

## 甲状腺・副甲状腺疾患に対する内視鏡手術

—患者にやさしい手術

なかみ ひろし いけだ よしふみ  
高見 博 池田佳史\* 帝京大学医学部外科教授 \*同講師

### ●はじめに

甲状腺・副甲状腺腫瘍の手術は、前頸部に手術痕が残るのが当然と考えられていた。しかし、近年の内視鏡手術の進歩により、甲状腺・副甲状腺疾患でも、一部の施設では内視鏡手術が行われるようになりつつある。

頸部の内視鏡手術は、欧米では“minimally invasive surgery”，すなわち「低侵襲性内視鏡手術」と位置づけられている。頸部の美容上の問題以上に、内視鏡使用による術後の疼痛・種々の愁訴の減少、手術時間・入院期間の短縮、医療費の軽減、などが要求されている。

### ①頸部の内視鏡手術の各種方法

頸部の内視鏡手術はアプローチ別にみると、頸部、前胸部、腋窩、乳腺などに大別される。頸部からのアプローチが最も侵襲は少ないが、頸部に傷が残る。腋窩からのアプローチは筆者らが開発した術式であり、侵襲は頸部、前胸部より大きい。美容上優れ、術後3か月目には愁訴はほとんどない。

術式別にみると、完全に内視鏡下に行う手術と内視鏡補助下に行う手術に大別される。筆者らは前者の方法を用いている。前者は高度な技術を要するが、手術侵襲は少ない。後者は通常の開放手術に近い分だけ、手術は普遍化しており、手術時間も短い場合が多い。

### ②低侵襲性内視鏡甲状腺・副甲状腺手術の適応

内視鏡手術は、頸部に傷がなく、美容上非常に満足できる。特に若い女性のケロイド体質の患者には良い。頸部を切開しないため「首を触っ

た感じが分からない」、「皮膚がチクチクする」、「物を飲むときに首の皮膚がひきつる」などの不快な不定愁訴も減少する。また、頸部に傷がないことにより、患者が頸部の手術を受けたという嫌悪感からも解放され、精神的にも良い結果が得られる。

内視鏡手術の適応として、細胞診で良悪性の鑑別困難な甲状腺腫(濾胞性腫瘍)、微小癌、パセドウ病、副甲状腺機能亢進症による副甲状腺腫などがあげられる。

### ③内視鏡手術の実際

筆者らがやっている内視鏡手術は低侵襲性と整容性を兼ね備え、高度なQOLを達成した手術法である。術式は完全に内視鏡下に行い、アプローチには2種ある。

第1の前胸部法は、鎖骨下約5cmの部位に、甲状腺手術なら径12mmの切開創を、副甲状腺手術なら径5mmの切開創を1か所作製(内視鏡用)し、さらにその左右に径5mmの切開創を2か所(術者の左右の鉗子用)作り、甲状腺切除、あるいは副甲状腺腫摘出を行う。

第2の腋窩法は、腋窩に30mmと5mmの切開創を1か所ずつ作り、そこから内視鏡と鉗子を入れる(図1)。この方法は高度な技術を必要とするが、腋窩の傷は周りの人はもちろんのこと、本人でさえほとんど見えず、術後3か月目ごろには手術による愁訴が消失し、手術したこと自体を忘れてしまう患者もいる。直径10cm程度の腫瘍まで摘出可能である(図2)。

前胸部法は甲状腺腫21例、副甲状腺腫17例に、腋窩法はそれぞれ23例、7例に施行した



図1 腋窩法。腋窩の12mmと5mmのトロッカーから、内視鏡と2本の鉗子を挿入する。



図2 右前頸部に手術操作腔を作り、甲状腺を露出する。

が、反回神経麻痺による嗄声、副甲状腺機能低下症はなかった。軽い皮下気腫が1例にみられた。甲状腺切除術の前胸部法と腋窩法での平均

手術時間、摘出重量、出血量はそれぞれ146分・182分、26g・21g、54g・58gであった。副甲状腺摘出術では、それぞれ102分・168分、782g・308g、39g・30gであった。患者の満足度はきわめて高かった。

#### ●まとめ

一般的には、甲状腺疾患では整容性の優れた腋窩法が、副甲状腺疾患では侵襲のより少ない前胸部法が良い適応であると考えられる。しかし、患者の要求を十分に把握して、十分なインフォームド・コンセントのうえで術式を選択する必要がある。

一方、低侵襲性という面では、内視鏡を用いない「低侵襲性開放手術」“minimally invasive open surgery”という概念が注目されてきた。皮膚切開創が甲状腺では3cm、副甲状腺では2cm程度で行い、手術侵襲もきわめて低く、day surgeryを可能にする方法である。この方法については別の機会に報告したい。いずれにしても、手術の技術を高めることで、手術時間を短縮し、手術侵襲を軽減し、患者のQOLを満足させることが重要である。

#### 参考文献

- 1) Takami H, Ikeda Y, Wada N: Surgical management of primary hyperparathyroidism. *Biomed Pharmacother* 2000; 54: 17-20.
- 2) Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, et al: Endoscopic neck surgery by the axillary approach. *J Am Coll Surg* 2000; 191: 336-340.