

ここまでできた頭頸部癌治療
—チームで行う頭頸部がん治療—

広島市立広島市民病院
耳鼻咽喉科 頭頸部外科
井口郁雄

Knet;2010 . 7.15 . (THU)

頭頸部がん

◆全がんの約5%、罹患率 10万人比 8人(日本)

◆治療法は多岐にわたる

手術、放射線、化学療法および
それぞれを組み合わせた集学的療法

□当院は平成18年8月に「がん診療連携拠点病院」に指定。

□当科では頭頸部癌治療のより一層の 充実を図るべく、
他職種、他科、緩和ケアチームなどの院内チームと協力して
日々の診療に取り組んでいる。

耳鼻咽喉科
頭頸部外科

放射線治療部

形成外科

病理部
画像診断

頭頸部がん
患者

食道外科
心臓血管外科

緩和ケアチーム
NSTチーム
口腔ケアチームなど

麻酔科
手術室
ICU

内視鏡科

精神科



当科における頭頸部がん診療実績

頭頸部がん新鮮症例数

(手術・放射線治療・緩和ケア・セカンドオピニオンを含む)

	2004	2005	2006	2007	2008	平均
口腔癌	21	18	18	11	21	17.8
喉頭癌	19	18	23	21	21	20.4
鼻・副鼻腔癌	12	9	5	8	7	8.2
上咽頭癌	2	3	2	3	2	2.4
中咽頭癌	4	11	5	5	7	6.4
下咽頭癌	13	11	17	13	17	14.2
甲状腺癌	21	22	25	27	40	27
唾液腺癌	9	6	3	8	7	6.6
その他の悪性腫瘍	10	8	8	1	5	9.4
合計	111	106	106	97	127	109.4

年は年度単位

頭頸部がん手術症例数

	2004	2005	2006	2007	2008	平均
口腔癌	9	9	7	6	14	9
喉頭癌	7	8	6	12	9	8.4
鼻・副鼻腔癌	3	3	2	2	4	2.8
上咽頭癌	0	0	0	0	0	0
中咽頭癌	1	2	0	0	2	1
下咽頭癌	0	0	2	2	2	1.2
甲状腺癌	18	19	20	26	40	24.6
唾液腺癌	5	4	1	6	4	3.8
その他の悪性腫瘍	0	1	1	0	2	0.8
合計	43	46	39	54	77	51.8

年は年度単位

日本頭頸部外科学会 研修施設認定証

研修施設名 広島市立広島市民病院

認可番号 第 111 号

貴施設を特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会
認定頭頸部がん専門医研修施設として認定します

認可期間 自平成 22 年 1 月 1 日 至平成 26 年 12 月 31 日

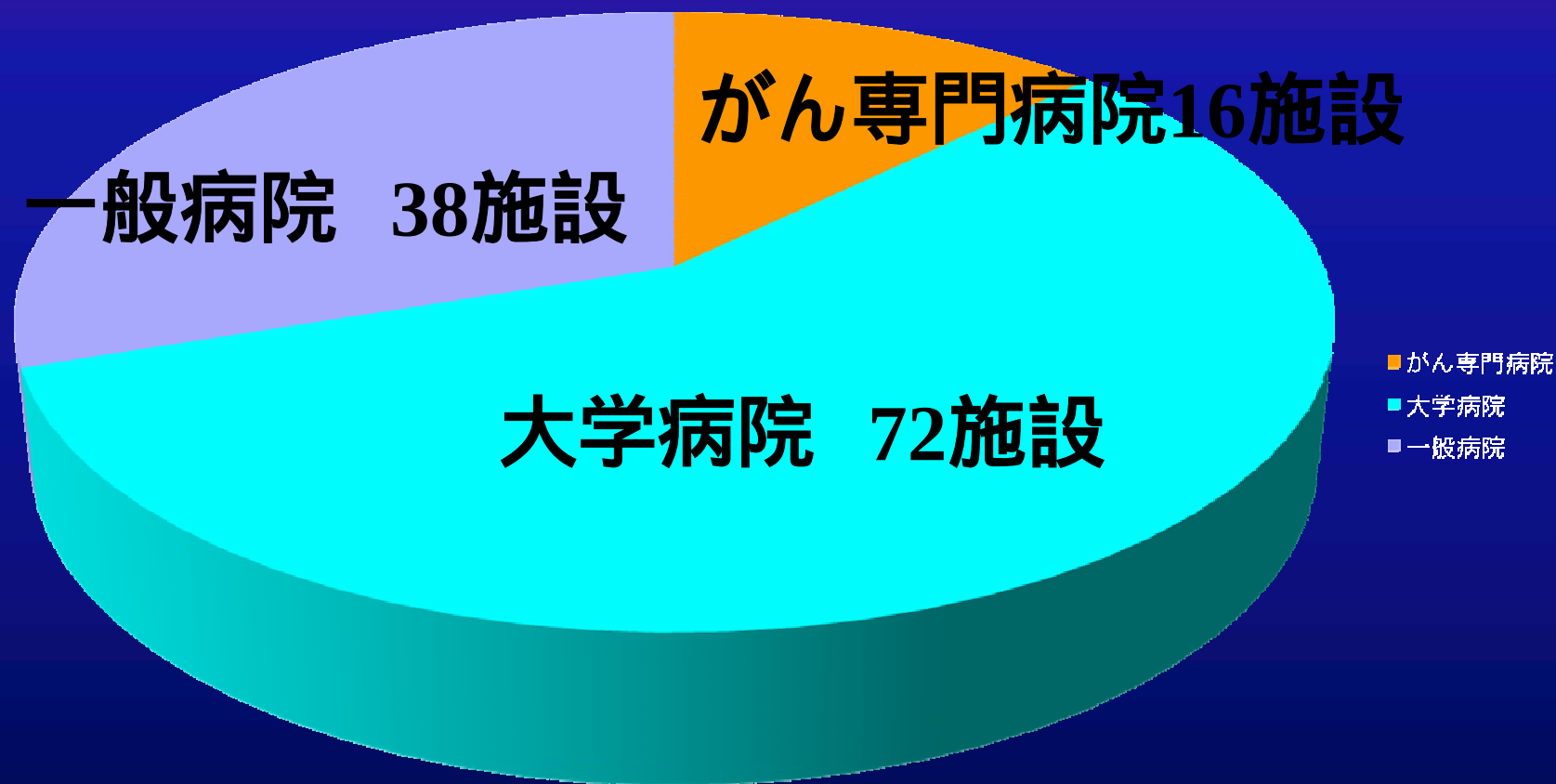
認可年月日 平成 22 年 1 月 1 日

特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会

理事長 福田 諭



頭頸部がん指定研修施設



全国で126施設認定(2010年5月現在)

耳鼻咽喉科
頭頸部外科

放射線治療部

形成外科

病理部
画像診断

頭頸部がん
患者

食道外科
心臓血管外科

緩和ケアチーム
NSTチーム
口腔ケアチームなど

麻酔科
手術室
ICU

内視鏡科

精神科医



声門がんT分類

T1a



T1b

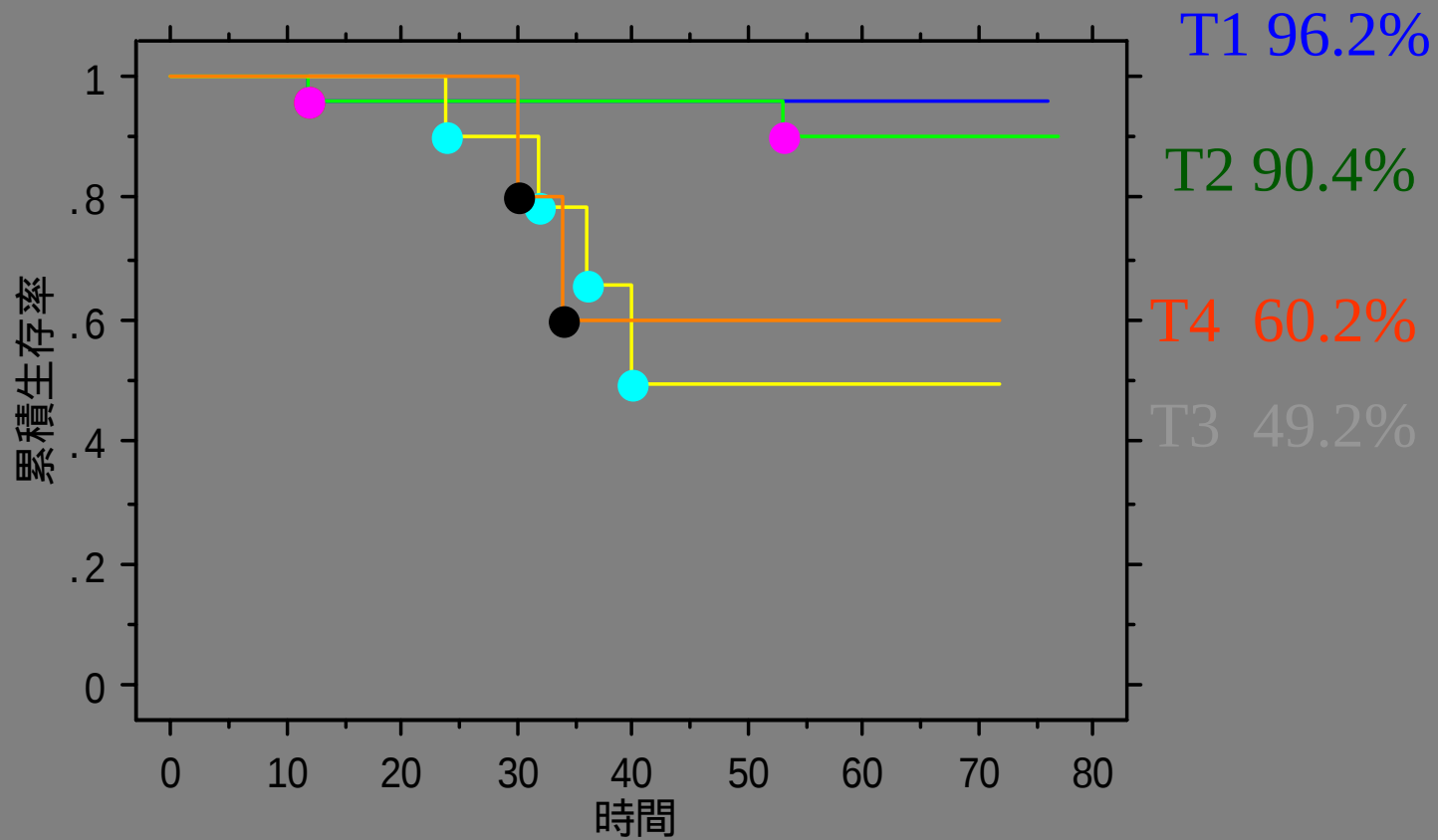


喉頭がんの治療基本方針

- * T1 , T2 症例は、根治照射
- * T3 , T4 症例は、喉頭全摘術
- * T1 , T2 再発例は、喉頭全摘術
- * T2 症例で R T 後、癌残存例は
喉頭全摘術

2005より喉頭部分切除術を加えている

喉頭癌生存率



喉頭癌T 2 25例

根治照射 22例

喉頭全摘(TL) 3例

↓すべて s-glottic type

再発 0例

再発 10例

CR 12例

laser 1例

TL 9例(1例再発死)

喉頭温存率 59.1%(RT CR12例 s-laser 1例)

局所制御率 96.1%(1例再発例)

喉頭がん治療成績

- ◆ 喉頭がんの5年生存率は、
声門上がんで81.8%、声門がんで90.3%、
声門下がんで75%、全体で87.9%であった。
- ◆ T1症例のRTによるがん制御率は、96.1%と
良好な成績を示した。
- ◆ T2症例の局所制御率は96.1%と良好であったが
、喉頭温存率は59.1%であった。

頭頸部がん再建手術症例の検討

- ◆化学放射線同時併用療法の進歩により
進行がんに対して、根治治療が可能となった。
- ◆一方で、
化学放射線同時併用療法後の再発症例の
救済手術や
進行がんの根治治療および機能をできるだけ
残存した治療には再建手術が不可欠。

当科における頭頸部がん再建手術例の検討

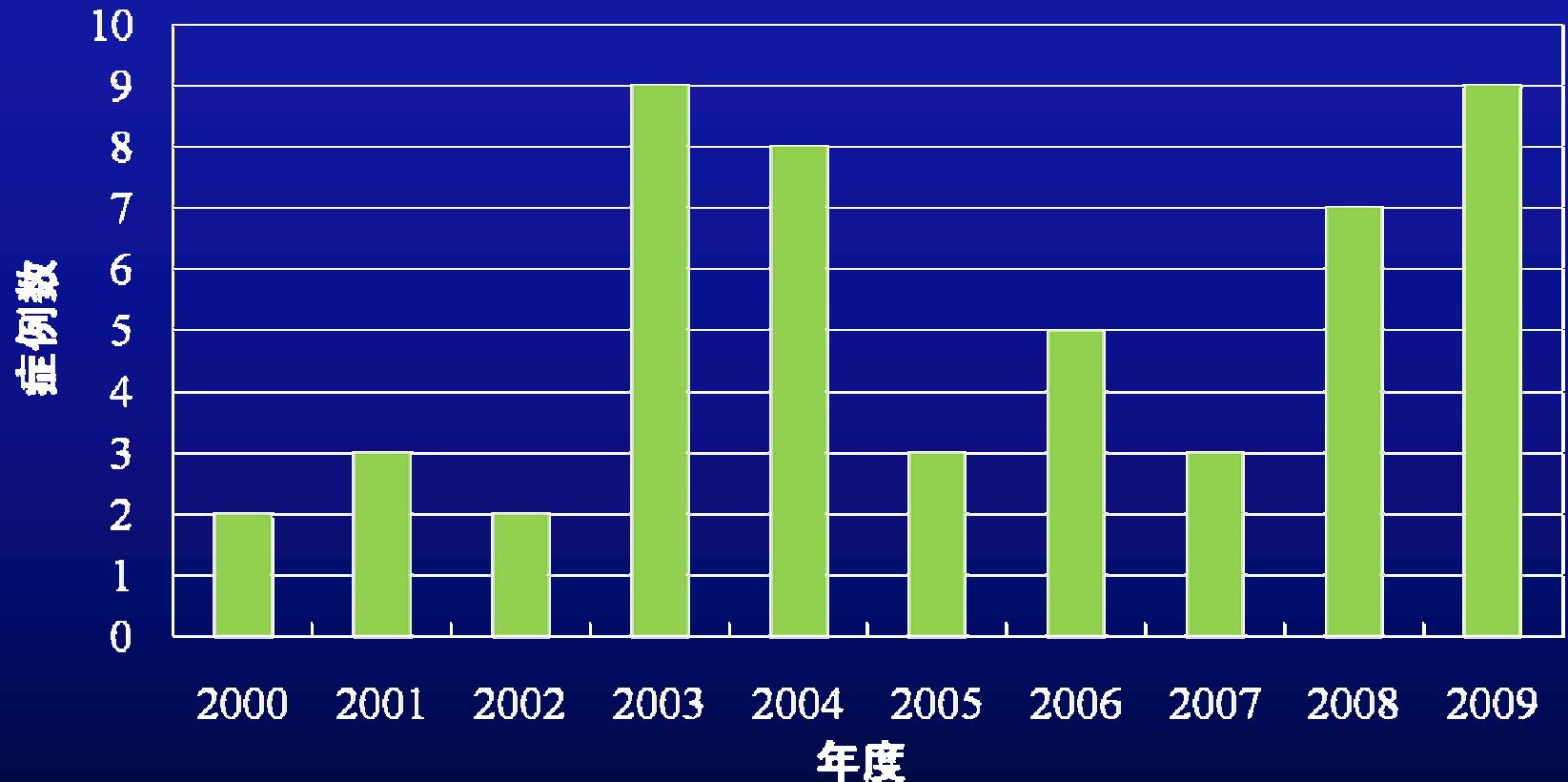
◆遊離組織移植による再建症例の検討

◆有茎組織移植による再建症例の検討

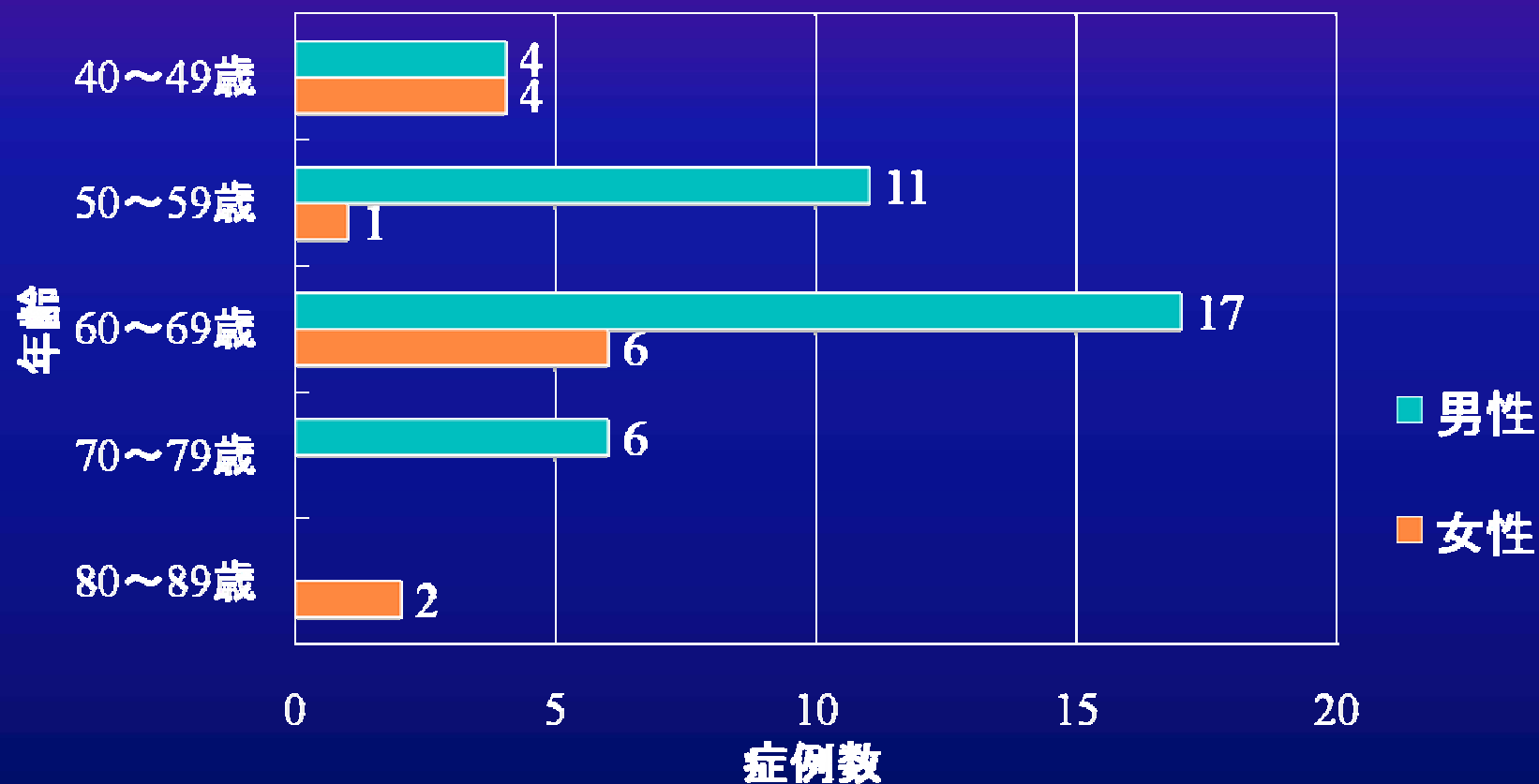
◆顔面神経再建症例の検討

対象

2000年4月から2010年3月までの10年間に当院で
遊離組織移植による頭頸部再建を行った51症例



年齢分布と性別



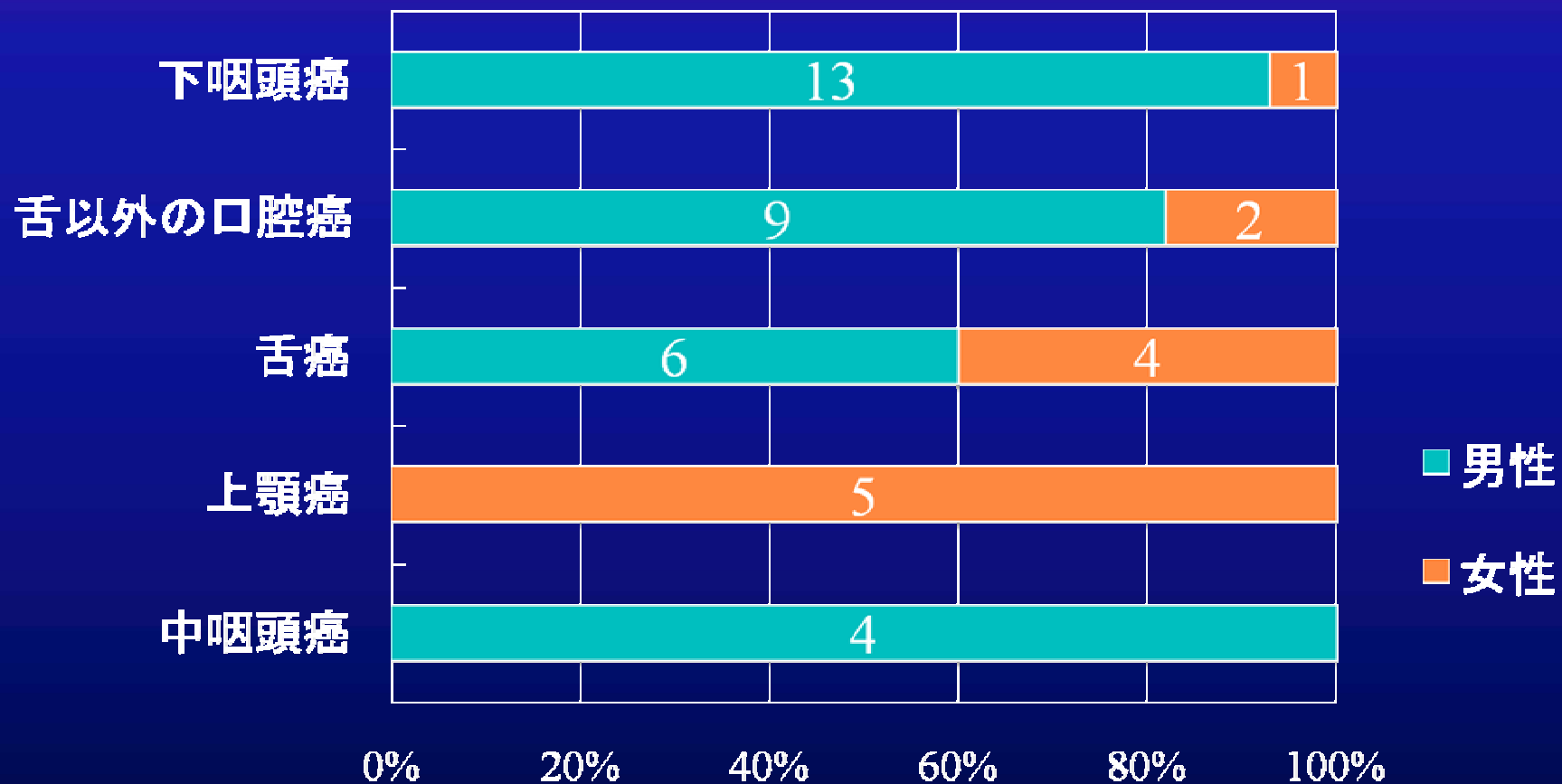
年齢分布 41歳から83歳まで 平均年齢:61.3歳

性別 男性:38例 女性:13例

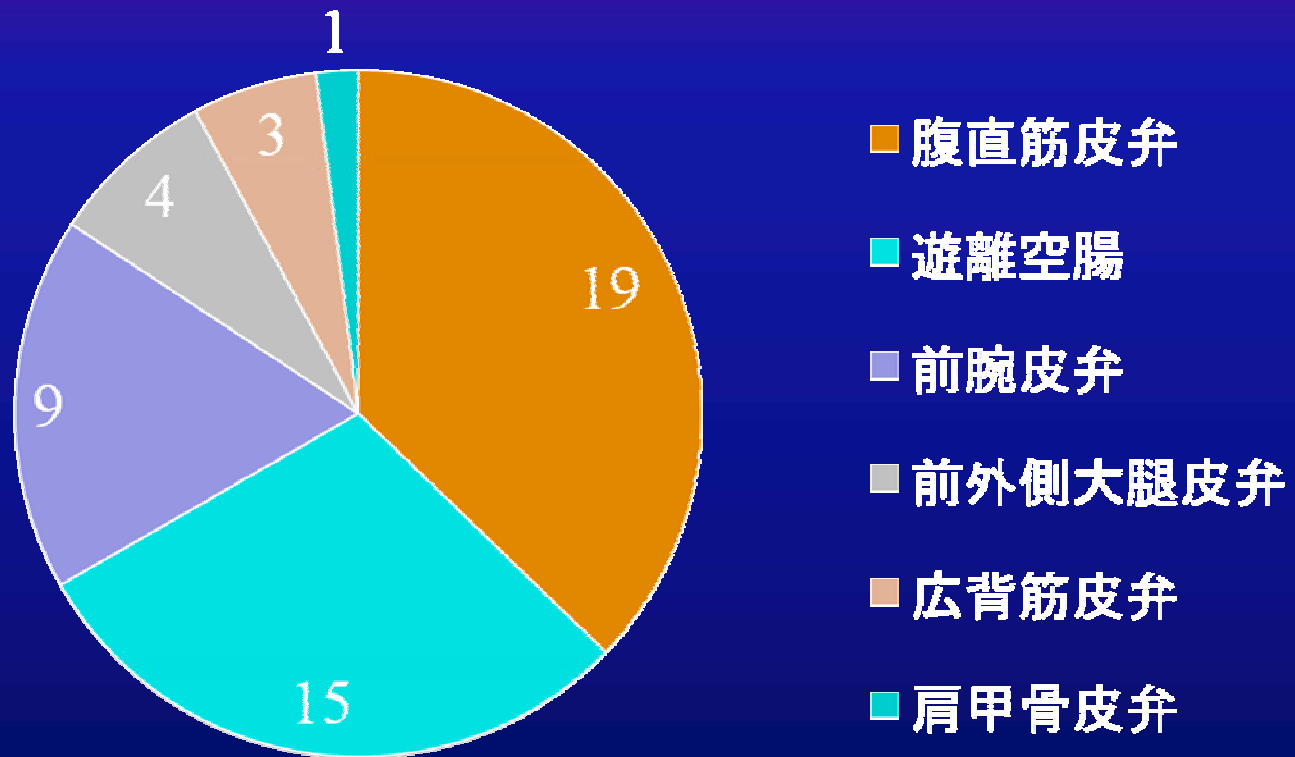
対象疾患

	計	前期 (2000～2004年度)	後期 (2005～2009年度)
下咽頭癌	14	6	8
舌以外の口腔癌	11	7	4
舌癌	10	6	4
上顎癌	5	2	3
中咽頭癌	4	0	4
喉頭癌	3	1	2
耳下腺癌	2	0	2
外耳癌	1	1	0
顎下腺癌	1	1	0
計	51	24	27

疾患別の男女比

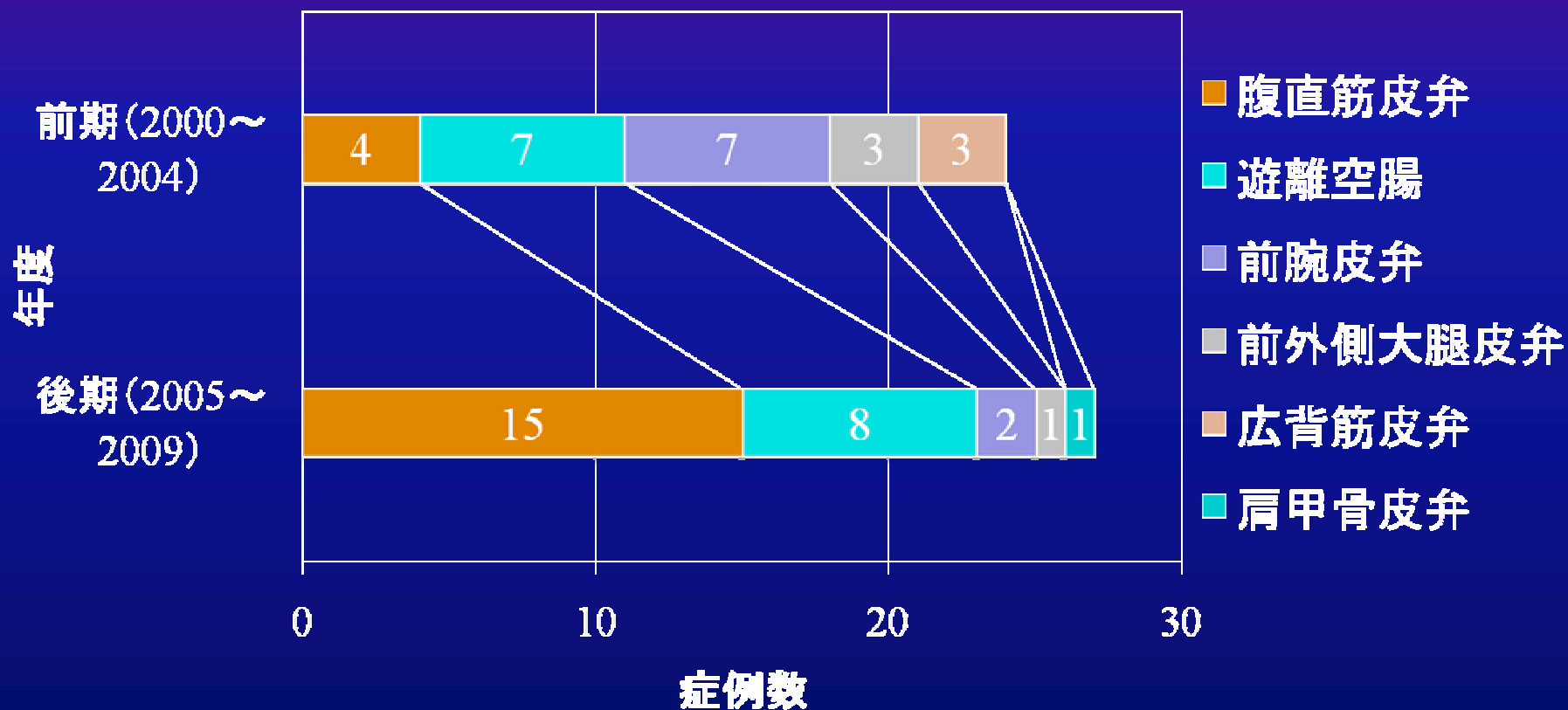


再建材料



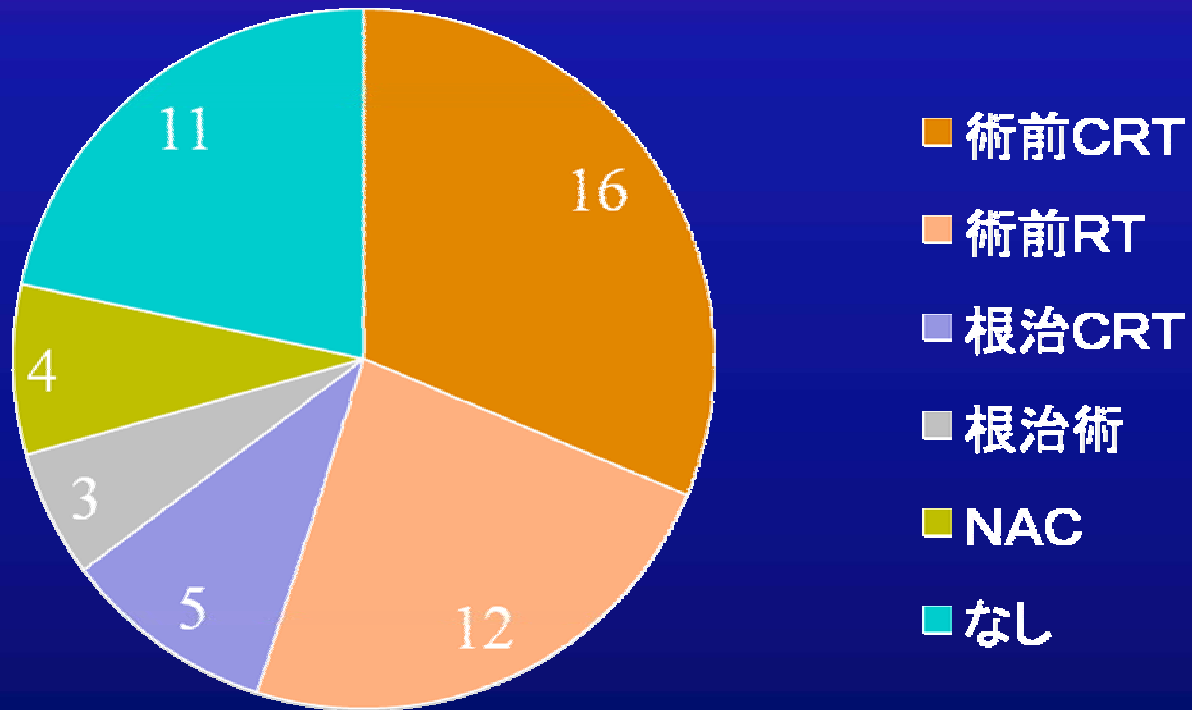
腹壁ヘルニア 2例/ 19例 (10.5%)

再建材料



- ・十分な組織量が採取できる
 - ・容量調節可能
 - ・体位変換不要
- 腹直筋皮弁を使用する症例数増加

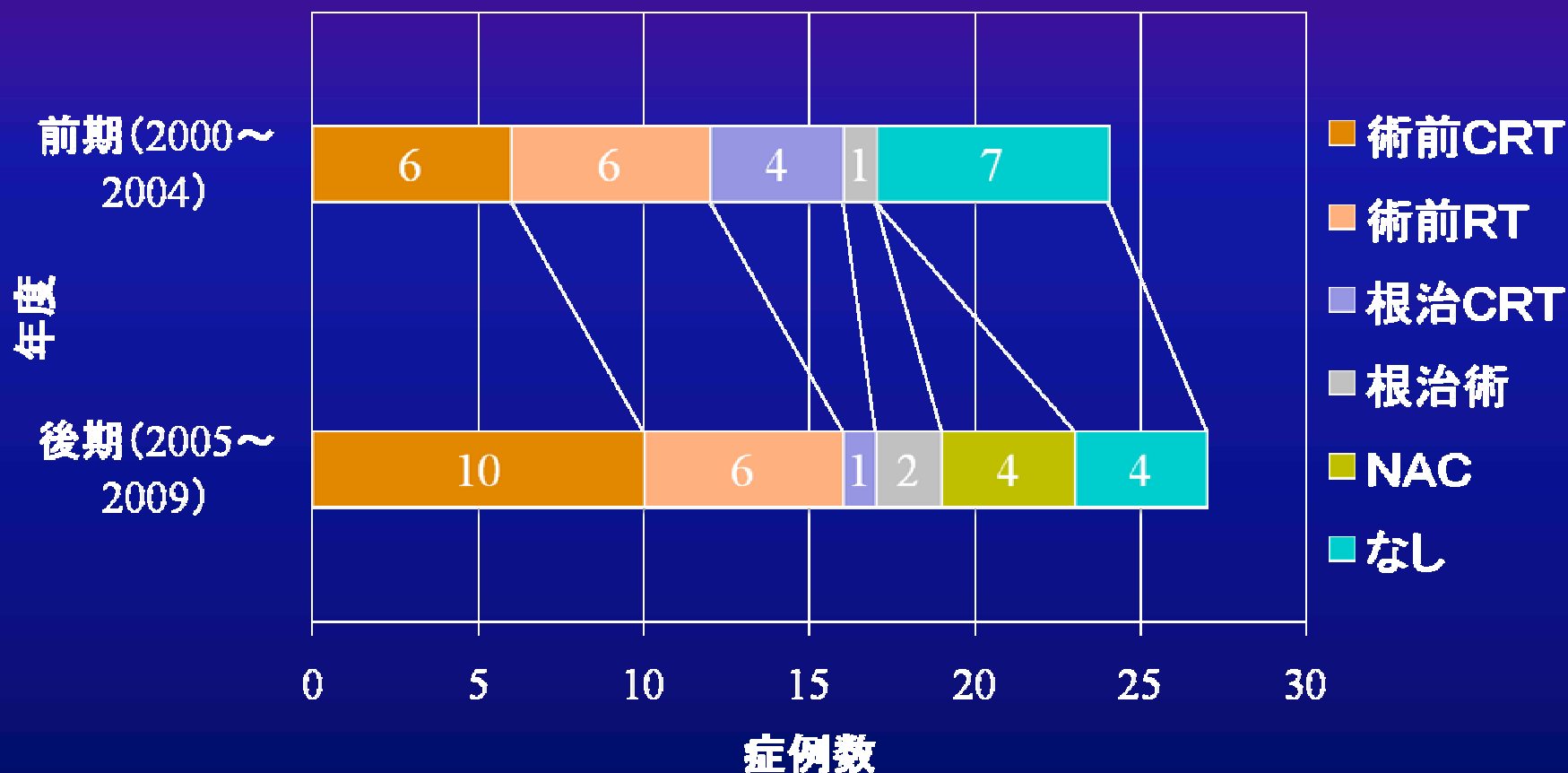
術前治療



術前CRT+術前RT+根治CRT 33例/ 51例 (64.7%)

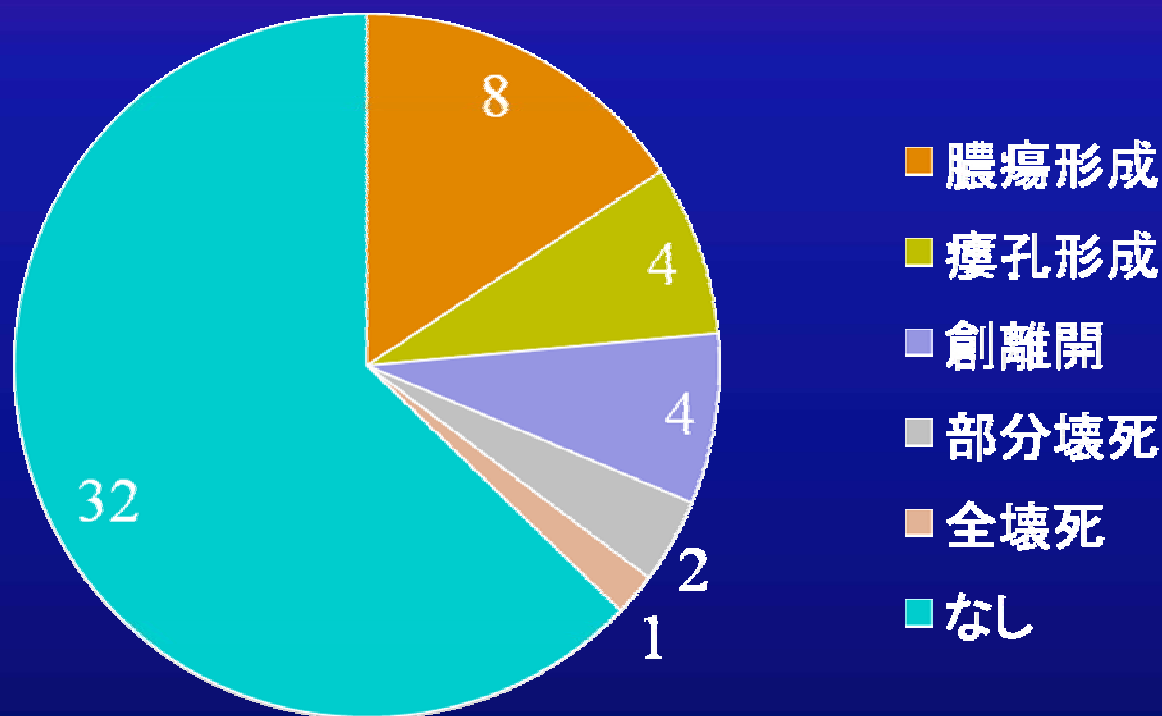
術前照射: いずれも照射量として40Gyまで

術前治療



術前RT(CRT含む)症例数は増加、根治CRT症例数は減少
今後、術前RT症例を減らしていく方向で検討中

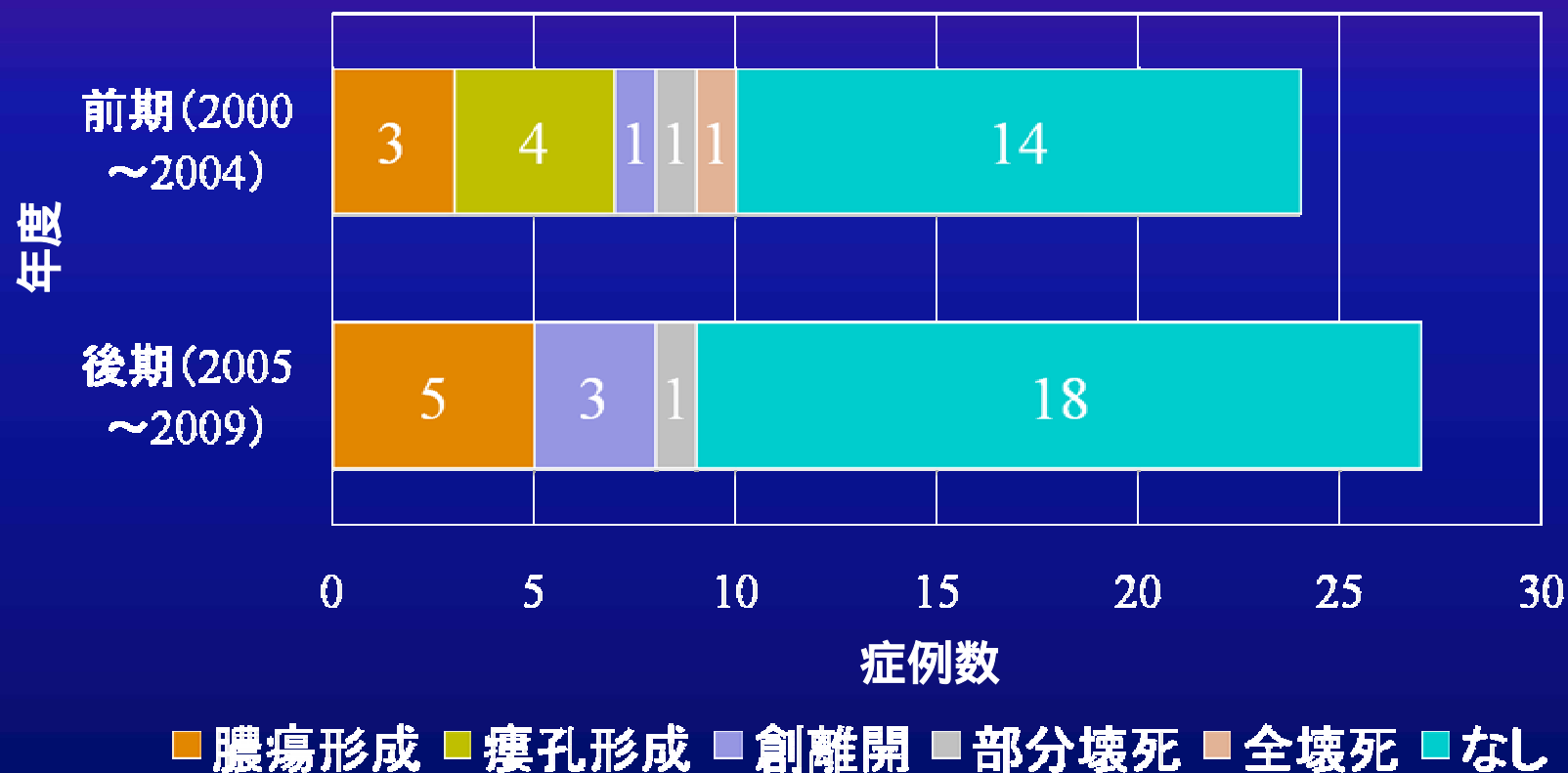
局所合併症



局所合併症 19例/ 51例 (37.3%)

皮弁全壊死 1例/ 51例 (2.0%)

局所合併症



前期: 10例 / 24例 (41.7%) 後期: 9例 / 27例 (33.3%)

有茎皮弁による救済手術を要した症例: 2例 (いずれも前期)

術前放射線治療と局所合併症

術前照射なし群：根治術、NAC、術前治療なし

18例中6例 33.3%

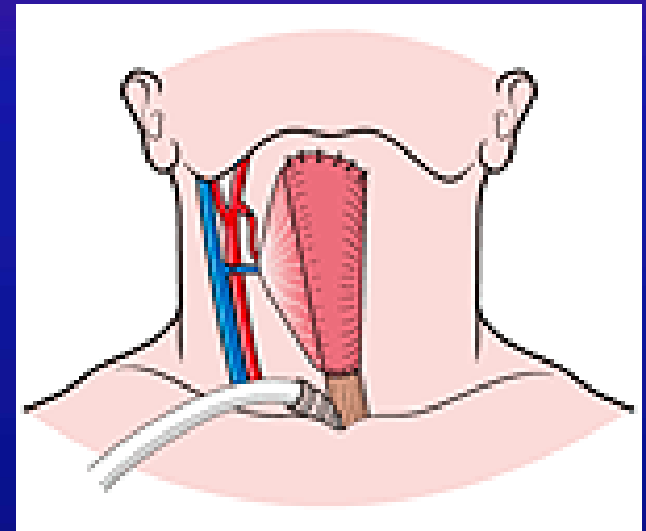
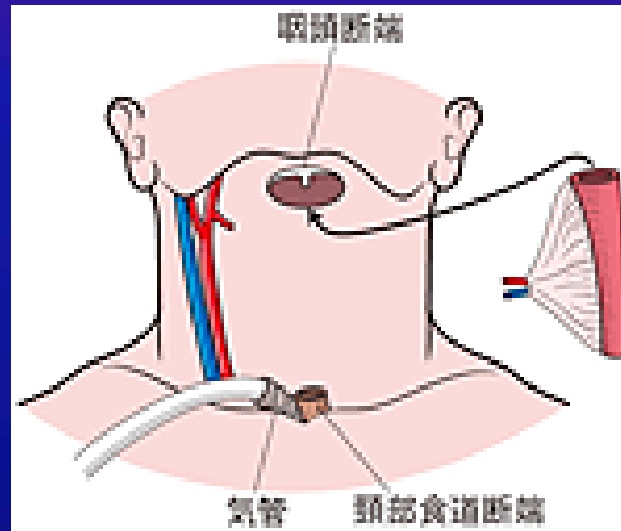
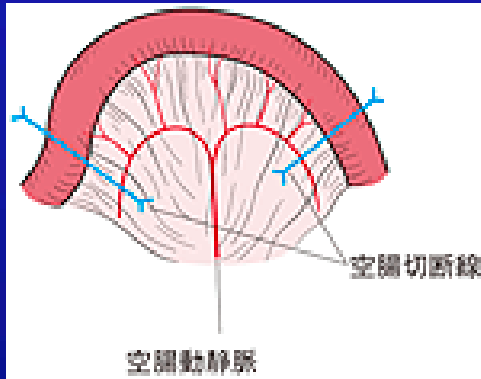
術前照射(～40Gy)群：術前CRT、術前RT

28例中10例 35.7%

根治照射群：根治CRT

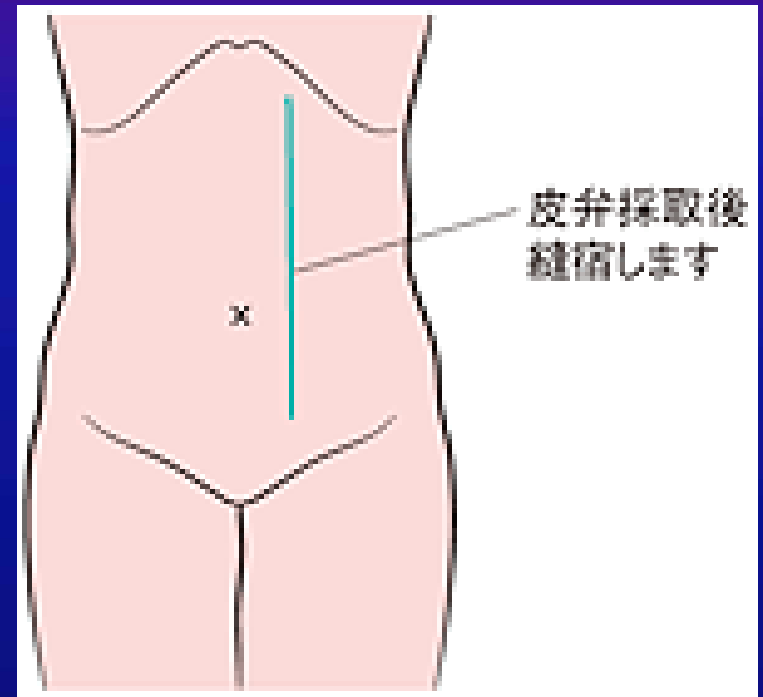
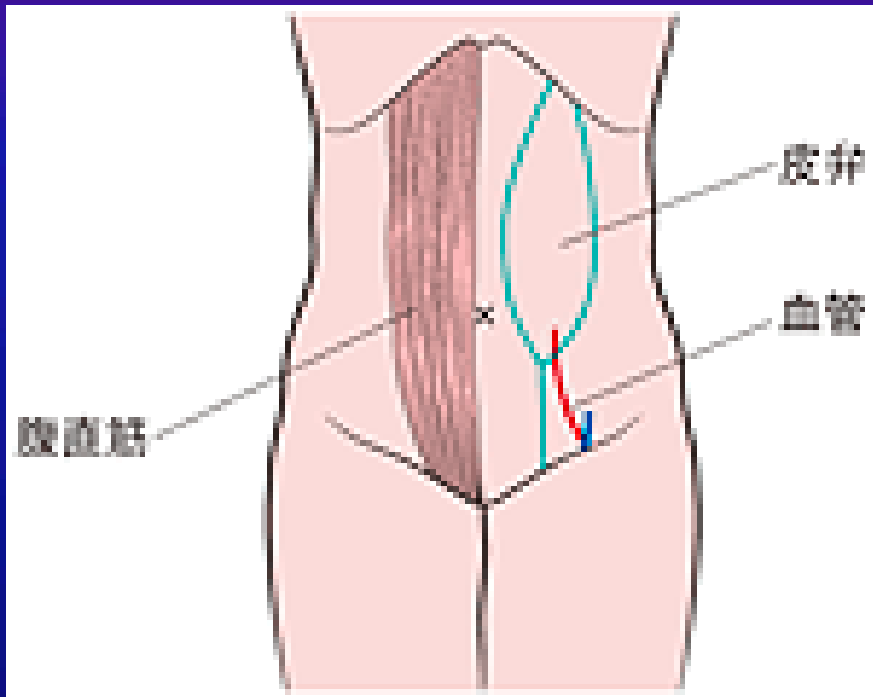
5例中3例 66.7%

遊離空腸



- ・空腸(小腸の一部)をその栄養血管(空腸動静脈)とともに開腹手術で採取し、移植
- ・食物の通りがよりスムーズになる
- ・開腹操作を必要とするため侵襲が決して小さい

腹直筋皮弁

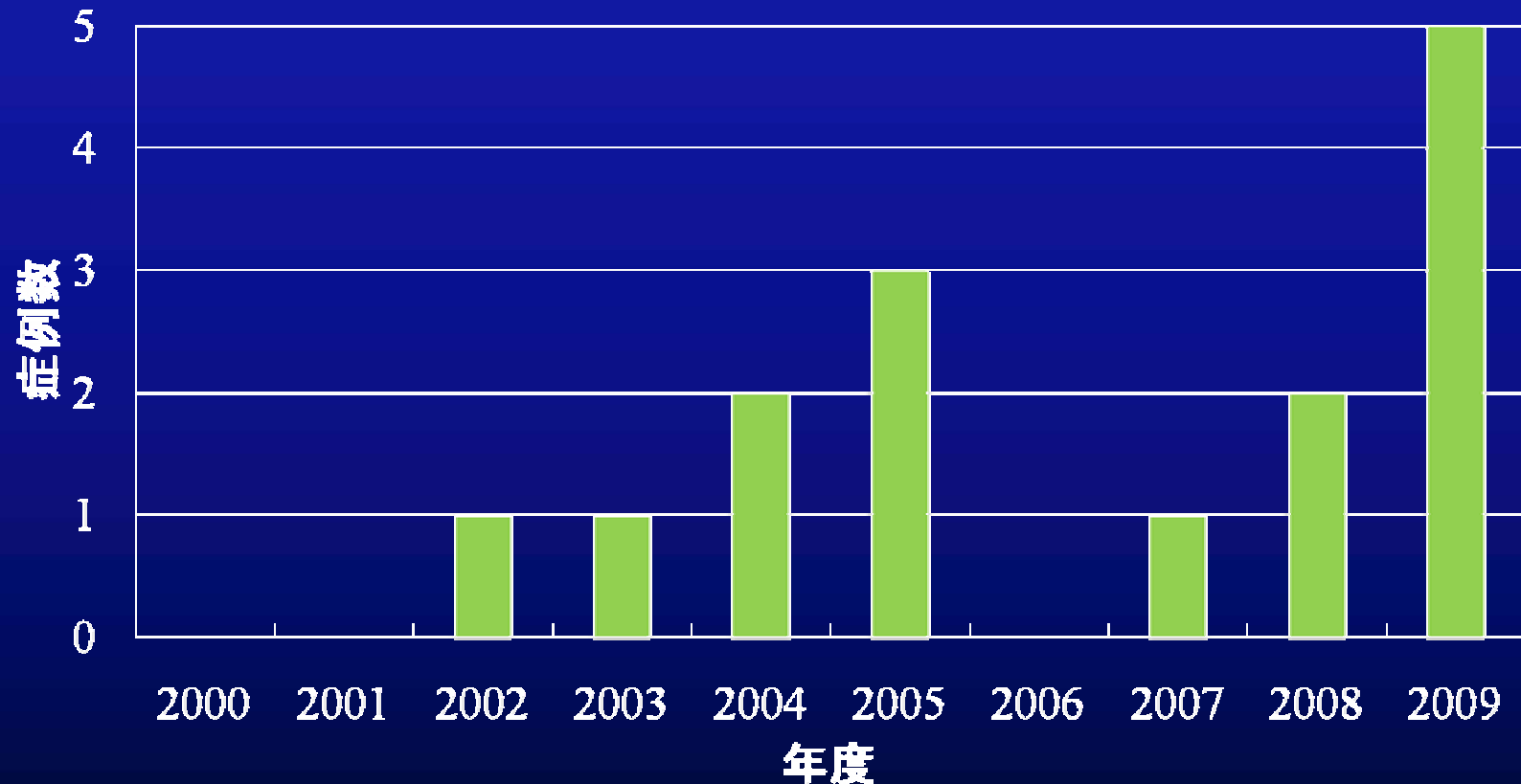


- ・腹直筋の一部または全部と腹部の皮膚・皮下組織を同時に採取して移植
- ・採取できる皮膚・皮下脂肪・筋肉の量が比較的大きい
- ・栄養血管(深下腹壁動静脈)が長く採取できる

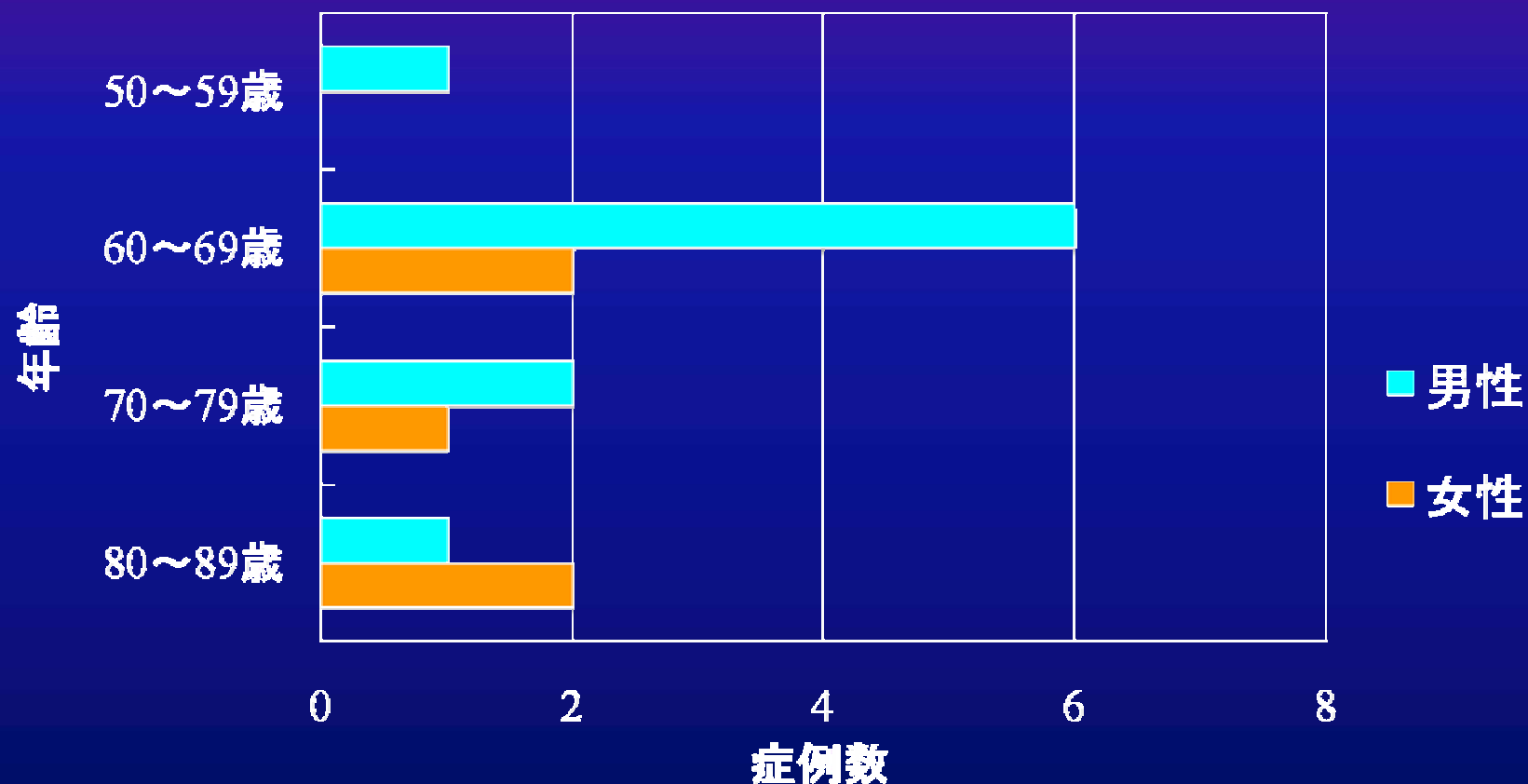
- ・ 遊離組織移植による再建症例の検討
- ・ **有茎組織移植による再建症例の検討**
- ・ 顔面神経再建症例の検討

対 象

2000年4月から2010年3月までの10年間に当院で
有茎組織移植による頭頸部再建を行った15症例

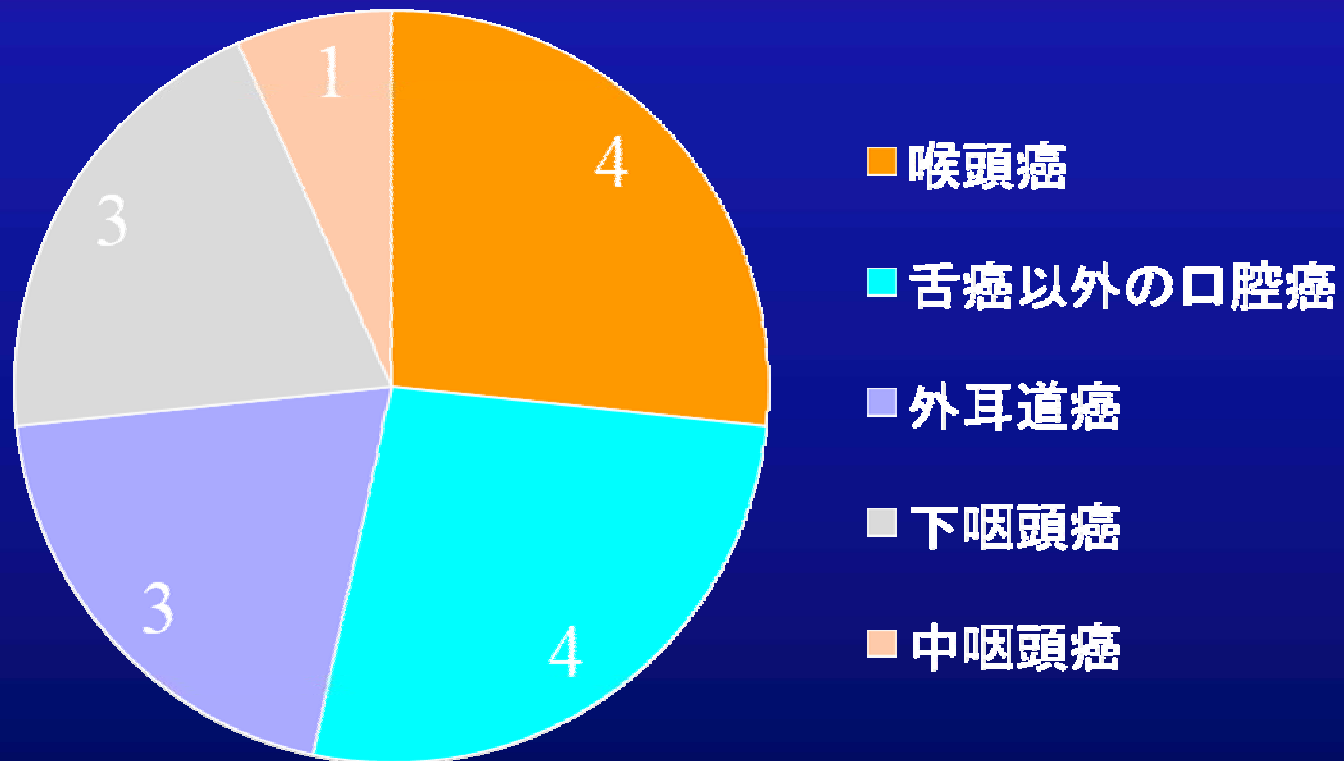


年齢分布と性別

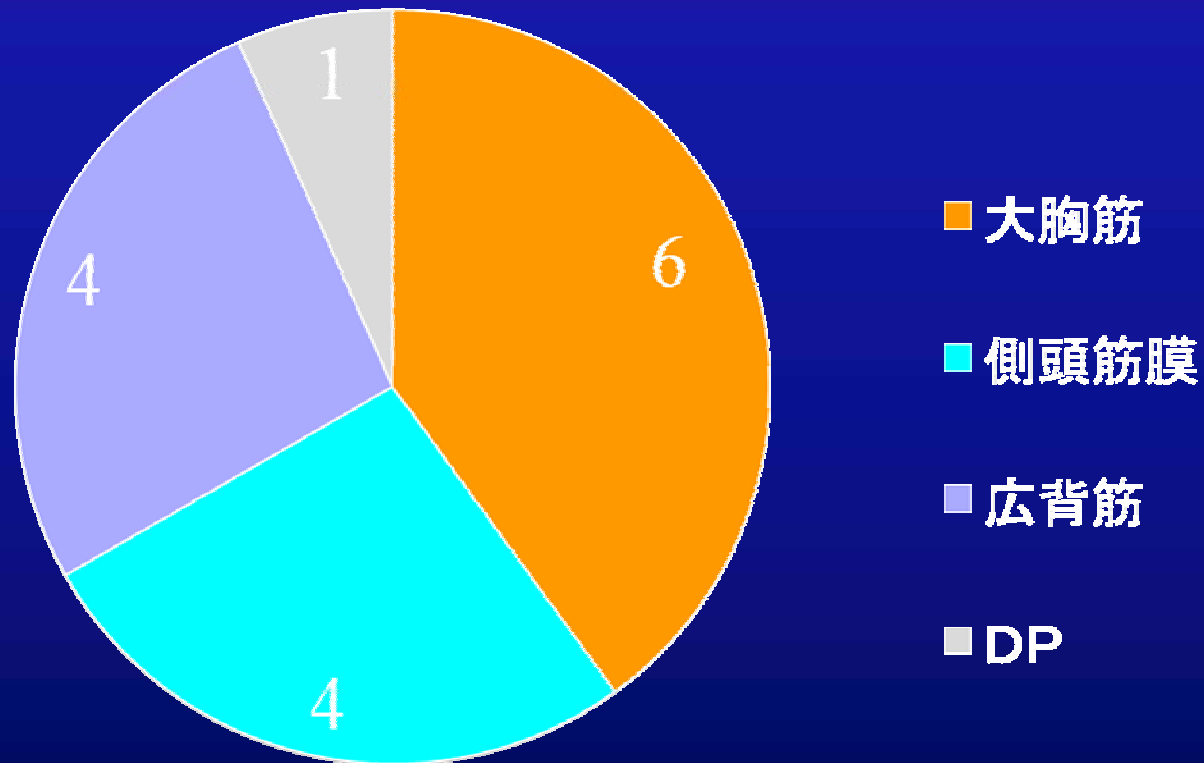


年齢分布 54歳から83歳まで 平均年齢:70.6歳
性別 男性:9例 女性:5例

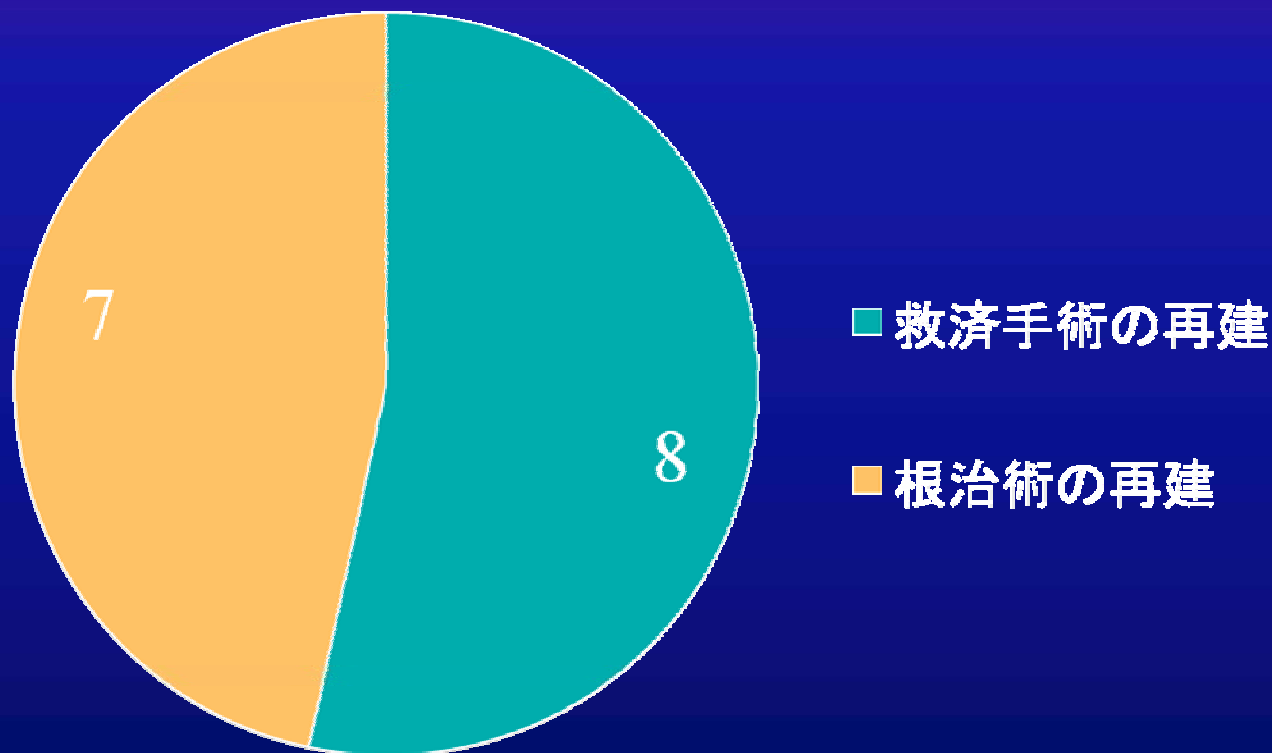
対象疾患



再建材料



使用目的



救済手術：皮弁壊死、瘻孔形成などに対して

根治術： high risk症例 欠損部と皮弁採取部位が近い場合

- ・ 遊離組織移植による再建症例の検討
- ・ 有茎組織移植による再建症例の検討
- ・ 顔面神経再建症例の検討

対象

2000年4月から2009年3月までの10年間で
顔面神経再建術を施行した6症例

年齢 55歳から67歳まで 平均年齢 62.3歳

性別 男性3例 女性3例

全例 耳下腺癌

耳下腺全摘術(拡大全摘が2例)

+ 病側の保存的頸部郭清術を施行

各症例について

症例	年齢性別	手術日	組織型
	67,M	2001.11	Salivary duct ca.
	62,F	2004.02	Adeno ca.
	67,F	2006.02	A.C.C.
	55,M	2007.09	Sq.C.C.
	57,M	2009.10	Acinic cell ca.
	66,F	2009.11	Adenosquamous ca.

各症例について

症例	再建材料	吻合枝	術前麻痺	術後麻痺	術後治療
	頸神経叢	2枝	なし	完全麻痺	RT65Gy
	頸神経叢	2枝	なし	眼瞼運動 一部回復	RT22Gy
	頸神経叢	2枝	完全麻痺	完全麻痺	RT60Gy
	腓腹神経	4枝	閉眼困難 左後角下垂	完全麻痺	化学療法
	腓腹神経 頸神経叢	4枝	なし	完全麻痺	なし
	腓腹神経 頸神経叢	4枝	なし	完全麻痺	RT60Gy

考察

顔面神経切除後の遊離神経再建

- ・手術による移植床瘢痕化、骨露出、術前後の放射線治療は神経再生の障害因子になりうる¹⁾
- ・3cm以上の長い神経欠損、3cm以下でも術前術後放射線照射例では顔面神経機能の回復が低下した²⁾
- ・最終的には柳原法20~30点まで回復が期待できる³⁾

今後の課題

- ・術後照射を回避する
- ・筋弁、筋皮弁を用いて神経周囲の血行を保つ

1) 柏 克彦ら:神経移植による腫瘍切除後の一期的顔面神経再建 頭頸部癌 33(4):503-510,2007

2) 光嶋 勲ら:癌切除後の顔面神経の即時再建 頭頸部腫瘍 27(1) 138-141,2001

3) 村上信吾ら:耳下腺手術における顔面神経の移植・再建 口咽科 13:297-301,2001