

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	23	90.7 (67.6~97.6)	90.7 (67.6~97.6)
再建に使用	11	90.0 (47.3~98.5)	90.0 (47.3~98.5)
切断	12	100.0	100.0

Log-Rank 検定 p=0.5519、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5522

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	83.6 (57.3~94.4)	83.6 (57.3~94.4)
再建に使用	5	100.0	100.0
切断	22	72.4 (45.5~87.6)	72.4 (45.5~87.6)

Log-Rank 検定 p=0.4235、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.4484

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	43	80.0 (62.3~90.1)	80.0 (62.3~90.1)
再建に使用	17	48.5 (19.0~72.9)	48.5 (19.0~72.9)
切断	33	63.9 (42.7~79.1)	58.1 (36.0~75.0)

Log-Rank 検定 p=0.0457、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0414

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=

N3 症例では上甲状腺動脈の温存率が低い、N 分類と上甲状腺動脈の切断/温存との間に有意差は認められない。

頸部制御率については、N2 症例で有意差を認め、「再建に使用」症例および「切断」症例の制御率が「温存」症例に比べて有意に低い。

8) 郭清側(患側/健側)と上甲状腺動脈の切断/温存との関係

	上甲状腺動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
健側	44 (66.7%)	6 (9.1%)	16 (24.2%)	66 (100.0%)
不明(正中病変など)	6 (30.0)	3 (15.0)	11 (55.0)	20 (100.0)
患側	79 (45.1)	30 (17.1)	66 (37.7)	175 (100.0)
計	129 (49.4)	39 (14.9)	93 (35.6)	261 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) p=0.0187 (不明 or 範囲外 11 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	10	100.0	100.0
再建に使用	1	0.0	0.0
切断	2	50.0 (0.6~91.0)	50.0 (0.6~91.0)

Log-Rank 検定 p=0.0509、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0591

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	3	100.0	----
再建に使用	3	----	----
切断	5	----	----

Log-Rank 検定 p=0.5353、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5353

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	77	81.7 (69.9~89.2)	81.7 (69.9~89.2)
再建に使用	30	75.9 (55.9~87.7)	75.9 (55.9~87.7)
切断	64	75.5 (61.3~85.1)	72.6 (57.6~83.1)

Log-Rank 検定 p=0.6715、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6330

郭清側が不明(正中病変など)および患側である場合には、上甲状腺動脈の温存率が有意に低い。

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、「再建に使用」症例の制御率が「温存」症例に比べて低い傾向にある。

9) 研究段階と上甲状腺動脈の切断/温存との関係

	上甲状腺動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
第1段階	52 (53.6%)	14 (14.4%)	31 (32.0%)	97 (100.0%)
第2段階	77 (47.0)	25 (15.2)	62 (37.8)	164 (100.0)
計	129 (49.4)	39 (14.9)	93 (35.6)	261 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA統計量) p=0.2853 (不明or範囲外 11例を除く)

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	34	75.5 (55.2~87.5)	75.5 (55.2~87.5)
再建に使用	12	91.7 (53.9~98.8)	91.7 (53.9~98.8)
切断	25	74.3 (51.4~87.6)	69.7 (46.5~84.3)

Log-Rank 検定 p=0.4860、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5624

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	56	89.1 (75.5~95.4)	89.1 (75.5~95.4)
再建に使用	22	59.8 (32.3~79.1)	---
切断	46	75.2 (56.8~86.6)	75.2 (56.8~86.6)

Log-Rank 検定 p=0.0177、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0197

研究段階と上甲状腺動脈の切断/温存との間には有意な関係を認めない。

頸部制御率については、第2段階症例において有意差を認め、「再建に使用」症例の制御率が「温存」症例および「切断」症例に比べて有意に低い。

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。

11) 研究第1段階から第2段階への進行により、変化の認められた項目値

対象	第1段階から第2段階への進行により、全体に占める割合が20%以上増加した項目値		20%以上減少した項目値	
	口腔 N2 健側	再建に使用	温存	
喉頭 N1 患側	温存、切断	再建に使用		
喉頭 N2 健側	切断	温存		
下咽頭 N0 患側	温存			
下咽頭 N0 健側	切断	温存		
下咽頭 N1 患側	温存	切断		
下咽頭 N1 健側	温存、切断	再建に使用		
下咽頭 N2 患側	再建に使用	切断		
下咽頭 N3 健側	再建に使用	切断		
中咽頭 N1 患側	温存	再建に使用		
中咽頭 N2 患側	切断	温存		

48. 頸横（浅頸）動脈（施設差が存在しないと考えられる術式細部項目）

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 例を除く)

- 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) 原発部位と頸横動脈の切断/温存との関係

	頸横動脈			計
	温存	再建に使用	切断	
口 腔	23 (82.1%)	1 (3.6%)	4 (14.3%)	28 (100.0%)
喉 頭	18 (85.7)	0 (0.0)	3 (14.3)	21 (100.0)
下咽頭	87 (84.5)	7 (6.8)	9 (8.7)	103 (100.0)
中咽頭	26 (89.7)	2 (6.9)	1 (3.5)	29 (100.0)
甲状腺	16 (84.2)	0 (0.0)	3 (15.8)	19 (100.0)
唾液腺、他	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
計	174 (84.9)	10 (4.9)	21 (10.2)	205 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) p=0.8700 (不明 or 範囲外 67 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	21	70.8 (43.2~86.8)	70.8 (43.2~86.8)
再建に使用	1	----	----
切断	4	100.0	100.0

Log-Rank 検定 p=0.5143、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5224

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	13	100.0	100.0
切断	2	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	53	70.5 (54.1~82.0)	66.4 (48.8~79.1)
再建に使用	4	66.7 (5.4~94.5)	----
切断	9	66.7 (28.2~87.8)	66.7 (28.2~87.8)

Log-Rank 検定 p=0.6494、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3620

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	23	73.4 (47.0~88.1)	73.4 (47.0~88.1)
再建に使用	2	----	----
切断	1	100.0	----

Log-Rank 検定 p=0.7808、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.7845

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	14	100.0	100.0
切断	2	50.0 (0.6~91.0)	50.0 (0.6~91.0)

Log-Rank 検定 p=0.0190、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0190

原発部位による違いは認められない。

頸部制御率については、原発部位が甲状腺である場合に有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例に比べて有意に低い。

7) N分類と頸横動脈の切断/温存との関係

	頸横動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
N0	27 (90.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	30 (100.0%)
N1	44 (86.3)	1 (2.0)	6 (11.8)	51 (100.0)
N2	94 (82.5)	8 (7.0)	12 (10.5)	114 (100.0)
N3	6 (85.7)	0 (0.0)	1 (14.3)	7 (100.0)
計	171 (84.7)	10 (5.0)	21 (10.4)	202 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) p=0.4139 (不明 or 範囲外 70 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	19	100.0	100.0
切断	2	100.0	100.0

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

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	35	81.9 (61.3~92.2)	81.9 (61.3~92.2)
再建に使用	1	100.0	---
切断	5	50.0 (5.8~84.5)	50.0 (5.8~84.5)

Log-Rank 検定 p=0.1614、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1067

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	68	68.4 (54.3~78.9)	65.3 (50.4~76.7)
再建に使用	6	---	---
切断	11	81.8 (44.7~95.1)	81.8 (44.7~95.1)

Log-Rank 検定 p=0.8797、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.9007

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	3	100.0	100.0
切断	1	100.0	100.0

Log-Rank 検定 p=、一般化 Wilcoxon 検定 p=

N-stage が上がると「切断」症例の多くなる傾向が認められるが、あまりはつきりしたものではない。

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)と頸横動脈の切断/温存との関係

	頸横動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
健側	45 (91.8%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	49 (100.0%)
不明(正中病変など)	15 (75.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	20 (100.0)
患側	114 (83.8)	6 (4.4)	16 (11.8)	136 (100.0)
計	174 (84.9)	10 (4.9)	21 (10.2)	205 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) p=0.1535 (不明 or 範囲外 67 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	10	90.0 (47.3~98.5)	90.0 (47.3~98.5)
切断	1	100.0	---

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

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	8	100.0	---
再建に使用	1	---	---
切断	2	---	---

Log-Rank 検定 p=0.1783、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1783

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	110	76.7 (66.6~84.1)	75.0 (64.6~82.8)
再建に使用	6	75.0 (12.8~96.1)	---
切断	16	80.0 (50.0~93.1)	80.0 (50.0~93.1)

Log-Rank 検定 p=0.9845、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.8724

郭清側が不明(正中病変など)および患側である場合に、頸横動脈の切除される傾向が高いが、有意な関係は認められない。

頸部制御率については有意差を認めない。

9) 研究段階と頸横動脈の切断/温存との関係

	頸横動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
第1段階	70 (85.4%)	3 (3.7%)	9 (11.0%)	82 (100.0%)
第2段階	104 (84.6%)	7 (5.7%)	12 (9.8%)	123 (100.0%)
計	174 (84.9%)	10 (4.9%)	21 (10.2%)	205 (100.0%)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p=0.9639$ (不明 or 範囲外 67 例を除く)

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	53	83.2 (69.1~91.3)	80.8 (66.1~89.5)
再建に使用	1	0.0	0.0
切断	9	75.0 (31.5~93.1)	75.0 (31.5~93.1)

Log-Rank 検定 $p=0.0929$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1322$

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	74.6 (60.9~84.0)	74.6 (60.9~84.0)
再建に使用	6	100.0	---
切断	10	80.0 (40.9~94.6)	80.0 (40.9~94.6)

Log-Rank 検定 $p=0.5579$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.5339$

研究段階と頸横動脈の切断/温存の間には有意な関係を認めない。

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

10) 研究第1段階、第2段階ともに施設差は認められなかった。

11) 研究第1段階から第2段階への進行により、変化の認められた項目値

対象	第1段階から第2段階への進行により、全体に占める割合が	
	20%以上増加した項目値	20%以上減少した項目値
口腔 N2 健側	切断	温存
下咽頭 N0 患側		切断
下咽頭 N0 健側	再建に使用	温存
下咽頭 N1 患側		切断
下咽頭 N2 健側	温存	再建に使用
下咽頭 N3 患側	切断	温存
甲状腺 N1 患側	温存	切断

12) 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

49. 顔面動脈（施設差の存在が疑われる術式細部項目）

指針：

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

資料：

1) FCA2	度数	パーセント
温存	10	7.63
再建に使用	10	7.63
切断	111	84.73

(不明 or 範囲外 141 側を除く)

- 2) 頸部制御率については、顔面動脈の切断/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	9	74.1 (28.9~93.0)	74.1 (28.9~93.0)
再建に使用	8	87.5 (38.7~98.1)	87.5 (38.7~98.1)
切断	92	73.7 (61.5~82.6)	73.7 (61.5~82.6)

Log-Rank 検定 p=0.6826、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6321

- 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、肥満指数の関与が認められる。
肥満指数では、25kg/m² 以上で切断される傾向が強い。
- 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) 原発部位と顔面動脈の切断/温存との関係

	顔面動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
口腔	5 (6.5%)	5 (6.5%)	67 (87.0%)	77 (100.0%)
喉頭	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
下咽頭	3 (18.8)	0 (0.0)	13 (81.3)	16 (100.0)
中咽頭	2 (6.9)	4 (13.8)	23 (79.3)	29 (100.0)
甲状腺	0	0	0	0
唾液腺、他	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100.0)
計	10 (7.6)	10 (7.6)	111 (84.7)	131 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) p=0.7523 (不明 or 範囲外 141 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	5	80.0 (20.4~96.9)	---
再建に使用	3	66.7 (5.4~94.5)	---
切断	53	77.2 (61.5~87.1)	77.2 (61.5~87.1)

Log-Rank 検定 p=0.9088、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.9197

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)
切断	1	-----	-----

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	2	100.0	100.0
切断	10	33.3 (5.3~66.4)	33.3 (5.3~66.4)

Log-Rank 検定 p=0.2470、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2807

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	2	0.0	0.0
再建に使用	4	100.0	-----
切断	21	75.1 (45.6~90.1)	75.1 (45.6~90.1)

Log-Rank 検定 p=0.3596、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.4998

原発部位については有意差を認めない。そもそも、原発部位が喉頭、下咽頭、甲状腺である場合には、検討できる症例が少ない。
頸部制御率についても有意差を認めない。

7) N分類と顔面動脈の切断/温存との関係

	顔面動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
N0	2 (6.1%)	4 (12.1%)	27 (81.8%)	33 (100.0%)
N1	1 (4.8)	0 (0.0)	20 (95.2)	21 (100.0)
N2	6 (8.2)	6 (8.2)	61 (83.6)	73 (100.0)
N3	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	4 (100.0)
計	10 (7.6)	10 (7.6)	111 (84.7)	131 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) p=0.6093 (不明 or 範囲外 141 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	2	100.0	-----
再建に使用	3	66.7 (5.4~94.5)	-----
切断	24	91.1 (68.8~97.7)	91.1 (68.8~97.7)

Log-Rank 検定 p=0.4569、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5048

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	1	100.0	-----
切断	17	69.6 (37.8~87.4)	69.6 (37.8~87.4)

Log-Rank 検定 p=0.5566、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.5596

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	5	53.3 (6.8~86.3)	-----
再建に使用	5	100.0	100.0
切断	49	62.6 (43.3~77.0)	62.6 (43.3~77.0)

Log-Rank 検定 p=0.2971、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.3359

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	100.0
切断	2	100.0	100.0

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

N 分類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。

8) 郭清側(患側/健側)と顔面動脈の切断/温存との関係

	顔面動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
健側	3 (10.7%)	3 (10.7%)	22 (78.6%)	28 (100.0%)
不明(正中病変など)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
患側	7 (7.1)	7 (7.1)	85 (85.9)	99 (100.0)
計	10 (7.6)	10 (7.6)	111 (84.7)	131 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p=0.4319$ (不明 or 範囲外 141 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	2	100.0	---
再建に使用	1	100.0	---
切断	5	50.0 (0.6~91.0)	---

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

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)
切断	4	100.0	---

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

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	7	68.6 (21.3~91.2)	68.6 (21.3~91.2)
再建に使用	7	85.7 (33.4~97.9)	85.7 (33.4~97.9)
切断	83	73.5 (61.0~82.5)	73.5 (61.0~82.5)

Log-Rank 検定 $p=0.7709$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.7420$

郭清側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。

9) 研究段階と顔面動脈の切断/温存との関係

	顔面動脈			
	温存	再建に使用	切断	計
第1段階	5 (9.6%)	4 (7.7%)	43 (82.7%)	52 (100.0%)
第2段階	5 (6.3)	6 (7.6)	68 (86.1)	79 (100.0)
計	10 (7.6)	10 (7.6)	111 (84.7)	131 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) $p=0.5167$ (不明 or 範囲外 141 例を除く)

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	4	75.0 (12.8~96.1)	75.0 (12.8~96.1)
再建に使用	2	100.0	100.0
切断	37	71.2 (51.6~83.9)	71.2 (51.6~83.9)

Log-Rank 検定 p=0.7037、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.6895

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	5	75.0 (12.8~96.1)	---
再建に使用	6	83.3 (27.3~97.5)	---
切断	55	74.7 (57.3~85.8)	74.7 (57.3~85.8)

Log-Rank 検定 p=0.8741、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.8010

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) 全体では施設差の存在が疑われたが、研究第1段階、第2段階に分けて解析を行うと、いずれにおいても施設差は存在しないと考えられた。

11) 研究第1段階から第2段階への進行により、変化の認められた項目値

対象	第1段階から第2段階への進行により、全体に占める割合が	
	20%以上増加した項目値	20%以上減少した項目値
口腔 N0 患側	再建に使用	切断
口腔 N0 健側	切断	再建に使用
口腔 N2 患側		温存
口腔 N2 健側		再建に使用
下咽頭 N2 患側	温存	切断
下咽頭 N2 健側	切断	温存
下咽頭 N3 患側	切断	温存
中咽頭 N0 健側	切断	温存

50. 内頸静脈（施設差の存在が疑われる術式細部項目）

指針：

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が内頸静脈に浸潤する場合は、内頸静脈を切除する。
- 2) 下咽頭がん N3 患側の郭清では、内頸静脈を切除することが多い。
- 3) リンパ節転移が内頸静脈に浸潤する場合でも、浸潤範囲が限局しているならば、浸潤範囲のみの切除（内頸静脈壁の部分切除）を行うことが可能である。切除部分は通常血管縫合糸を用いて縫合するが、内頸静脈内の血流を確実に保たなければ壁部分切除を行う意味がないので、高度なテクニックと判断力が要求される。
頸部郭清術に不慣れな医師の場合には、壁部分切除の代わりに内頸静脈の全切除を行うよう勧める。
- 4) 内頸静脈に沿ってリンパ節転移が多発する場合には、内頸静脈の全切除を考慮すべきという意見もある。
- 5) 上記以外の場合には、できるだけ内頸静脈を温存する。

資料：

- 1) IJV2 度数 パーセント

温存	227	84.39
再建に使用	1	0.37
壁の部分切除	3	1.12
切断	38	14.13

(不明 or 範囲外 3 例を除く)

- 2) 頸部制御率については、内頸静脈の切断/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)
温存	165	84.0 (76.8~89.1)	82.7 (75.0~88.2)
切断	35	62.0 (39.4~78.2)	62.0 (39.4~78.2)

Log-Rank 検定 p=0.0202、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0276

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は $p=0.0242$ 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 2.339 (95%信頼区間 1.117~4.895) 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)、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。
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、 $23\text{kg}/\text{m}^2$ 以上 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 未満、および $25\text{kg}/\text{m}^2$ 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、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) 原発部位と内頸静脈の切断/温存との関係

	内頸静脈		
	温存	切断	計
口腔	69 (94.5%)	4 (5.5%)	73 (100.0%)
喉頭	21 (95.5)	1 (4.6)	22 (100.0)
下咽頭	79 (75.2)	26 (24.8)	105 (100.0)
中咽頭	34 (91.9)	3 (8.1)	37 (100.0)
甲状腺	18 (90.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
唾液腺、他	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100.0)
計	227 (85.7)	38 (14.3)	265 (100.0)

Fisherの正確検定(モンテカルロ推定値) $p=0.0021$ (不明、その他 or 範囲外 7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	57	77.9 (63.6~87.2)	77.9 (63.6~87.2)
切断	3	---	---

Log-Rank 検定 $p=0.6610$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.6624$

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	---	---

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	44	82.4 (66.2~91.3)	76.9 (57.0~88.4)
切断	24	55.0 (30.0~74.3)	55.0 (30.0~74.3)

Log-Rank 検定 $p=0.0792$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0935$

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	82.2 (58.9~93.0)	82.2 (58.9~93.0)
切断	3	50.0 (0.6~91.0)	50.0 (0.6~91.0)

Log-Rank 検定 $p=0.1214$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0448$

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	15	91.7 (53.9~98.8)	91.7 (53.9~98.8)
切断	2	100.0	100.0

Log-Rank 検定 $p=0.6831$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.6831$

原発部位と内頸静脈の切断/温存との間には有意な関係がある。全体的に温存例が多いが、原発部位が口腔、喉頭、中咽頭の場合に、切断が少なく、原発部位が下咽頭である場合に、切断が多い。

頸部制御率については、原発部位が中咽頭である場合に有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い。原発部位が下咽頭である場合にも、「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にある。

7) N分類と内頸静脈の切断/温存との関係

	内頸静脈		
	温存	切断	計
N0	61 (100.0%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)
N1	58 (92.1)	5 (7.9)	63 (100.0)
N2	101 (77.7)	29 (22.3)	130 (100.0)
N3	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100.0)
計	224 (85.5)	38 (14.5)	262 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p < 0.0001$

(不明、その他 or 範囲外 10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	48	93.4 (80.9~97.8)	93.4 (80.9~97.8)

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

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	46	82.6 (66.9~91.3)	82.6 (66.9~91.3)
切断	5	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)

Log-Rank 検定 $p = 0.8050$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.9047$

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	68	76.8 (63.0~86.0)	73.1 (57.8~83.6)
切断	26	54.6 (28.6~74.7)	54.6 (28.6~74.7)

Log-Rank 検定 $p = 0.0526$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p = 0.0280$

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分類と内頸静脈の切断/温存との間には有意な関係がある。N-stageが上がるほど、切断が増加する。

頸部制御率については、N2症例で有意差を認め、「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い。

8) 郭清側(患側/健側)と内頸静脈の切断/温存との関係

	内頸静脈		
	温存	切断	計
健側	63 (96.9%)	2 (3.1%)	65 (100.0%)
不明(正中病変など)	21 (95.5)	1 (4.6)	22 (100.0)
患側	143 (80.3)	35 (19.7)	178 (100.0)
計	227 (85.7)	38 (14.3)	265 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p = 0.0019$

(不明、その他 or 範囲外 7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	13	79.1 (36.7~94.7)	79.1 (36.7~94.7)

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

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	140	84.0 (76.3~89.4)	82.6 (74.4~88.4)
切断	34	61.2 (38.5~77.6)	61.2 (38.5~77.6)

Log-Rank 検定 p=0.0174、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0224

郭清側(患側/健側)と内頸静脈の切断/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) 研究段階と内頸静脈の切断/温存との関係

	内頸静脈		
	温存	切断	計
第1段階	81 (82.7%)	17 (17.4%)	98 (100.0%)
第2段階	146 (87.4)	21 (12.6)	167 (100.0)
計	227 (85.7)	38 (14.3)	265 (100.0)

χ^2 検定 p=0.2846

(不明、その他 or 範囲外 7例を除く)

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	58	85.1 (72.3~92.3)	82.9 (69.5~90.7)
切断	15	58.6 (26.7~80.6)	58.6 (26.7~80.6)

Log-Rank 検定 p=0.0571、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0601

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	107	83.2 (73.4~89.6)	83.2 (73.4~89.6)
切断	20	64.5 (30.4~85.1)	64.5 (30.4~85.1)

Log-Rank 検定 p=0.1605、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2041

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、研究第1段階で「切断」症例の制御率が「温存」症例より低い傾向にあった。

10) 全体では施設差の存在が疑われたが、研究第1段階、第2段階に分けて解析を行うと、いずれにおいても施設差は存在しないと考えられた。

11) 研究第1段階から第2段階への進行により、変化の認められた項目値

対象	第1段階から第2段階への進行により、全体に占める割合が	
	20%以上増加した項目値	20%以上減少した項目値
口腔 N2 患側	温存	切断
甲状腺 N1 患側	温存	切断

51. 内頸静脈鞘（施設差が存在しないと考えられる術式細部項目）

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
内頸静脈と共に全切除	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「全切除(V 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)
全切除(V 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) 原発部位と内頸静脈鞘の切除/温存との関係

	内頸静脈鞘			計
	切除せず	可及的に切除	全切除	
口 腔	2 (2.7%)	68 (91.9%)	4 (5.4%)	74 (100.0%)
喉 頭	1 (4.6)	20 (90.9)	1 (4.6)	22 (100.0)

下咽頭	4 (3.7)	78 (72.2)	26 (24.1)	108 (100.0)
中咽頭	1 (2.7)	33 (89.2)	3 (8.1)	37 (100.0)
甲状腺	1 (5.3)	16 (84.2)	2 (10.5)	19 (100.0)
唾液腺、他	1 (12.5)	5 (62.5)	2 (25.0)	8 (100.0)
計	10 (3.7)	220 (82.1)	38 (14.2)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定 (ANOVA 統計量) $p=0.2623$

(一部切除、不明 or 範囲外 4 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)
切除せず*	2	0.0	0.0
可及的切除	56	79.7 (65.4~88.6)	79.7 (65.4~88.6)
全切除 (V 切除)	3	----	----

Log-Rank 検定 $p=0.0511$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1369$

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)
切除せず*	1	100.0	100.0
可及的切除	13	100.0	100.0
全切除 (V 切除)	1	----	----

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)
切除せず*	2	----	----
可及的切除	44	76.9 (60.0~87.4)	71.8 (52.4~84.4)
全切除 (V 切除)	24	55.0 (30.0~74.3)	55.0 (30.0~74.3)

Log-Rank 検定 $p=0.3031$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.2965$

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)
切除せず*	1	----	----
可及的切除	28	82.1 (58.7~93.0)	82.1 (58.7~93.0)
全切除 (V 切除)	3	50.0 (0.6~91.0)	50.0 (0.6~91.0)

Log-Rank 検定 $p=0.2939$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1309$

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)
切除せず*	1	0.0	0.0
可及的切除	13	100.0	100.0
全切除 (V 切除)	2	100.0	100.0

Log-Rank 検定 $p=0.0015$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0015$

原発部位が下咽頭である場合に、内頸静脈鞘「全切除」の割合が高いが、有意な関係は認められない。

頸部制御率については、原発部位が甲状腺である場合に有意差を認め、「切除せず」症例の制御率が「可及的切除」症例および「全切除」症例に比べて有意に低い。

7) N 分類と内頸静脈鞘の切除/温存との関係

	内頸静脈鞘			計
	切除せず*	可及的切除	全切除	
NO	3 (4.9%)	58 (95.1%)	0 (0.0%)	61 (100.0%)

N1	3 (4.8)	54 (87.1)	5 (8.1)	62 (100.0)
N2	4 (3.0)	101 (75.4)	29 (21.6)	134 (100.0)
N3	0 (0.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100.0)
計	10 (3.8)	217 (81.9)	38 (14.3)	265 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p=0.0001$

(一部切除、不明 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)
切除せず ^a	2	---	---
可及的切除	46	93.1 (80.0~97.7)	93.1 (80.0~97.7)

Log-Rank 検定 $p=0.7064$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.7066$

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)
切除せず ^a	3	---	---
可及的切除	42	86.6 (70.7~94.2)	86.6 (70.7~94.2)
全切除(V切除)	5	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)

Log-Rank 検定 $p=0.0182$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.0198$

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)
切除せず ^a	3	50.0 (0.6~91.0)	50.0 (0.6~91.0)
可及的切除	68	73.2 (59.1~83.1)	69.5 (54.1~80.7)
全切除(V切除)	26	54.6 (28.6~74.7)	54.6 (28.6~74.7)

Log-Rank 検定 $p=0.2545$ 、一般化 Wilcoxon 検定 $p=0.1529$

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)
全切除(V切除)	4	100.0	100.0

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

N 分類と内頸静脈鞘の切除/温存との間には有意な関係を認め、N-stage が上がると「切除せず」症例および「可及的切除」症例の割合が減少し、「全切除」症例の割合が増加する。頸部制御率については、N1 症例で有意差を認め、「全切除」症例の制御率が「可及的切除」症例に比べて有意に低い。

8) 郭清側(患側/健側)と内頸静脈鞘の切除/温存との関係

	内頸静脈鞘			
	切除せず ^a	可及的切除	全切除	計
健側	1 (1.5%)	63 (95.5%)	2 (3.0%)	66 (100.0%)
不明(正中病変など)	4 (18.2)	17 (77.3)	1 (4.6)	22 (100.0)
患側	5 (2.8)	140 (77.8)	35 (19.4)	180 (100.0)
計	10 (3.7)	220 (82.1)	38 (14.2)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(相関統計量) $p=0.0214$

(一部切除、不明 or 範囲外 4 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)
可及的切除	13	79.1 (36.7~94.7)	79.1 (36.7~94.7)

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

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)
切除せず	3	----	----
可及的切除	9	100.0	----
全切除(V切除)	1	----	----

Log-Rank 検定 p=0.2636、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.2636

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)
切除せず	5	60.0 (12.6~88.2)	60.0 (12.6~88.2)
可及的切除	137	82.8 (74.8~88.5)	81.4 (72.9~87.5)
全切除(V切除)	34	61.2 (38.5~77.6)	61.2 (38.5~77.6)

Log-Rank 検定 p=0.0499、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0648

郭清側と内頸静脈鞘の切除/温存との間には有意な関係があり、郭清側が患側である場合には「全切除」症例の割合が有意に高く、また郭清側が不明(正中病変など)である場合には「切除せず」症例の割合が有意に高い。

頸部制御率については、郭清側が患側である場合に有意差を認め、「切除せず」症例および「全切除」症例の制御率が「可及的切除」症例に比べて有意に低い。

9) 研究段階と内頸静脈鞘の切除/温存との関係

	内頸静脈鞘			
	切除せず	可及的切除	全切除	計
第1段階	3 (3.0%)	80 (80.0%)	17 (17.0%)	100 (100.0%)
第2段階	7 (4.2)	140 (83.3)	21 (12.5)	168 (100.0)
計	10 (3.7)	220 (82.1)	38 (14.2)	268 (100.0)

Cochran-Mantel-Haenszel 検定(ANOVA 統計量) p=0.3131

(一部切除、不明 or 範囲外 4例を除く)

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)
切除せず	3	66.7 (5.4~94.5)	66.7 (5.4~94.5)
可及的切除	56	84.5 (71.3~92.0)	82.2 (68.5~90.4)
全切除(V切除)	15	58.6 (26.7~80.6)	58.6 (26.7~80.6)

Log-Rank 検定 p=0.1706、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1827

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)
切除せず	5	----	----
可及的切除	103	82.4 (72.3~89.1)	82.4 (72.3~89.1)
全切除(V切除)	20	64.5 (30.4~85.1)	64.5 (30.4~85.1)

Log-Rank 検定 p=0.0830、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.0801

研究段階による違いははっきりしない。

頸部制御率については有意差を認めないが、第2段階症例において、「全切除」症例の制御率が「可及的切除」症例に比べて低い傾向にある。

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。

11) 研究第1段階から第2段階への進行により、変化の認められた項目値

対象	第1段階から第2段階への進行により、全体に占める割合が	
	20%以上増加した項目値	20%以上減少した項目値
口腔 N1 患側	可及的切除	
口腔 N2 患側		全切除(V切除)
喉頭 N2 患側	可及的切除	切除せず
下咽頭 N1 患側	可及的切除	切除せず
甲状腺 N1 患側	可及的切除	全切除(V切除)

12) 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」はどうするべきですか?)

- 8 可及的に切除するべき
- 3 必ず全周性に切除するべき
- 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

52. 総顔面静脈（施設差の存在が疑われる術式細部項目）

指針：

総顔面静脈は、顔面静脈と下顎後静脈前枝が合流して形成され、通常は内頸静脈（まれに外頸静脈）にそそぐ。しかし、本静脈を単に顔面静脈の最下端部と見なして「総顔面静脈」という名称を使用しない解剖学書も存在し（Gray's Anatomy など）、定義が一定しない。また、本静脈の欠損もしばしばあると報告されている。

本指針では、総顔面静脈を「内頸静脈にそそぐ顔面静脈の最下端部」と考えている。

- 1) 原発病変および/またはリンパ節転移が総顔面静脈に浸潤したり近接する場合は、総顔面静脈を切除/切断する。
- 2) 内頸静脈を切除する場合には、通常、総顔面静脈もともに切除される。
- 3) 口腔がん、中咽頭がん、下咽頭がん N2/N3 患側の郭清では、総顔面静脈を切除/切断することが多い。
- 4) 上記以外の場合には、通常、総顔面静脈を温存する。ただし、温存した総顔面静脈が他の手術操作の邪魔になることがあり、その場合は切除/切断もやむを得ない。また、総顔面静脈の温存によるメリットがわかりにくいいため、積極的な温存を支持しない意見もある。

資料：

1) CFV2	度数	パーセント
温存	90	33.71
再建に使用	13	4.87
切断	164	61.42
(不明 or 範囲外 5 側を除く)		

- 2) 頸部制御率については、総顔面静脈の切断/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	62	85.3 (72.6~92.5)	85.3 (72.6~92.5)
再建に使用	10	100.0	100.0
切断	129	73.6 (63.9~81.1)	72.1 (62.0~79.9)

Log-Rank 検定 p=0.0892、一般化 Wilcoxon 検定 p=0.1402

- 3) Cox 単変量回帰では、「切断」は $p=0.1245$ 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 1.847 (95%信頼区間 0.844~4.043) 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、T分類、肥満指数の関与が認められる。
原発部位では、喉頭、下咽頭、甲状腺で温存される傾向が強い。
N分類では、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。
T分類では、T1 症例で温存される傾向が強い。
肥満指数では、 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上で切断される傾向が強い。
- 5) Logistic 多変量回帰では、原発部位の関与が認められる。