頸部廓清術変法の分類とその適応

松浦 秀博・河辺 義孝

手術術式の進歩を目指す方向の一つに根治性を全うする切除があり、しかも、形態と機能を可及的保存する術式を求める立場がある。頭頸部外科における頸部廓清術も、この方向へ進んでいるが、現段階における各種の変法を整理、分類すると、まず郭清範囲により二つに大別される(表1)。

すなわち、Ⅰは基本術式と同じ範囲を廓清するが、基本術式では切除される副神経、内頸静脈、胸鎖乳突筋の三者のすべて、あるいは二者ないし一者を保存し、形態と機能の保存をはかる術式であり、保存されるものの種類により、さらに4分される。Ⅱは廓清範囲が基本術式の

特定の区域に限られる部分的頸部廓清術である。

この分類試案については、その呼称と内容の歴史的な推移を展望し、われわれの基本的な考えをすでに詳しく報告した¹⁾。

以上の分類のそれぞれの術式名には今まで提唱された名称を重視して用いたが、より適切な表現にまとめられる余地がまだあると思われる。

ここで、これらの変法施行の実際を過去7年間の自験例にみると、頭頸部癌169症例における193側のうち、基本術式は56側(29%)、変法Ⅰは80側(41%)、変法Ⅱは57側(30%)であった。さらに報告したそれぞれの術式施行の割合31%、44%、25%と比べ、変法Ⅱの施行率がやや増加したのは、頭頸部扁平上皮癌における選択的廓清の場合と甲状腺癌の単発性転移例に対する治療的廓清の場合とに、変法Ⅱの深頸部廓清を積極的に行ったことによる。従来はこれらの場合、変法Ⅰを適応としていた。

さて、変法施行の実際にあたって、ことに治療的廓清の場合、その適応をどこまで拡大できるかは重要な問題である。

変法Ⅰについて、その適応が成立つ必須の条件は保存しようとする組織へ転移リンパ節の浸潤がないことである。つまりそれは①腫大リンパ節の部位が保存しようとする組織から明らかに離れた位置である場合と②転移リンパ節は保

表1 頸部廓清術の分類

頸部廓清術基本術式	
頸部廓清術変法	
Ⅰ 形態機能保存頸部廓清術	
(基本術式と同じ範囲の廓清術)	
1. 保存的頸部廓清術	(V 保存)
2. 機能的頸部廓清術	(N 保存)
3. 機能保存頸部廓清術	(VN 保存)
4. 頸部リンパ組織廓清術	(VNM保存)
Ⅱ 部分的頸部廓清術	
(基本術式より小範囲の廓清術)	
1. 上頸部廓清術	
2. 深頸部廓清術 (側頸三角を除いた残りの範囲)	
3. 気管周囲廓清術	

Classification and indication for modified neck dissection.

Hidehiro Matsuura and Yoshitaka Kawabe

愛知がんセンター頭頸部外科

存しようとする組織に接して存在するが、リンパ節内の転移巣は被膜内にとどまっている場合である。

この二つの条件に合せて、術前のリンパ節の触知所見にもとづく具体的な適応規準に分けると、Ⅰ：顎下部リンパ節のみ触知、Ⅱ：小指頭大以下の深頸リンパ節触知、Ⅲ：示指頭大ないし拇指頭大の深頸リンパ節触知、などとなる。このうちのⅠとⅡに従って施行された変法26例について2年以上経過観察の結果、上深頸部の再発例を認めていない。

ただ、小指頭大の顎下リンパ節を触れた舌癌例で、舌半切、胸鎖乳突筋筋弁による口腔底補強、そして機能的頸部廓清が行われ、その結果実際には上と下深頸リンパ節にも転移を認めた1症例に、上頸部皮膚転移として再発を認めた。副神経と筋保存の操作により頸部リンパ系を縦断した際の癌細胞撒布が、本例の再発原因であるかもしれないとすれば、たとえ前述の①と②の適応条件が満たされても、第3の条件として、そのような撒布の可能性がない場合を加えねばならない。それは具体的には多発性でない場合と考えられる。

この事例が教えるもう一つの問題点は、臨床で、顎下部リンパ節のみ触知の場合でも、下深頸部にまで拡がる転移を起こす症例があるのに、それを知る手懸りがまだないことである。以上は頭頸部扁平上皮癌の場合である。

次に甲状腺癌の場合には、治療的廓清でも原則として変法Ⅰを適応としたが、広汎な多発性転移例では基本術式を用いるべきである。全頸部に亘り29個の転移リンパ節があった1例に術野中央の再発を認めた。

つぎに、変法Ⅱの適応を述べる。このうち深頸部廓清の適応は既述した。

気管周囲廓清術は喉頭癌や下咽頭癌例でも選択的廓清として施行したが、普通、頸部廓清が併施されるので、その術式に含まれ、独立して行うことは少なかった。

つづいて、甲状腺癌における気管周囲廓清術の適応について、気管周囲リンパ節転移の実態を検討した。まず、その術中触知率は、術前に深頸リンパ節を触れず、原発巣のみ触知された症例34例中15例、44%で、触れた場合の転移陽性率は100%であった。さらに触れなかったが、気管周囲廓清を施行した7例中3例に転移を認めたので全体としての陽性率は35% (18/34) を上まわるものと考えられる。

つぎに廓清例中の転移陽性15例について、術中に触知されたリンパ節は平均2個、その大きさは小指頭大から米粒大まで、廓清されたリンパ節は平均7個、転移陽性のリンパ節は平均4個であった。つまり、転移陽性リンパ節数が触知数よりも多かった。

さらに、気管周囲リンパ節の実際の大きさを知るために、廓清標本中のリンパ節を計測したところ、触知された最大と最小の転移リンパ節は、それぞれ20×14mmと7×4mm、触知されなかった転移リンパ節8個中6個が、4mm以下の大きさで、その最小は3×2mm大であった。

これらの結果から、術中にリンパ節を触知した場合には、気管周囲廓清を行うべきであり、触知されない場合にも、その適応を拡大すべきものと思われる。しかし、その際の転移陽性率3/7を併せ考えると、非触知例中のより高頻度転移群を選別することが今後の課題である。

以上、頸部廓清術変法のうち、主として形態機能保存頸部廓清術と気管周囲廓清術の適応について述べた。

文

- 1) 松浦秀博, 河辺義孝: 癌の臨床 22: 438~444, 1976.

献

原稿到着: 昭和52年10月4日
別刷請求先: 松浦 秀博
〒464 名古屋市千種区田代町鹿子殿81の1159
愛知がんセンター病院頭頸部外科