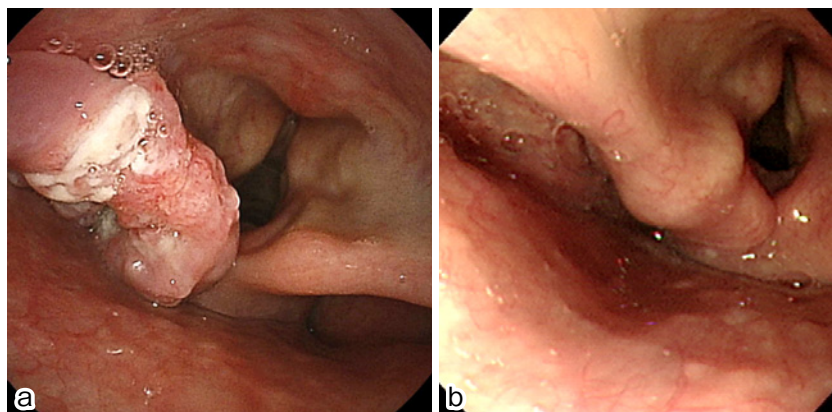


図1 内視鏡検診画像：60歳代男性，下咽頭がん（stage II：T2N0M0）。

a：下咽頭左側に不整な腫瘍を認めた。

b：1年前の画像。明かな病巣は指摘できない。なお，毎年内視鏡検診を受けていたが，咽頭反射が強く観察が不十分であった。4年前より内視鏡検診を経口から経鼻に変更すると観察良好となった。

がんと診断された。1年前の内視鏡画像（b）では NBI 観察は行っていないが，白色光観察では明らかな病巣は指摘できなかった。なお，毎年内視鏡検診を受けていたが，咽頭反射が強く観察が不十分であった。4年前より内視鏡検診を経口から経鼻に変更すると観察良好となった。

入院時生活歴：焼酎 500ml/日×44年。喫煙 40本×30年。50歳頃より禁煙。

入院時血液・尿検査所見：肝機能異常（ALT 42 IU/L， $\gamma$ -GTP 154 IU/L）を認める以外，特記事項なし。

入院時内視鏡検査：鎮静せずに咽頭観察を試みるも，嘔吐反射強く観察不可能。次に鎮静下にて数回試みるも嘔吐反射のため観察不可であった。

頸部 CT 検査（図2）：左梨状陥凹の前壁優位に，披裂軟骨ひだに進展するような造影増強効果を有する腫瘍性病変を認めた。病変は約3cmの広がりがあったが，周囲組織の進展・浸潤は認められず，リンパ節腫大も認めなかった。

Positron emission tomography（PET）検査：リンパ節転移，遠隔転移ともに認めなかった。

入院後臨床結果：下咽頭がん，T2N0M0，Stage II と診断され，化学放射線療法が行われ，腫瘍は消

失した。以後6年半経過したが，健在である。

## 考察

2017年度の口腔・咽頭がんの粗罹患率<sup>13)</sup>は10万人に対し17.4で，全部位のがん粗罹患率771.4の2.3%と低頻度である。性別にみると，男性22.1，女性8.8と男性は女性より高頻度である。また，5年相対生存率<sup>14)</sup>は，口腔・咽頭がん63.5%で，食道がん41.5%よりは高率であるが，全部位のがん64.1%，胃がん66.6%および大腸がん（結腸・大腸）71.4%より低率である。性別にみると男性60.7%，女性69.4%と男性は女性より低率である。

頭頸部がんの種類（全体の割合）は，口腔がん26.3%，上咽頭がん3%，中咽頭がん16.5%，下咽頭がん20.0%，喉頭がん21.3%，鼻・副鼻腔がん7.1%および唾液腺がん5.9%と報告<sup>15)</sup>され，咽頭がんを合計すると一番多く，咽頭がんの中では下咽頭がんが最も多い。また，下咽頭がんは頭頸部がんの中でも予後の悪い疾患の一つと報告<sup>16)</sup>されている。

さて，本症例は，毎年内視鏡検査を受けるも stage II であった。仮に，1年前に病変を指摘でき

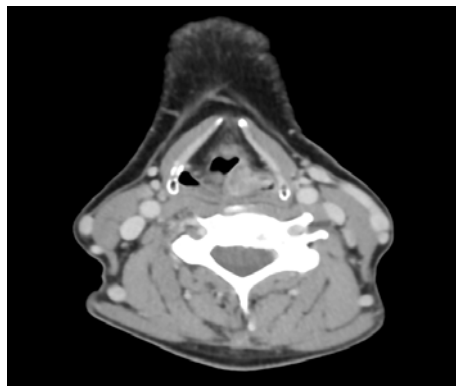


図2 頸部造影 CT

左梨状陥凹の前壁優位に、披裂軟骨ひだに進展するような造影増強効果を有する腫瘍性病変を認めた。病変は約3cmの広がりがあったが、周囲組織の進展・浸潤は認められず、リンパ節腫大も認めなかった。

た可能性がある方法として、NBI 拡大内視鏡の使用とバルサルバ法<sup>2), 5), 6)</sup>の実施が考えられる。NBI 拡大内視鏡は経口のため、本症例は咽頭反射が強く不可と考える。術前の経口内視鏡検査では数回咽頭観察を試みるも不可であった。バルサルバ法を実施することにより、喉頭が十分に挙上して下咽頭後壁と輪状後部の全体を観察できることがあると報告<sup>5)</sup>されているが、検診者全員に行うことは困難である。本症例のように咽頭反射が強い人は特に躊躇される。また当時はバルサルバ法の認識がなかったので実施しなかった。しかし、今後は咽頭がんのリスクが高い人には可能な限りバルサルバ法を行うことが望ましいと思われた。

咽頭がんのリスクに関しては、食道がんや頭頸部がんと共通しているが、高齢者、男性、飲酒、喫煙、頭頸部がんおよび食道がんの既往、食道内多発ヨード不染帯を有する人および少量の飲酒後の顔面紅潮反応などが危険因子として報告されてきた<sup>1), 3)~5)</sup>。横山<sup>17)</sup>らは、食道がんリスク問診票を作成しており、当施設内にはその食道がんリスク問診票を掲示してきた。なお、本症例は、60歳代、男性、焼酎500ml/日×44年、喫煙40本×30年とハイリスク者であった。

咽頭がんの発育進展に関して、川田ら<sup>2)</sup>の内視鏡

スクリーニングによる咽頭食道がん偽陰性の報告、飯塚ら<sup>7)</sup>の表在型咽頭がんおよび Nakamura<sup>18)</sup>らの表在型頭頸部がんの自然経過例の報告がある。飯塚らは「表在型咽頭がんの多くの症例が緩徐な発育を来し、全体として年平均4mmのサイズの増大が認められた。」と報告している。また、Nakamuraらは、「表在型頭頸部がんの20病変中17病変(85%)は平均20(6~71)か月の経過観察期間中に進行し、粘膜下浸潤した病変が9病変(45%)存在しその期間は平均21(11~58)か月であった。」と報告している。本症例は特に成長が早いと推察されるが、咽頭がんの成長速度に関する報告はまだまだ少なく、症例の蓄積が必要と思われる。

内視鏡検査の受診間隔に関して、対策型内視鏡検診の受診間隔は胃がんを対象として2年に1回であるが、飯塚らは「表在型咽頭がんは急速に増大した症例もあることから、少なくとも半年ごとのフォローが必要である。」と報告している。著者は、胃がんより5年相対生存率が低く予後が悪いと思われる、口腔・咽頭がん特に男性の下咽頭がんおよび食道がんのハイリスク者に対して、対策型検診の枠から外れて、任意型検診か保険診療にて毎年内視鏡検査を受けるなどの検討が今後は必

要になると考えた。馬嶋ら<sup>11)</sup>は、「上部消化管内視鏡検診の咽喉頭領域の取り扱いについて、咽喉頭、食道の専門家と共同でのコンセンサスを構築する必要がある。」と報告している。ハイリスク者の設定なども含めて、今後検討が必要と思われる。

なお、治療後6年半の経過が過ぎたが、現在健在である。健在の要因は咽頭反射が強いにもかかわらず逐年内視鏡検査して頂いたことが大きい。経鼻内視鏡検査を選択されたことも要因と思われる。

以上、逐年内視鏡検査にて発見された stage II の下咽頭がんの症例を経験したので報告した。

## 謝辞

診療情報を提供していただいた宮崎県立宮崎病院耳鼻咽喉科の先生方に深謝いたします。

本論文内容に関連する著者の利益相反  
：なし

## 文 献

- 1) Muto M, Minashi K, Yano T, et al. Early detection of superficial squamous cell carcinoma in the head and neck region and esophagus by narrow band imaging: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1556-1572.
- 2) 川田研郎, 河野辰幸, 藤原直人, 他. 経鼻内視鏡スクリーニングによる咽頭・食道偽陰性の検討. *胃と腸* 2012; 47: 938-947.
- 3) 門馬久美子. 咽頭・頸部食道がんの診断と治療. *胃と腸* 2017; 52: 1641-1642.
- 4) 藤井誠志, 渡邊昭仁, 山本陽一, 他. 咽頭表在扁平上皮がんの病理. *胃と腸* 2017; 52: 1643-1655.
- 5) 堅田親利, 岡本旅人, 一戸昌明, 他. 咽頭がんの内視鏡診断—経口内視鏡. *胃と腸* 2017; 52: 1656-1664.
- 6) 川田研郎, 岡田卓也, 中島康晃, 他. 咽頭がんの内視鏡診断—経鼻内視鏡. *胃と腸* 2017; 52: 1665-1673.
- 7) 飯塚敏郎, 菊池大輔, 田中匡実, 他. 表在型咽頭がんが形態変化を来す要因. *胃と腸* 2017; 52: 1674-1683.
- 8) 松浦倫子, 石原 立, 鼻岡 昇, 他. 咽頭 brownish area の鑑別診断と取り扱い. *胃と腸* 2017; 52: 1685-1694.
- 9) 細谷和也, 田中雅樹, 上条朋之, 他. 咽頭表在がんの内視鏡治療. *胃と腸* 2017; 52: 1696-1704.
- 10) 川久保博文, 大森 泰, 真柳修平, 他. 咽頭・頸部食道表在がんに対する内視鏡治療の適応と限界. *胃と腸* 2017; 52: 1706-1714.
- 11) 馬嶋健一郎, 村木洋介. 上部消化管内視鏡検診における咽喉頭口腔領域についての大規模後ろ向き観察研究. *日消がん検診誌* 2021; 59: 68-77.
- 12) 濱島ちさと. 実施方法. 日本消化器がん検診学会 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル作成委員会編, 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015 年度版, 第1版, 日本消化器がん検診学会, 東京, 2016, 18-20.
- 13) 国立がん研究センターがん対策情報センター. がん情報サービス. がん登録・統計 (全国登録). 全国がん登録 2017. 2021, [http://ganjoho.jp/data/reg\\_stat/statistics/dl/cancer\\_incidenceNCR\(2016-2017\).xls](http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/dl/cancer_incidenceNCR(2016-2017).xls) [2021.04.28]
- 14) 全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011 年生存率報告 (国立がん研究センターがん対策情報センター, 2020). 国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成 22 年度報告書. 5 年相対生存率 (1993 年～2011 年診断例). 2009-2011. 2021, [https://ganjoho.jp/data/reg\\_stat/statistics/dl/cancer\\_survival\(1993-2011\).xls](https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/dl/cancer_survival(1993-2011).xls) [2021.04.28]
- 15) 頭頸部悪性腫瘍全国登録. 日本頭頸部がん学会編, 頭頸部がん取扱い規約, 第6版, 金

- 原出版, 東京, 2018, 130-144.
- 16) 臓器別の診断治療の概要. 日本頭頸部がん学会. [http://www.jshnc.umin.ne.jp/general/section\\_02.html](http://www.jshnc.umin.ne.jp/general/section_02.html) [2021.04.28]
- 17) 横山 顕, 大森 泰. 食道扁平上皮がんのハイリスクグループ. 日消誌 2013; 110: 1745-1752.
- 18) Nakamura H, Yano T, Fujii S, et al. Natural history of superficial head and neck squamous cell carcinoma under scheduled follow-up endoscopic observation with narrow band imaging: retrospective cohort study. BMC Cancer 2016; 16: 743.

## Stage II hypopharyngeal cancer discovered during annual gastroendoscopy

Koji ONOE and Hiroki YAMADA

*Health Checkup Center, Miyazaki City Medical Association Hospital*

The patient, a man in his 60s, had a history of drinking 500mL of shouchu each day for 44 years. He also had a history of smoking 40 cigarettes a day for 30 years, but had quit at the age of 50. He underwent gastroendoscopy every year, but no abnormalities were observed in his pharynx. When gastroendoscopy at 200X was performed, tumor lesions were observed in the left wall of the hypopharynx for the first time. Retrospectively, endoscopic images obtained 1 year ago showed no obvious lesions. As a result of the biopsy, he was diagnosed with pharyngeal squamous cell cancer. Then, he visited the Otorhinolaryngology Department of Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital and underwent chemoradiotherapy treatment with diagnosis of T2N0M0 and Stage II. The patient is well and alive six and a half years later. The fact that the medical examination endoscopy was performed every year with transnasal endoscopy appears to be a contributing factor to his survival. In addition, the examination interval for population-based gastroscopic screening was every 2 years, and the lesion was beyond the scope of population-based screening. In not only this case, but also in esophageal, oral, and pharyngeal cancer, which have worse prognosis than gastric cancer, (especially in men with hypopharyngeal cancer), it is necessary to consider that patients with contributing risk factors such as alcohol consumption and smoking, and men should be examined by opportunistic screening or insurance treatment outside of the biennial population-based screening time frame.

Keywords: population-based screening, opportunistic screening, pharyngeal cancer, transnasal endoscopy