



Title	内視鏡下甲状腺手術
Author(s)	島津, 研三; 野口, 眞三郎
Citation	癌と人. 2007, 34, p. 20-21
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/23761
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

内視鏡下甲状腺手術

島津研三*・野口眞三郎*

はじめに

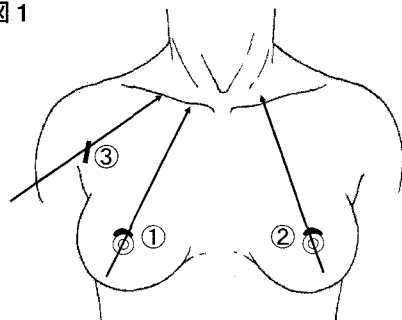
この十数年余りの間、胸腹部の各臓器を中心に内視鏡下手術は急速に普及した。胆嚢摘出術のように通常の開腹手術を完全に凌駕してしまったものもある。このように内視鏡手術が普及した最大の理由は、その低侵襲性にある。すなわち、通常の開放手術であれば、臓器を直接目で見て、手で操作するため、それに見合った手術の傷が必要となる。一方、内視鏡手術では、その目的のために作成された特別な器具が通るだけの傷（通常1-2cm）があれば良いため、皮膚や皮下組織を大きく切る必要がない。そのため術後の疼痛が少なく、早期離床による合併症からの回避や早期退院が可能になる。

しかし、ここで忘れてはならないのが、手術の傷が小さいことからもたらされる美容面での利点である。特に内視鏡下甲状腺手術の場合、通常の開放手術では、日常生活で絶えず露出される頸部に手術創が残ることと侵襲がさほど大きくないことから、低侵襲性よりは美容面に重点をおいて内視鏡下手術が選択される。加えて、スコープを通して開放手術では到底及びもしいような拡大されたクリアな視野で手術が可能になるため、反回神経や上皮小体などの確認温存に有利である。はじめから空間のある胸腹部の内視鏡手術と違い、頸部においては手術操作を行う working space を新たに作成しなければならないため、その登場は1996年のGagnerの上皮小体摘出術まで待たなければならなかった。しかし、ここ数年で国内の数施設で内視鏡下甲状腺手術が様々な方法で行われ始め、良好な成績をあげており世界をリードする形になっている。

腋窩前胸部アプローチと他の術式

施設によって手術方法は様々であるが、手術をするための空間すなわち working space 維持の仕方、二酸化炭素を送り込んで維持するガス送気法と、皮膚を器具で吊り上げる吊り上げ法に分かれる。さらに、頸部の創を小さくするものと、頸部から離れた普段露出されない部位や創が目立ちにくい部位からアプローチするものや、その中間のものなどがある。我々が現在行っている腋窩前胸部アプローチ (Axillo-Bilateral-Breast-Approach=ABBA) はその中でも最も美容面に重きをおき、それに加えて操作性にも配慮した術式である。これは、両側の乳輪上縁のラインに沿って皮膚を1-1.5cmほど切り、トロッカー（内視鏡用の器具を出し入れするための穴のあいた円柱状の器具）を2本取り付ける（図1：①②）。さらに患側の腋窩にも皮膚割線に沿って約1cm皮膚を切りトロッカーを1本取り付ける（図1：③）。これら合計3本のトロッカーから観察操作を行う。乳輪上縁の皮膚を切る方法は、乳腺腫瘍摘出の際、美容面を重視してよく使われる。乳輪のラインに重なって術後数週で判別不能になる。腋窩のもの

図1



腋窩前胸部アプローチ
(Axillo-Bilateral-Breast-Approach=ABBA)

* 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座 乳腺内分泌科学

も皮膚割線に重なり、さらに上腕にかくれるため、これらも判別不能になる。そのため下着をはずした状態でも手術をしたかどうか分からないほどである。また、3本のトロッカーの位置もバランスがとれておりお互いに干渉することもないし、両側乳輪と腋窩の3方向からの観察操作が可能であるため、他のものに比べて熟練性を要しない。その他の術式では、先に述べたように、頸部の傷を小さくしたり、頸部から少し離れた部位に比較的小さな創を設けるものなどがある。我々の術式を含め、これらにはそれぞれ一長一短がある。頸部に創が近いものは、working space 作成のための剥離範囲が少ないため侵襲が低く、手術時間も短い傾向にあるが、小さな創が頸部あるいは頸部に近い部位にあるため、それに対する患者の満足度には個人差がある。また大きな腫瘍の場合、working space が小さいために対応しにくいし、摘出するために創を延長した場合、整容性がかなり損なわれる可能性がある。一方、頸部から離れた目立ちにくい場所（乳輪や腋窩など）からアプローチする方法は、その整容性は抜群であるが、頸部まで距離があるためその分だけ手術時間が長くなり、また剥離面積が広いため若干侵襲が多くなる。

対象となる疾患と患者

今のところ、我々の施設では、この内視鏡下甲状腺手術を甲状腺腫やバセドウ病などの良性甲状腺疾患に限って行っている。リンパ節郭清を必要とする甲状腺癌は適応としていない。それは、新たに working space を作成する当手術

において、その上で胸鎖乳突筋や鎖骨頭を避けながら行うリンパ節郭清は、極めて難易度の高い手技であり、たとえ施行し得たとしても、根治性は開放手術に劣ると考えているからである。美容面を追求するあまり、悪性腫瘍に対する根治性を損なってはならないというのが我々の方針である。しかし、器具の改良や手技の工夫で、これらも適応となる可能性は将来十分考えられる。対象となる患者は、上記の疾患で手術が必要で、かつ頸部に手術創が残ることに抵抗があり、整容性をもとめている患者であれば性別年齢は問わないが、実際は20から40歳の女性が全体の9割を越えている。この手術を希望して訪れる患者のニーズは様々であるので、それに応じて術式を選択できれば理想である。例えば、整容性に対して強い要求がある場合であれば、当科で行っているよう頸部から離れたものを選択すればよいし、そこまで整容性を求めず、日常生活で目立たなければよいのであれば、頸部に近い創からの手術が選択されればよい。

おわりに

甲状腺良性疾患は、手術創が日常生活で露出する頸部にできることや、女性が罹患することが多い疾患であるため、内視鏡下甲状腺手術の最大の利点は整容性である。現在、様々な術式が報告され、その長短が議論の最中である。それぞれの患者のニーズにあわせて術式を選択すれば、内視鏡下甲状腺手術が開放手術を凌駕する日が来るかもしれない。