

## 第3回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

日時：平成23年9月10日（土）15時00分～17時20分

場所：ベルサール神保町 3階 ルーム1

住所：東京都千代田区西神田 3-2-1 千代田ファーストビル南館

参加費：1000円

<商品紹介> 15:00-15:10

「経口浸透圧利尿・メニエール病改善剤 メニレット」 エルメッド・エーザイ

<一般演題> 15:10-16:10

座長：藤倉 輝道（日本医科大学 武蔵小杉病院）

演題（1）頸部腫脹を主訴に受診した

感染性心内膜炎による細菌性頸動脈瘤の1例

石田麻里子(日本医科大学 武蔵小杉病院)

演題（2）進行性感音難聴とめまいを併発した小児内耳自己免疫病の1例

増野聡(日本医科大学 多摩永山病院)

演題（3）過去3年間で緊急入院を要した扁桃周囲膿瘍症例の統計

細矢慶(日本医科大学 千葉北総病院)

演題（4）舌ジスキネジアは神経学的異常に起因するものなのか？

: 2症例の経験から

三枝英人(日本医科大学 附属病院)

(10分休憩)

<教育講演> 16:20-17:20

座長：大久保公裕（日本医科大学 附属病院）

経鼻内視鏡頭蓋底手術の現状と展望

富田 俊樹 先生

(慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科)

本研究会にご参加の際には日本耳鼻咽喉科学会専門医学術集会参加報告票をご持参いただき、受付でご提出ください。

共催：小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

エーザイ株式会社

## 一般演題

### 頸部腫脹を主訴に受診した感染性心内膜炎に起因する細菌性頸動脈瘤の1例

武蔵小杉病院 石田麻里子

今回我々は、右頸部腫脹を来とし、近医耳鼻咽喉科より紹介受診した、細菌性頸動脈瘤の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は76歳男性、主訴は右頸部腫脹、疼痛。H23年2月中旬頃より、右頸部腫脹を自覚。2月20日37℃台の発熱があり右頸部腫脹が増悪、2月23日当院内科受診し、抗菌薬内服開始。頸部腫脹が改善しないため、3月1日近医耳鼻咽喉科受診し、悪性腫瘍の転移を疑われ、3月2日当科紹介受診した。初診時、右上頸部に径約30mm大の可動性のある腫瘤を認め、著明な圧痛と自発痛を認めた。腫瘤周囲の皮膚発赤なく、拍動は触知せず。採血で、WBC9110/ $\mu$ l、CRP5.63mg/dlと炎症反応上昇を認め、同日入院の上、全身精査、抗菌薬点滴を開始した。鼻腔、口腔内及び咽喉頭に腫瘍性病変は認めなかった。造影CTで右総頸動脈を取り囲むように30×26mm大のmassを認めた。既往に大動脈弁置換術の既往があり、3月8日内科にて経食道エコー施行し、感染性心内膜炎を認めた。血液培養で *Enterococcus faecalis* 陽性。感染性心内膜炎と、それによる細菌性動脈瘤として、内科に転科のうえ治療を継続した。

感染を伴う頸部腫脹の鑑別疾患として、細菌性頸動脈瘤があり、弁膜症手術などの既往を持つ患者に対して、腫瘤の穿刺に際しては注意を要すると考えられた。

### 進行性感音難聴とめまいを併発した小児内耳自己免疫病の一症例

多摩永山病院 増野聡

内耳自己免疫病 (Autoimmune inner ear disease) は1979年に Mc Cabe により提唱された、原因不明の急速性両側性進行性感音難聴およびめまいを併発し免疫抑制剤の奏功する症例の一群である。この疾患の無治療症例は両側聾となり、更に平衡感覚の著しい障害によって日常生活不能状態へと進行する極めて重篤な疾患である。

今回、我々は7歳で発症した内耳自己免疫病の一例を経験した。発症時は他院にて片側の突発性難聴として治療され、中等度感音難聴が残存していた。しかしその後、めまい、患側の難聴の進行、健側の難聴の出現を認めたため、当科へ紹介された。当初は高度難聴と平衡障害のため、日常生活に著しく支障をきたしていた。内耳自己抗体検査を行ったところ陽性であったため、内耳自己免疫病と診断し、免疫抑制剤の投与を行ったところ著明な改善を認めた。聴力は受診前の状態まで改善し、めまいも完全に消失し、不自由のない日常生活を送れている。

小児に免疫抑制剤を使うことへの抵抗、躊躇は当然ある。しかし、今回の症例のように確かな診断の上に十分な理解を持って使用すれば、患者にとって非常に有益なのである。学校に行くことすらできなかった少女が当たり前の日常生活に戻ることでできた本症例を通して、内耳自己免疫病の正しい診断、治療について検討していきたい。

## 過去3年間で緊急入院を要した扁桃周囲膿瘍症例の統計

千葉北総病院 細矢慶

扁桃周囲膿瘍は耳鼻咽喉科の日常診療でしばしば経験する急性炎症の1つである。重症化すると致死的になりうる重篤な疾患であるため早期に適切な治療が必要である。しかし、使用する抗生剤の種類や外科的処置の手技の選択に関して、明確な指針がないのが現状である。今回、緊急入院症例に関してその実態を把握し、今後の診療の一助とするために臨床的検討を行った。

対象は2008年4月から2011年3月までの3年間に当科で扁桃周囲膿瘍と診断し、緊急入院を要した53症例。検討項目は(1)年齢・性(2)発症の季節(3)患側(4)発生部位(5)患者の背景(6)治療法と入院日数(7)検出菌と薬剤感受性(8)使用した抗生剤(9)膿瘍扁桃摘出術を行った症例の9項目とした。これらに関して、若干の考察を加えて報告する。

## 舌ジスキネジアは神経学的異常に起因するものなのか？：2症例の経験から

付属病院 三枝英人

口腔・舌ジスキネジアは、教科書的には、「その原因は大脳基底核の機能的病態に求められるものが多く、老年者で被殻を主とした多発小梗塞を持つ場合に出現し易いが、その他では薬物誘発によることが多い。」と記載されているが、薬剤性はともかく、時に、歩行困難に陥る程の異常なジスキネジアであっても、関節固縮などの錐体外路症状を含め、他に明らかな神経学的異常が認められず、本当にその全てが大脳基底核の異常に起因するのであろうかという疑問が湧いてくる。今回、私達は10年以上の経過を有する症例、全身の異常運動を呈するに至った舌ジスキネジアの症例を経験し、完治させることが出来たのであるが、この経験から舌ジスキネジアの病態について考察したい。

## 特別講演

### 経鼻内視鏡頭蓋底手術の現状と展望

慶應義塾大学 耳鼻咽喉科 富田俊樹先生

頭蓋底は耳鼻咽喉科と脳神経外科の境界領域であり、下垂体腫瘍、髄膜腫、脊索腫、嗅神経芽細胞腫、鼻副鼻腔腫瘍など、様々な疾患が生じます。頭蓋顔面の深部に脳神経や内頸動脈などの重要構造物が密集しているため、外科的アプローチは困難で高度な手術手技が要求されます。

1960年代に始まった進行副鼻腔癌に対するCraniofacial resectionは、再建外科の進歩とともに世界的に普及しました。この手術によって一定の治療成績は得られたものの重篤な合併症は避けられず、その適応と限界が明らかになってきました。1990年ごろイタリアにおいて経鼻内視鏡

による下垂体腫瘍摘出術が始められました。米国ピッツバーグ大学の脳神経外科と耳鼻科のチームは経鼻内視鏡頭蓋底手術として斜台脊索腫や傍鞍部髄膜腫に応用し、嗅神経芽細胞腫や副鼻腔癌へ適応を拡げてきました。

近年、脳神経外科医の間では経鼻内視鏡頭蓋底手術への注目度は高く、関連学会において活発な議論が行われています。一方、本邦の耳鼻科医にとってこの手術は未開拓といっても過言ではありません。頭頸部外科医は内視鏡下副鼻腔手術（ESS）に不慣れで、ESSを得意とする耳鼻科医は頭蓋底疾患への関心が少ないという背景が関連しているのかもしれませんが。

2008年9月より慶應義塾大学の耳鼻科と脳神経外科のチームが、ピッツバーグ方式を踏襲した経鼻内視鏡頭蓋底手術を開始しました。これまで約80例の手術を経験しその安全性と有効性を示してきました。この手術の基本は、外鼻孔から内視鏡下にすべての手技を行うこと、副鼻腔を過不足なく開放し頭蓋底へアプローチすること、内視鏡のダイナミックな画像を生かすこと、耳鼻科医と脳外科医が集学的チームサージェリーを行うことにあります。ESSとの違いは、切開・止血法、手術解剖、両手操作、硬膜・頭蓋底再建などにあります。特に硬膜・頭蓋底再建はこの手術の安全性を担保するために重要です。術後髄液漏は髄膜炎や脳炎など重篤な合併症を併発する危険性があります。鼻粘膜／筋膜パッチや脂肪充填法では、広範囲の硬膜・頭蓋底を再建するには不十分です。ピッツバーグチームが開発した鼻中隔粘膜弁は蝶口蓋動脈に栄養された **pedicle flap** で、術後髄液漏の発生率を5%以下にまで減らすことができました。

悪性腫瘍に対する内視鏡頭蓋底手術は、腫瘍を一塊に摘出できないため、当初は多くの頭頸部外科医から批判を浴びました。しかし近年ではその治療成績が従来法に劣らないことが分かり、米国ではすでに認知されています。ただし不慣れなチームが即座にこの手術を悪性腫瘍に適応することは危険です。下垂体腫瘍など基本的な術式に慣れ、鼻中隔粘膜弁など再建法にも習熟した上で、段階的に難しい症例にすすむことが重要です。

本講演では、手術の歴史、背景、現状、手術手技、問題点、展望などについて分かりやすく解説したいと考えています。