右反回神経の走行異常を呈した上皮小体腺腫の一例

谷口 雅彦・小池 靖夫・戸田 雅克*・須波 浩之*

Parathyroid Adenoma with Non-Recurrent Laryngeal Nerve ; A Case Report

Masahiko Taniguchi and Yasuo Koike
(The University of Tokushima)Masakatsu Toda and Hiroyuki Sunami
(Noguchi Hospital)

Non-recurrent laryngeal nerve is very rare. The reported incidence of non-recurrent laryngeal nerve is 0.3 to 1.0 percent. We encountered a case of right non-recurrent laryngeal nerve in a patient with parathyroid adenoma. The surgeon must always be aware of the possibility of non-recurrent laryngeal nerve in surgery of the thyroid and the parathyroid.

Key words: non-recurrent laryngeal nerve, parathyroid adenoma, surgery

はじめに

反回神経麻痺の原因としては、甲状腺および上皮小体の手術によるものが最も多い。これを避けるためには、反回神経と甲状腺および下甲状腺動脈の位置関係について十分の知識をもっていることが大切である。しかし、反回神経の走行にはかなり多くの走行異常があると言われている。これらのうち、今回、反回しないまま迷走神経本幹より直接喉頭へ走る非反回例一例を経験したのでここに報告する。

症 例

症例：56歳，女性。

家族歴：姉，胃癌。

既往歴：47歳，卵管水腫。54歳，高血圧。

現病歴：平成2年9月頃より，咽喉頭異常感

が出現した。平成2年12月当院耳鼻咽喉科受診し左声帯ポリープと診断された。平成3年2月手術目的にて入院となり，術前検査にて高カルシウム血症を指摘された。

検査所見 頸部エコーおよびMRIにて，甲状腺右下に腫瘤を認め，上皮小体腺腫が疑われた。

血液学的所見では，Ca 11.2 mg/dl と高値で P 3 mg/dl は正常であった。また，アレグロ intact PTH 116 pg/ml と高値であった。甲状腺機能およびカルシトニン，プロラクチン，尿中メタネフリン，尿中ノルメタネフリンは正常範囲内であった。

手 術

甲状腺右葉下極に，甲状腺被膜に接して 0.7

cm 程度の黄色腫瘤を認め、迅速標本にて上皮小体と確認し腫瘤のみ摘出した。術中、右反回神経を求めたが、本来の位置に発見できず、喉頭から逆に神経をたどると、胸腔方向へは向かわず総頸動脈の方向に向かっており、右迷走神経から頸部で分枝する非反回例であることが判明した(図1, 2)。右反回神経は温存し術後、反回神経麻痺は認めなかった。

考 察

反回神経は、迷走神経が胸腔内に入ってから出る枝で、右側は鎖骨下動脈を、左側は大動脈弓を下から後ろに回り、両側とも気管と食道の間の溝を上行する。しかし、反回神経の走行には、変異がかなり多く、2本以上に分枝する多分枝例は50%以上の頻度にもいわれている。このうち、非反回例は、比較的稀なもの

あり、非反回例の頻度は0.3~1.0%程度とされている^{1)~4)}。我々のこれまでの経験例は3例とも右側であり、他の報告例をみてもすべて右側のみ報告されている。この理由は、胎生期の反回神経の成立機序から説明できる。発生学的に、6対の鰓弓動脈のうち、右第4鰓弓動脈が右鎖骨下動脈となる。しかし胎生期の発育不全等があり、右第4鰓弓動脈が消失し、右背側大動脈が右鎖骨下動脈を形成する。すなわち、右鎖骨下動脈は腕頭動脈から起始せず、左鎖骨下動脈の末梢の下行大動脈から起始し、食道の後方を通ることとなる。右反回神経も反回すべき右第4鰓弓動脈がないため頸部迷走神経より直接喉頭へ走行することになる⁵⁾(図3, 4)。また、このような右異型鎖骨下動脈のため、食道を圧迫し、嚥下障害を生じる症例の報告もある

図1 症例の術中写真

頸部で non-recurrent laryngeal nerve が直接分枝していた。

図2 症例の術中写真

non-recurrent laryngeal nerve の喉頭への侵入部

が⁶⁾, 本例では嚥下困難は認められなかった。反回神経は, 本来, 気管食道溝の中を走り, これにより神経は保護されている。しかし, 非反回例ではこれの中を通らないため, 圧迫等の影響を受け易く, 甲状腺や上皮小体の比較的小さな病変によって, 嚥声等の症状が出現し易いと

図3 反回神経例

図4 非反回神経例

言われている³⁾。甲状腺および上皮小体の手術においては, これらの反回神経の走行異常を十分念頭におき手術操作を進めていかなければならない。

まとめ

反回しないまま, 迷走神経本幹より直接喉頭へ走る右反回神経の非反回例一例を経験したので文献的考察を加えて報告した。

稿を終わるに臨み, 野口病院院長野口志郎先生の御指導, 御校閲に深く感謝致します。

文 献

- 1) Stewart GR, Mountain JC and Colcock BP : Non-recurrent laryngeal nerve. Br J Surg 59 : 379~381, 1972.
- 2) Wijetilaka SE : Non-recurrent laryngeal nerve. Br J Surge 65 : 179~181, 1978.
- 3) Friedman M, Toriumi DM, Grybauskas V, et al : Non recurrent laryngeal nerves and their clinical significance. Laryngoscope 96 : 87~90, 1986.
- 4) Katz AD : Extralaryngeal division of the recurrent laryngeal nerve. Am J Surge 152 : 407~410, 1986.
- 5) Work WP : Unusual position of the right recurrent laryngeal nerve. Ann Otol Rhinol Laryngol 50 : 769~775, 1941.
- 6) 石上浩一 : Dysphagia lusoria. 外科 Mook 33 食道非癌性疾患. 52~62頁, 金原出版, 東京, 1983.

(別刷請求先: 谷口雅彦
〒770徳島市蔵本町2-50-1
徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室)