

7. 頭頸部癌の治療

喉頭温存手術 (II)

横島 一彦 中溝 宗永 稲井 俊太
酒主 敦子 三枝 英人 八木 聡明

日本医科大学大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学

7. Management of the Head and Neck Cancers

Laryngeal Preservation in Head and Neck Cancer Surgery (II)

Kazuhiko Yokoshima, Munenaga Nakamizo, Shunta Inai,
Atsuko Sakanushi, Hideto Saigusa and Toshiaki Yagi

Department of Head & Neck and Sensory Organ Science, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School

頭頸部癌に対する手術で喉頭全摘が避けられず失声となる症例は、術後の QOL が強調される現在でも決して少なくない。発声機能を犠牲にして癌の根治性を高めようとする考え方である。しかし、癌の根治性を低下させることなく発声機能を温存できるのであればその意義は大きく、それらの術式の一般化が重要である。このような術式の適応になるのは現状では限られた症例であるが、今後さらなる検討を行うことで適応の拡大も期待されている。今回はその代表例として、喉頭癌に対する喉頭部分切除術と下咽頭癌に対する喉頭温存・下咽頭部分切除術を提示する。

図 1 は早期喉頭癌の放射線治療後に原発巣再発した 79 歳男性に対する喉頭垂直部分切除術を示した。“喉頭の右半分を切除する”イメージである。喉頭を截開して声門を明視し、浸潤範囲を確認した上で切除した。欠損部分は頸部皮膚弁を欠損部に落とし込んで喉頭皮膚瘻を作成して手術を終了し、5 カ月後に二期的に瘻孔を閉鎖することで発声が可能になった。嚥下障害は認めなかった。

図 2 は喉頭蓋に生じた早期癌の 59 歳男性に対する喉頭水平部分切除術を示した。“喉頭の上半分を切除する”イメージである。舌骨下から喉頭蓋谷にアプローチし、喉頭蓋を翻転して腫瘍を明視下に切除した。残存した甲状軟骨を挙上し、舌骨に固定することで、誤嚥防止を図った。術後音声・嚥下機能は良好であった。

図 3 は梨状陥凹癌の 67 歳男性に対して施行した喉頭温存・下咽頭部分切除術を示した。舌骨右側を切除し、甲状軟骨外側を切除した上で、喉頭蓋谷にアプローチし、喉頭を正中側に翻転して腫瘍の明視下切除を行った。下咽頭の欠損は遊離前腕皮弁を用いて再建を行い、誤嚥を防止するために咽頭喉頭蓋ヒダを形成した。術後 2 週間で嚥下リハビリテーションを開始し、術後 3 週間で気管孔の閉鎖が可能になった。嚥下機能、発声機能ともに良好であった。

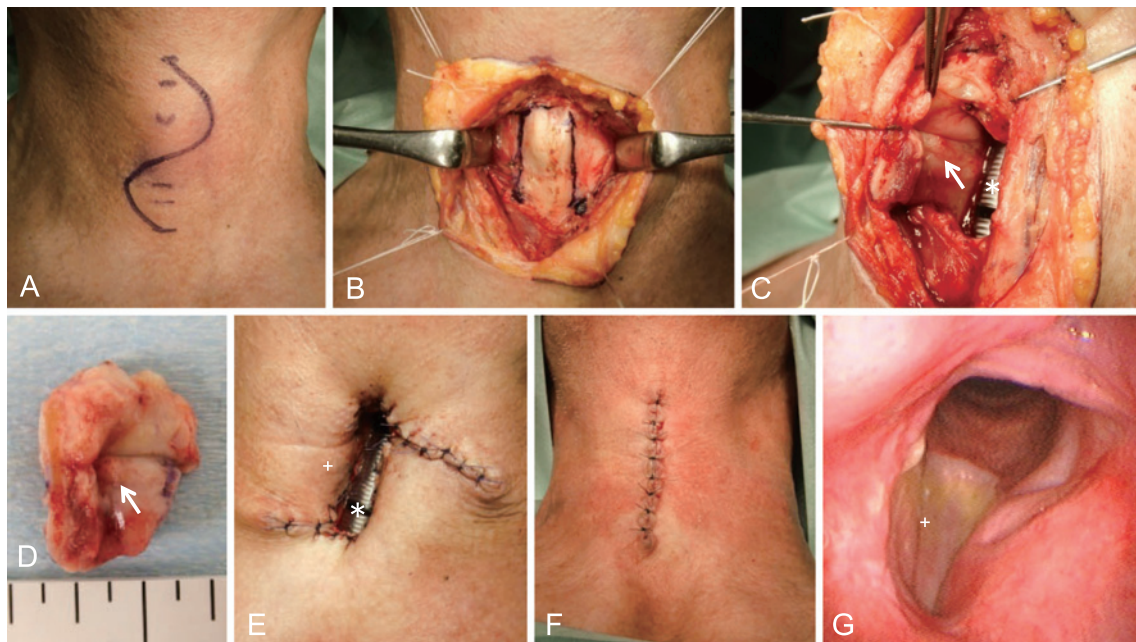


図1 喉頭癌に対する喉頭垂直部分切除術

A: 頸部皮弁が利用できるように皮膚切開をデザインした。B: 甲状軟骨を切開して、喉頭内腔へアプローチ。C: 喉頭を截開し、右声帯に存在する腫瘍を明視下に切除した。D: 摘出物。右声帯全長、左声帯前1/4を切除。E: 頸部皮弁で喉頭瘻を作製した。F: 5カ月後に喉頭瘻を閉鎖した。G: 喉頭瘻閉鎖後1年の内視鏡所見。頸部皮弁で欠損部が再建されている。(A～Fの上方が頭側、Gは下方が前方。矢印は腫瘍、*は挿管チューブ、+は頸部皮弁を示す。)

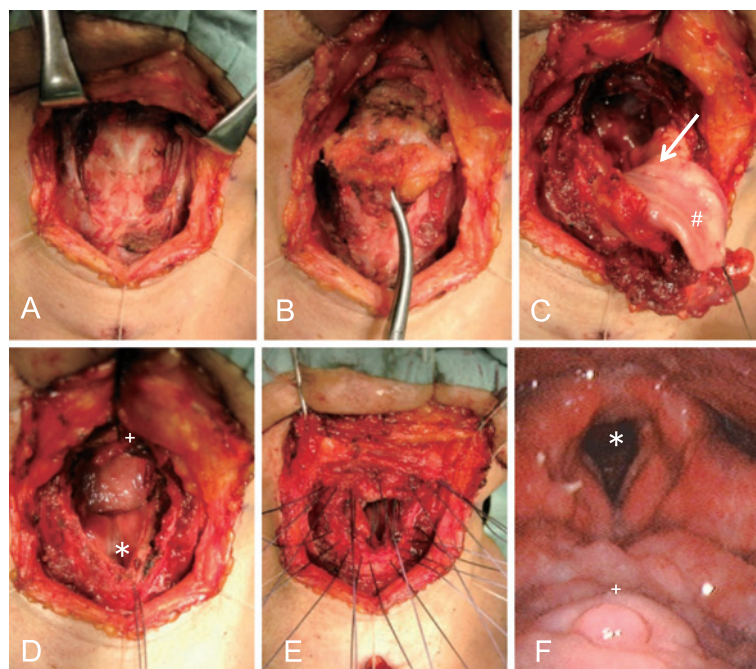


図2 喉頭癌に対する喉頭水平部分切除術

A: 頸部横切開で、甲状軟骨、舌骨を露出。B: 舌骨下から喉頭蓋谷にアプローチ。C: 喉頭蓋を下前方に翻転し、喉頭蓋喉頭面の腫瘍を明視しながら切除した。D: 喉頭蓋は仮声帯直上で切除され、下方に声門、上方に舌根が見える。E: 残存した輪状軟骨と舌骨に糸をかけ、喉頭を挙上位で固定した。F: 術後2カ月の内視鏡所見。下咽頭の唾液貯留、誤嚥は少量であった。(A～E写真の上方が頭側、Fは下方が前方。矢印は腫瘍、#は喉頭蓋、*は声門、+は舌根を示す。)

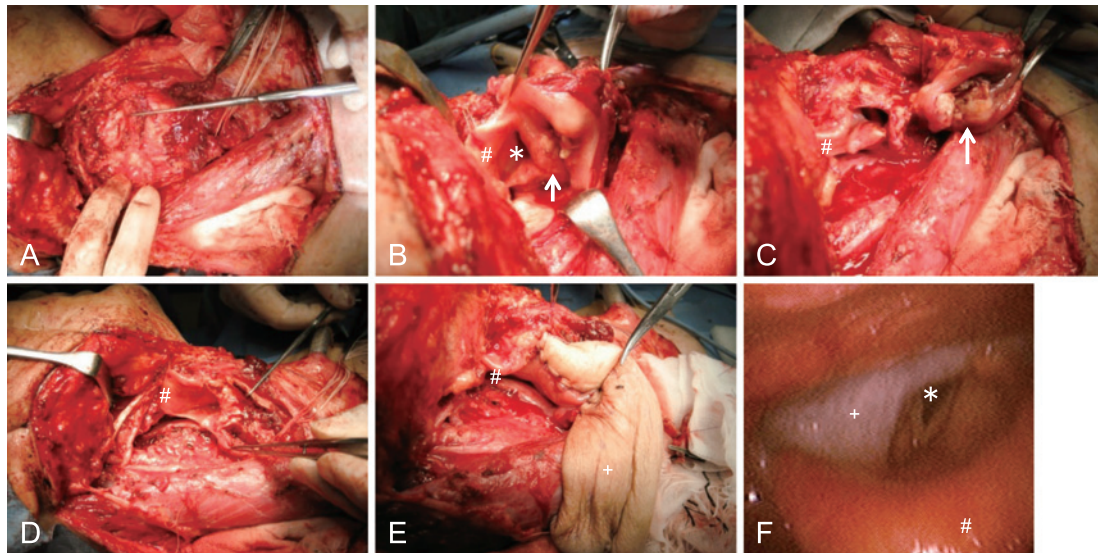


図3 下咽頭癌に対する喉頭温存・下咽頭部分切除術

A: 舌骨右側を切除し、喉頭蓋谷にアプローチした。B, C: 喉頭を内下方に翻転し梨状陥凹の腫瘍を明視下に切除した。D: 梨状陥凹を切除した。E: 欠損部は遊離前腕皮弁で再建した。F: 術後3カ月の内視鏡所見。嗄声は軽度で、誤嚥は認められなかった。(A～E: 写真の左側が頭側, Fは下方が前方。矢印は腫瘍, #は喉頭蓋, *は声門, +は前腕皮弁を示す。)