

先端可動型硬性内視鏡による 経口的咽喉頭手術(E-TOS) ～機能温存と根治治療を目指して～

●はじめに

咽喉頭領域は、摂食・嚥下や発声・呼吸といった日常・社会生活を営む上で重要な機能が集中しており、咽喉頭がんを治療する際には根治性と機能温存とを両立し得る治療戦略が重要です。ただ、これまで発見時すでに進行がんで、多くの場合に喉頭全摘を含む拡大手術を余儀なくされていました。

近年では、内視鏡検査機器の発達や咽喉頭・食道がんの危険因子の解明から、上部消化管内視鏡検査(EGD)の通過点であつた咽喉頭領域もスクリーニングされるようになりました。これにより早期がんが徐々に発見され、一部の限られた施設で低侵襲な経口的手術が行われるようになっています。

●当科における独自の低侵襲・ 機能温存経口的咽喉頭手術

当科では、先端可動型の硬性内視鏡を用いた独自の経口的咽喉頭手術を「喉頭温存・低侵襲・根治」を目的とし、積極的に行ってています。

経口的手術の一般的な適応症例は、腫瘍が小さく薄い病変(表在がん・早期がん)ですが、当科では浸潤がんや一部の局所進行がん(cT3)にも適応を拡げ、機能温存に努めています。

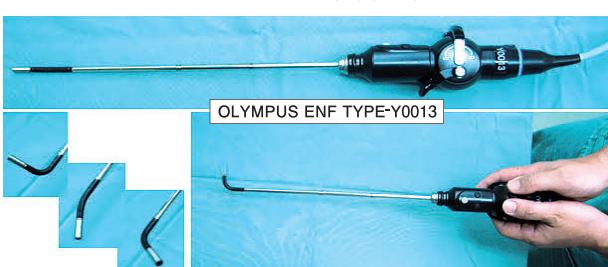
治療後の嚥下訓練や発声訓練は必ずしも決して楽な道ではありません。当科では独自に頭頸部外科医師・病棟看護師・言語聴覚士・栄養士による嚥下訓練支援チーム(SST:Swallowing Support Team)を結成し、患者個別の状態を正確にアセスメントし、情報を共有することで、より効率的なリハビリを心がけています。

●先端可動型硬性内視鏡下経口的咽喉頭手術: End-flexible-rigidscopic Transoral Surgery (E-TOS)

この内視鏡は、2009年に著者の前任地である京都医療センター頭頸部外科で世界に先駆けて経口的手術に用いました(図1)。

図1

先端可動型硬性内視鏡



直径5mmと細径で、先端5cmが上下左右に100度ずつ曲がり、軸を変えずにほぼ喉頭全周を観察可能 有効長:270mm

Profile

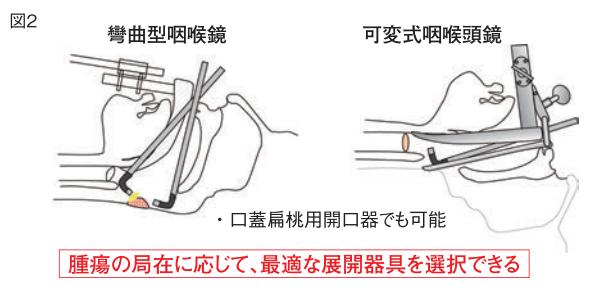
耳鼻咽喉科・
頭頸部外科医長

渡邊 佳紀

2004年高知医科大学医学部医学科卒業後、京都大学医学部附属病院臨床研修プログラムで研修。2007年4月から京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科(同年入局)、2008年7月から京都医療センター、2013年4月より現職。専門領域:頭頸部がん、頭頸部腫瘍、内視鏡下経口的咽喉頭手術(対象:咽喉頭がん)。日本頭頸部外科学会頭頸部がん専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門研修指導医、日本耳鼻咽喉科学会専門医、緩和ケア研修会修了、難病指定医(耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域)。



5mmと細径で、先端5cmが手元のレバーで上下左右に100度ずつ曲がるため術者操作野に干渉せず、軸を変えずに咽喉頭のほぼ全域を観察できるものです。これにより、これまでの経口的手術とは違い、腫瘍の場所に応じて最適な術野展開器具が選択できるようになりました(図2)。



また、操作性の向上に伴い、内視鏡操作医も手術操作が可能(4 hands surgery:図3)となることから、より複雑な部位や浸潤がんにも対応できるようになりました。現在は同仕様の胸腹腔鏡用の内視鏡(有効長370mm)を用いています。

図3 4 Hands Surgery と手術の実際



●E-TOSの治療成績

当科では2013年から開始し、2016年11月現在まで54例に施行しました。術後1年以上経過観察できた38例を検討すると、根治切除率は94.7%、局所制御率は100.0%、機能的喉頭温存率は97.3%と良好な成績を収めています。ただ、根治と言える術後5年まで慎重に再発の有無を観察していく必要があります。

●最後に

当科ではこのような低侵襲・機能温存根治治療だけでなく、すべての頭頸部がんに対して適切に評価し、積極的に根治治療を行っていますので、ご紹介よろしくお願いいたします。