Facelift incision による耳下腺腫瘍摘出術

小坂 道也・大上 哲生・谷本 一憲・折田左枝子
折田 頼尚・前田 学・西崎 和則

Facelift Incision for Parotidectomy

Michiya Kosaka, Tetsuo Ohue, Kazunori Tanimoto, Saeko Orita,
Yorihisa Orita, Manabu Maeta and Kazunori Nishizaki

(Okayama University)

In Japan, most commonly used incision for parotidectomies is an S-shaped incision. The major problem with this incision is the visible scar in the preauricular and cervical area. To obtain more cosmetic approach to parotid surgery, Appiani suggested in 1967 that a facelift incision (rhytidectomy incision) be used to expose the parotid gland¹⁾. We employed this incision for a motivated patient who was suspected of having a benign tumor. Eleven parotidectomies using this incision were performed between 1 January 2001 and 1 April 2004, in 10 females and 1 male, ranging in age from 23 to 62 years old (mean 39.6 years old). The pathology was pleomorphic adenoma in all cases. The duration of surgery ranged from 1.98 hours to 3.25 hours (mean 2.48 hours). In all cases, excellent exposure could be achieved through this approach, and the facial nerves were preserved. There were no remarkable complications. In conclusion, the facelift incision can provide adequate surgical exposure and good cosmetic results in patients with parotid tumor.

Key words : facelift incision, parotidectomy, rhytidectomy, parotid tumor

はじめに

耳下腺腫瘍は耳鼻咽喉科領域の腫瘍性疾患のなかで最も多いものの一つであり、特に良性腫瘍の手術としては最も日常的に取り扱われる疾患の一つである。そのため耳下腺腫瘍の手術手技については数多くの報告がなされており、腫瘍切除時の皮膚切開としてはS字状切開が一般的である¹⁾。しかし、耳下腺腫瘍は比較的若年者や女性に多く、S字状切開は顔面や頸部に皮膚切開痕が残ることから審美性の面で問題がある。それを改善するための皮膚切開として、形成外科領域で皺とり手術の時に用いられているfacelift incisionが報告されている^{2)~10)}。今回われわれはこの切開法に一部改良を加え11例の耳下腺腫瘍摘出術に用いた。その手術手技を供覧するとともに、腫瘍の大きさ、手術時間、合併症の有無などについて検

討したので報告する。

対象症例

対象は2001年1月から2004年4月まで香川労災病院および岡山大学医学部附属病院にてfacelift incisionを用いて耳下腺腫瘍摘出術を行った11例である(表1)。年齢は23~62歳で平均年齢39.6歳、男性1名、女性10名であった。患者選択については原則的にMRI、超音波、細胞診および臨床所見で良性腫瘍と考えられるものとし、また本皮膚切開法を希望する患者とした。今回の症例では全例術前にMRIと超音波ガイド下穿刺吸引細胞診断を行った。術前の推定診断はすべて多形腺腫であった。患者に対しては、通常の皮膚切開法とfacelift incisionの2つの切開法を呈示し、後者はより審美的な切開法であ

表 1 facelift incision による耳下腺腫瘍症例

症例	年齢 (歳)	性別	大きさ (mm)
1	57	女	20×16
2	23	女	25×23
3	29	女	18×20
4	35	男	12×12
5	62	女	30×35
6	46	女	12×12
7	51	女	27×32
8	28	女	28×22
9	43	女	50×42
10	31	女	18×16
11	31	女	33×40

るが腫瘍切除のために十分な視野が得られない場合は下記のごとく延長切開を加える可能性があることを説明し了承を得た上で手術を行った。

手術手技

実際に当科で行っている facelift incision による耳下腺腫瘍手術について代表的な2例(症例7と11)を供覧する。

図 1 症例 7. MRI 所見
腫瘍は耳下部から耳後部へ限局している。

1) 手術手技 1 : 腫瘍が耳下部, 耳後部に限局する比較的小さな腫瘍の場合 (症例 7) (図 1)

耳輪脚下方から耳珠軟骨の頂点を通り, 耳垂付着部を耳介後方へ回り込む。(原法ではこの部分は耳前部へ切開を置く²⁾) 耳介後方で後上方へ切りあがり, 耳介の 2 分

図 2 症例 7. 手術所見
左 : 皮膚切開
点線は従来の S 字状切開, 実線は当科で行っている facelift incision.
右 : 腫瘍切除後
腫瘍切除のための十分な術野が得られた。
大耳介神経後耳介枝 (矢印) と顔面神経本幹 (矢頭)

の1の高さで後下方の頭髮の生え際に向かう。生え際から5mm 頭髮内を後方に凸の緩やかな弧状になるようにして耳介下端から4cm 下方まで切開を進める。弧状の切開なので切開線の下端は髪の毛の生え際で終わるようにする(この部分は剃毛しておく)(図2左)。皮膚は通常の皮膚切開と同様に剥離する。耳珠の部分は耳珠軟骨膜下で剥離しポインターを露出しておく。また、後方は胸鎖乳突筋上で剥離し大耳介神経後耳介枝は保存する。通常の切開と同様に腫瘍の全景が見えるまで耳下腺被膜上で剥離を行い、術野を展開する。顔面神経本幹を露出し、末梢に向かって神経を保存しながら腫瘍を切除する(図2右)。腫瘍切除後の持続ドレーンの刺入部位は頭髮内下方とし(図3)、刺入部の瘢痕が頸部に残らないように配慮する¹⁰⁾。

2) 手術手技2: 腫瘍が耳前部に張り出した比較的大きな腫瘍の場合(症例11)(図4)

前方へ大きく張り出している腫瘍で前方の視野が十分ではないため、症例7の切開に加え、上方の切開線をもみ上げの部分まで延長する(図5左)。なお、もみ上げ方

図4 症例11. MRI 所見
耳前部へ張り出す比較的大きな腫瘍。

向への延長切開は頭髮内までとし、顔面神経側頭枝の損傷に注意する¹⁰⁾。この延長切開により前方、上方の十分な視野が得られる(図5右)。

結 果 (表2)

上記の切開法で11例に耳下腺腫瘍手術を行った。手術時間は1時間59分から3時間15分で平均2時間30分であり、病理組織は全例多形腺腫であった。11例中2例に上方への延長切開を要した。それらの2例は前方型で4cmを超える比較的大きな腫瘍であった。全例において顔面神経の露出、腫瘍切除のための十分な視野が得られた。術後2例に顔面神経不全麻痺を認めたがいずれも2ヵ月以内に回復した。ほかに合併症は認めなかった。図6は、術後6ヵ月目の症例7の術創であるが、耳前部、耳下部、頸部に手術痕を認めない。

考 察

耳下腺腫瘍摘出術の時に用いる皮膚切開はS字状切開または弧状切開が一般的である¹⁾。手術における皮膚切開の原則は手術を安全に行うための術野が十分確保されることである。特に耳下腺腫瘍の場合、顔面神経を明視下におくことが大前提であり、そのための必要十分な皮膚切開が必要である。摘出するための視野が十分確保されるのであれば、より目立ちにくい切開の方が優れているといえる⁷⁾。近年、耳下腺腫瘍患者のなかでも顔面や頸部に対する傷をなるべく目立たないようにしてほしいという希望が多い。耳下腺腫瘍は比較的年若者や女性に

図3 症例7. ドレーン刺入部(矢印)
頭髮内とし、刺入部の瘢痕が頸部に残らないように配慮する。

図5 症例11. 手術所見

左：皮膚切開

上方の切開線をもみ上げの部分まで延長する。

右：腫瘍切除後

上方への延長切開を加えることにより十分な術野が得られた。

大耳介神経後耳介枝（矢印），顔面神経本幹（矢頭）

表2 結果

症例	手術時間	病理組織	上方延長切開	合併症
1	2時間7分	多形腺腫	なし	なし
2	2時間51分	多形腺腫	なし	なし
3	2時間10分	多形腺腫	なし	なし
4	2時間20分	多形腺腫	なし	なし
5	1時間59分	多形腺腫	なし	IFP（2ヵ月で回復）
6	2時間25分	多形腺腫	なし	IFP（2ヵ月で回復）
7	2時間45分	多形腺腫	なし	なし
8	2時間30分	多形腺腫	なし	なし
9	2時間48分	多形腺腫	あり	なし
10	2時間18分	多形腺腫	なし	なし
11	3時間15分	多形腺腫	あり	なし

IFP：顔面神経不全麻痺

多く¹¹⁾，皮膚切開が顔面や頸部に及ぶことで精神的負担を感じたり，そのことで手術を躊躇したりする場合もある．それに対して，欧米ではより審美性を重視した皮膚

切開法の一つとして，皺とり手術の皮膚切開である facelift incision を応用した切開法の報告がされている．形成外科領域の文献では Appiani²⁾，Hinderer⁴⁾，Guerrero-

図6 症例7. 術後6ヵ月

耳前部から頸部にかけて手術痕を認めない。

santosら⁵⁾が、また耳鼻咽喉科領域の文献では Haganら⁶⁾, Cohen⁷⁾, Terrisら⁸⁾が facelift incision を応用した切開法を報告している。これらの報告のなかでは、この切開法は耳下腺腫瘍に対して十分な視野が得られ、審美面でより優れていると述べられている。しかし本邦ではこの切開法による報告は皆無である。今回われわれは通常の皮膚切開法と facelift incision の両方を説明し視野が十分でない場合は前述の追加切開をすることがあることも説明し、同意を得た上でこの切開法を用いた。高齢者や男性などで特に皮膚切開痕について気にならないという患者には原則的にこの切開法は適応としなかった。

われわれの切開法と諸家との切開法の違いは、耳珠の頂点を通るように切開する点である。諸家の報告では耳前部はS字状切開と同じ部位を切開するとされているが、われわれの切開法は耳珠の頂点を通る切開にすることで耳前部の切開創をより目立ちにくくしている。

今回の11例での検討では5cm径程度の耳下腺内の腫瘍であれば、S字状切開と同等の十分な視野が得られることがわかった。視野の展開については今回の報告のごとく、まず、手術手技1の切開範囲で展開し、前方への

視野が悪い場合に上方のもみ上げ方向への切開を延長(手術手技2)すれば必要最低限の皮膚切開で手術が可能と考えた。

この切開法の適応となりにくいものとしては、耳下腺前縁より前方、つまり咬筋上に存在する腫瘍や、傍咽頭間隙の腫瘍、術前から悪性腫瘍の可能性が高いものなどが挙げられる。しかしこれらも延長切開をさらに下方に加えることにより必ずしも適応外ではない。

手術時間については、同時期に同一術者(2名)が通常のS字状切開で行った5cm以下の耳下腺腫瘍8例での検討では、手術時間の平均は2時間17分であった。本切開法11例での平均手術時間は2時間30分であり、S字状切開に比べ少し長い傾向があった。その理由としては切開線が通常のものよりやや長いこと、胸鎖乳突筋上の剥離がやや行いにくいことが挙げられる。実際に視野が展開されれば、通常の耳下腺腫瘍摘出術と手術操作の面では何ら変わりはない。

術後の合併症としては、この切開法にして特に出現したものはなく、2例に軽い顔面神経不全麻痺を認めたが、2ヵ月以内に回復した。

術後の創部の状態は全例良好であり、従来の皮膚切開に比べ耳前部、頸部に手術痕がなく審美的に満足できる結果であった。今回検討した症例では術野の展開も良好で、耳下腺腫瘍に対するより審美的な切開法として非常に有用な切開法であると考えられた。また将来的にはこの切開法と内視鏡との併用¹²⁾により、より小さな傷でより安全に摘出できる可能性も示唆された。しかしCohen⁷⁾も述べているように、良い術野があっても、はじめて“よい創”があるのであって、100%十分な術野が得られないのであれば切開を延長して術野を広げることを躊躇してはならないと考える。

まとめ

1. Facelift incision を用いた耳下腺腫瘍手術を11例経験した。
2. 全例において術野は十分得られた。
3. 術後、2例に顔面神経不全麻痺を認めたが、どちらも2ヵ月で回復した。ほかに合併症は認めなかった。
4. 術後の創部は目立ちにくく、より審美的な切開法として有用と考えられた。

11 日, 青森市) にてポスター発表した。

参考文献

- 1) Bailey H : The treatment of tumours of the parotid glands. Br J Surg 28 : 337 ~ 346, 1941.
- 2) Appiani E : Surgical management of parotid tumors. Rev Argent Cir 21 : 236, 1967.
- 3) Appiani E and Delfino MC : Plastic incisions for facial and neck tumors. Ann Plast Surg 13 : 335 ~ 352, 1984.
- 4) Hinderer UT : Prevention of unsatisfactory scarring. Clin Plast Surg 4 : 199 ~ 205, 1977.
- 5) Guerrerosantos J, Dicksheet S, Guillen C, et al. : Hidden incision in surgery of parotid, submandibular, cervical, and cheek benign tumors. Ann Plast Surg 9 : 402 ~ 408, 1982.
- 6) Hagan W and Anderson JR : Rhytidectomy techniques utilized for benign parotid surgery. Laryngoscope 90 : 711 ~ 715, 1980.
- 7) Cohen S : Personal experience with an alternate incision for parotidectomy. J Otolaryngol 17 : 382 ~ 384, 1988.
- 8) Terris DJ, Tuffo KM and Fee WE Jr : Modified facelift incision for parotidectomy. J Laryngol Otol 108 : 574 ~ 578, 1994.
- 9) Bozzetti A, Biglioli F, Salvato G, et al. : Technical refinements in surgical treatment of benign parotid tumours. J Craniomaxillofac Surg 27 : 289 ~ 293, 1999.
- 10) Ferreria J, Maurino N, Michael E, et al. : Surgery of the parotid region: a new approach. J Oral Maxillofac Surg 48 : 803 ~ 807, 1990.
- 11) 村川哲也, 小坂道也, 森 聡人 : 耳下腺腫瘍の臨床統計. 香川労災誌 5 : 49 ~ 55, 1999.
- 12) Lin SD, Tsai CC, Lai CS, et al. : Endoscope-assisted parotidectomy for benign parotid tumors. Ann Plast Surg 45 : 269 ~ 273, 2000.

原稿受付 : 平成16年 7 月 9 日
原稿採扱 : 平成16年 8 月18日
別刷請求先 : 小坂道也
〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1
岡山大学医学部歯学部附属病院
耳鼻咽喉科・頭頸部外科