

4) 第1回アンケート (2005/02/04, 回答数25) の結果

- 1 2 静脈角直上の高さまで郭清すべき
- 1 1 できるだけ下方まで郭清すれば、静脈角からはやや距離があっても良い
 - (1 頚横動脈の高さまで)
- 2 場合による
 - (1 原発巣やリンパ節転移の部位により決める)

5) 第2回アンケート (2005/07/01, 回答数14) の結果

- 5 静脈角直上の高さまで郭清すべき
- 7 できるだけ下方まで郭清すれば、静脈角からはやや距離があっても良い
- 2 場合による
 - [1 原発巣とN-stageにより決める
 - 1 口腔癌と下咽頭癌では異なると思う]

38. 胸鎖乳突筋

指針：リンパ節転移が胸鎖乳突筋に浸潤する場合は、浸潤部位を部分的に切除する。

浸潤が広範囲の場合や多発する場合には、胸鎖乳突筋の全切除もやむを得ない。

それ以外の場合は胸鎖乳突筋をできるだけ温存する。

解説：

1) SCM2 度数 パーセント

温存	104	63.80
一部切除	11	6.75
切除	48	29.45

(不明or範囲外 3側を除く)

2) 胸鎖乳突筋の切除/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	39	89.5 (74.3~95.9)	79.5 (56.1~91.3)
一部切除	4	100.0	100.0
切除	28	84.4 (63.7~93.9)	71.8 (45.4~87.0)

Log-Rank検定 p=0.4455、 一般化Wilcoxon検定 p=0.4529

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、喉頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) N分類と胸鎖乳突筋の切除/温存との関係

	胸鎖乳突筋			
	温存	一部切除	切除	計
N0/N1	66 (83.5%)	4 (5.1%)	9 (11.4%)	79 (100.0%)
N2/N3	35 (43.2)	7 (8.6)	39 (48.2)	81 (100.0)
計	101 (63.1)	11 (6.9)	48 (30.0)	160 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定 (ANOVA統計量) p<0.0001 (不明or範囲外 6側を除く)

N0/N1の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	27	92.3 (72.6~98.0)	79.5 (50.5~92.6)
一部切除	2	100.0	100.0
切除	6	80.0 (20.4~96.9)	80.0 (20.4~96.9)

Log-Rank検定 p=0.7586、 一般化Wilcoxon検定 p=0.6826

N2/N3の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	10	80.0 (40.9~94.6)	80.0 (40.9~94.6)
一部切除	2	100.0	100.0
切除	22	85.5 (61.3~95.1)	68.0 (35.6~86.6)

Log-Rank検定 p=0.7535、 一般化Wilcoxon検定 p=0.7818

5) 病理組織型と胸鎖乳突筋の切除/温存との関係

	胸鎖乳突筋			
	温存	一部切除	切除	計
扁平上皮がん	90 (62.9%)	10 (7.0%)	43 (30.1%)	143 (100.0%)
乳頭がん	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	11 (100.0)
腺がん、他	5 (55.6)	0 (0.0)	4 (44.4)	9 (100.0)
計	104 (63.8)	11 (6.7)	48 (29.4)	163 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定 (ANOVA統計量) p=0.2714 (不明or範囲外 3側を除く)

扁平上皮がんの場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	35	88.2 (71.6~95.4)	78.1 (54.6~90.4)
一部切除	4	100.0	100.0
切除	25	82.4 (59.6~93.0)	67.6 (38.6~85.1)

Log-Rank検定 p=0.3886、 一般化Wilcoxon検定 p=0.4028

乳頭がんの場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	2	100.0	----
切除	1	100.0	----

Log-Rank検定 p=-.-----、 一般化Wilcoxon検定 p=-.-----

腺がん、他の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	2	100.0	----
切除	2	100.0	100.0

Log-Rank検定 p=-.-----、 一般化Wilcoxon検定 p=-.-----

6) 原発部位と胸鎖乳突筋の切除/温存との関係

	胸鎖乳突筋			
	温存	一部切除	切除	計
口 腔	39 (84.8%)	1 (2.2%)	6 (13.0%)	46 (100.0%)
喉 頭	12 (70.6)	2 (11.8)	3 (17.7)	17 (100.0)
下咽頭	32 (53.3)	4 (6.7)	24 (40.0)	60 (100.0)
中咽頭	10 (43.5)	3 (13.0)	10 (43.5)	23 (100.0)
甲状腺	10 (83.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100.0)
鼻副鼻腔	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
耳下腺	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
皮膚	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
計	104 (63.8)	11 (6.7)	48 (29.4)	163 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定 (ANOVA統計量) p=0.0004 (不明or範囲外 3側を除く)

口腔の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	17	81.3 (52.5~93.5)	75.0 (46.3~89.8)
切除	5	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)

Log-Rank検定 p=0.3316、 一般化Wilcoxon検定 p=0.2131

喉頭の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	4	100.0	100.0
一部切除	2	100.0	100.0
切除	1	100.0	100.0

Log-Rank検定 p=-.-----、 一般化Wilcoxon検定 p=-.-----

下咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	11	90.9 (50.8~98.7)	68.2 (16.3~92.2)
切除	14	85.7 (53.9~96.2)	51.9 (9.1~83.6)

Log-Rank検定 p=0.4406、 一般化Wilcoxon検定 p=0.4799

中咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	3	100.0	100.0
一部切除	2	100.0	100.0
切除	5	80.0 (20.4~96.9)	80.0 (20.4~96.9)

Log-Rank検定 p=0.6065、 一般化Wilcoxon検定 p=0.6065

甲状腺の場合

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	3	100.0	----
切除	1	100.0	----

Log-Rank検定 p=-.-----、 一般化Wilcoxon検定 p=-.-----

7) 第1回アンケート(2005/02/04, 回答数25)の結果

13 できるだけ温存すべき

(1 目的の一つに頸動脈の保護がある)

6 切除してもかまわない

[1 機能的には切除して良いと思うが、整容的には
残した方が良い。特に両側手術の場合、一方は残したい。]

5 場合による

[1 頸部リンパ節転移多発、被膜外浸潤ありの場合は切除する
1 N+では切除を原則とする
1 扁平上皮がんでは基本的に切除する
1 後頸三角リンパ節を郭清する場合以外は温存すべき
1 甲状腺がんの場合は温存してかまわない]

1 その他

(1 必要に応じて胸骨頭のみ切除)

0 必ず切除すべき

8) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果

9 できるだけ温存すべき

4 切除してもかまわない

1 場合による

0 必ず切除すべき

9) 考察すべき点

- a. 病理組織の記述は必要かもしれない。甲状腺乳頭がんであれば、リンパ節転移の浸潤がない限り、胸鎖乳突筋を通常温存するということが良いか？
- b. 頸部リンパ節転移の浸潤は明らかでなくても、転移が多発し広範囲の場合には胸鎖乳突筋を全切除すべきという意見もある。扁平上皮がん(ないしは下咽頭がんや口腔がん)の場合には、その方が良いかもしれない。ただし実際には、N2/N3の症例で胸鎖乳突筋を全切除しても、それで直ちに頸部制御率が良くなるわけではなさそうだが。
- c. このような指針はむしろ頸部郭清術に熟練していない医師に読まれることが多い点を考慮すると、リンパ節転移が筋に浸潤していても胸鎖乳突筋の部分切除にとどめるべきだという指針は危険と思われる。部分切除はあくまでも熟練した医師用の上級編であることを明記した方が良いかもしれない。

39. 胸鎖乳突筋膜

指針：胸鎖乳突筋を切除する場合は、切除範囲の胸鎖乳突筋膜を一緒に切除する。

胸鎖乳突筋を温存する場合は、頸部リンパ節切除範囲に接する部分の胸鎖乳突筋膜をリンパ節とともに切除する。一般的には、胸鎖乳突筋裏面の筋膜のみを切除する形となる。

解説：

1) MEM2	度数	パーセント
切除せず	12	7.36
裏面のみ切除	72	44.17
半周以上切除	8	4.91
全周性に切除(筋肉温存)	23	14.11
筋肉とともに切除	48	29.45

(不明or範囲外 3側を除く)

2) 胸鎖乳突筋膜の切除/非切除による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
裏面のみ切除	31	90.0 (72.1~96.7)	86.4 (67.7~94.7)
半周以上切除	2	100.0	100.0
全周性に切除(M温存)	10	90.0 (47.3~98.5)	72.0 (23.8~92.8)
筋肉とともに切除	28	84.4 (63.7~93.9)	71.8 (45.4~87.0)

Log-Rank検定 p=0.7028、 一般化Wilcoxon検定 p=0.7275

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、喉頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) 第1回アンケート(2005/02/04, 回答数25)の結果

- 1 5 郭清範囲に接する部分のみ切除すればよい
- 5 切除する必要はない
- 4 可及的に切除すべき
- 1 場合による
- 0 必ず全周性に切除すべき

5) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果

- 1 1 郭清範囲に接する部分のみ切除すればよい
- 0 切除する必要はない
- 1 可及的に切除すべき
- 1 場合による
 - (1 リンパ節転移との癒着部分は切除、それ以外は温存でよい)
- 0 必ず全周性に切除すべき
- 1 無回答

41. 肩甲舌骨筋

指針：リンパ節転移が肩甲舌骨筋に浸潤したり近接する場合は、その部分の肩甲舌骨筋を部分的に切除する。

原発巣切除の一環として喉頭全摘術を行う場合には、肩甲舌骨筋を全切除して差し支えない。

原発巣の病変が肩甲舌骨筋に近接する場合は、その部分の肩甲舌骨筋を部分的に切除する。

それ以外の場合は肩甲舌骨筋をできるだけ温存する。

解説：

1)	OH2	度数	パーセント
	温存	45	27.95
	上腹のみ切除	15	9.32
	下腹のみ切除	3	1.86
	全切除	98	60.87

(不明or範囲外 5側を除く)

2) 肩甲舌骨筋の切除/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	11	80.0 (40.9~94.6)	80.0 (40.9~94.6)
上腹のみ切除	4	100.0	75.0 (12.8~96.1)
全切除	55	88.6 (76.3~94.7)	79.6 (63.2~89.3)

Log-Rank検定 p=0.9570、 一般化Wilcoxon検定 p=0.8334

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、中咽頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) 原発部位と肩甲舌骨筋の切除/温存との関係

	肩甲舌骨筋				
	温存	上腹切除	下腹切除	全切除	計
口 腔	29 (64.4%)	1 (2.2%)	0 (0.0%)	15 (33.3%)	45 (100.0%)
喉 頭	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0.0)	14 (87.5)	16 (100.0)
下咽頭	5 (8.3)	9 (15.0)	1 (1.7)	45 (75.0)	60 (100.0)
中咽頭	7 (30.4)	4 (17.4)	1 (4.4)	11 (47.8)	23 (100.0)
甲状腺	2 (16.7)	0 (0.0)	1 (8.3)	9 (75.0)	12 (100.0)
鼻副鼻腔	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
耳下腺	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	3 (100.0)
皮膚	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
計	45 (28.0)	15 (9.3)	3 (1.9)	98 (60.9)	161 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定(ANOVA統計量) $p < 0.0001$ (不明or範囲外 5側を除く)

4) 胸鎖乳突筋の切除/温存と肩甲舌骨筋の切除/温存との関係

		肩甲舌骨筋				
		温存	上腹切除	下腹切除	全切除	計
胸鎖乳突筋	温存	44 (43.1%)	10 (9.8%)	2 (2.0%)	46 (45.1%)	102 (100.0%)
	一部切除	0 (0.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	8 (72.7)	11 (100.0)
	切除	1 (2.1)	2 (4.2)	1 (2.1)	44 (91.7)	48 (100.0)
	計	45 (28.0)	15 (9.3)	3 (1.9)	98 (60.9)	161 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定(相関統計量) $p < 0.0001$ (不明or範囲外 5側を除く)

5) 考察すべき点

- a. いわゆる上頸部郭清ND(SJ1-2)の場合は、肩甲舌骨筋は温存するのが普通である。それ以上の手術の場合（あるいは下内頸静脈部や副神経部、鎖骨上部を郭清する場合）には、肩甲舌骨筋は切除が原則との考え方もある。
- b. 肩甲舌骨筋の温存も頸部郭清術としては上級編に属する。そのあたりも考慮する必要あり。
- c. 肩甲舌骨筋の温存により術後機能は向上するのか？温存のメリットは何か？

54. 外頸静脈

指針：リンパ節転移が外頸静脈に浸潤したり近接する場合は、外頸静脈を切除する。

外頸静脈を微小血管吻合に使用する場合は、できるだけ剥離・温存した上で、切断する。

それ以外の場合は外頸静脈をできるだけ温存するが、手術中温存した外頸静脈が邪魔になることがあり、その場合は切除/切断もやむを得ない。

解説：

1)	EJV2	度数	パーセント
	温存	61	37.65
	再建に使用	19	11.73
	切断	82	50.62

(不明、欠損or範囲外 4側を除く)

2) 外頸静脈の切断/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	20	94.7 (68.1~99.2)	94.7 (68.1~99.2)
再建に使用	10	88.9 (43.3~98.4)	77.8 (36.5~93.9)
切断	40	84.2 (68.2~92.6)	68.9 (46.2~83.6)

Log-Rank検定 p=0.2479、 一般化Wilcoxon検定 p=0.2944

3) 施設以外に、N分類、患側/健側の関与が認められる。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) 胸鎖乳突筋の切除/温存と外頸静脈の切断/温存との関係

		外頸静脈			
		温存	再建に使用	切断	計
胸鎖乳突筋	温存	54 (52.9%)	7 (6.9%)	41 (40.2%)	102 (100.0%)
	一部切除	5 (45.5)	1 (9.1)	5 (45.5)	11 (100.0)
	切除	2 (4.2)	11 (22.9)	35 (72.9)	48 (100.0)
	計	61 (37.9)	19 (11.8)	81 (50.3)	161 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定(相関統計量) $p < 0.0001$ (不明or範囲外 5側を除く)

5) 第1回アンケート(2005/02/04, 回答数25)の結果

18 切除してもかまわない

(1 郭清上縁を決める妨げになる場合は温存にこだわらない)

5 できるだけ温存すべき

2 場合による

[1 血管吻合に用いる場合は残す
1 胸鎖乳突筋を切除する場合は、できるだけ温存]

0 必ず切除すべき

6) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果

5 切除してもかまわない

8 できるだけ温存すべき

1 場合による

(1 耳下腺癌進行例では切除)

0 必ず切除すべき

56. 副神経胸鎖乳突筋枝

指針：胸鎖乳突筋を全切除する場合は、副神経胸鎖乳突筋枝もともに切除する。

副神経を切除/切断する場合、切除/切断する部位が副神経胸鎖乳突筋枝より上方の場合には、副神経胸鎖乳突筋枝もともに切除/切断する。

リンパ節転移が副神経胸鎖乳突筋枝に近接する場合は、通常胸鎖乳突筋/副神経とともに副神経胸鎖乳突筋枝を切除する。

それ以外の場合は副神経胸鎖乳突筋枝をできるだけ温存する。

解説：

1) ASN2 度数 パーセント

温存 96 62.34

切断 58 37.66

(不明、欠損or範囲外 12側を除く)

2) 副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	37	88.9 (73.1~95.7)	79.4 (57.0~91.0)
切断	30	85.6 (66.0~94.3)	73.7 (48.5~87.9)

Log-Rank検定 p=0.5679、 一般化Wilcoxon検定 p=0.5380

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、喉頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

57. 副神経と頸神経の交通枝

指針：副神経を切除/切断する場合、交通枝もともに切除/切断する。

頸神経を切除/切断する場合、交通枝もともに切除/切断する。

リンパ節転移が交通枝に近接する場合は、通常副神経/頸神経とともに交通枝を切除する。

それ以外の場合は交通枝をできるだけ温存する。

解説：

1) ANN2 度数 パーセント

温存 53 39.85

切断 80 60.15

(不明、欠損or範囲外 33側を除く)

2) 副神経と頸神経の交通枝の切断/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	19	78.9 (53.2~91.5)	78.9 (53.2~91.5)
切断	43	90.2 (75.9~96.2)	71.9 (48.5~86.1)

Log-Rank検定 p=0.9336、 一般化Wilcoxon検定 p=0.6979

3) 施設以外に、N分類、患側/健側の関与が認められる。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

61. 頸神経

指針：リンパ節転移が頸神経に浸潤したり近接する場合は、その付近の頸神経を切除する。

リンパ節転移が頸神経と深頸筋膜の間に存在する場合は、その直上の頸神経を温存することは難しいと思われる。

それ以外の場合は頸神経をできるだけ温存する。

解説：

1) CEN2 度数 パーセント

温存	54	33.54
一部切断	47	29.19
すべて切断	60	37.27

(不明or範囲外 5側を除く)

2) 頸神経の切断/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	21	95.0 (69.5~99.3)	95.0 (69.5~99.3)
一部切断	13	76.9 (44.2~91.9)	76.9 (44.2~91.9)
すべて切断	37	88.5 (72.1~95.5)	68.7 (44.3~84.0)

Log-Rank検定 p=0.2167、 一般化Wilcoxon検定 p=0.2807

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、喉頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) 胸鎖乳突筋の切除/温存と頸神経の切断/温存との関係

		頸神経			
		温存	一部切断	すべて切断	計
胸鎖乳突筋	温存	49 (47.6%)	33 (32.0%)	21 (20.4%)	103 (100.0%)
	一部切除	4 (36.4)	7 (63.6)	0 (0.0)	11 (100.0)
	切除	1 (2.1)	7 (14.9)	39 (83.0)	47 (100.0)
	計	54 (33.5)	47 (29.2)	60 (37.3)	161 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定(相関統計量) $p < 0.0001$ (不明or範囲外 5側を除く)

5) 第1回アンケート(2005/02/04, 回答数25)の結果

13 できるだけ温存すべき

8 切除してもかまわない

1 全頸部郭清では残した経験がない。
 残して郭清は難しい、あるいは不十分ではないか。
 1 N+では原則的に切除

4 場合による

1 N2a以上では切除する方が安全。
 N0, N1は温存でよいと思う。
 1 乳頭癌以外は切除
 1 後頸三角リンパ節を郭清する場合以外は温存すべき

0 必ず切除すべき

6) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果

9 できるだけ温存すべき

2 切除してもかまわない

2 場合による

1 上頸部郭清 ND(SJ1-2) では温存
 1 P領域までの郭清では切断している

1 必ず切除すべき

68. 大耳介神経

指針：リンパ節転移が大耳介神経に浸潤したり近接する場合は、大耳介神経を切除する。

それ以外の場合は大耳介神経をできるだけ温存するが、手術中温存した大耳介神経が邪魔になることがあり、その場合は切除/切断もやむを得ない。

解説：

1) AUN2 度数 パーセント

温存 88 54.32

切断 74 45.68

(不明or範囲外 4側を除く)

2) 大耳介神経の切断/温存による頸部制御率の有意差は認められない。

頸部制御率(%)	n	6ヶ月 (95%信頼区間)	12ヶ月 (95%信頼区間)
温存	35	85.4 (68.3~93.6)	76.0 (54.1~88.5)
切断	36	91.1 (74.8~97.0)	80.4 (56.7~92.0)

Log-Rank検定 p=0.5965、 一般化Wilcoxon検定 p=0.5413

3) 施設以外に、原発部位、N分類、患側/健側の関与が認められる。

原発部位では、口腔、喉頭で温存される傾向が強い。下咽頭で切除される傾向が強い。

N0/N1症例では温存される傾向が強い。N2/N3症例では切除される傾向が強い。

健側では温存される傾向が強い。患側では切除される傾向が強い。

4) 胸鎖乳突筋の切除/温存と大耳介神経の切断/温存との関係

		大耳介神経		
		温存	切断	計
胸鎖乳突筋	温存	76 (73.8%)	27 (26.2%)	103 (100.0%)
	一部切除	9 (81.8)	2 (18.2)	11 (100.0)
	切除	3 (6.3)	45 (93.8)	48 (100.0)
	計	88 (54.3)	74 (45.7)	162 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel検定(ANOVA統計量) $p < 0.0001$ (不明or範囲外 4側を除く)

5) 第1回アンケート(2005/02/04, 回答数25)の結果

1 6 切除してもかまわない

- 1 多くの症例で切除しているが、残せるものは残した方が良い
- 1 郭清上縁を決める妨げになる場合は温存にこだわらない
- 1 切断しないと皮弁を挙上できない場合がほとんどだと思う

7 できるだけ温存するべき

2 場合による

- 1 乳頭癌以外は切除
- 1 術野の展開によっては切断する

0 必ず切除するべき

6) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果

4 切除してもかまわない

8 できるだけ温存するべき

1 場合による

- (1 胸鎖乳突筋を残す場合には温存している)

1 必ず切除するべき