

278 巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他()		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 脈管奇形(血管奇形およびリンパ管奇形) 診断基準 (該当する項目に☑を記入する)

軟部・体表などの血管あるいはリンパ管の異常な拡張・吻合・集簇など、構造の異常から成る病変 (理学的所見、画像診断あるいは病理組織にて認めるもの)	1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 静脈奇形(海綿状血管腫) <input type="checkbox"/> 動静脈奇形 <input type="checkbox"/> リンパ管奇形(リンパ管腫) <input type="checkbox"/> リンパ管腫症・ゴーム病 <input type="checkbox"/> 毛細血管奇形(単純性血管腫・ポートワイン母斑) <input type="checkbox"/> 混合型脈管奇形(混合型血管奇形)	

鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	1.全て除外可 2.除外不可 3.不明
1. 血管あるいはリンパ管を構成する細胞等に腫瘍性の増殖がある疾患: <input type="checkbox"/> 乳児血管腫(イチゴ状血管腫) <input type="checkbox"/> 血管肉腫	
2. 明らかな後天性病変: <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> 外傷性・医原性動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 動脈瘤	

B. 細分類 頸部顔面巨大リンパ管奇形(リンパ管腫) 診断基準 (該当する項目に☑を記入する)

1. 理学的所見	
頸部顔面に圧迫により変形するが縮小しない腫瘍性病変を認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. 画像所見	
病変内に大小様々な1つ以上の嚢胞様成分が集簇性もしくは散在性に存在する腫瘍性病変として認められる。嚢胞内部の血流は認めず、頸部顔面の病変が患者の手掌大以上である。	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. 嚢胞内容液所見：リンパ (液) として矛盾がない	
1. 該当 2. 非該当 3. 不明	
4. 鑑別診断	
以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 奇形腫 <input type="checkbox"/> 静脈奇形 (海綿状血管腫) <input type="checkbox"/> 被角血管腫 <input type="checkbox"/> 他の水疱性・嚢胞性疾患 (ガマ腫、正中頸嚢胞) <input type="checkbox"/> 単房性巨大嚢胞のみからなるもの	
5. 補助所見	
(a) 理学的所見	
1. 該当 2. 非該当 3. 不明	
<input type="checkbox"/> 深部にあり外観上明らかでない <input type="checkbox"/> 皮膚や粘膜では丘疹・結節となり、集簇しカエルの卵状を呈することがあり、ダーモスコピーにより嚢胞性病変を認める <input type="checkbox"/> 経過中病変の膨らみや硬度は増減する <input type="checkbox"/> 感染や内出血により急激な腫脹や疼痛をきたす <input type="checkbox"/> 病変内に毛細血管や静脈の異常拡張を認める	
(b) 病理学的所見	
肉眼的には、水様ないし乳汁様内容液を有し、多嚢胞状または海綿状断面を呈する病変。組織学的には、リンパ管内皮によって裏打ちされた大小さまざまな嚢胞状もしくは不規則に拡張したリンパ管組織よりなる。腫瘍性の増殖を示す細胞を認めない。	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(c) 嚢胞内容液所見	
嚢胞内に血液を混じる	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

<診断のカテゴリー>

A. 診断基準を満たし、鑑別疾患を除外した上で、生下時から存在し、Bの1.2.3.4.のすべての所見を認める ※巨大の定義は患者の手掌大以上の大きさとし、手掌大とは患者本人の指先から手関節までの手掌の面積をさす	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
--	--------------------

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

身長・体重	
身長 () cm	体重 () kg
疾患部位 (複数選択可)	
<input type="checkbox"/> 頭頸部表在 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 口角部 (上下口唇含む) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 頭頸部深部	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 下顎後窩 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 眼窩内 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	
<input type="checkbox"/> 前額部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 顎下部 (前頸三角上部) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 口腔内頬粘膜下 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	
<input type="checkbox"/> 眉部・上眼瞼 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 前頸部 (前頸三角下部) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 舌内	
<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 側頸部 (後頸三角上部) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 喉頭蓋・披裂部・声帯	
<input type="checkbox"/> 頬部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 側頸部 (後頸三角下部) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 咽頭後壁 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	
<input type="checkbox"/> 耳下腺部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 後頸部 (後頸下三角) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 頸部気管内	
<input type="checkbox"/> 耳介部 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 鎖骨上窩 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 頭蓋内 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	
その他の疾患部位 (複数選択可)	1. あり 2. なし 3. 不明
<input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 胸部 (表在) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 腹腔内・後腹膜 <input type="checkbox"/> 腹部 (表在) <input type="checkbox"/> 背部 (表在) <input type="checkbox"/> 鼠径部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()	
大きさ (長径) (多数の場合最大の病変) cm と手掌の何倍か、の2つの方法で答えて下さい	
<input type="checkbox"/> 30cm 以上 <input type="checkbox"/> 20cm 以上～30cm 未満 <input type="checkbox"/> 15cm 以上～20cm 未満 <input type="checkbox"/> 10cm 以上～15cm 未満 <input type="checkbox"/> 10cm 以上～15cm 未満 <input type="checkbox"/> 5cm 以上～10cm 未満 <input type="checkbox"/> 5cm 未満 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 手掌の5倍以上 <input type="checkbox"/> 3倍以上5倍未満 <input type="checkbox"/> 2倍以上3倍未満 <input type="checkbox"/> 2倍未満 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受診時および既往症状 (複数選択可)	1. あり 2. なし 3. 不明
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> リンパ漏 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 整容障害 <input type="checkbox"/> 機能的障害 (<input type="checkbox"/> a 知覚 <input type="checkbox"/> b 運動 <input type="checkbox"/> c 視覚 <input type="checkbox"/> d 聴覚 <input type="checkbox"/> e 平衡 <input type="checkbox"/> f 音声機能 <input type="checkbox"/> g 心臓機能 <input type="checkbox"/> h 神経または精神障害) <input type="checkbox"/> その他 ()	

病変の外観（最終診察時（現在）の状況。体幹は肌着着用状態で）	
<input type="checkbox"/> 非常に目立つ <input type="checkbox"/> すぐに分かる <input type="checkbox"/> 良く見るとわかる <input type="checkbox"/> わからない	
外科的切除の可能性（病変が残存している場合）	
<input type="checkbox"/> 切除による改善の余地有り（合併症リスク小） <input type="checkbox"/> 切除による改善の余地あり（合併症リスク大） <input type="checkbox"/> 切除は不可能ではないが、合併症を考慮すると選択しにくい <input type="checkbox"/> 切除による改善の余地なし	
診断の根拠（複数選択可）	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 臨床診断 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 病理診断（病理診断名）	
病変のタイプ	
<input type="checkbox"/> 嚢胞型（マクロシスティック）である <input type="checkbox"/> 嚢胞型ではない（海綿状、ミクロシスティック、混合型等）	
診断に有用な画像診断（複数選択可）	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 核医学 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 単純レントゲン写真	

■治療その他（該当する項目に☑を記入する）

治療歴（治療回数）〔複数選択可〕	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 外科手術（切除、再建等）（ 回） <input type="checkbox"/> 硬化療法（ 回） <input type="checkbox"/> 塞栓術（ 回） <input type="checkbox"/> レーザー治療（ 回） <input type="checkbox"/> 薬物療法 薬剤名（自由記載〔複数可〕：) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他（治療名： 回）	
有効であった治療（自由記載〔複数可〕）	1.あり 2.なし 3.不明
（)	
転帰（腫瘍体積と症状の両者を記入する）	
腫瘍の体積	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に縮小 <input type="checkbox"/> 僅かに縮小 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他
主な症状1（)	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に改善 <input type="checkbox"/> 僅かに改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他
主な症状2（)	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に改善 <input type="checkbox"/> 僅かに改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他

転帰については治療歴があれば当該施設での治療開始前と比較し、無治療の場合は初診時と比較する。

以下の記載を参考にして判定する。

転帰（腫瘍の体積）
治癒・消失（腫瘍のほぼ消失）
著明に縮小（腫瘍体積の縮小率が50%以上）
僅かに縮小（腫瘍体積の縮小率が50%未満）
不変（腫瘍体積の縮小率がほぼ0%）
増大（腫瘍体積の明らかな増大）
転帰（症状）〔症状の改善率は可能であればVAS (visual analog scale)、NRS (numerical rating scale) や重症度などを参考にする〕
治癒・消失（症状のほぼ消失）
著明に改善（症状の改善率が50%以上）
僅かに改善（症状の改善率が50%未満）
不変（症状の改善率がほぼ0%）
悪化（症状の明らかな悪化）

■重症度分類に関する事項（該当する番号に○をつける）

modified Rankin Scale (mRS)

0.まったく症候がない	1.症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
2.軽度の障害（発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）	
3.中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）	4.中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
5.重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）	

食事・栄養

0.症候なし	1.時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない
2.食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする	3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
4.補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする	5.全面的に非経口的栄養摂取に依存している

呼吸

0. 症候なし 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

聴覚 (500、1000、2000Hz の平均値で、聞こえが良い耳) (該当する項目に☑を記入する)

0 : 25 dBHL 未満 (正常)
1 : 25 dBHL 以上 40 dBHL 未満 (軽度難聴)
2 : 40 dBHL 以上 70 dBHL 未満 (中等度難聴)
3 : 70 dBHL 以上 90 dBHL 未満 (高度難聴)
4 : 90 dBHL 以上 (重度難聴)

視覚

良好な方の眼の矯正視力が 0.3 未満	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
---------------------	--------------------

出血、感染 (該当する項目に☑を記入する)

出血
<input type="checkbox"/> 1. ときおり出血するが日常の務めや活動は行える
<input type="checkbox"/> 2. しばしば出血するが、自分の身の周りのことは医療的処置なしに行える
<input type="checkbox"/> 3. 出血の治療のため一年間に数回程度の医療的処置を必要とし、日常生活に制限を生じるが、治療により出血予防・止血が得られるもの
<input type="checkbox"/> 4. 致死的な出血のリスクをもつもの、または、慢性出血性貧血のため月一回程度の輸血を定期的に必要とするもの
<input type="checkbox"/> 5. 致死的な出血のリスクが非常に高いもの
感染
<input type="checkbox"/> 1. ときおり感染を併発するが日常の務めや活動は行える
<input type="checkbox"/> 2. しばしば感染を併発するが、自分の身の周りのことは医療的処置なしに行える
<input type="checkbox"/> 3. 感染・蜂窩織炎の治療のため一年間に数回程度の医療的処置を必要とし、日常生活に制限を生じるが、治療によって感染症状の進行を抑制できるもの
<input type="checkbox"/> 4. 敗血症などの致死的な感染を合併するリスクをもつもの
<input type="checkbox"/> 5. 敗血症などの致死的な感染を合併するリスクが非常に高いもの

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1. あり			
開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1. あり 2. なし	
種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行			
生活状況	食事 整容 入浴 階段昇降 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。