

▶第20回日本口腔・咽頭科学会

口腔・咽頭科領域の診療における他科との境界と連携

口腔・咽頭領域の診療においては、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医が診断・治療を行う場合と、他科と連携することによりさらに適切な治療が実践できる場合とがある。名古屋市で開かれた第20回日本口腔・咽頭科学会(会長=名古屋市立大学耳鼻咽喉科・村上信五教授)の特別シンポジウム「口腔・咽頭科領域の診療：他科との境界と連携」(司会=東京女子医科大学耳鼻咽喉科・吉原俊雄主任教授、旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科・原淵保明教授)では、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医が取り扱うべき診療範囲と他科との連携が必要な事項や問題点について討議された。

～睡眠時呼吸障害～

耳鼻咽喉科は上気道の診察の重要性を主張すべき

翠明会山王病院(千葉県)耳鼻咽喉科の永田博史部長は、成人の閉塞型睡眠時無呼吸症候群(OSAS)における耳鼻咽喉科の役割と他科との連携について考察。「耳鼻咽喉科としては、鼻腔、咽頭など上気道の診察の重要性を主張すべきである」と強調した。

手術の位置付けの検討を

OSASの診療には、従来から耳鼻咽喉科、呼吸器科を中心とした内科、歯科などが関与してきたが、それぞれの専門分野で方針の異なる診療が行われていたという問題があり、2005年に睡眠呼吸障害研究会が成人の睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドラインを刊行した。同ガイドラインでは、OSASの診療には耳鼻咽喉科、内科、歯科などの協力による集学的診療が必要であるとしている。

永田部長は一般病院で呼吸器科医、歯科医と協力してOSASの診療を行ってきた。その経験を踏まえ、OSASの診断について、同部長は「OSASの原因の多くは上気道にあるため、その診療には鼻腔や咽頭の診察が基本的に必須であると考えられる。できれば、すべての患者が耳鼻咽喉科による専門的診察を一度は受

けることが望まれる」と述べた。

一方、治療については「耳鼻咽喉科の専門は手術になるが、持続陽圧呼吸(CPAP)、歯科口腔内装置、手術という治療の3本柱のなかでの手術の位置付けについて、あらためて検討していくことが必要」と指摘。また、「歯科口腔内装置の適応決定、効果判定に耳鼻咽喉科で行うファイバースコープは有用であることが多い。今後、歯科口腔内装置の適応を明確にしていくことで、耳鼻咽喉科医は大きな役割を果たせるのではないかと述べた。

さらに、耳鼻咽喉科がある統合型施設では上気道の診察が行われるが、睡眠専門クリニック(内科)では上気道の専門的診察が行われにくい。そのため、同部長は「まずCPAPを適応し、その適応とならない症例には、自動的に歯科口腔内装置治療が行われることになりかねない」と危惧した。

そのうえで、同部長は「OSAS診療において、上気道の専門的診察を行うのは耳鼻咽喉科の役割であることを認識することが必要。そして、耳鼻咽喉科はその専門的技術を生かして、OSAS診療の発展に貢献すべきである」と述べた。

～嚥下障害～

耳鼻咽喉科医のより積極的な関与が必要

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科の片田彰博氏は、耳鼻咽喉科医としての嚥下障害患者に対する診療の進め方を提示するとともに、嚥下障害患者に対する他科との境界と連携について考察。「嚥下障害患者の診療に耳鼻咽喉科医がより積極的に関与していくことが必要」と述べた。

外科的治療を行う唯一の診療科

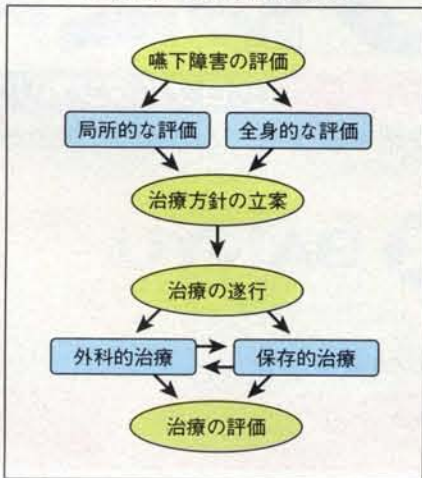
嚥下障害患者の診療には、①嚥下障害の評価②治療方針の立案③治療の遂行④治療の評価の4つの段階がある(図)。

そのうち、①は全身的な評価と局所的な評価を併せて行うことが必要となる。全身的な評価について、片田氏は「原疾患の状態、予後・回復の見込みを含めた全身状態の把握が必要だが、これらの原疾患は耳鼻咽喉科領域外の疾患であることが多く、原疾患の主治医、神経内科医、

脳神経外科医などとの連携が重要」と述べた。一方、局所的な評価については「口腔・咽頭・喉頭を直接観察することが必要だが、これらに習熟している耳鼻咽喉科医は、他科で行うことが難しい評価が可能」という。

また、③は保存的治療と外科的治療に大きく分けられる。保存的治療

〈図〉嚥下障害患者の診療



には栄養管理や気道管理、リハビリテーションがあり、外科的治療には嚥下機能改善手術や誤嚥防止手術がある。

同氏は「リハビリテーションによって十分な嚥下障害の改善が得られない症例や高齢者に対し、これらの手術の適応を判断し実際に施行していくのが耳鼻咽喉科医の重要な役割

である」と述べた。

そのうえで、同氏は「嚥下障害患者の診療においては、それぞれの段階で多くの職種のスタッフがチームをつくり有効に機能することが理想的である。そのなかで、耳鼻咽喉科は外科的な手術手技を持つ唯一の診療科である。したがって、耳鼻咽喉科医が果たすべき役割は大きく、他科からも期待されている」と結んだ。

～唾液腺疾患～

医師・歯科医師間で明確な活動範囲の決定と合意を

関西医科大学耳鼻咽喉科の岩井大准教授は、唾液腺疾患における歯科口腔外科との境界を中心に検討。「医師・歯科医師間で明確な活動範囲の決定と合意が求められている」と述べた。

申し合わせが反映されず

唾液腺疾患には、大きく分けて機能障害、炎症、自己免疫疾患、腫瘍などがある。これらの唾液腺疾患の診断では放射線科、病理、保存的治療では内科、小児科、心療内科、精神神経科との、外科的治療では形成外科、脳神経外科などとの連携が必要となる。

これらの医師間での連携の問題とは別に、最近、歯科医師の医療参入の問題が指摘されている。歯科口腔外科の活動範囲については、1996年の旧厚生省「歯科口腔外科に関する検討会」の申し合わせがある。それによると、唾液腺について、歯科口腔外科の診療領域とは「耳下腺を除く唾液腺」であり、悪性腫瘍の治療では、治療に当たる歯科医師は適切に医師と連携を取る必要があるとしている。

これを踏まえ、岩井准教授は、①学生教育②歯科口腔外科施設の活動状況③海外施設の活動状況④国民への情報提示の各項目について調査

した。

そのうち、①については、医師は歯頸の疾患や治療に関する教育を受けておらず、また、実際にこの治療を行っていない。これに対し、歯科医師は歯頸の疾患や治療以外に、耳下腺や唾液腺悪性腫瘍を含めた全身の疾患に関する教育を受けるが、必ずしも診療範囲を拡大解釈してよいということではないとした。②については、歯学部を持つ日本の大学の約3割がホームページで耳下腺疾患や唾液腺癌を扱っているとしていた。

これらの結果から、同准教授は「唾液腺疾患において歯科口腔外科の活動は、学生教育を含めて申し合わせ事項から逸脱しているように見受けられる」とし、また「国民への情報提示にも、申し合わせ事項が十分反映されていないように見える」と述べた。

今後、耳鼻咽喉科・頭頸部外科に求められることとして、①治療の質の向上など耳鼻咽喉科・頭頸部外科医のさらなる努力②インターネット、マスコミなどを通じた国民への啓蒙の強化③手術を含めた治療や研究など他科医師との連携の強化④医師・歯科医師間で明確な活動範囲の決定と合意をしたうえでの正しい協力関係の構築を挙げた。

～口腔・咽頭腫瘍～

耳鼻咽喉科と歯科口腔外科で役割分担し協働を

静岡県立静岡がんセンター頭頸科の塚塚哲郎部長は、口腔・咽頭腫瘍における耳鼻咽喉科と歯科口腔外科の役割分担、連携の現状について報告。「口腔・咽頭腫瘍における耳鼻咽喉科と歯科口腔外科の連携では、役割分担を明確にし協働しながら、それぞれの技術を十分に発揮することが大切」と述べた。

チームで意思統一

口腔・咽頭腫瘍の治療に当たり、同センターでは症例に応じて耳鼻咽喉科(頭頸科)、歯科口腔外科、化学療法科(消化器内科)、放射線治療科などが担当科となっている。

そのうち、耳鼻咽喉科医の役割として以下の5つが挙げられる。①原発巣および頸部、遠隔転移に関する

治療②気道トラブルを起こすことがしばしばあり、喉頭観察や必要に応じた気管切開③糖尿病、心疾患などの合併症に対する内科との連携による管理④頭頸部癌は重複癌を来しやすいため、術後に不要な放射線治療を避けるなど、後発癌治療に配慮した治療方針の決定と咽頭、食道などの継続的な観察⑤疼痛対策をはじめとする緩和医療。

一方、歯科口腔外科医の役割として以下の10項目が挙げられる。①手術、化学療法、放射線治療などすべての頭頸部癌患者に対する治療前の口腔ケア②看護師などへの口腔ケアの指導③上顎・下顎欠損の顎補綴④上顎の骨切り術後の咬合調整⑤術前の下顎模型作製⑥顔面欠損に対する

▶第20回日本口腔・咽頭科学会

前ページから続く

歯科補綴的な技術を応用したシリコンエビテーゼ装着⑦化学療法や放射線治療による口内炎の治療⑧晩期放射線治療合併症である放射線性齶蝕や歯周病の予防と治療⑨放射線性口腔乾燥の治療⑩日和見感染による真菌性口内炎などの治療。

耳鼻咽喉科医と歯科口腔外科医の

～海外での口腔癌治療アンケートの結果～ 歯科医は癌治療を行わない

東京医科歯科大学耳鼻咽喉科の角卓郎氏は海外の数人の耳鼻咽喉科・頭頸部外科医に対して、口腔癌治療における歯科の役割についてアンケートを行った結果を報告。「一部の州を除く米国、カナダ、英国、オランダでは、法律で禁じられているため、歯科医は癌治療を行っていない」と述べた。

歯科医が化学療法を行う国はない

歯科口腔外科が扱うべき領域については、1996年の旧厚生省の「歯科口腔外科に関する検討会」の申し合わせがある。しかし、その申し合わせが必ずしも順守されていないのが現状である。2006年には「市立札幌病院歯科研修・医師法違反事件」も起きており、あらためて医業と歯科医業との境界が問題となっている。このような背景を踏まえ、今回のアンケートが行われた。回答は米国3人(コネティカット州、ペンシルベニア州、イリノイ州)、カナダ・英国・韓国・オランダ各1人、計7人から得られた。

その結果、歯科医が一般に口腔癌

連携方法としては、週1回の多職種カンファレンスを行い、電子カルテによる治療前患者の情報共有を行っている。

鬼塚部長は「このようにしてチームで意思統一することにより、特別に依頼を出さなくても、各科の役割分担の遂行が可能となっている」と述べた。

の手術を行っている」と回答したのは2人(韓国、米コネティカット州)のみで、他の5人は法的に規制されているため行っていないと回答した。韓国では歯科医の口腔癌手術に制約はなく、米コネティカット州では制約があるが、双方とも手術件数は頭頸部外科医より少ないとした。なお、1996年の同様の調査でも、デンマーク、米国(ミズーリ州)、ドイツで歯科医の資格のみでは癌の治療は行えないという結果が出ている。

口腔癌の治療において、①口腔内の手術治療②頸部リンパ節転移の手術治療③有茎皮弁による再建術④遊離皮弁による再建術⑤全身化学療法⑥局所化学療法(動注)のすべてを医師が行うのは5人(米国2州、カナダ、英国、オランダ)で、①は医師・歯科医師双方が行い、②～⑥は医師が行うが1人(コネティカット州)、①～④は医師・歯科医師双方が行い、⑤～⑥は医師が行うが1人(韓国)であった。

また、Maxillofacial Surgeon(顎顔面外科医)のライセンスを持つのは歯科医の資格が必要としたのが4人

(米国3州、韓国)、医師と歯科医の両方のライセンスを持つ必要がある

としたのが3人(カナダ、英国、オランダ)であった。

～耳下腺癌根治切除後の顔面神経再建～ 運動機能を改善、麻痺症状を軽減

千葉大学耳鼻咽喉・頭頸部外科の佐々木慶太氏は、耳下腺癌根治切除後の顔面神経再建症例について検討。「術後の顔貌、顔面の運動機能を可能な限り改善させ、術後の顔面神経麻痺による症状を軽減させる目的で、顔面神経の再建術は行うべきである」と、同学会で述べた。

安静時顔面非対称が 顔面下部で改善

耳下腺癌、特に高悪性度癌は予後不良な疾患であり、手術を中心とした集学的治療が行われることが多い。耳下腺癌の根治切除の際、やむをえず耳下腺全摘もしくは拡大全摘を選択せざるをえない場合も少なく、その際、顔面神経が犠牲となる。同科では顔面神経を合併切除した症例については、原則として、遊離腓腹神経移植による神経再建術と、血行の豊富な移植床をつくり顔面の変形を改善させる目的でおもに腹直筋を用いた遊離皮弁移植を行っている。神経吻合は神経上膜縫合により本幹は6針行い、腓腹神経の各分枝を顔面神経の分枝に2～3針で吻合している。

対象は、1996～2006年に同科で耳下腺全摘および拡大全摘術を施行した35例のうち評価が可能であった17例(再建13例、非再建4例)。内訳は男性11例、女性6例で、手術時の年

齢は48～77歳(平均63歳)、術後観察期間は7～118か月(平均44.1か月)であった。

その結果、再建症例と非再建症例の安静時顔面非対称の程度の比較では、再建症例は非再建症例と比べて、安静時顔面非対称は顔面下部で有意に改善していた。また、再建症例の術後顔面運動機能の評価では、術後顔面運動の回復は60歳以上の症例は60歳未満の症例と比べ有意な低下が見られた。さらに、再建症例と非再建症例の術後の顔面神経麻痺に伴う症状の比較では、術後の顔面麻痺に伴う症状の割合は非再建症例で多く見られた。

耳下腺全摘術を要する耳下腺癌症例の問題点として佐々木氏は、①原疾患の予後が不良である②高齢者が多く、術後照射を行う必要が少なからずある③側頭骨(乳様突起)の一部を合併切除する例が多く、支配領域の局在が確認できない茎乳突孔より中枢で本幹との吻合が行われるため、過誤支配が生じる一を挙げた。そのうえで「各部位の運動機能の完全な対称性を得ることは難しいが、術後の顔貌、顔面運動を可能な限り改善させ、麻痺による症状を軽減させる目的で、遊離神経移植による顔面神経再建は意義があると考えられた」と述べた。