

第11回嚙下障害診療センターミーティング

平成28年9月14日

下顎歯肉癌術後に生じた嚙下障害の一例熊本大学大学院生命科学研究部 総合医薬科学部門
感覚・運動医学講座 歯科口腔外科学分野福間大喜 永田将士 田中拓也 中村拓哉 郷原俊輔
川口翔 田中千愛 山名啓介 中山秀樹**緒言**

現在、口腔癌に対して行われる治療法で最も根治性の高い治療法は依然として外科療法である。しかしながら口腔は様々な機能を有する部位であるため、切除の範囲によっては術後障害が生じ、QOLの著しい低下を引き起こすこともある。

それゆえに術者は原発病変切除後の組織欠損に対し、形態・機能の再建を常に念頭に置く必要がある。今回われわれは下顎歯肉癌術後に生じた嚙下障害に対し関連各科、多職種の協力のもと回復を認め、社会復帰することができた症例を経験したのでその概要について報告する。

症例性別:男性
年齢:79歳**現病歴:**

2015年3月末頃から左側下顎歯肉の腫脹と食事時の疼痛を自覚し4月27日に紹介医受診。5月7日に下顎歯肉癌疑いに対する精査・加療目的で当科紹介受診となった。

既往歴

高血圧:内服加療中(コントロール良好)

胃癌:45歳時に胃4/5摘出→現在フォローなし

生活歴

飲酒:1合/日

喫煙:40本/日 40年 daily smoker

口腔内所見**舌側**

左側下顎小臼歯部から大臼歯部にかけて39mm大の腫瘍形成を認める
表面粗造で易出血性

→やや舌側に腫瘍の拡大を認めるが表面上口底への連続性は認めない

頬側

左側下顎外臼歯部の頬側歯肉に表面粗造な歯肉形態を認める
→粗造感増大傾向

病理診断

→左下顎歯肉腫瘍中央部を摘出

【病理診断】

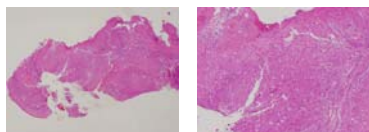
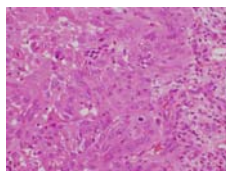
歯肉 / Oral cavity, gingiva, biopsy:
- Squamous cell carcinoma

【病理所見】**【検体】**

歯肉、生検組織断片(径 10 mm)

【組織所見】

上皮下間質において
広範に浸潤する高分化～
中分化型の扁平上皮癌が
認められます。

**治療経過**

画像診断(PET造影CT,造影MRI,頸部US,上部消化管内視鏡検査)の結果から

臨床診断:cT4aN2bM0 → 術前化学放射線療法後に手術の方針となった

6月16日から術前化学放射線療法開始(TS-1:100mg/day 14Days + 放射線照射 30Gy)以降腫瘍は縮小傾向

6月26日 腸炎の症状悪化よりTS-1 内服を11dayで中止
放射線照射も一時期の中断を挟み、30Gy 完遂(5日間中止)

8月4日 全身麻酔下で手術

術前化学放射線療法後の口腔内所見



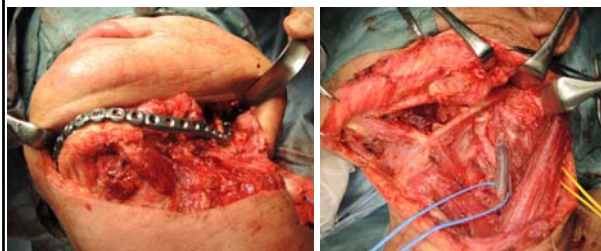
治療前

治療後

外向性腫瘍の著明な縮小を認めた

手術所見

左側下顎区域切除+左側肩甲骨筋上顎部清術
(胸鎖乳突筋・副神経・内頸静脈温存)
+左側大胸筋皮弁再建+気管切開術



術後口腔内所見



入院中の経過(嚥下障害関連)①

術前

6月17日 口腔内の疼痛による経口摂取困難に対し、経鼻経管栄養開始(自己抜去2回)
6月20日 本人の強い希望、疼痛コントロールが良好となったため経口摂取開始
6月26日 化学放射線療法の副作用である口腔粘膜炎悪化による誤嚥性肺炎
(→5日間絶飲絶食)

術後

8月10日～ 術後栄養 胃切除後のため経管栄養とPICCからの中心静脈栄養を併用
9月8日 嚥下リハビリ開始
10月21日 VF①施行 下顎前方位にて嚥下はどうか可能。下顎突出訓練を継続
11月10日 舌癒痕修正術施行(本人は少し舌は動かしやすくなった)
11月25日 VF② 悪化しており、下顎前方位でも食道入口が開かず
11月26日 誤嚥性肺炎
12月17日 耳鼻咽喉科岐阜先生より手術IC(喉頭挙上術、輪状咽頭筋切断術)
→手術は行わずリハビリを継続する方針
1月4日 嚥下リハ開始 喉頭残留多く、現状経口摂取のみで栄養摂取は現実的でない
1月6日 VF③改善なし

入院中の経過(嚥下障害関連)②

1月7日 関係各科、コメディカルでミーティングを行い今後の方針決定
1月27日 VF④ お茶で流し込みながら、何とか嚥下可能。ごく一部誤嚥あり
2月3日 消化器外科でCVポート造設術施行
2月15日 CVポートからの中心静脈栄養の併用開始(エルネオ#2号 1000mL
820kcal)
2月29日 嚥下リハビリ、栄養管理目的のため転院

関係者によるカンファレンス①

歯科、Ns

- ・リハビリを継続しつつ、腫瘍増大を説得する
- ・本人が飲めるという自信をもっていることが問題
- ・家族などの差し入れがあり 勝手に食べる

耳鼻咽喉科

- ・誤嚥はしていて、食道にはほんの少量しか入っていない。
- ・経管栄養がないと難しく、経口摂取は楽しむ程度
- ・本人のやる気があればもっと方法はある ゼリーまでならしっかり食べられるようになると思う
- ・側臥位、頸部右回旋ならもっと食べられるようになる可能性がある

リハビリテーション科

- ・頸筋が弱く、持続的な繰り返しの嚥下ができない
- ・改善するための方法を指導しているが自己流でアレンジしておりあまり効果のないものになっている
- ・水で流しこんだ際にSPO2の低下95-93%が見られた
- ・VFで立ち会った際もリハビリはしないとされた

関係者によるカンファレンス②

がん相談支援センター

- ・経鼻胃管の自己管理はできないと思われる。自己抜去の危険性あり
- ・人に会うことが多いので、腸瘻の方が向いているのでは



今後の方針

- ・家族に現状説明（差し入れしない、腸瘻になること）
- ・明日耳鼻科受診し、頸部左旋回嚥下の練習
- ・体重の経過を見せ、栄養足りていないこと。腸瘻の必要性を説明し説得
- ・リハビリ再開し、正しいリハビリ法を励行してもらう

考察

- ① 治療の影響
肩甲舌骨筋上頸部郭清術と左側下顎区域切除術・チタンプレート再建
オートガイ部は保存されており、舌骨上筋群、舌骨下筋群は可能な限り保存されていた。
嚥下に関連する筋の運動神経も保存されていた。
術前の放射線照射により、組織の癒着化が進み喉頭の挙上が悪となっていた
可能性も考えられる。
- ② 嚥下訓練開始時期の遅れ
術後のSSIにより嚥下訓練の開始が遅れ、嚥下に関しての廃用萎縮が進行した可能性
が考えられる。
- ③ 本人、家族のキャラクター
本人、家族のキャラクターが特殊であり、なかなか医療者側の意図が伝わらなかったり
して後手後手に回ってしまった。

終わりに

この場をお借りしまして、関係者各位に厚く御礼を申し上げます
本当に有難うございました。
ご本人は外来フォロー中ですが、再発もなく経口摂取も行えており
以前の様まではいかないものの、遊び歩いている（本人談）とのことでした。