

シンポジウム7

座長 鎌田 信悦 (癌研究会附属病院)
小浜 源 郁 (札幌医科大学)

頭頸部癌治療の新たな戦略 —チーム医療による境界領域の手術、QOLを考慮して—

S7-1 この20年間の頭蓋底外科の進歩
行木英生
静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科

頭蓋底を境界領域とする耳鼻咽喉科・頭頸部外科では、鼻副鼻腔、耳下腺、臼後三角部、あるいは側頭骨を原発とする悪性腫瘍が、頭蓋底に浸潤し、さらに頭蓋内にまで進展した症例をも根治させるにはどうしたらよいかという命題は、先人たちが解決の道を探ってきた大きなテーマであった。1980年代前半までの国内における共通した問題点は、頭蓋内から頭蓋外からの複合したアプローチによる悪性腫瘍の一塊切除の概念が普及していなかったことと、耳鼻咽喉科、脳外科、形成外科、手術室によるチーム医療がまだ未成熟であったことが考えられる。われわれが前中頭蓋底の一塊切除を行って5年生存を得た最初の例は1989年に手術したものであった。この例は耳鼻科だけですべてを行った例であったが、その経験はその後のチーム医療をアレンジする上で大いに役に立った。頭蓋内外からのアプローチによる一塊切除の概念で頭蓋底手術を行った症例数は100例を超えた。この20年間で頭蓋底外科の進歩した点をあげれば、1.生存率、2.頭蓋底切除の技術、3.頭蓋底再建法、4.顔面頭蓋の再建法、5.画像診断能力、6.長時間手術に対する手術室の管理システム、7.保険点数に頭蓋底手術が認められたこと、などである。

S7-2 QOLを考慮した低侵襲アプローチ
岸本誠司
東京医科歯科大学 頭頸部外科

頭蓋底は顔面深部に位置し手術アプローチの困難な領域であった。しかし、脳神経外科、耳鼻咽喉科さらに形成外科など多くの分野における手術手技の進歩、新しい手術支援機器の開発さらに画像情報の精度向上などに伴い、頭蓋底外科は急速に発展し同部へ進展した悪性腫瘍の治癒率も向上してきた。一方で、これらの領域に対する手術侵襲は大きく術後のQOLの低下は避けられないものであった。そこで最近では術後のQOLを考慮して形態や機能の温存を図る手術法がさらに工夫されるようになってきた。それらの中で、Le Fort I骨切りやFacial dismasking法などを用いた頭蓋底への低侵襲アプローチや、ナビゲーションシステムを利用した縮小手術の試みなどについて述べる。さらに、術後の様々な機能障害を低減する工夫についても検討を加える。

S7-3 側頭骨亜全摘一術式の工夫
丹生健一
神戸大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科

目的：側頭骨内には内頸動脈や多数の脳神経が走行しており非常に複雑な構造をなすため、同部の手術には高度な技術を要し、最も危険な頭頸部癌に対する手術である。本シンポジウムでは、聴器癌に対する側頭骨亜全摘自験例を振り返り、本手術の適応・術式・合併症・予後などについて検討する。方法：まず頸部より、側頭筋・胸鎖乳突筋などの頭蓋底に付着する筋群を骨面より剥離し頸静脈孔周囲で内頸動脈・内頸静脈・脳神経X~XIIを露出し保存する。続いて側頭後頭開頭を行い、S状静脈洞を側頭骨から剥離して側頭葉を挙上、錐体尖部で頸動脈管を中頭蓋底から頭蓋外まで解放する。最後に中頭蓋窩・後頭蓋窩・側頭下窩・頸静脈孔の各方向から注意深く骨切を行い、側頭骨を摘出する。欠損部は、有茎側頭筋弁または遊離腹直筋皮弁を用いて再建する。成績：聴器癌に対する側頭骨亜全摘術の成績は東大では11例中6例、神戸大では7例中5例が、現在2年以上無再発生存中である。広汎な硬膜浸潤や内頸動脈浸潤がみられた症例は予後不良であった。結論：側頭骨亜全摘には頭頸部外科・脳神経外科・形成外科によるチーム医療が必須である。多施設共同研究による基本術式の確立と適応の検討が今後の課題である。