

47. 上甲状腺動脈

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が上甲状腺動脈に浸潤したり近接する場合は、上甲状腺動脈を切除する。
- 2) 原発巣切除の一環として甲状腺葉切除以上を行う場合には、切除側の上甲状腺動脈はともに切除される。
- 3) 上甲状腺動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) 上記以外の場合には、できるだけ上甲状腺動脈を温存する。

資料：

1) STA2	度数	パーセント
温存	129	49.43
再建に使用	39	14.94
切断	93	35.63

(不明 or 範囲外 11 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、上甲状腺動脈の切断/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	90	84.4 (74.0~90.8)	84.4 (74.0~90.8)
再建に使用	34	73.0 (52.7~85.6)	73.0 (52.7~85.6)
切断	71	74.5 (60.9~83.9)	71.7 (57.4~81.9)

Log-Rank 検定 p=0.2893、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3766

- 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)、T 分類の関与が認められる。
 原発部位では、喉頭、下咽頭、甲状腺で切断される傾向が強い。
 N 分類では、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。
 T 分類では、T1、T3、T4 症例で切断される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、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、喉頭、下咽頭で切断される傾向が強い。
 N 分類では、N3 症例で切断される傾向が強く、N1 症例で温存される傾向が強い。
 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) 研究第 1 段階、第 2 段階ともに施設差は認められなかった。

48. 頸横（浅頸）動脈

指針：

- 1) リンパ節転移が頸横動脈に浸潤したり近接する場合は、頸横動脈を切除/切断する。
- 2) 頸横動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。細かい分枝が多いので、その処理に注意する。
- 3) 上記以外の場合には、できるだけ頸横動脈を温存する。

資料：

1) SCA2	度数	パーセント
温存	174	84.88
再建に使用	10	4.88
切断	21	10.24
(不明 or 範囲外 67 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、頸横動脈の切断/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	128	78.4 (69.2~85.2)	76.9 (67.2~84.0)
再建に使用	7	75.0 (12.8~96.1)	----
切断	19	77.8 (51.1~91.0)	77.8 (51.1~91.0)

Log-Rank 検定 p=0.8715、 一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6090

- 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、郭清側(患側/健側)、肥満指数の関与が認められる。
郭清側(患側/健側)では、不明(正中病変など)で切断される傾向が強い。
肥満指数では、19kg/m²以上 21kg/m²未満、23kg/m²以上 25kg/m²未満で温存される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
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) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。
- 7) 第2回アンケート(2005/07/01, 回答数14)の結果
 - 1 1 できるだけ温存するべき
 - 2 切除してもかまわない
 - 1 場合による
(1 再建に使用する場合は切断せざるを得ない)
 - 0 必ず切除するべき

51. 内頸静脈鞘

指針：

- 1) 内頸静脈を全切除する場合は、内頸静脈鞘もともに全切除される。
- 2) 下咽頭がん N3 患側の郭清では、内頸静脈を全切除することが多いため、内頸静脈鞘も全切除されることが多い。
- 3) 内頸静脈周囲の郭清を行い、かつ内頸静脈を温存する場合には、郭清範囲内の内頸静脈鞘を可及的に切除するのが普通である。

資料：

1) IVSH2	度数	パーセント
切除せず	10	3.72
一部切除	1	0.37
可及的に切除	220	81.78
内頸静脈と共に切除	38	14.13

(不明 or 範囲外 3 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、内頸静脈鞘の切除/温存により有意差を認め、「切除せず」症例および「内頸静脈と共に切除」症例の制御率が、「可及的に切除」症例より有意に低い。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
切除せず	8	58.3 (18.0~84.4)	58.3 (18.0~84.4)
可及的に切除	159	83.3 (75.8~88.6)	82.0 (74.1~87.7)
内頸静脈と共に切除	35	62.0 (39.4~78.2)	62.0 (39.4~78.2)

Log-Rank 検定 p=0.0219、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0256

- 3) Cox 単変量回帰では、「可及的に切除」は p=0.0605 と 15%水準で有意になり、基準値「切除せず」に対するハザード比は 0.315(95%信頼区間 0.094~1.053)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)、T 分類、肥満指数の関与が認められる。
原発部位では、下咽頭で全切除される傾向が強い。
N 分類では、N2、N3 症例で全切除される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側で全切除される傾向が強く、不明(正中病変など)で温存される傾向が強い。
T 分類では、T1、T2、T3、T4 症例で温存される傾向が強い。
肥満指数では、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、N 分類、郭清側(患側/健側)、T 分類の関与が認められる。
原発部位では、喉頭、下咽頭で全切除される傾向が強い。
N 分類では、N2、N3 症例で全切除される傾向が強く、N1 症例で温存される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側で全切除される傾向が強い。
T 分類では、T1、T2、T3、T4 症例で温存される傾向が強い。
- 6) 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。
- 7) 第 2 回アンケート (2005/07/01, 回答数 14) の結果
(内頸静脈を温存する場合、「内頸静脈鞘」はどうすべきですか?)

- 8 可及的に切除すべき
- 3 必ず全周性に切除すべき
- 2 一部のみ切除すればよい
- 1 切除する必要はない
- 0 場合による

53. 顔面静脈

指針：

- 1) 顎下部郭清を行う場合には、通常、顔面静脈を切除する。
- 2) 原発病変および/またはリンパ節転移が顔面静脈に浸潤したり近接する場合は、顔面静脈を切除する。
- 3) 上記以外の場合には、通常、顔面静脈を温存する。

資料：

1) FCV2	度数	パーセント
温存	3	1.69
切断	175	98.31

(不明 or 範囲外 94 側を除く)

55. 副神経

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が副神経に浸潤したり近接する場合は、副神経を切除/切断する。
- 2) 副神経に沿ってリンパ節転移が多発する場合には、副神経の切除/切断を考慮すべきという意見もある。
- 3) 上記以外の場合には、できるだけ副神経を温存する。
温存する場合、術中操作による副神経損傷の多いことが知られているので、できるだけ愛護的に扱う。

資料：

1) ACN2	度数	パーセント
温存	236	88.06
切断	32	11.94
(不明 or 範囲外 4 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、副神経の切断/温存により有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い。

頸部制御率(%)	n	12ヶ月 (95%信頼区間)	24ヶ月 (95%信頼区間)
温存	173	81.9 (74.6~87.3)	81.9 (74.6~87.3)
切断	29	60.3 (36.5~77.6)	54.2 (30.5~73.0)

Log-Rank 検定 p=0.0141、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0526

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は p=0.0173 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 2.416(95%信頼区間 1.168~4.995)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)の関与が認められる。
原発部位では、下咽頭で切断される傾向が強い。
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い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、原発部位、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
原発部位では、下咽頭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。

- 6) 原発部位と副神経の切断/温存との関係

	副神経		
	温存	切断	計
口 腔	70 (94.6%)	4 (5.4%)	74 (100.0%)
喉 頭	21 (95.5)	1 (4.6)	22 (100.0)
下咽頭	86 (79.6)	22 (20.4)	108 (100.0)

中咽頭	34 (91.9)	3 (8.1)	37 (100.0)
甲状腺	19 (100.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
唾液腺、他	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100.0)
計	236 (88.1)	32 (11.9)	268 (100.0)

Fisher の正確検定 (モンテカルロ 推定値) $p=0.0066$ (不明 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	58	76.1 (61.6~85.7)	76.1 (61.6~85.7)
切断	3	----	----

Log-Rank 検定 $p=0.4971$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.4982$

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	14	100.0	100.0
切断	1	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	50	77.1 (61.0~87.2)	77.1 (61.0~87.2)
切断	20	56.0 (30.5~75.4)	49.0 (24.2~69.9)

Log-Rank 検定 $p=0.0924$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.2143$

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	29	82.1 (58.7~93.0)	82.1 (58.7~93.0)
切断	3	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)

Log-Rank 検定 $p=0.2073$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1142$

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	16	92.3 (56.6~98.9)	92.3 (56.6~98.9)

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

原発部位と副神経の切断/温存との間には有意な関係がある。原発部位が下咽頭である場合、切断が多い。

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分類と副神経の切断/温存との関係

	副神経		
	温存	切断	計
N0	60 (98.4%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)
N1	61 (98.4)	1 (1.6)	62 (100.0)
N2	107 (79.9)	27 (20.2)	134 (100.0)
N3	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)

計	233 (87.9)	32 (12.1)	265 (100.0)
---	---------------	--------------	----------------

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p < 0.0001$ (不明 or 範囲外 7 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	47	93.3 (80.7~97.8)	93.3 (80.7~97.8)
切断	1	----	----

Log-Rank 検定 $p = 0.8815$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.8815$

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	49	80.2 (64.1~89.7)	80.2 (64.1~89.7)
切断	1	----	----

Log-Rank 検定 $p = 0.6724$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.6729$

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	73	73.5 (60.0~83.0)	73.5 (60.0~83.0)
切断	24	54.3 (29.6~73.6)	47.5 (23.5~68.2)

Log-Rank 検定 $p = 0.0847$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.1651$

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)
温存	1	100.0	----
切断	3	100.0	100.0

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

N 分類と副神経の切断/温存との間には有意な関係がある。N-stage が上がると切断が増加する。

頸部制御率については有意差を認めないが、N2 症例で「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。

8) 郭清側(患側/健側)と副神経の切断/温存との関係

	副神経		
	温存	切断	計
健側	64 (97.0%)	2 (3.0%)	66 (100.0%)
不明(正中病変など)	21 (95.5)	1 (4.6)	22 (100.0)
患側	151 (83.9)	29 (16.1)	180 (100.0)
計	236 (88.1)	32 (11.9)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p = 0.0107$ (不明 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	13	79.1 (36.7~94.7)	79.1 (36.7~94.7)

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

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	12	90.0 (47.3~98.5)	----
切断	1	----	----

Log-Rank 検定 $p = 0.7518$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.7518$

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	148	81.6	(73.8~87.3)	81.6	(73.8~87.3)
切断	28	59.9	(36.1~77.3)	53.9	(30.3~72.7)

Log-Rank 検定 p=0.0149、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0496

郭清側(患側/健側)と副神経の切断/温存との間には有意な関係がある。患側では、切断が多い。

頸部制御率については、患側で有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例より有意に低い。

9) 研究段階と副神経の切断/温存との関係

	副神経		
	温存	切断	計
第1段階	84 (84.9%)	15 (15.2%)	99 (100.0%)
第2段階	152 (89.9)	17 (10.1)	169 (100.0)
計	236 (88.1)	32 (11.9)	268 (100.0)

χ^2 検定 p=0.2147

(不明 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	60	83.1	(69.9~90.9)	83.1	(69.9~90.9)
切断	13	59.8	(28.5~81.0)	51.3	(21.9~74.6)

Log-Rank 検定 p=0.0166、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0252

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	113	81.2	(71.7~87.8)	81.2	(71.7~87.8)
切断	16	56.3	(18.8~82.1)	56.3	(18.8~82.1)

Log-Rank 検定 p=0.2957、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5582

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、第1段階で有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例より有意に低い。

10) 研究第1段階、第2段階ともに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、下咽頭がん N2 患側、下咽頭がん N3 患側で「切断」の割合が 20%以上減少した。

58. 迷走神経

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が迷走神経に浸潤したり近接する場合は、迷走神経を切除/切断する。
- 2) 上記以外の場合には、通常、迷走神経を温存する。

資料：

1) VGN2	度数	パーセント
温存	263	97.77
切断	6	2.23
(不明 or 範囲外 3 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、迷走神経の切断/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	199	78.6 (71.4~84.1)	77.5 (70.1~83.3)
切断	4	100.0	----

Log-Rank 検定 p=0.3367、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3472

- 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、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

59. 交感神経幹

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が交感神経幹に浸潤したり近接する場合は、交感神経幹を切除/切断する。
- 2) 上記以外の場合には、通常、交感神経幹を温存する。

資料：

1) SYN2	度数	パーセント
-----	-----	-----
温存	264	98.14
切断	5	1.86
	(不明 or 範囲外 3 側を除く)	

- 2) 頸部制御率については、交感神経幹の切断/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	199	79.2 (72.1~84.7)	78.1 (70.8~83.9)
切断	4	75.0 (12.8~96.1)	----

Log-Rank 検定 p=0.6607、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6303

- 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、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

60. 横隔神経

指針：

- 1) 通常、横隔神経は温存する。
- 2) まれではあるが、リンパ節転移が横隔神経に浸潤する場合には、横隔神経を切除する。

資料：

1)	PHN2	度数	パーセント
	温存	268	100.00
(不明 or 範囲外 4 側を除く)			

62. 腕神経叢

指針：

- 1) 通常、腕神経叢は温存する。
- 2) まれではあるが、リンパ節転移が腕神経叢に浸潤する場合には、腕神経叢を切除する。

資料：

1) BRP2	度数	パーセント
温存	212	100.00
	(不明 or 範囲外 60 側を除く)	

63. 舌下神経

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が舌下神経に浸潤したり近接する場合は、舌下神経を切除/切断する。
- 2) 原発巣切除の一環として舌半切以上を行う場合には、舌下神経はどこかのレベルで切除/切断されるのが普通である。
- 3) 上記以外の場合には、できるだけ舌下神経を温存する。

資料：

1) HYN2	度数	パーセント
温存	243	89.67
切断	28	10.33
(不明 or 範囲外 1側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、舌下神経の切断/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	176	81.2 (73.8~86.7)	79.9 (72.1~85.7)
切断	26	63.2 (39.0~79.9)	63.2 (39.0~79.9)

Log-Rank 検定 $p=0.0739$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0859$

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は $p=0.0797$ 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 2.014 (95%信頼区間 0.920~4.409) 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、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、下咽頭で温存される傾向が強い。
郭清側(患側/健側)では、患側で切断される傾向が強い。
手術時年齢では、60歳代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、下咽頭で温存される傾向が強い。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

65. 舌神経

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が舌神経に浸潤したり近接する場合は、舌神経を切除/切断する。
- 2) 原発巣切除の一環として舌半切以上を行う場合には、舌神経はどこかのレベルで切除/切断されるのが普通である。
- 3) 上記以外の場合には、できるだけ舌神経を温存する。

資料：

1) LIN2	度数	パーセント
温存	68	56.20
切断	53	43.80
(不明 or 範囲外 151 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、舌神経の切断/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	52	78.3 (61.9~88.3)	78.3 (61.9~88.3)
切断	49	73.4 (56.8~84.4)	73.4 (56.8~84.4)

Log-Rank 検定 p=0.5655、 一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5582

- 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、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。
郭清側(患側/健側)では、患側で切断される傾向が強い。
手術時年齢では、50歳代、70~80歳代で温存される傾向が強い。
肥満指数では、21kg/m²以上 23kg/m²未満で温存される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

66. 舌神経顎下腺枝（副交感神経）

指針：

- 1) 顎下部郭清などで、顎下腺を切除する場合には、通常、舌神経顎下腺枝を切除する。
- 2) 上記以外の場合には、通常、舌神経顎下腺枝を温存する。

資料：

1) SUN2	度数	パーセント
温存	1	0.81
切断	122	99.19

(不明 or 範囲外 149 側を除く)

67. 顔面神経下顎縁枝

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が顔面神経下顎縁枝に浸潤したり近接する場合は、顔面神経下顎縁枝を切除/切断する。
- 2) 耳下腺がんなどで顔面神経を切除する場合は、当然本枝もともに切除される。
- 3) 上記以外の場合には、できるだけ顔面神経下顎縁枝を温存する。
顎下部郭清を行う場合には、郭清施行前に本枝を同定して、本枝を明示的に残すようにする。

資料：

1) FAN2	度数	パーセント
温存	115	92.74
切断	9	7.26

(不明 or 範囲外 148 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、顔面神経下顎縁枝の切断/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	96	74.4 (62.9~82.8)	74.4 (62.9~82.8)
切断	8	80.0 (20.4~96.9)	----

Log-Rank 検定 p=0.5004、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3623

- 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、手術段階の関与が認められる。
手術段階では、第2段階でより切断された。
- 5) Logistic 多変量回帰では、施設も含めて有意な因子は認められない。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

70. 顎下腺

指針：

- 1) 顎下部郭清を行う場合には、通常、顎下腺を切除する。
- 2) 原発病変および/またはリンパ節転移が顎下腺に浸潤したり近接する場合は、顎下腺を切除する。ただしこの場合、顎下腺のみを切除することは少なく、通常は顎下部郭清を合わせて行う。
- 3) 上記以外の場合には、通常、顎下腺を温存する。

資料：

1) SUB2	度数	パーセント
温存	1	0.81
一部切除	1	0.81
切除	122	98.39

(不明 or 範囲外 148 側を除く)

71. ワルトン氏管

指針：

- 1) 顎下部郭清などで、顎下腺を切除する場合には、通常、ワルトン氏管を切除/切断する。
- 2) 原発病変がワルトン氏管に浸潤したり近接する場合には、ワルトン氏管を切除する。
顎下腺・舌下腺を合わせて切除しない場合には、顎下腺・舌下腺からの唾液排出がで
きなくなるので、ワルトン氏管断端を口腔内に縫合して、排出路を再建する必要があ
る。
- 3) 上記以外の場合には、通常、ワルトン氏管を温存する。

資料：

1) WAR2	度数	パーセント
温存	1	0.81
切断	122	99.19

(不明 or 範囲外 149 側を除く)

72. 下顎骨膜

- 1) 通常、下顎骨膜を切除する必要はない。

顎下部郭清を行う場合には、下顎骨内側面骨膜の上で剥離を行うのが普通である。

- 2) 原発病変および/またはリンパ節転移が下顎骨に癒着する場合には、その部位の下顎骨膜を切除する。骨膜下の骨を合併切除することもある。
- 3) 原発巣切除の一環として下顎骨切除を行う場合には、切除部分の下顎骨膜もともに切除される。

資料：

- 1) MAN2 度数 パーセント

切除せず	85	65.38
一部切除	45	34.62

(不明 or 範囲外 142 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、下顎骨膜の切除/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)
切除せず	66	75.6 (61.3~85.2)	75.6 (61.3~85.2)
一部切除	41	77.2 (59.2~88.0)	77.2 (59.2~88.0)

Log-Rank 検定 p=0.9484、 一般化 Wilcoxon 検定 p=0.9913

- 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、郭清側(患側/健側)、肥満指数の関与が認められる。
郭清側(患側/健側)では、患側で一部切除される傾向が強い。
肥満指数では、25kg/m²以上で温存される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、郭清側(患側/健側)の関与が認められる。
郭清側(患側/健側)では、患側で一部切除される傾向が強い。
- 6) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。