

7. 頭頸部癌の治療

頸部郭清術 (III)

横島 一彦 中溝 宗永 稲井 俊太 酒主 敦子 大久保公裕

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

Neck Dissection in Head and Neck Cancer Surgery (III)

Kazuhiko Yokoshima, Munenaga Nakamizo, Shunta Inai,

Atsuko Sakanushi and Kimihiro Okubo

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

頭頸部癌は早期から頸部リンパ節に転移するため、頭頸部癌の治療戦略を考えるにあたって、頸部転移のコントロールをいかに行うかは重要な課題の1つである。その目的を達成するために頸部郭清術は重要な手術である。

1906年にG. Crileがはじめて行った術式は、今では古典的頸部郭清術と呼ばれている。それは全頸部のリンパ組織を胸鎖乳突筋、内頸静脈、副神経などとともに一塊切除するもので、現在でも行われることはあるが、術後の頸部・肩の変形や疼痛、上肢挙上障害、顔面の浮腫が問題になる。そのため、最近では原発巣の部位や頸部転移の状況によって種々の変法が行われることが多い。本アトラスでは、種々の頸部郭清術の変法の術中所見を供覧したい。

図1は61歳女性の舌癌後発頸部転移に対する左頸部郭清術の術野(A)と術後5年目の頸部所見(B)を示した。左全頸部のリンパ組織は胸鎖乳突筋や内頸静脈とともに摘出した。左副神経の温存が可能であったため、頸部の陥凹変形は著明なものの僧帽筋の萎縮はなく、上肢挙上障害は軽度であった。このような症例の積み重ねから、症例を適切に選択すれば臓器温存が再発率を上げないことが分かってきており、最近の頸部郭清ではより積極的に臓器温存が図られている。

図2Aでは88歳女性の舌癌に対する頸部郭清術を示した。胸鎖乳突筋と副神経を切除して全頸部の郭清を行った。内頸静脈を温存し術後の頭蓋内・顔面からの還流障害の軽減が図られた。図2Bでは69歳男性の上歯肉癌に対する頸部郭清術を示した。胸鎖乳突筋、内頸静脈、副神経はいずれも温存した。また、下頸部と後頸部の郭清は省略し、郭清範囲を縮小した肩甲骨筋上郭清術とした。

以上のように、近年の頸部郭清術は合併切除する臓器を少なくし、郭清範囲を最小限にする傾向にある。臓器温存の適応基準については論議のあるところではあるが、癌の根治性を低下させることなく術後のQOLを保つことに重点を置いているのである。

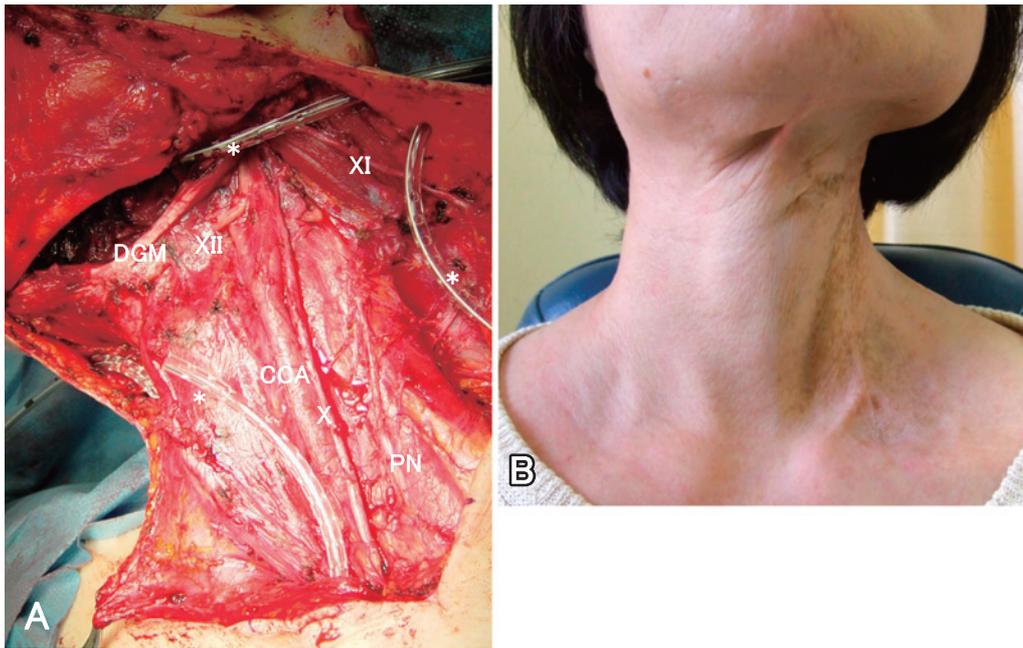


図1 頸部郭清術における副神経温存の意義

61歳女性。舌癌、舌部分切除後後発頸部転移に対して左頸部郭清術を行った。胸鎖乳突筋、内頸静脈は合併切除したが、副神経は温存できたため僧帽筋の萎縮はなく上肢挙上障害は軽度であった。CCA：総頸動脈、DGM：顎二腹筋、PN：横隔神経、X：迷走神経、XI：副神経、XII：舌下神経、*：ドレーンチューブ

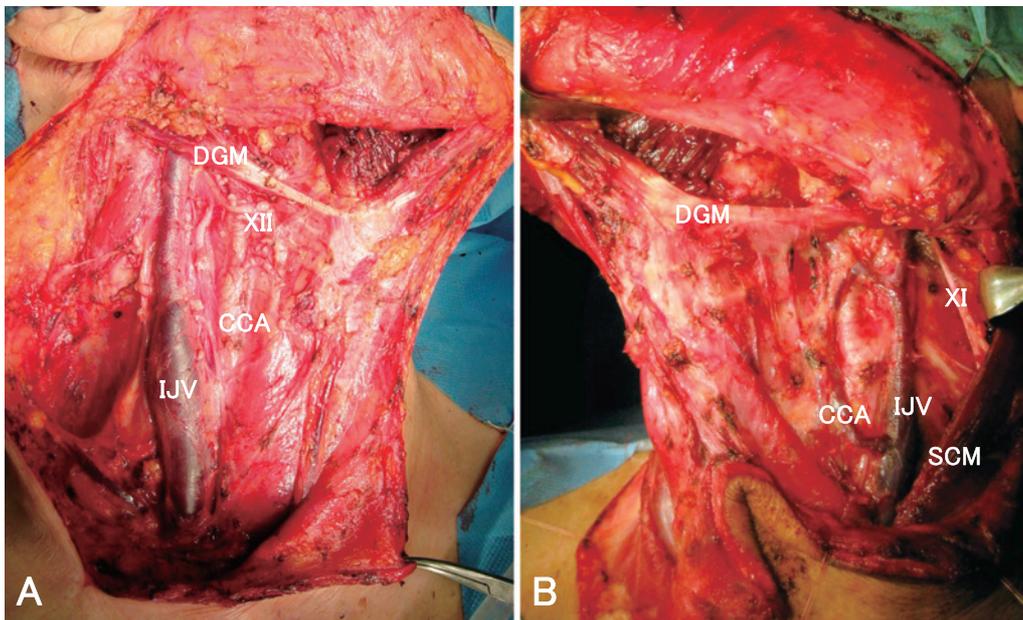


図2 頸部郭清術における臓器温存と郭清範囲の縮小

A：88歳女性。舌癌後発転移に対して右頸部郭清術を施行した。胸鎖乳突筋と副神経は切除し、内頸静脈は温存した。B：69歳男性。上歯肉進行癌に対し原発巣切除術と左頸部郭清術を一期的に行った。胸鎖乳突筋、内頸静脈、副神経はいずれも温存し、後頸部、下頸部の郭清は省略した。CCA：総頸動脈、DGM：顎二腹筋、IJV：内頸静脈、SCM：胸鎖乳突筋、XI：副神経、XII：舌下神経