

## L 耳下腺の手術

### 1 皮膚切開線の設定

皮膚切開は、耳前部からのS字状切開が基本であり、切開線の上端は耳輪脚の付着部、下端は胸鎖乳突筋前縁までとする(図2-92-a)。耳前部の切開線については、審美性に配慮して切開線を耳珠辺縁に沿わせたり(図2-92-b)、さらに、切開線の位置を耳珠内(外耳道内横切開)に設定することもある(図2-92-c)。なお、腫瘍が上部にある場合は、切開線をやや耳前部の上方に延長することが必要になるが(図2-92-b)、腫瘍が耳介下部に位置する場合は、切開線を後頸部にとどめ、耳前部の切開を行わないことも可能である(図2-92-d)。

### 2 耳下腺浅葉切除術

耳下腺内の顔面神経叢を境として、耳下腺は浅葉と深葉に分けることができるが、耳下腺腫瘍の多くは耳下腺浅葉部に発生することから、耳下腺浅葉切除術は耳下腺腫瘍の基本術式といえる。顔面神経本幹の同定には、順行性に顔面神経本幹を明示する方法と、逆行性に末梢神経側から同定する方法がある。著者は、外耳道軟骨先端(Pointer)と顎二腹筋後腹を指標として、順行性に本幹を同定する方法を用いることが多い。すなわち、S字状切開のうえ、耳下腺を広く明示し、外頸静脈、大耳介神経を結紮切断したのち、耳下腺(下縁、後縁)を胸鎖乳突筋、乳様突起、外耳道軟骨から剥離する。顔面神経本幹は、胸鎖乳突筋と顎二腹筋とが交叉する部位、あるいは、Pointerの下方約5mmを目安として見出すことができる(図2-93-a)。顔面神経本幹を明示後、上主枝、下主枝の分岐部まで耳下腺組織を鈍的に剥離し、さらに、腫瘍近傍の顔面神経のトレースを進めていく(図2-93-b)。顔面神経の走行をトレースすることにより、結果として浅葉切除術がなされることになる。

逆行性に顔面神経本幹の確認が必要な症例として次のものが考えられる。

- ① 腫瘍が大きく顔面神経本幹にまで及び、本幹を覆い隠す場合
- ② 腫瘍が顔面神経本幹直上に位置し、占拠している場合
- ③ 腫瘍が顔面神経本幹部で癒着し、同部からの剥離が困難な場合

これらの場合は、顔面神経の末梢枝から明示を進め、神経の温存に努める。



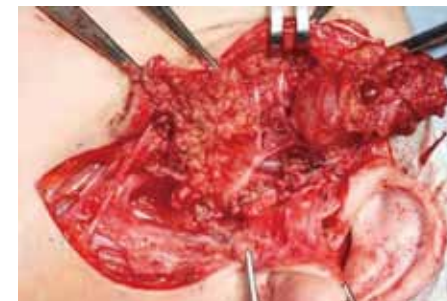
a : 耳前部切開



b : 耳珠辺縁に沿った切開  
腫瘍が上方に位置する症例では、切開線を上方に延長し対応



c : 外耳道内横切開  
矢印は外耳道内の横切開部



d : 腫瘍が下方に位置する症例  
切開線を後頸部に止めることが可能

図2-92 皮膚切開線の設定