上喉頭神経外側枝の処理

気管面と甲状腺の剝離が終れば甲状腺は上極のみが未処理で残ることになる。したがって全体をひきさげれば上極は見やすくない、鉤で開創すればさらに上極の処理は容易となる。ここで注意すべきものは上甲状腺動静脈と上喉頭神経外側枝である。

上甲状腺動脈は三枝に分れ、前枝は甲状腺前面を走り峡部で反対側の前枝と吻合する。側枝は前側面に、後枝は後面に分布している。上喉頭神経外側枝は下咽頭括約筋の表面筋膜上を下って甲状軟骨の胸骨甲状筋の起始部の下を通して輪状甲状筋に分布する。その走行は上甲状腺動脈より内側にあるのが普通で、上甲状腺血管は甲状腺鞘の中にあり、上喉頭神経は鞘のそと側にある。したがって甲状腺被膜に連続して上極で血管を包んでいる鞘とはなれたところに上喉頭神経外側枝を確認し得た場合は鞘ごと結紮切断することも出来るが、神経を確認し得ぬ場合は鞘を開いて血管を処理せねばならない。Moosmanによればこの神経が鞘の中に含まれるものが27%に見られるということである。また上甲状腺動脈の三つの分枝の間からみつくような走行を示す場合もあるので注意せねばならない。いずれにせよ上喉頭神経を確認してから上甲状腺動静脈を処理すべきである。

上喉頭神経外側枝は細く、また甲状腺に副交感枝を出しているの、まぎれて切断されるこ

とも多い。本神経を切断すると軽い嘔声、音声ピッチの低下等がおこるが、一側切断の場合は気付かれないことも多いと言われる。Nordlandは声帯の位置が正常側より低くなると述べ、Beyerは声帯の緊張が低下すると述べている。

以上で甲状腺は摘出されたので止血を充分確認したのち術創を閉じる、切断した筋は縫合する。摘出後の創腔はかなり縮小するのでペンローズドレーンを挿入するのみで充分である。皮下縫合をし皮膚は細い絹糸で細かく縫合して術を終る。

おわりに

甲状腺手術についてはまだ問題点があると思うが、ここで手術一般についての私の考えを述べて結語としたい。手術は各術者によりそれぞれ特徴がある。それは各術者の過去の経験、広く集めた知見を中心として作りあげたものであり、それぞれに個性がある。私はいかなる小さい操作、たとえば糸一つ結ぶにしても、自分の行う操作に対して、「何故そうするのか」という自問を行い、私なりの理論的裏付けを持って自ら納得するように心掛けている。「考え」のある手術操作を行なうこと、これがすべての手術に通ずるコツではなかろうか。

(原稿到着：昭和48年5月2日
別刷請求先：太田文彦
〒632 奈良県天理市三島町200
天理よろづ相談所病院耳鼻咽喉科)

試験切除を行うべき甲状腺腫瘍

ほそ み ひで お
細 見 英 男

甲状腺腫瘍は触診その他の検査で殆んど診断が可能といわれ、試験切除（以下試切と略）といった無駄な負担を患者に与うべきでないと思

張されることもある。しかし手術医の立場からすると、試切程、信頼し得る資料を提供して呉れる検査はない。従っていかなるタイプの甲状

Indications of Biopsy to the Thyroid Gland Tumors

Hideo Hosomi

*神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

腺腫に対し試切を行うべきかの概念を持っていることは臨床上有利と考えられる。

I どのような甲状腺腫に試験切除を行うか

結論は悪性甲状腺腫が疑われる場合であるが概ね以下の如くとなろう。

1) 甲状腺の一部が腫大して硬い結節状に触れる(結節性甲状腺腫)症例で片側性孤立性、且表面不平滑のもの。

2) 周周囲臓器に圧迫、侵じゅん像を示すもの。

触診に際しては、Werner 法を必ず行う。後方より触診し腫瘍をつかまえたうでで気管、食道との癒着の有無を検べる。反回神経麻痺の存在も勿論重要である。レ線像から気道狭窄、偏位の有無を診る。

3) 頸部リンパ節を同時に触れるもの。

殆んどの場合 Papillary Adenocarcinoma の転移である。原発甲状腺部に腫瘍に触れぬ場合もすくなくないことに留意する。

4) 結節の大きさが急激に増すもの。

腫瘍の急激な増大は常に悪性化の兆で引続き周周囲臓器への侵じゅんを来す。試切後直ちに根治術を計画しておく必要がある。

5) 60才台、以後で結節性甲状腺腫が見出されたもの。

60才台以上になると Papillary Adenocarcinoma の発生が減少し、Follicular Adenocarcinoma 及び Anaplastic carcinoma の頻度が断然増加する。すなわち高令者のものは悪性度が高く早急に性格を明らかにする要がある。

6) I^{131} が集らず Scintigram で Cold Nodule を示すもの。

悪性を含めて甲状腺腫瘍では機能は正常又は低下像を示すものが大多数である。Hyperthyroidism は癌にはならないとの Insurance さえ存在した程で機能検査によって大まかなふいわけが可能である。

7) レ線上甲状腺に石灰沈着を認めるもの、

頸部正面、側面像を撮影し石灰化像の認められるものは半数以上に甲状腺癌が証明されるといわれ外来において簡単に 行い得る 検査である。(藤森、他 1967, 癌の臨床)

その他小児の結節性甲状腺腫は要注意で、できれば試切を行って性格を明らかにするのがよい。また男子は女子に比しより悪性である可能性が強いことを念頭に置いておく方がよい。

II 補遺的事項

第I項に述べたところからも理解し得る如く結節性甲状腺腫を診れば直ちに試切を行えばよいというのではない。個々の腫瘍の特徴を十分把握して後、機能検査を行っておくことは極めて重要である。functioning tumor という問題も提起されているが、機能亢進例には、まづ悪性腫瘍例はないと考えてよいからである。

次に結節性甲状腺腫についての概念であるが正確に定義づけるのは困難であり、一つの臨床概念と考うべきであろう。死体解剖を注意深く行えば50%にんんらかの結節が甲状腺に認められるとさえ言われており、頻度についての報告もまた多様ではあるが決して低率に存在するといったものではないことを前提としておく必要がある。

試切を行うに当っては切開皮切に関して、常に次の手術の皮切を念頭に置いて切開すべきことはいうまでもないと思う。また本試切は漫然と行っても、所期の目的を達成するものではないことを特に初心者は銘記すべきである。小切開口から、多層の筋、結合織等を圧排して腫瘍部に到達することは決して容易ではない。該部が呼吸、嚥下と共に始終動くことを併せ考えれば尚更で、組織鏡検後の回答が筋組織のみといった場合もすくなくない。

試切後腫瘍上の筋膜周囲結合織はよく縫合し閉鎖しておく。

本稿において手術に関し云々することは、主題に沿わないが、一言附加する。大多数を占める Papillary Adenocarcinoma は若い女性

(20~30才台)に多く経過も10年以上を示すことが珍しくない。従って根治術をいつ行うべきかについてはなかなか難しい、外科、内科の両者の意見、必ずしも一致せず結論に至っていないところである。上述の乳頭腺癌及び膵腺癌と判ればその症例の腫瘍の状況によっては暫時(1~3ヶ月)内科治療に委ねて経過を観察してもよい。

転移リンパ節の処理に当っては Crile に基づき天津、志多(1972, 耳鼻臨床)が考察した如く系統的リンパ節廓清にとどむべきことが最も妥当と思われる。未分化癌では5年生存例を知らず根治術を行うことは慎重を要する、しばしば高齢者にみられるので姑息的手術を考慮する方がよい場合もある。

術後の管理は内科専門医に依頼すべきであ

る。甲状腺腫瘍の特徴の一つは良性であっても、時に転移を示し、悪性か良性かの区別をつけ難い点であるがもう一つはそのホルモン依存性が挙げられる。術後治療には他の抗腫瘍剤に優先して甲状腺剤が用いられるのはこのためであり、TSHが腫瘍細胞にも trophic に作用するため、これに拮抗すべく甲状腺剤(甲状腺末、チロナミン等)が投与される。本邦の甲状腺末は外国のそれに比し力価が高く外国における指示に基づいて投与すると過量に陥りやすい、恒に心臓のトラブルが潜在して居ることを考え合せると尚一層内科医との協力が必要である。

(原稿到着:昭和48年8月2日
別刷請求先:細見英男
〒650 神戸市生田区楠町7丁目
神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室)