



## 内視鏡下甲状腺手術への道



— 先駆者 大上正裕の見果てぬ夢 —

### 1. 今年の診療報酬改定

平成28年度の診療報酬改訂で内視鏡下甲状腺手術が認められました。

この術式は長年にわたり甲状腺外科学会、内分泌外科学会から申請してきましたが、ようやく社会的に保険適応と判断されました。

点数は以下の通りです。( ) は通常法の点数です。

#### K461-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術

1. 片葉のみ： 17,410点 (8,480点)
2. 両葉： 25,210点 (10,760点)

#### K462-2 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術

(両葉) 25,210点 (22,880点)

ちなみに、甲状腺癌の内視鏡手術は保険点数として認められていません。

甲状腺癌の点数は、

#### K463 甲状腺悪性腫瘍手術

1. 切除： 24,180点
2. 全摘および亜全摘： 33,790点 です。

「点数の妥当性」、「内視鏡下甲状腺手術の低侵襲性」、「手術適応」についての議論はキリがないので省略します。

### 2. 「世界初の内視鏡下甲状腺手術」の衝撃

1998年(平成10年)、第60回日本臨床外科学会総会(土肥雪彦会長)で甲状腺外科医達を驚かせる発表がありました。「甲状腺疾患に対する新しい外科手術 — 前胸部アプローチによる内視鏡下甲状腺切除術(世界初)」、発表者は大上正裕医師(慶應義塾大学外科)でした。

当時、大上医師は若手ながら消化器外科領域で内視鏡手術をリードする有名外科医でしたが、甲状腺領域とは全く無縁の医師でした。甲状腺外科医であれば乳輪から前胸部を経由するアプローチ

VS-VII-1 甲状腺疾患に対する新しい外科手術—前胸部アプローチによる内視鏡下甲状腺切除術(世界初)  
慶應義塾大学外科<sup>1)</sup>、川崎市立川崎病院外科<sup>2)</sup>  
○大上正裕<sup>1)</sup>、石井誠一郎<sup>2)</sup>、有澤源人<sup>2)</sup>、大森泰<sup>2)</sup>、納賀克彦<sup>2)</sup>、北島政樹<sup>2)</sup>

甲状腺疾患に対する外科手術では、いずれの術式においても頸部に広範な皮膚切開をおくのが一般的であり、たとえ形成外科的な創閉鎖を行っても、美容上に大きな問題を残している。われわれは、1997年9月より完全に女性下着に覆われる前胸部にのみ3ヶ所の皮膚小切開(3-15mm)をおく内視鏡下甲状腺切除術を世界で初めて開発し、3例の女性患者の甲状腺腫(直径3-7cmの濾胞腺腫)に対して甲状腺腺腫切除術ならびに部分切除術を施行し、極めて良好な成績を得たのでビデオで発表する。手術は、まず両側乳頭の中央の皮膚小切開創より前胸部、頸部の皮下を鏡的に剥離し、CO<sub>2</sub>により6mmHgの低圧で手術操作腔を作成し内視鏡を挿入した。左右乳頭上5cmの部位より3-10mmのトロッカーを挿入し、広頸筋、前頸筋を剥離(一部は切離)し、患側の甲状腺を露出した。甲状腺は下極より上方へ挙上するように剥離を進め、甲状腺の動脈ならびに甲状腺実質などの切離は、全てハーモニックスカルペル(LCS)を用いて行いクリップは一切残存させなかった。切除組織は都本回収袋に入れ正中創より回収し迅速病理診断を行った。出血はほとんど認めず、反回神経、上皮小体も良好な視野の下で確実に損傷を回避できた。本術式は、良性甲状腺疾患の手術において、患者がもっとも危惧する頸部に露出する手術創を完全に回避できる優れた手術法と考える。

大上正裕：第60回日本臨床外科学会総会ビデオシンポジウム抄録(1998)



大上正裕医師(1954-2000)  
(日鏡外会誌第12巻・2007年より転載)

での甲状腺切除術を発想することはできなかったでしょう。固定概念にとらわれない自由な発想とそれを実現するための血のにじむような研鑽、努力が無ければ実現できない業績です。この発表を聞いた時には本当に驚き、大上医師と懇意な岡島正純先生(現広島市民病院副院長)に仲介頂き、話をする機会を得ました。この時頂いた手術ビデオは私の宝物です。

### 3. 内視鏡下甲状腺手術の標準化

その後、内視鏡下甲状腺手術は様々なアプローチが検討されましたが、清水一雄先生(日本医科大学名誉教授)により開発された鎖骨下から吊り上げ法を併用したVANS(Video-assisted neck surgery)法が大勢を占め、安定した術式として認知されるようになりました。

衝撃的な発表から18年もかかり、「見果てぬ夢」が社会的に認められたことを故人もさぞかし喜ばれていることと偲べれます。