

機能、全身状態を考えた口腔癌の治療

耳鼻咽喉科・頭頸部外科医長：瓜生 英興
耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長：小池 浩次

口腔領域の悪性腫瘍は放射線や化学療法に抵抗性を示すことが多く、手術治療が第一選択となっております。一方、舌・口腔は会話や咀嚼・嚥下、容貌に非常に深くかかわってくる臓器でもあり、切除範囲、全身状態を考慮しながら、最適な再建方法を検討し、手術による根治性と機能の温存を両立させています。

最近では治療前からの歯科治療の必要性が唱えられており、歯科医の先生方の協力も得て、口腔ケアや歯科治療を行う体制も整えています。また、術後は看護師、言語聴覚士（ST）、作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、栄養士などのサポートチームにより、離床、歩行、肩や首の拘縮予防、会話、咀嚼・嚥下機能の改善を図り、大きな再建手術であっても術翌日からの離床、術後3日目での会話、術後1週間での経口摂取、術後2週間での退院を可能としています。

<PGAシートを用いた舌、口腔再建>

癌による切除範囲が広い場合は、むりやり縫縮すると、舌の運動障害を来すことがあります。そのため、大きな創部は縫縮せず、PGAシート（ネオハールシート）とフィブリン糊（ホルヒール）にて被覆します。これにより創部が癒痕拘縮を起こさずに治癒します。また、顎骨切除を必要とする症例は、以前は筋皮弁による再建を必要としていましたが、心肺機能低下や高齢で長時間の手術が不可能な場合は、PGAシートにて被覆することで、長時間にわたる再建手術を回避できるようになりました。



＜大腿筋皮弁を用いた再建＞

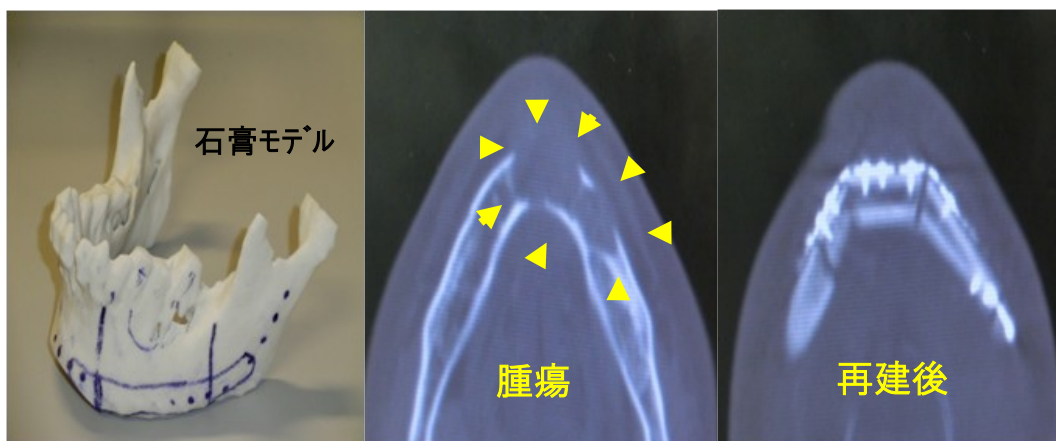
転移を伴う口腔癌では、頸部郭清と癌を一塊に切除するpull-through法切除を行います。再建の筋皮弁はボリュームを考慮し、最近では前外側大腿筋皮弁を使用しております。20代、30代の患者さんも少なくなく、頸部や外表の切開線も最小に、また目立たないデザインにし、頸部郭清もほぼすべての筋肉、血管、神経を温存する術式を取っておりますので、術後の容貌、機能も保てるようになっております。



図：30歳男性 pull-through舌部切、左頸部郭清、大腿筋皮弁再建 6か月後

＜腓骨による下顎再建＞

下顎骨深部にまで癌が浸潤すると、下顎区域切除を余儀なくされることがあります。チタンプレートで残存する骨をつなぐ方法もありますが、感染に弱く、整容面で決して満足できるものではありません。当院では 腓骨を使用した下顎再建を行っております。下腿には脛骨、腓骨がありますが、腓骨を切除しても、歩行には差し支えはありません。CTデータをもとに、下顎骨のモデルを作り、切除範囲に合わせて腓骨を加工し、元の下顎骨と同じように固定します。3ヶ月後には義歯装着でき、3年後にはインプラントを使えるようになります。



耳鼻咽喉科・頭頸部外科医長：瓜生 英興
耳鼻咽喉科・頭頸部外科部長：小池 浩次