

9) 研究段階と肩甲舌骨筋の切除/温存との関係

	肩甲舌骨筋				計
	温存	上腹切除	下腹切除	全切除	
第1段階	21 (21.4%)	6 (6.1%)	1 (1.0%)	70 (71.4%)	98 (100.0%)
第2段階	51 (30.4)	29 (17.3)	8 (4.8)	80 (47.6)	168 (100.0)
計	72 (27.1)	35 (13.2)	9 (3.4)	150 (56.4)	266 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p=0.0018$ (不明 or 範囲外 6 側を除く)

第1段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	13	75.5	(41.6~91.4)	75.5	(41.6~91.4)
上腹切除	4	75.0	(12.8~96.1)	75.0	(12.8~96.1)
下腹切除	1	----	----	----	----
全切除	56	80.0	(66.0~88.8)	77.7	(63.2~87.0)

Log-Rank 検定 $p=0.9549$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.9234$

第2段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	43	89.0	(73.2~95.8)	89.0	(73.2~95.8)
上腹切除	18	83.7	(46.5~95.9)	83.7	(46.5~95.9)
下腹切除	7	51.4	(11.8~81.3)	----	----
全切除	60	72.4	(56.3~83.3)	72.4	(56.3~83.3)

Log-Rank 検定 $p=0.0417$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0282$

研究段階は肩甲舌骨筋の切除/温存と有意な関係がある。第2段階の方が、「温存」、「上腹切除」症例が増加し、「全切除」症例が減少した。

頸部制御率については、第2段階で有意差を認め、「下腹切除」症例の制御率が有意に低い。

- 10) 全体では施設差の存在が確実であったが、研究段階別に分けて検討すると、研究第1段階、第2段階、いずれにおいても施設差は認められなかった。
研究第1段階から第2段階への移行に伴い、口腔がん N1 患側、下咽頭 N2 患側、下咽頭 N3 患側、中咽頭 N2 患側、甲状腺 N1 患側で「全切除」の割合が 20%以上減少した。

54. 外頸静脈

指針：

- 1) リンパ節転移が外頸静脈に浸潤したり近接する場合は、外頸静脈を切断する。
- 2) 口腔がん N2/N3 患側の郭清では、外頸静脈を切断することが多い。
- 3) 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。
- 4) 上記以外の場合は外頸静脈をできるだけ温存する。ただし、温存した外頸静脈が他の手術操作の邪魔になることがあり、その場合は切断もやむを得ない。

資料：

1) EJV2	度数	パーセント
温存	113	42.16
再建に使用	28	10.45
切断	127	47.39

(不明、欠損 or 範囲外 4 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、外頸静脈の切断/温存により有意差を認めない。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	76	87.8 (76.9~93.7)	87.8 (76.9~93.7)
再建に使用	25	73.1 (49.3~87.0)	73.1 (49.3~87.0)
切断	100	73.7 (62.6~82.0)	71.5 (59.8~80.4)

Log-Rank 検定 p=0.0887、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1223

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は p=0.0365 と 5%水準で有意になり、基準値「温存」に対するハザード比は 2.360 (95%信頼区間 1.056~5.277) である。また、「再建に使用」は p=0.1249 と 15%水準で有意になり、基準値「温存」に対するハザード比は 2.291 (95%信頼区間 0.795~6.604) である。

Cox 多変量回帰では有意にならない。

- 4) Logistic 単変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)、研究段階、手術時年齢の関与が認められる。
 原発部位では、甲状腺で温存される傾向が強い。
 N 分類では、N2 症例で切断される傾向が強い。
 郭清側(患側/健側)では、患側で切断される傾向が強く、不明(正中病変など)で温存される傾向が強い。
 研究段階では、第 2 段階でより温存された。
 手術時年齢では、70~80 歳代で切断される傾向が強い。

- 5) Logistic 多変量回帰では、施設以外に N 分類、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
 N 分類では、N2、N3 症例で切断される傾向が強い。
 郭清側(患側/健側)では、患側で切断される傾向が強く、不明(正中病変など)で温存される傾向が強い。

- 6) 原発部位と外頸静脈の切断/温存との関係

	外頸静脈			
	温存	再建に使用	切断	計
口 腔	28 (38.4%)	8 (11.0%)	37 (50.7%)	73 (100.0%)

喉頭	12 (54.6)	0 (0.0)	10 (45.5)	22 (100.0)
下咽頭	41 (38.0)	14 (13.0)	53 (49.1)	108 (100.0)
中咽頭	17 (46.0)	5 (13.5)	15 (40.5)	37 (100.0)
甲状腺	14 (70.0)	0 (0.0)	6 (30.0)	20 (100.0)
唾液腺、他	1 (12.5)	1 (12.5)	6 (75.0)	8 (100.0)
計	113 (42.2)	28 (10.5)	127 (47.4)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p=0.0980$ (不明、欠損 or 範囲外 4 側を除く)

口腔の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	24	85.0	(59.8~95.0)	85.0	(59.8~95.0)
再建に使用	7	66.7	(19.5~90.4)	66.7	(19.5~90.4)
切断	28	69.5	(46.3~84.2)	69.5	(46.3~84.2)

Log-Rank 検定 $p=0.3080$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.2442$

喉頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	8	100.0		100.0	
切断	7	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	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	20	83.9	(57.9~94.5)	83.9	(57.9~94.5)
再建に使用	12	75.0	(40.8~91.2)	75.0	(40.8~91.2)
切断	38	61.9	(41.9~76.8)	55.7	(34.4~72.6)

Log-Rank 検定 $p=0.4055$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.6723$

中咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	12	88.9	(43.3~98.4)	88.9	(43.3~98.4)
再建に使用	5	66.7	(5.4~94.5)	66.7	(5.4~94.5)
切断	15	75.2	(40.7~91.4)	75.2	(40.7~91.4)

Log-Rank 検定 $p=0.5748$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.4358$

甲状腺の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	11	87.5	(38.7~98.1)	87.5	(38.7~98.1)
切断	6	100.0		100.0	

Log-Rank 検定 $p=0.3865$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.3865$

原発部位が甲状腺である場合には、原発部位が口腔・下咽頭である場合よりも外頸静脈の温存率が高い。

原発部位が耳下腺の場合、4例(T3-1例、T4-3例)中3例で外頸静脈が切断されており、外頸静脈の切断される可能性がきわめて高いと考えられるが、本研究のデータでは症例数が少なすぎるため明確な結論を出しにくい。

頸部制御率については有意差を認めないが、原発部位が口腔・下咽頭である場合に、「切断」症例の制御率が「温存」症例に比較して低い傾向にある。

7) N分類と外頸静脈の切断/温存との関係

	外頸静脈			
	温存	再建に使用	切断	計
N0	36 (59.0%)	5 (8.2%)	20 (32.8%)	61 (100.0%)
N1	36 (58.1)	3 (4.8)	23 (37.1)	62 (100.0)
N2	35 (26.1)	19 (14.2)	80 (59.7)	134 (100.0)
N3	3 (37.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	8 (100.0)
計	110 (41.5)	28 (10.6)	127 (47.9)	265 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p < 0.0001$ (不明、欠損 or 範囲外 7 例を除く)

N0 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	26	100.0	100.0
再建に使用	4	75.0 (12.8~96.1)	----
切断	18	88.2 (60.6~96.9)	88.2 (60.6~96.9)

Log-Rank 検定 $p = 0.0849$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.0774$

N1 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	28	84.0 (62.8~93.7)	84.0 (62.8~93.7)
再建に使用	3	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)
切断	19	79.9 (49.0~93.2)	79.9 (49.0~93.2)

Log-Rank 検定 $p = 0.8436$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.8764$

N2 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	19	70.6 (37.4~88.5)	70.6 (37.4~88.5)
再建に使用	17	71.3 (39.5~88.4)	71.3 (39.5~88.4)
切断	60	65.9 (50.6~77.5)	61.5 (44.7~74.6)

Log-Rank 検定 $p = 0.6812$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.6111$

N3 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
再建に使用	1	100.0	100.0
切断	3	100.0	100.0

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

N0/N1 症例では、N2/N3 症例に比べて外頸静脈の温存率が高い。

頸部制御率については有意差を認めない。

8) 郭清側(患側/健側)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
健側	33 (49.3%)	5 (7.5%)	29 (43.3%)	67 (100.0%)
不明(正中病変など)	19 (86.4)	1 (4.6)	2 (9.1)	22 (100.0)
患側	61 (34.1)	22 (12.3)	96 (53.6)	179 (100.0)

計	113 (42.2)	28 (10.4)	127 (47.4)	268 (100.0)
---	---------------	--------------	---------------	----------------

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p=0.0131$ (不明、欠損 or 範囲外 4 側を除く)

健側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	6	62.5	(14.2~89.3)	62.5	(14.2~89.3)
再建に使用	2	100.0	----	----	----
切断	5	100.0	----	----	----

Log-Rank 検定 $p=0.3877$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.3962$

不明(正中病変など)の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	11	88.9	(43.3~98.4)	----	----
再建に使用	1	----	----	----	----
切断	1	----	----	----	----

Log-Rank 検定 $p=0.8948$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.8948$

患側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	59	90.7	(79.0~96.0)	90.7	(79.0~96.0)
再建に使用	22	71.3	(46.7~86.0)	71.3	(46.7~86.0)
切断	94	72.2	(60.6~80.8)	70.0	(58.0~79.2)

Log-Rank 検定 $p=0.0312$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0407$

郭清側が健側である場合には、患側である場合よりも外頸静脈の温存率が高い。郭清側が不明(正中病変など)である場合には、健側・患側である場合よりも外頸静脈の温存率が高い。頸部制御率については、郭清側が患側である場合に、「切断」症例および「再建に使用」症例の制御率が「温存」症例に比較して有意に低い。

9) 研究段階と外頸静脈の切断/温存との関係

	外頸静脈			
	温存	再建に使用	切断	計
第1段階	34 (34.3%)	12 (12.1%)	53 (53.5%)	99 (100.0%)
第2段階	79 (46.8)	16 (9.5)	74 (43.8)	169 (100.0)
計	113 (42.2)	28 (10.4)	127 (47.4)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p=0.0645$ (不明、欠損 or 範囲外 4 側を除く)

第1段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	21	95.0	(69.5~99.3)	95.0	(69.5~99.3)
再建に使用	10	77.8	(36.5~93.9)	77.8	(36.5~93.9)
切断	42	70.7	(53.1~82.7)	67.5	(49.6~80.2)

Log-Rank 検定 $p=0.0831$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0914$

第2段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	55	84.4	(69.7~92.4)	84.4	(69.7~92.4)
再建に使用	15	70.0	(37.9~87.8)	70.0	(37.9~87.8)
切断	58	76.0	(60.4~86.2)	76.0	(60.4~86.2)

Log-Rank 検定 $p=0.4992$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.5876$

研究第2段階の方が、第1段階より外頸静脈の温存率がやや高い。

頸部制御率については有意差を認めないが、特に第1段階症例において、「切断」症例および「再建に使用」症例の制御率が「温存」症例に比較して低い傾向にある。

- 10) 研究第1段階、第2段階ともに施設差の存在が疑われた。研究第1段階から第2段階への移行により、施設差の程度に変化は認められなかった。
研究第1段階から第2段階への移行に伴い、口腔がんN1患側、喉頭がんN2患側、下咽頭がんN1患側、甲状腺がんN1患側で切断の割合が20%以上減少した。逆に、口腔がんN2患側、中咽頭がんN1患側で切断の割合が20%以上増加した。
- 11) 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
- 12) 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：

- 1) 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。
- 2) 下咽頭がん N2/N3 患側の郭清では、胸鎖乳突筋の全切除を行うことが多いため、副神経胸鎖乳突筋枝も切除することが多い。
- 3) 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。
- 4) 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。
- 5) 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。

資料：

1) ASN2	度数	パーセント
温存	162	62.55
切断	97	37.45
(不明、欠損 or 範囲外 13 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存により有意差を認めない。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	114	82.3 (73.2~88.5)	82.3 (73.2~88.5)
切断	84	72.3 (59.2~81.8)	69.5 (55.7~79.8)

Log-Rank 検定 p=0.1833、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3693

- 3) Cox 単変量回帰では有意にならない。
- 4) Logistic 単変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)、手術時年齢の関与が認められる。
 原発部位では、口腔、喉頭、甲状腺で温存される傾向が強い。
 N 分類では、N1、N2、N3 症例で切除される傾向が強い。
 郭清側では、患側で切除される傾向が強い。
 手術時年齢では、70~80 歳代で切除される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
 原発部位では、甲状腺で温存される傾向が強い。
 N 分類では、N1、N2、N3 症例で切除される傾向が強い。
 郭清側では、患側および不明(正中病変など)で切除される傾向が強い。
- 6) 原発部位と副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存との関係

	副神経胸鎖乳突筋枝		
	温存	切断	計
口 腔	53 (73.6%)	19 (26.4%)	72 (100.0%)
喉 頭	16 (80.0)	4 (20.0)	20 (100.0)
下咽頭	57 (53.8)	49 (46.2)	106 (100.0)

中咽頭	20 (54.1)	17 (46.0)	37 (100.0)
甲状腺	14 (82.4)	3 (17.7)	17 (100.0)
唾液腺、他	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
計	162 (62.5)	97 (37.5)	259 (100.0)

χ^2 検定 p=0.0040

(不明、欠損 or 範囲外 13 例を除く)

口腔の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	45	75.1 (58.6~85.8)	75.1 (58.6~85.8)
切断	16	83.6 (48.0~95.7)	83.6 (48.0~95.7)

Log-Rank 検定 p=0.6148、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6530

喉頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	11	100.0	100.0
切断	3	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	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	30	76.6 (54.0~89.1)	76.6 (54.0~89.1)
切断	40	66.0 (47.4~79.3)	60.9 (41.1~75.8)

Log-Rank 検定 p=0.3720、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5379

中咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	15	93.3 (61.3~99.0)	93.3 (61.3~99.0)
切断	17	67.4 (33.6~86.7)	64.7 (33.6~86.7)

Log-Rank 検定 p=0.1148、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1249

甲状腺の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	11	87.5 (38.7~98.1)	87.5 (38.7~98.1)
切断	3	100.0	100.0

Log-Rank 検定 p=0.5403、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5403

原発部位は副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存と有意な関係がある。原発部位が下咽頭、中咽頭の場合、温存が少なく、切断が多い。

頸部制御率については有意差を認めない。

7) N分類と副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存との関係

	副神経胸鎖乳突筋枝		
	温存	切断	計
N0	52 (89.7%)	6 (10.3%)	58 (100.0%)
N1	46 (76.7)	14 (23.3)	60 (100.0)
N2	58 (44.3)	73 (55.7)	131 (100.0)
N3	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100.0)

計	160 (62.3)	97 (37.7)	257 (100.0)
---	---------------	--------------	----------------

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p < 0.0001$ (不明、欠損 or 範囲外 15 例を除く)

N0 の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
温存	42	92.5 (78.5~97.5)	92.5 (78.5~97.5)
切断	5	100.0	100.0

Log-Rank 検定 $p = 0.5640$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.5641$

N1 の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
温存	36	76.4 (56.5~88.1)	76.4 (56.5~88.1)
切断	13	91.7 (53.9~98.8)	91.7 (53.9~98.8)

Log-Rank 検定 $p = 0.3685$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.4227$

N2 の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
温存	34	73.5 (53.4~86.0)	73.5 (53.4~86.0)
切断	62	64.9 (49.1~76.9)	61.1 (44.4~74.1)

Log-Rank 検定 $p = 0.5702$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.8400$

N3 の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
切断	4	100.0	100.0

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

N 分類は副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存と有意な関係がある。N-stage が上がると温存が減少し、切断が増加する。

頸部制御率については有意差を認めない。

8) 郭清側(患側/健側)と副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存との関係

	副神経胸鎖乳突筋枝		
	温存	切断	計
健側	47 (77.1%)	14 (23.0%)	61 (100.0%)
不明(正中病変など)	16 (76.2%)	5 (23.8%)	21 (100.0%)
患側	99 (55.9%)	78 (44.1%)	177 (100.0%)
計	162 (62.5%)	97 (37.5%)	259 (100.0%)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p = 0.0055$ (不明、欠損 or 範囲外 13 例を除く)

健側の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
温存	7	64.3 (15.1~90.2)	64.3 (15.1~90.2)
切断	5	100.0	----

Log-Rank 検定 $p = 0.2715$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.2858$

不明(正中病変など)の場合

頸部制御率 (%)	n	12 ヶ月 (95%信頼区間)	24 ヶ月 (95%信頼区間)
温存	10	87.5 (38.7~98.1)	----
切断	3	----	----

Log-Rank 検定 $p = 0.5403$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.5403$

患側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	97	83.1 (73.5~89.5)	83.1 (73.5~89.5)
切断	76	70.4 (56.8~80.4)	67.6 (53.3~78.4)

Log-Rank 検定 p=0.0934、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2006

郭清側(患側/健側)は副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存と有意な関係がある。患側では、温存が少なく、切断が多い。

頸部制御率については有意差を認めないが、患側で「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にある。

9) 研究段階と副神経胸鎖乳突筋枝の切断/温存との関係

	副神経胸鎖乳突筋枝		
	温存	切断	計
第1段階	56 (60.9%)	36 (39.1%)	92 (100.0%)
第2段階	106 (63.5)	61 (36.5)	167 (100.0)
計	162 (62.5)	97 (37.5)	259 (100.0)

χ^2 検定 p=0.6787

(不明、欠損 or 範囲外 13 側を除く)

第1段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	39	80.7 (63.6~90.3)	80.7 (63.6~90.3)
切断	31	73.6 (52.2~86.6)	68.7 (46.5~83.2)

Log-Rank 検定 p=0.3310、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3707

第2段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	75	83.4 (71.8~90.5)	83.4 (71.8~90.5)
切断	53	71.1 (52.9~83.3)	71.1 (52.9~83.3)

Log-Rank 検定 p=0.3504、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6231

研究段階については有意差を認めない。

頸部制御率についても有意差を認めない。

- 10) 研究第1段階では施設差の存在が確実であったが、第2段階では施設差は認められなかった。研究第1段階から第2段階への移行により、施設差は解消したと考えられる。研究第1段階から第2段階への移行に伴い、下咽頭がん N2 患側、甲状腺がん N1 患側で「切断」の割合が 20%以上減少した。逆に、口腔がん N2 患側、下咽頭がん N1 患側で「切断」の割合が 20%以上増加した。

57. 副神経と頸神経の交通枝

指針：

- 1) 副神経を切除する場合には、本交通枝をともに切除する。
- 2) 頸神経を切除する場合には、本交通枝をともに切除する。
- 3) リンパ節転移が本交通枝に近接する場合は、通常副神経/頸神経とともに本交通枝を切除する。
- 4) 中咽頭・下咽頭がん N2/N3 患側の郭清では、本交通枝を切除/切断することが多い。
- 5) 上記以外の場合は本交通枝をできるだけ温存する。

資料：

- 1) ANN2 度数 パーセント

温存	93	40.79
切断	135	59.21

(不明、欠損 or 範囲外 44 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、副神経と頸神経の交通枝の切断/温存により有意差を認めないが、「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にある。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	64	86.7 (75.1~93.1)	86.7 (75.1~93.1)
切断	112	72.8 (62.2~80.9)	70.9 (59.8~79.4)

Log-Rank 検定 p=0.0871、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1732

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は p=0.0934 と 15%水準で有意になり、基準値「温存」に対するハザード比は 1.971 (95%信頼区間 0.892~4.354) である。
Cox 多変量回帰では有意にならない。

- 4) Logistic 単変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)、研究段階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。
N 分類では、N2 症例で切断される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側で切断される傾向が強い。
研究段階では、第 2 段階でより温存された。

- 5) Logistic 多変量回帰では、施設以外に、N 分類、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
N 分類では、N1、N2、N3 症例で切断される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側および不明(正中病変など)で切断される傾向が強い。

- 6) 原発部位と副神経と頸神経の交通枝の切断/温存との関係

	副神経と頸神経の交通枝		
	温存	切断	計
口 腔	27 (47.4%)	30 (52.6%)	57 (100.0%)
喉 頭	8 (47.1%)	9 (52.9%)	17 (100.0%)
下咽頭	37 (37.8%)	61 (62.2%)	98 (100.0%)
中咽頭	10 (30.3%)	23 (69.7%)	33 (100.0%)

甲状腺	9 (56.3)	7 (43.8)	16 (100.0)
唾液腺、他	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
計	93 (40.8)	135 (59.2)	228 (100.0)

χ^2 検定 p=0.3931

(不明、欠損 or 範囲外 44 側を除く)

口腔の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	24	78.3 (55.4~90.3)	78.3 (55.4~90.3)
切断	25	72.1 (44.5~87.6)	72.1 (44.5~87.6)

Log-Rank 検定 p=0.7243、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.7476

喉頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	6	100.0	100.0
切断	6	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	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	17	81.3 (52.5~93.5)	81.3 (52.5~93.5)
切断	49	67.3 (50.7~79.4)	63.3 (45.8~76.6)

Log-Rank 検定 p=0.4745、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6844

中咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	8	100.0	100.0
切断	21	69.6 (41.0~86.3)	69.6 (41.0~86.3)

Log-Rank 検定 p=0.1128、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1225

甲状腺の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	7	100.0	----
切断	6	83.3 (27.3~97.5)	83.3 (27.3~97.5)

Log-Rank 検定 p=0.3613、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3613

原発部位による違いはあまりはっきりしない。強いていえば、原発部位が下咽頭、中咽頭である場合に、切断する傾向が強い。

頸部制御率については有意差を認めない。

7) N分類と副神経と頸神経の交通枝の切断/温存との関係

	副神経と頸神経の交通枝		
	温存	切断	計
N0	31 (64.6%)	17 (35.4%)	48 (100.0%)
N1	30 (55.6%)	24 (44.4%)	54 (100.0%)
N2	28 (23.7%)	90 (76.3%)	118 (100.0%)
N3	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7 (100.0%)
計	92 (40.5%)	135 (59.5%)	227 (100.0%)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) p<0.0001 (不明、欠損 or 範囲外 45 側を除く)

N0 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	24	91.3	(69.5~97.8)	91.3	(69.5~97.8)
切断	15	100.0		100.0	

Log-Rank 検定 p=0.2563、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2564

N1 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	23	85.0	(60.4~94.9)	85.0	(60.4~94.9)
切断	21	71.8	(44.3~87.4)	71.8	(44.3~87.4)

Log-Rank 検定 p=0.4210、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.4869

N2 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	16	81.3	(52.5~93.5)	81.3	(52.5~93.5)
切断	72	65.3	(51.1~76.3)	62.2	(47.3~74.0)

Log-Rank 検定 p=0.3500、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.4179

N3 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
切断	4	100.0		100.0	

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

N 分類は副神経と頸神経の交通枝の切断/温存と有意な関係がある。N-stage が上がると温存が減少し、切断が増加する。ただ N3 症例ではその傾向がはっきりしない。頸部制御率については有意差を認めない。

8) 郭清側(患側/健側)と副神経と頸神経の交通枝の切断/温存との関係

	副神経と頸神経の交通枝		
	温存	切断	計
健側	27 (52.9%)	24 (47.1%)	51 (100.0%)
不明(正中病変など)	10 (50.0)	10 (50.0)	20 (100.0)
患側	56 (35.7)	101 (64.3)	157 (100.0)
計	93 (40.8)	135 (59.2)	228 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) p=0.0639 (不明、欠損 or 範囲外 44 側を除く)

健側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	3	66.7	(5.4~94.5)	66.7	(5.4~94.5)
切断	8	75.0	(12.8~96.1)	----	

Log-Rank 検定 p=0.5436、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2888

不明(正中病変など)の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	7	100.0		----	
切断	5	80.0	(20.4~96.9)	----	

Log-Rank 検定 p=0.3173、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3173

患側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	54	86.5	(73.8~93.3)	86.5	(73.8~93.3)
切断	99	72.2	(61.0~80.7)	70.3	(58.6~79.2)

Log-Rank 検定 p=0.0909、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1618

郭清側(患側/健側)と副神経と頸神経の交通枝の切断/温存との間に有意な関係は認められないが、患側で切断する傾向が強い。

頸部制御率については有意差を認めないが、患側の場合に「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にある。

9) 研究段階と副神経と頸神経の交通枝の切断/温存との関係

	副神経と頸神経の交通枝		
	温存	切断	計
第1段階	30 (34.5%)	57 (65.5%)	87 (100.0%)
第2段階	63 (44.7)	78 (55.3)	141 (100.0)
計	93 (40.8)	135 (59.2)	228 (100.0)

χ^2 検定 p=0.1280

(不明、欠損 or 範囲外 44 側を除く)

第1段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	20	80.0 (55.1~92.0)	80.0 (55.1~92.0)
切断	46	74.9 (58.1~85.7)	71.9 (54.7~83.4)

Log-Rank 検定 p=0.6159、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.7025

第2段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	44	90.0 (75.5~96.1)	90.0 (75.5~96.1)
切断	66	70.9 (55.8~81.7)	70.9 (55.8~81.7)

Log-Rank 検定 p=0.0723、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1315

研究段階については有意差を認めないが、研究第2段階では温存する傾向がやや強かった。頸部制御率については有意差を認めないが、第2段階では「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にあった。

- 10) 研究第1段階では施設差の存在が疑われたが、第2段階では施設差は認められなかった。研究第1段階から第2段階への移行により、施設差は解消したと考えられる。研究第1段階から第2段階への移行に伴い、口腔がん N1 患側、下咽頭がん N0 患側、甲状腺 N1 患側で「切断」の割合が 20%以上減少した。逆に、口腔がん N0 患側、下咽頭がん N1 患側で「切断」の割合が 20%以上増加した。

61. 頸神経

指針：

- 1) 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。
- 2) リンパ節転移が頸神経と深頸筋膜の間に存在する場合、その周囲の頸神経は切除せざるを得ない。
- 3) P 領域（後頸三角領域）の郭清を行う場合には、頸神経をすべて温存することは難しい。頸神経の一部ないしすべてを切断/切除するのが普通と思われる。
- 4) いわゆる上頸部郭清 ND(SJ1-2)や側頸部郭清 ND(J)を行う場合には、P 領域の郭清は行われないので、頸神経も温存される。
- 5) 甲状腺がんでは、頸神経を温存したり、一部のみ切除/切断するが多い。
- 6) 上記以外の場合は頸神経をできるだけ温存するが、原発部位や進展度などから術前にその安全性を十分に検討するべきである。

資料：

1) CEN2	度数	パーセント
温存	98	36.70
一部切断	80	29.96
すべて切断	89	33.33

(不明 or 範囲外 5 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、頸神経の切断/温存により有意差を認めない。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	67	84.7	(72.4~91.8)	84.7	(72.4~91.8)
一部切断	58	80.6	(66.9~89.0)	80.6	(66.9~89.0)
全切断	77	72.7	(59.4~82.2)	70.3	(56.6~80.4)

Log-Rank 検定 p=0.3637、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5966

- 3) Cox 単変量回帰では有意にならない。
- 4) Logistic 単変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)、研究段階、T 分類、肥満指数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。
N 分類では、N1、N2 症例で全切断される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側で全切断される傾向が強い。
研究段階では、第 2 段階でより温存された。
T 分類では、T1、T2、T4 症例で温存される傾向が強い。
肥満指数では、19kg/m²以上 21kg/m²未満で全切断される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設以外に原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
原発部位では、口腔、甲状腺で温存される傾向が強い。
N 分類では、N2、N3 症例で全切断される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側および不明(正中病変など)で全切断される傾向が強い。

6) 原発部位と頸神経の切断/温存との関係

	頸神経			
	温存	一部切断	全切断	計
口腔	35 (48.0%)	22 (30.1%)	16 (21.9%)	73 (100.0%)
喉頭	12 (54.6)	5 (22.7)	5 (22.7)	22 (100.0)
下咽頭	33 (30.6)	30 (27.8)	45 (41.7)	108 (100.0)
中咽頭	9 (24.3)	12 (32.4)	16 (43.2)	37 (100.0)
甲状腺	7 (35.0)	9 (45.0)	4 (20.0)	20 (100.0)
唾液腺、他	2 (28.6)	2 (28.6)	3 (42.9)	7 (100.0)
計	98 (36.7)	80 (30.0)	89 (33.3)	267 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p=0.0132$ (不明 or 範囲外 5 側を除く)

口腔の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	30	77.5 (56.4~89.3)	77.5 (56.4~89.3)
一部切断	17	72.2 (41.7~88.6)	72.2 (41.7~88.6)
全切断	14	81.5 (43.5~95.1)	81.5 (43.5~95.1)

Log-Rank 検定 $p=0.8810$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.9082$

喉頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	8	100.0	100.0
一部切断	3	100.0	----
全切断	4	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	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	15	82.5 (45.1~95.5)	82.5 (45.1~95.5)
一部切断	18	66.7 (40.4~83.4)	66.7 (40.4~83.4)
全切断	37	67.1 (46.8~81.1)	62.6 (41.9~77.7)

Log-Rank 検定 $p=0.6366$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.5405$

中咽頭の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	7	100.0	100.0
一部切断	9	100.0	100.0
全切断	16	58.5 (26.1~80.7)	58.5 (26.1~80.7)

Log-Rank 検定 $p=0.0392$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0497$

甲状腺の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	5	80.0 (20.4~96.9)	80.0 (20.4~96.9)
一部切断	9	100.0	100.0
全切断	3	100.0	100.0

Log-Rank 検定 $p=0.4066$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.4066$

原発部位と頸神経の切断/温存の間には有意な関係がある。原発部位が下咽頭、中咽頭の場合には、温存が少なく、全切断が多い。

頸部制御率については、原発部位が中咽頭の場合に有意差を認め、「全切断」症例の制御率が有意に低い。

7) N分類と頸神経の切断/温存との関係

	頸神経			
	温存	一部切断	全切断	計
N0	39 (63.9%)	12 (19.7%)	10 (16.4%)	61 (100.0%)
N1	29 (46.0)	22 (34.9)	12 (19.1)	63 (100.0)
N2	26 (19.7)	41 (31.1)	65 (49.2)	132 (100.0)
N3	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	8 (100.0)
計	98 (37.1)	77 (29.2)	89 (33.7)	264 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p < 0.0001$ (不明 or 範囲外 8 側を除く)

N0 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	30	89.3	(70.4~96.4)	89.3	(70.4~96.4)
一部切断	10	100.0		----	
全切断	8	100.0		100.0	

Log-Rank 検定 $p = 0.3817$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.3820$

N1 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	22	85.2	(60.8~95.0)	85.2	(60.8~95.0)
一部切断	18	85.7	(53.9~96.2)	85.7	(53.9~96.2)
全切断	11	64.0	(22.6~87.5)	64.0	(22.6~87.5)

Log-Rank 検定 $p = 0.5651$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.6943$

N2 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
温存	15	71.1	(32.8~90.1)	71.1	(32.8~90.1)
一部切断	25	65.7	(42.8~81.2)	65.7	(42.8~81.2)
全切断	56	68.2	(51.8~80.0)	64.6	(47.5~77.4)

Log-Rank 検定 $p = 0.7328$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.5327$

N3 の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月	(95%信頼区間)	24ヶ月	(95%信頼区間)
一部切断	2	100.0		----	
全切断	2	100.0		100.0	

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

N分類と頸神経の切断/温存との間には有意な関係がある。N-stageが上がるほど、温存が減少し、全切断が増加する。ただし、N3症例はこの傾向に当てはまらない。頸部制御率については有意差を認めない。

8) 郭清側(患側/健側)と頸神経の切断/温存との関係

	頸神経			
	温存	一部切断	全切断	計
健側	30 (46.2%)	23 (35.4%)	12 (18.5%)	65 (100.0%)

不明(正中病変など)	10 (45.5)	8 (36.4)	4 (18.2)	22 (100.0)
患側	58 (32.2)	49 (27.2)	73 (40.6)	180 (100.0)
計	98 (36.7)	80 (30.0)	89 (33.3)	267 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p=0.0016$ (不明 or 範囲外 5 側を除く)

健側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	4	37.5 (1.1~80.8)	37.5 (1.1~80.8)
一部切断	4	100.0	100.0
全切断	5	100.0	----

Log-Rank 検定 $p=0.0933$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1188$

不明(正中病変など)の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	7	83.3 (27.3~97.4)	----
一部切断	5	100.0	----
全切断	1	----	----

Log-Rank 検定 $p=0.6592$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.6592$

患側の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	56	88.4 (75.9~94.6)	88.4 (75.9~94.6)
一部切断	49	77.3 (61.9~87.1)	77.3 (61.9~87.1)
全切断	71	70.9 (57.1~81.0)	68.5 (54.3~79.1)

Log-Rank 検定 $p=0.1381$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.2330$

郭清側(患側/健側)と頸神経の切断/温存との間には有意な関係がある。患側では、温存が少なく、全切断が多い。

頸部制御率については有意差を認めないが、郭清側が健側である場合に、「温存」症例の制御率が低い傾向にある。

9) 研究段階と頸神経の切断/温存との関係

	頸神経			
	温存	一部切断	全切断	計
第1段階	30 (30.3%)	24 (24.2%)	45 (45.5%)	99 (100.0%)
第2段階	68 (40.5)	56 (33.3)	44 (26.2)	168 (100.0)
計	98 (36.7)	80 (30.0)	89 (33.3)	267 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p=0.0056$ (不明 or 範囲外 5 側を除く)

第1段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	24	85.6 (61.7~95.1)	85.6 (61.7~95.1)
一部切断	14	76.9 (44.2~91.9)	76.9 (44.2~91.9)
全切断	38	75.9 (57.3~87.2)	72.6 (53.7~84.8)

Log-Rank 検定 $p=0.6184$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.6848$

第2段階の場合

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	45	84.1 (67.4~92.7)	84.1 (67.4~92.7)

一部切断	44	81.7	(65.4~90.8)	81.7	(65.4~90.8)
全切断	39	67.9	(46.4~82.3)	67.9	(46.4~82.3)
Log-Rank 検定 p=0.5510、 一般化 Wilcoxon 検定 p=0.8211					

研究段階と頸神経の切断/温存との間には有意な関係がある。研究第2段階の方が、温存、一部切断が多く、全切断が少ない。
 頸部制御率については有意差を認めない。

10) 研究第1段階では施設差の存在が確実であったが、第2段階では施設差は認められなかった。研究第1段階から第2段階への移行により、施設差は解消したと考えられる。
 研究第1段階から第2段階への移行に伴い、口腔がん N1 患側、下咽頭がん N0 患側、下咽頭がん N2 患側、下咽頭がん N3 患側、甲状腺がん N1 患側で「全切断」の割合が 20%以上減少した。

11) 第1回アンケート (2005/02/04, 回答数 25) の結果

- 1 3 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

12) 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

64. 頸神経ワナ

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が頸神経ワナに浸潤したり近接する場合は、頸神経ワナを切除する。
- 2) 頸神経ワナの舌下神経からの分岐点よりも中枢側で舌下神経を切除/切断する場合には、頸神経ワナもともに切除/切断されることになる。
- 3) 頸神経ワナが支配する胸骨舌骨筋、胸骨甲状筋、肩甲舌骨筋を切除するような状況では、頸神経ワナもともに切除されることが多い。
- 4) 原発巣切除の一環として喉頭全摘術を行う場合、通常、頸神経ワナはともに切除される。
- 5) 甲状腺葉切除以上を行う場合、切除側の頸神経ワナは切除されることが多い。
- 6) 頸神経ワナは非常に細くて温存が難しく、また温存によるメリットを感じにくい面があるため、特にリンパ節転移が多い場合や全頸部郭清を行う場合には、温存する必要はないとの意見もある。
- 7) 上記以外の場合には、できるだけ頸神経ワナを温存するが、温存によるメリットについては今後検討する必要がある。

資料：

1) CEL2	度数	パーセント
温存	40	15.94
一部切断	1	0.40
切断	210	83.67
(不明 or 範囲外 21 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、頸神経ワナの切断/温存により有意差を認めない。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	36	80.4 (61.1~90.8)	80.4 (61.1~90.8)
切断	152	78.8 (70.5~85.1)	77.5 (68.8~84.1)

Log-Rank 検定 p=0.8611、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.9149

- 3) Cox 単変量回帰では有意にならない。
- 4) Logistic 単変量回帰では、施設以外に、原発部位、N 分類、郭清側(患側/健側)、手術時年齢、肥満指数の関与が認められる。
 原発部位では、口腔で温存される傾向が強い。
 N 分類では、N2 症例で切断される傾向が強い。
 郭清側(患側/健側)では、患側で温存される傾向が強い。
 手術時年齢では、50 歳代、60 歳代で切断される傾向が強い。
 肥満指数では、21kg/m² 以上 23kg/m² 未満、および 25kg/m² 以上で温存される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、原発部位の関与が認められる。
 原発部位では、口腔で温存される傾向が強い。