

第10回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

日時：平成29年3月11日(土) 午後4時20分～

場所：ホテルガーデンパレス 3階 白鳳

東京都文京区湯島1-7-5 Tel:03-3813-6211

参加費：1000円

情報提供 16:20 - 16:40

「新規アレルギー性疾患治療剤 ビラノア錠® について」

大鵬薬品工業株式会社 東京支店 学術課 和田洋一

一般演題 16:40 - 17:40

座長：付属病院 酒主敦子

顎下部動静脈奇形の一例

日本医科大学付属病院 坂井梓

当科における扁桃周囲膿瘍症例の検討

日本医科大学武蔵小杉病院 佐藤一樹

多摩永山病院補聴器外来受診者の検討

日本医科大学多摩永山病院 原口美穂子

舌扁平上皮癌 T1、T2 症例の頸部リンパ節転移の検討

日本医科大学千葉北総病院 山崎愛語

クリニックで可能な耳管開放症の治療 -耳管咽頭口ジェル注入療法-

日本医科大学付属病院 三輪正人

めまいに対する頸部振動刺激の診断的意義

岩佐耳鼻咽喉科 岩佐英之

特別講演

[耳鼻咽喉科領域講習] 17:50 - 18:50

座長：付属病院 大久保公裕

内視鏡下鼻副鼻腔手術、頭蓋底手術、そして

筑波大学 医学医療系講師 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 田中秀峰先生

○専門医の方は、日耳鼻専門医制度の「学術集会参加報告票」をご持参下さい。領域講習受講証明書の発行に必要です。後日郵送は受け付けられません。

○特別講演を聴講されますと、耳鼻咽喉科領域講習として1単位を取得できます。但し、途中入室・途中退室をされた方には受講証明書を発行できません。

*研究会終了後、情報交換会を予定しています。

共催：小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

大鵬薬品工業株式会社

第 10 回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会 抄録集

一般演題

顎下部動静脈奇形の一例

日本医科大学付属病院 坂井梓

動静脈奇形(arteriovenous malformation, AVM)は、動脈と静脈の間に毛細血管を介さない短絡が起こった先天性の奇形である。その治療は塞栓術、摘出手術、塞栓術と摘出術の併用の何れかが選択されることが多いが、選択基準が明らかにされていない。それを確立するためには、治療による合併症や再発の危険性を明らかにする必要がある。本報告では、その一助とするため、我々が経験した一手術例を報告する。

症例は 28 歳男性。約 6 か月前に左顎下部の腫瘤を自覚。増大傾向を認めたため当科を受診した。初診時、左顎下部に 40mm 径の拍動性、無痛性腫瘤を認め、血管雑音を聴取した。造影 CT で、顎下腺前方に不規則な造影増強効果のある腫瘤を認め、動静脈奇形と考えられた。MRA および血管造影の所見から、feeding artery は顔面動脈、draining vein は前頸静脈と考えられた。初診の 2 か月後に、全身麻酔下での腫瘤全摘出術を施行した。顔面動脈を結紮切離した後、nidus を顎下腺とともに摘出を行った。AVM 周囲には主な feeding artery 以外にも、怒張した動脈が関与しており、十分な Working space の確保が手術には必須と考えられた。術後経過は良好で、術後 5 日目に退院した。現在、病変の明らかな残存は認めていない。

本症例のように周辺臓器への侵襲がなく、術野展開が比較的容易な部位であれば、手術での安定した結果が得られると思われた。

当科における扁桃周囲膿瘍症例の検討

日本医科大学武蔵小杉病院 佐藤一樹

扁桃周囲膿瘍は急性扁桃炎、慢性扁桃炎の急性増悪に続発して生じる重症感染症であり、耳鼻咽喉科診療ではしばしばみかける疾患の 1 つである。小児、高齢者には頻度が少なく、20 歳～30 歳代の男性に多いと報告されている。治療方法は抗菌薬投与、穿刺、切開があり、症例に応じて選択される。著しい嚥下時痛、開口障害を生じ、経口摂取困難による脱水状態や全身状態の悪化につながることもあり、適切な治療が行われなければ炎症の波及によって深頸部、さらには縦隔に膿瘍を形成し、致命的な経過をたどることがあり、適切な診断と早期の治療が重要である。

当科では穿刺可能な病変があれば、穿刺排膿を試みて膿瘍形成の有無を確認し、穿刺で排

膿が不十分であれば切開を加えている。この際、扁桃周囲膿瘍の起因菌は嫌気環境で増殖可能な Streptococcus などの通性嫌気性菌や Bacteroides、Fusobacterium などの嫌気性菌であるため、穿刺したシリンジから空気を抜きそのまま培養に提出している。さらに抗菌薬治療については、入院加療が困難な患者が多いため、起因菌として頻度の多い Streptococcus に有効で外来で 1 日 1 回投与が可能な CTRX と、嫌気性菌に強い抗菌作用を持つ CLDM を 5 日から 7 日間投与した後、または投与しながら口蓋扁桃組織への移行性を考慮して GRNX の内服を行っている。

感染症治療においては、起因菌の感受性を確認したうえで、適切な抗菌薬の投与が望まれるが、実際の日常診療では炎症波及の増悪を防ぐ必要があるため、培養結果が確定する前に抗生剤を選択する必要がある。今回は当科での扁桃周囲膿瘍に対する治療の妥当性を検討する目的で 2014 年 10 月から 2017 年 1 月までの間に当科外来を受診し、扁桃周囲膿瘍と診断した症例を対象に年齢、性別、排膿方法、検出菌について検討を行ったので報告する。

多摩永山病院補聴器外来受診者の検討

日本医科大学多摩永山病院 原口美穂子

高齢化社会とともに難聴者が増加しており、生活の質を維持する方法の一つとして補聴器装用は重要な役割を果たす。過去 6 年間に当科補聴器外来を受診した患者につき、年齢、性別、良聴耳聴力、最良語音明瞭度、補聴器購入率、装用耳、補聴器型、補聴器購入価格、聴覚障害者数について検討した。

2011 年 6 月から 2017 年 1 月に当科補聴器外来を初診した患者 169 名 (男性 81 名、女性 88 名) を対象とした。初診時の平均年齢は 74.0 歳 (13 歳～96 歳) であった。男性の平均年齢は 74.6 歳、女性の平均年齢は 73.4 歳であった。64 歳以下の患者は 24 名 (14.8%)、前期高齢者 (65～74 歳) は 44 名 (26.0%)、後期高齢者 (75 歳以上) は 101 名 (59.8%) であった。補聴器購入に至った患者は自費と総合支援を合わせて 118 名 (69.8%)、新規で補聴器装用を検討するも購入に至らなかった患者は 38 名 (22.5%)、補聴器を既に持っており調整目的で受診した患者は 13 名 (7.7%) であった。

補聴器購入に至った患者の平均聴力は 48.5dB、平均最良語音明瞭度は 77.0% であった。補聴器購入に至らなかった患者の平均聴力は 44.0dB、平均最良語音明瞭度は 82.4% であった。良聴耳の聴力、最良語音明瞭度ともに購入群と非購入群の間で有意差を認めなかった。79 歳以下の患者の補聴器購入率は 74.7%、80 歳以上の患者の補聴器購入率は 63.5% であった。

装用耳は片耳装用が 54 名 (41.2%)、両耳装用 77 名 (58.8%) であった。補聴器の種類は耳かけ型が 108 名、耳穴型が 20 名、箱型が 8 名であった。左右の耳に異なる型の補聴器を装用した患者が 5 名であった。補聴器購入価格の中央値は耳穴型 13 万 8000 円、耳かけ型 11 万 8000 円、箱型 4 万 5000 円であった。聴覚障害者は 7 名、総合支援での補聴器購入者は 6 名であった。

補聴器外来受診者を検討した過去の報告と比較すると、当科補聴器外来受診者は良聴耳の聴力閾値が比較的 low、両耳装用の割合が高かった。

舌扁平上皮癌 T1、T2 症例の頸部リンパ節転移の検討

日本医科大学千葉北総病院 山崎愛語

舌扁平上皮癌 T1、T2 症例は、舌部分切除術のみを行った後に頸部リンパ節再発を来すことがしばしばあり、その場合は制御が困難であることも少なくない。しかし、N0 症例に対する頸部郭清術の適応には議論が分かれるところで、一定の基準は定まっていない。今回、頸部郭清術の適応を判断するための一つの因子として、舌癌の厚さと頸部リンパ節転移の関連について検討を行った。

対象は 2004 年から 2014 年に鳥取大学耳鼻咽喉・頭頸部外科で一次治療を行った舌扁平上皮癌 T1、T2 症例 40 例とした。

初回手術時に経口切除のみを行った群が 21 例、頸部郭清術を行った群は 19 例だった。経口切除のみを行った群の 6 例 (28.6%) で術後頸部リンパ節転移を来し、うち 2 例は頸部リンパ節転移の制御ができず原病死した。初回手術時に頸部リンパ節郭清術を施行した群では術後再発はなかった。術前化学療法を施行していない 22 例中 7 例、31.8% で病理学的に頸部リンパ節転移を認めた。年齢、性別、T 分類、腫瘍の厚さで多変量解析を行ったところ、腫瘍の厚さのみが頸部リンパ節転移の危険因子となった。腫瘍の厚さ 5mm をカットオフ値として検討を行ったところ、リンパ節転移の頻度は厚さ 5mm 未満の群は頸部リンパ節転移の頻度が 0%、厚さ 5 mm 以上の群は 50% で有意差を認めた。感度 100% は特異度 53.3% 両群であった。両群の性別、年齢、T 分類には有意差はなかった。

腫瘍の厚さが 5mm 以上の症例は初回手術時に頸部郭清術を行った方が良いと考えられた。

クリニックで可能な耳管開放症の治療 - 耳管咽頭ロジェル注入療法 -

日本医科大学付属病院 三輪正人

耳鼻咽喉科はいわゆるマイナー科である。メジャー科や周辺の境界領域からのせめぎ合いに耐えながら、生き残りをかけることが常に求められていることは言うまでもない。最先端の研究および医療をおこなう大学病院と基本処置を優先するフロントラインのクリニックという従来の枠組を超えて、温故知新の観点から逆転の発想をおこない、耳鼻咽喉科医でしかなしえない耳管開放症の局所治療を開始したので紹介する。

本症の治療は従来種々おこなわれてきたが、時に難治例に遭遇する。漢方薬や生理食塩水の点鼻などの保存的治療で症状の改善が見られない場合、外科的治療の選択も余儀なくされる場合もあるが、医師・患者とも躊躇するのは当然と思われる。

具体的には、自声強聴、耳閉感、呼吸音聴取を主な自覚症状とする症例 10 例に対し、鼻保湿ジェル(鼻しっとりジェル、東京鼻科学研究所)を用いたルゴールジェルの耳管内投与を通気カテーテルにより行った。その結果、本症で特に不快を感じる自声強聴において、当治療は非常に効果的であった。注入薬剤は、分泌促進を惹起する組成ではなく保湿を主目的とするジェルに、代表的なクロライドチャンネル刺激薬であるヨードと保湿作用のグリセリンを合わせ持つルゴールを少量加えて使用しており、耳管閉鎖というよりは耳管粘膜繊毛輸送機能の改善に寄与していると考えられる。

本法は、患者の負担が少なく、クリニックで簡便に行えるため、外来で施行できる最適な治療法の一つであることが示された。我々耳鼻咽喉科医のみが行える非侵襲的かつ専門的な、患者満足度が高い手技であり、同門会の諸先生のご指導を受けて全世界に広げたいと考えている。

めまいに対する頸部振動刺激の診断的意義

岩佐耳鼻咽喉科 岩佐英之

一般に、むち打ち症などの頸部外傷、Barre-Lieou 症候群あるいは後頸筋過緊張の際などに、頸部がめまいの原因となるケースは多いと考えられている。しかし、従来の報告をみると、めまいの原因に対する疾患別統計に「頸性めまい」という病名が記載されることはまれである。この理由は、頸性めまいに対する客観的かつ決定的な検査法がないことにより、多くは原因不明あるいは末梢前庭性めまいとして扱われることが多いためと思われる。

当院では、振動装置を用いて頸部の深部知覚系受容器を刺激し、それにより誘発されるめまい、眼振、嘔気などを観察することにより「頸性めまい」を診断している。その方法と検査結果につき症例を提示しながら報告する。

聴神経腫瘍、前庭神経炎、メニエール病などによる一側内耳機能低下が、ある期間を経て代償されると、めまい感とともに眼振は消失または減弱する。その状態で振動刺激により頸部に負荷をかけると、両側内耳機能のアンバランスが再現され、めまい感や健側向きの眼振が惹起される。したがって、本法はめまいや眼振が認められないか、わずかな眼振が見られるケースで、潜在的な一側内耳機能低下の検出にも有用である。この事実は、一側内耳機能低下の代償過程に頸部深部知覚系からの入力が多く関わっていることを示唆すると考えている。講演では、頸性めまいに対する治療法、とくに神経ブロックについても言及する。

教室の若い先生方に、「頸性めまい」に対して興味を持って頂きたいという想いを込めて発表させていただきます。

特別講演

[耳鼻咽喉科領域講習]

内視鏡下鼻副鼻腔手術、頭蓋底手術、そして

筑波大学医学医療系講師 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

田中秀峰

鼻副鼻腔炎に対する経鼻内視鏡手術は2000年以降、多くの病院で一般的となった。この発展には、内視鏡画面の画質向上とともに、経鼻内視鏡用のデブリッターやバーなどの手術器具の開発・改良も大きく寄与し、現在では、ほとんどの鼻副鼻腔内の病変は内視鏡で対応可能となった。これら機器の開発・改良により経鼻内視鏡の術野改善がはかられ、安全性にも寄与してきたが、多くの耳鼻咽喉科医が鼻内視鏡手術を扱うようになり、技術の発展とともに、手術トラブルも尽きることが無く、トラブルを避けるためにも中途半端な手術で終わってしまうことも少なくない。

これには、手術手技の十分な教育を受ける機会が少なかったり、手術機器の特徴を十分理解することが少なかったりしていることも一因になっている。また、臨床においては、耳科手術のような手術結果がすぐに患者の症状に反映されることは少なく、患者のクレームになりにくいことがあり、自分の行った手術結果がフィードバックされにくい側面もあり、手術手技の向上を一部妨げている。この講演では、鼻副鼻腔手術における基本的で安全な手技・方法の紹介と、汎副鼻腔手術において最も技術的に困難と言われている前頭洞開放について述べる。

また、最近では、経鼻内視鏡手術の適応拡大に、頭蓋底の分野が入ってきた。乳頭腫だけでなく嗅神経芽細胞腫などの頭蓋底に浸潤した悪性腫瘍も、経鼻内視鏡下に摘出可能となってきた。また、耳鼻咽喉科分野だけでなく、脳神経外科領域の下垂体疾患や髄膜腫、脊索腫などのいわゆる頭蓋側の頭蓋底腫瘍に対する経鼻内視鏡手術の適応拡大が注目されている。当院では、耳鼻咽喉科と脳神経外科が協力して、経鼻内視鏡頭蓋底手術を行っている。現在日本において、いくつかの病院が脳神経外科とのコラボレーションを確立し手術を行っている。当院の特徴としては、すべての経鼻内視鏡下頭蓋底手術に耳鼻咽喉科医が初めから最後まで内視鏡を保持し、クリアな手術野を提供し、かつ鼻副鼻腔内の操作はもちろん頭蓋底腫瘍摘出において必要な場合第4の手を入れ、4hands手術を行っている。

当院で行った症例について紹介し、経鼻内視鏡下頭蓋底手術の適応について紹介する。

そして、内視鏡手術が鼻副鼻腔から頭蓋底へ広がる中、眼窩病変の対応に苦慮する場面がある。眼窩内側病変に対しては、経鼻内視鏡下に、紙様板を外すことでアプローチ可能である。眼窩骨膜下膿瘍や眼窩内側の腫瘍摘出、生検などは比較的容易である。それでは、眼窩外側病変にはどう対応すればよいのか？眼窩外側病変は、経鼻内視鏡アプローチでは眼窩組織や眼窩下神経があるために困難を極める。当院で行った眼窩外側病変に対する、経眼窩内視鏡手術の手術動画を供覧し、内視鏡手術の有用性を解説する。

[memo]