

第2回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

日時：平成23年3月12日（土）15時30分～17時50分

場所：東天紅本店 4階 飛鳥

住所：東京都台東区池之端1-4-33

TEL：03-3828-5111

<商品紹介> 15：30-15：40

「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> 15：40-16：40

座長：渡辺健一（日本医科大学多摩永山病院耳鼻咽喉科）

演題（1）アレルギー性鼻炎の新しい治療“RHINOLIGHT”の使用経験
村上 亮介（日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

演題（2）上甲介に発生した鼻腔 Solitary Fibrous Tumor の1例
石田 麻里子（日本医科大学武蔵小杉病院耳鼻咽喉科）

演題（3）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耳鼻咽喉科）

演題（4）当科における医療安全に向けた取り組み
中村 毅（日本医科大学千葉北総病院耳鼻咽喉科）
（10分休憩）

<教育講演> 16：50-17：50

座長：大久保公裕（日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

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）

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

第二回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会 抄録集

一般講演

アレルギー性鼻炎の新しい治療“RHINOLIGHT”の使用経験

村上 亮介 (付属病院)

アレルギー性鼻炎は国民の 39.4%が罹患している国民病となっている (2008 年)。この 10 年間で罹患率が 10%も上昇しており、今後も罹患者数が増加することが予想される。症状は言うまでもなく水様性鼻汁、鼻閉、くしゃみの 3 主徴であり、これらの症状をうまく抑制することが治療の目標である。今日では鼻アレルギー診療ガイドラインも作成され重症度に合わせて治療を行うことが可能となっている。薬物治療は第二世代抗ヒスタミン薬、抗ロイコトリエン薬、抗トロンボキサン薬を中心とした内服治療に加え、鼻噴霧用ステロイド薬などを組み合わせて行うことが多い。鼻中隔彎曲症などを合併している症例に関しては鼻中隔矯正術に合わせ下鼻甲介粘膜焼灼や切除を行うこともある。また、根治療法として皮下 (注射) 減感作療法も効果を上げている。近年では舌下免疫療法が開発され、安全かつ手軽に免疫療法がおこなえるよう治験も進んでいる。

日々新しいアレルギー性鼻炎の治療が開発される中、“RHINOLIGHT”による光線治療を行う機会を得た。“RHINOLIGHT”とは 2001 年にハンガリーの Szeged University で開発されたもので、鼻内に光線 (可視光線と紫外線) を照射しアレルギー性鼻炎の症状を改善する治療である。アレルギー性鼻炎に対する光線療法の報告は海外ではみられるが、本邦における治療経験の報告はまだ少ない。報告によると治療に痛みは伴わず、週に 3 回もしくは週 1 回の 2~3 分間の照射を 6 回ほど行うのみで効果が出るようである。

今回我々は“RHINOLIGHT”の治療を希望した患者を対象に、2011 年 1 月より週 1 回の治療を 4 回から 6 回行った。今シーズンの花粉症前期における鼻症状、QOL の変化について、鼻アレルギー日記、日本アレルギー性鼻炎標準 QOL 調査票、また独自に作成した患者アンケートを用いて評価したので報告する。

上甲介に発生した鼻腔 Solitary Fibrous Tumor の 1 例

石田 麻里子 (武蔵小杉病院)

Solitary Fibrous Tumor は主として胸膜に原発する間葉系細胞由来の良性腫瘍である。胸膜や腹膜などの漿膜面以外での発生は比較的まれであるが、近年では縦隔、肺、四肢、外陰部、眼窩、鼻・副鼻腔、唾液腺など、さまざまな部位での報告がある。今回、我々は上甲介から発生した Solitary Fibrous Tumor の 1 症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は 37 歳女性。2009 年 9 月に膿性鼻汁、左頬部痛を主訴に前医受診し、右鼻腔腫瘍

を指摘された。内服加療で症状が改善し、妊娠中であったため画像検索は施行されなかった。2010年6月上旬より右頬部痛出現し、前医再診した。視診上の右鼻腔腫瘍とレントゲン上の右上顎洞陰影を認め、精査目的に当科紹介受診した。初診時、右鼻腔内に嗅裂付近から中甲介を外側へ圧排するように表面平滑でやや硬い腫瘍を認めた。CTでは右蝶形洞から嗅裂、後部篩骨洞、後鼻孔に、一部右上顎洞内にも軟部陰影を認めた。術前の生検では chronic sinusitis の診断であった。2010年9月に全身麻酔下内視鏡下汎副鼻腔根本術を施行した。腫瘍は上甲介から発生しており、主として嗅裂側上甲介から、一部は中鼻道側に進展し、蝶形洞内部に入り込んでいた。術後標本での診断は Solitary Fibrous Tumor であった。現在、術後5ヶ月の時点で再発を認めず、経過良好である。

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

増野 聡 (多摩永山病院)

内耳自己免疫病 (Autoimmune inner ear disease) は1979年に McCabe 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活動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。

当科における医療安全に向けた取り組み

中村 毅 (千葉北総病院)

医療の現場では、医療従事者の不注意が、単独あるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねないことがある。患者の安全を確保するためには、まず、職員の不断の努力が求められる。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独の過ちが即ち医療事故というかたち

で患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。それぞれの職員の個人のレベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故を無くし、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標として当院の医療安全管理指針が設けられている。

また、当院では、医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき医療安全管理部部長を筆頭とした役職を設置し、医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置している。

その委員会では、院内で生じた諸問題に対し検討し、どのような対応をとるべきか協議（一回/月）し、実践している。

当科でも、

1. 手術時の患側の誤登録を無くすために手術予定台帳への記入時、手術伝票登録時、登録後の確認と3段階で確認を行っている。
 2. 手術台帳記入時、性別を色分けして行っている。
 3. 当院では耳鼻科は外科系当直を他科と連携して行っているため、当直がいる日といない日がある。そこで、当直帯に耳鼻科医が不在のため、生検後に出血した患者が当院での受診を拒否され、他院救急外来を受診させられてしまうこともあり、申し送りノートを作成した。
 4. 耳用顕微鏡使用后、眼振検査後の転倒、転落対策。
 5. ガーゼによる感染対策。（個別包装化）
 6. 聴力検査BOXの対策。
- などを実践しているので、日常診療の参考になればと考え、発表する。

特別講演

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講師）

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ない。

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。

[MEMO]