



內視鏡甲狀腺手術：頸部不留疤

高雄榮民總醫院 一般外科 梁宗榮 劉絮穎 陳以書醫師

前言

縱觀歷史，人類利用甲狀腺切除手術治療甲狀腺疾病已經有超過百年以上的時間，造福了無數的患者。傳統的手術方式為在頸部劃開一道約4~6公分的橫向傷口將甲狀腺組織切除。此法雖然可以有效的治療疾病，但術後會在病人頸部留下一條顯眼的疤痕，患者往往會穿著高衣領的上衣或以圍巾飾品等配件來遮掩。由於甲狀腺疾病的患者以女性居多，再加上時代的變化對於外觀儀容有更高標準的追求。因此近年來醫學上發展了許多種手術方式來解決這個問題，目的是將頸部傷口的長度縮短，甚至不在頸部劃刀，將傷口轉移到遠離頸部的不顯眼處，如腋下的皺褶中，以及乳暈周圍天然的顏色交界處，達到頸部完全無傷口，無疤痕的成果。

發展重鎮：韓國

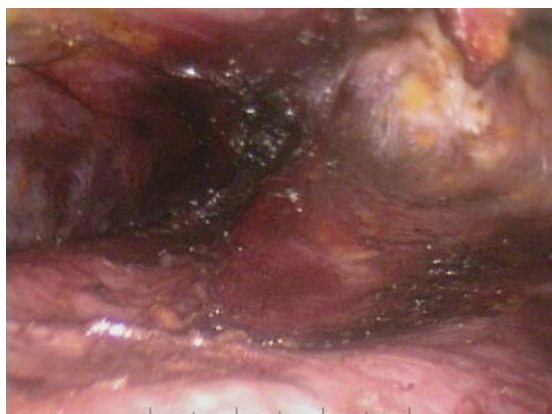
與我們鄰近的韓國，近來在這

類頸部無疤、利用遠程切口的甲狀腺手術，發展的非常興盛，成效斐然。其中，較多人採用的兩種方式分別描述如下：

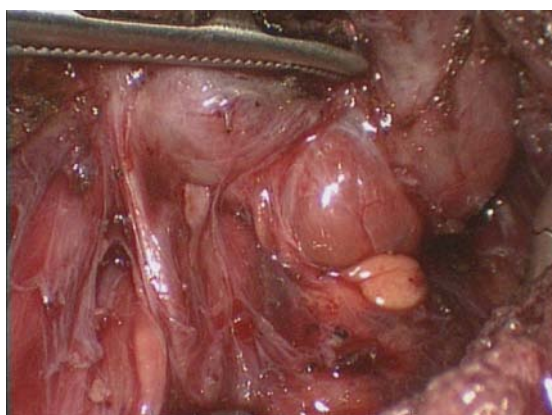
1) 經腋下非充氣式途徑 (gasless trans-axillary approach)：為延世大學Woong-Youn Chung教授發展，於腋下劃一道約4-6公分之傷口，沿胸大肌皮瓣表面朝頸部方向剝離組織，接著從胸鎖乳突肌的兩頭間隙間進入，繼續剝離直到露出甲狀腺，然後以Chung教授發明之專門牽引器械將這個從腋下到頸部打通的隧道撐起，維持住手術的空間，再用內視鏡的長器械進行甲狀腺的切除手術。

2) 經腋下、雙乳途徑 (Bilateral Axillo-Breast Approach, BABA)：為首爾大學Yeo-Kyu Youn教授所提倡，手術方法為在兩側腋窩及雙乳乳暈上緣劃4個約1公分的小切口，置入內視鏡長器械，藉由二氧化碳的灌注將頸部及胸前皮瓣撐開來進行甲狀腺的切除

手術(圖一)。



圖一：採經腋下、雙乳途徑，於內視鏡下將頸部皮瓣剝離並藉由二氧化碳灌注營造手術空間



圖二：內視鏡影像放大效果下清楚的呈現副甲狀腺及喉返神經

兩種手術方式共同的優點為在內視鏡下，影像有放大的輔助效果，醫師於手術過程中可以將解剖結構看的更清楚、減少損傷到喉返神經及副甲狀腺的機會(圖二)。此外兩種手術皆可以一般內視鏡手術方式進行，或者採用達文西機器人手臂手術系統，視患者病況及經濟費用考量而定。至於患者最在意的手術後外觀儀容，兩者皆達到頸部無任何手術疤痕之效果。若仔細深

究，依照韓國國立癌症中心於2014年發表之論文統計在該中心內，實行這兩種內視鏡甲狀腺手術的比較發現，經腋下非充氣式途徑之患者術後疼痛較低，但對術後美觀滿意度，不管是術後1個月還是3個月，都是以經腋下、雙乳途徑為佳。這個結果並不意外，以經腋下非充氣式途徑進行手術時，所需剝離的組織範圍較經腋下、雙乳途徑少，因此術後疼痛較低，但是經腋下非充氣式途徑的傷口雖然只有一個，但往往需要5-6公分，平時藏在腋下有衣服覆蓋，但若穿著無袖上衣或是手臂舉高則難以掩飾，也有可能被誤會為隆乳之傷口，反之經腋下、雙乳途徑為四個小切口，癒合後幾乎看不見，在美觀上的高下之分不言而喻，因此筆者是採用經腋下、雙乳途徑的手術方式。

手術適應症

至於那一類的甲狀腺疾病患者適合進行內視鏡手術呢？在這兩種術式早期剛發展的時候，在良性腫瘤部分，腫瘤大小一般建議在5公分以內，若為惡性腫瘤，則建議為早期且分化良好的甲狀腺癌，大小在1-2公分之內，且術前檢查沒有淋巴結轉移、遠端轉移之患者。在經過幾年下來經驗的累積，上述所言已



非禁忌症，大一些的良好腫瘤也可以處理，而惡性腫瘤併側頸淋巴結轉移需要施行改良式根除性頸部淋巴廓清術(modified radical neck dissection)。也不成問題。所廓清的淋巴結顆數，術後甲狀腺球蛋白的濃度也可以與傳統手術相比擬。近年來也有人開始嘗試利用達文西機械手臂來治療瀰漫性毒性甲狀腺腫(Graves' disease) - 由於血管豐富、容易出血，以及較大的體積，傳統上認為是內視鏡及達文西機械手臂之禁忌症。因此未來的持續發展是值得期待的。而要注意的是，此種內視鏡手術為了要達到隱藏疤痕之效果，從離頸部有一段距離之部位(腋下、乳暈等)下刀，因此剝離的組織較傳統手術多，所需時間也較傳統手術時間長。因此這當中的利弊權衡需要仔細考慮及與患者說明。

總結

總結來說，內視鏡甲狀腺手術提供甲狀腺腫瘤患者一個治療的新選擇，有需要的患者可與醫師諮詢討論，切莫因為擔心頸部傷疤問題而延誤治療時機。

參考文獻

- 1: Choi JY, Lee KE, Chung KW, Kim SW, Choe JH, Koo do H, Kim SJ, Lee J, Chung YS, Oh SK, Youn YK. Endoscopic thyroidectomy via bilateral axillo-breast approach (BABA): review of 512 cases in a single institute. *Surg Endosc.* 2012 Apr;26(4):948-55.
- 2: Lee KE, Kim E, Koo do H, Choi JY, Kim KH, Youn YK. Robotic thyroidectomy by bilateral axillo-breast approach: review of 1,026 cases and surgical completeness. *Surg Endosc.* 2013 Aug;27(8):2955-62.
- 3: Kwon H, Koo do H, Choi JY, Kim E, Lee KE, Youn YK. Bilateral axillo-breast approach robotic thyroidectomy for Graves' disease: an initial experience in a single institute. *World J Surg.* 2013 Jul;37(7):1576-81.
- 4: Ban EJ, Yoo JY, Kim WW, Son HY, Park S, Lee SH, Lee CR, Kang SW, Jeong JJ, Nam KH, Chung WY, Park CS. Surgical complications after robotic thyroidectomy for thyroid carcinoma: a single center experience with 3,000 patients. *Surg Endosc.* 2014 Sep;28(9):2555-63.
- 5: Kang SW, Jeong JJ, Yun JS, Sung TY, Lee SC, Lee YS, Nam KH,

Chang HS, Chung WY, Park CS.
Gasless endoscopic thyroidectomy
using trans-axillary approach;surgical
outcome of 581 patients. Endocr J.
2009;56(3):361-9.
6: Lee MC, Park H, Choi IJ, Lee BC,

Lee GH. Comparative study of a
gasless transaxillary approach versus
a bilateral axillo-breast approach
for endoscopic thyroidectomy in a
single institute. Head Neck. 2014
May;36(5):702-8.



▲兒童節前4月1日本會理事長蘇榮茂率理監事前往高醫探視關懷病童慈善活動。



▲關懷病童致送禮物。