

第8回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会

抄録集

一般演題

座長：松根彰志(武蔵小杉病院)

当科初診患者における耳掃除・耳かき方法と 耳垢栓塞・外耳炎との関連性の検討

関根久遠(武蔵小杉病院)

外耳炎や、耳垢栓塞等の外耳疾患においては、患者の耳掃除・耳かき行動が疾患の発症に強くかかわっていると考えられる症例を日常診療のなかでしばしば経験する。乾燥耳垢を持つ日本人にとって、耳掃除・耳かきは有効な耳垢除去手段であるが、耳掃除・耳かきをしなくても耳垢栓塞にならないものもあり、すべてのものに必要なものではないと考えられる。耳掃除・耳かきによる外耳炎や、日常診療でしばしば経験する耳掃除・耳かき外傷など、疾患の原因となることもあり、どのような耳掃除・耳かき習慣が、外耳炎や、耳垢栓塞を引き起こすのか、どのような患者に耳掃除・耳かきが必要で、その場合どのような耳掃除・耳かきが適しているのかは耳鼻科医として必要な知識であると考えられる。しかし、過去の文献をあたっても、耳掃除・耳かきと外耳疾患について述べたものは我々の渉猟し得る限りでは見当たらなかった。今回我々は平成26年2月から平成27年2月に当科外来を受診した成人初診患者に対して、受診理由に関わらず耳掃除・耳かきに関するアンケートと調査を行った。調査項目は年齢、性別、自覚する耳垢のタイプ、耳症状の有無、耳鼻咽喉科及びアレルギー疾患の既往歴、耳掃除・耳かきの頻度、耳掃除・耳かきは誰にしてもらおうか、耳掃除・耳かきのタイミングとした。所見を取ることができた患者については初診医に耳鏡所見と耳垢の量についても記載をもとめた。2341例から回答が得られ、そのうち1463例について耳鏡所見が得られた。これらの症例について、耳掃除・耳かきの手段や頻度と、外耳炎の有無、また耳垢栓塞の有無について検討したのでこれを報告する。

唾石の鏡視下手術

三輪正人(千葉北総病院)

耳鼻咽喉科領域の低侵襲手術の一つとして、ドイツで開発されたシアレンドスコーピーを行った顎下腺唾石症6例について紹介する。

症例は男性1例、女性5例で、順天堂病院において私がおこなった。部位は4例が移行部、2例が管内、大きさは5mm～16mmであった。内視鏡はErlangen型とMarchal型(Karl Storz社製)を使用した。まず、涙管ブジーおよびペンシルタイプブジーを用いてワルトン管を開大した後、内視鏡を挿入した。唾石の摘出にはバスケット鉗子(Cook Medical社製)を用い、症例に応じて内視鏡ガイド下Ho:YAGレーザー照射による破碎をおこなった。

今後は、耳下腺唾石症や唾液腺管狭窄症も含めた症例についても、局麻下での治療も含

めおこないたい。

耳管通気法の診断的意義について

岩佐英之(岩佐耳鼻咽喉科)

耳管通気法は耳鼻咽喉科開業医において日常診療で最もよく行われる専門処置の一つである。一方、その効果が一時的であることや併発症の危険性も指摘されるようになり、大学病院等の若い先生方をはじめ、ほとんど行わないという耳鼻咽喉科医が増えつつある。今回、耳管通気法の処置としての意義はさておき、「耳管通気法で難聴、耳鳴、耳閉感などの自覚症状が消失あるいは軽減するケースでは聴力がどの程度改善するか」、「耳管通気法が耳疾患の診断の際に補助検査としてどの程度役立つか」につき自院の症例で検討を行った（耳管機能検査は未実施）。

結果：症例を通して検査としての耳管通気法について次のような結果が得られた。1、耳管狭窄症、耳管開放症、滲出性中耳炎など耳管・中耳疾患の鑑別診断、滲出性中耳炎の病態推測、治療方針決定に有用。2、耳管通気法で耳鳴が消失する症例が存在することにより、耳鳴の原因あるいは増悪因子として耳管狭窄を考慮する必要がある。3、急性低音障害型感音難聴、メニエール病、突発性難聴などの内耳疾患と耳管狭窄症との鑑別に有用。3、ティンパノメトリーがAあるいはBタイプでも、耳管通気法で大幅に聴力改善を示すケースがあるので診断や治療方針決定の際に注意が必要。

結論：難聴、耳鳴、耳閉感などの聴覚症状を診断する際、聴力検査やティンパノメトリーと耳管通気法を組み合わせることで、より正確な診断が可能となる。漫然とした、あるいは強引な耳管通気を避けるべきなのは論を俟たないが、耳管通気を行わないと病態の把握が不十分になる可能性があり、診断のための耳管通気法は積極的に行う必要があると思われた。

教育講演

座長：青木秀治(付属病院)

RMD(retrograde mastoidectomy on demand)による鼓室形成術

長谷川賢作(付属病院)

演者は1990年から耳科手術を開始し、諸先輩方の指導を仰ぎながら聴力改善と再発防止を目標として、術式・再建方法などについて工夫してきた。当初は外耳道保存型鼓室形成術を指導された経緯もあり、1990年代後半までは主として外耳道保存型手術を実施した。しかし、この術式では真珠腫の完全摘出が確認しづらいことや術野が狭くなりがちであることから、術者の技量では成績に限界を感じるようになった。丁度この時期から、術式変更の移行期に当たる。当時、帝京大学鈴木淳一教授の下で開催された手術手技研究会に参加して外耳道後壁削開の恐怖が無くなり、2000年と2004年にMario Sanna教授のskull base surgeryの研修会に参加して内耳・顔面神経へのアプローチの精度が向上した。2002年に恩師北野博也教授よりお誘い頂き、母校である鳥取大学耳鼻咽喉・頭頸部外科に帰学したこともあり、2004年頃までは外耳道保存型鼓室形成術と外耳道削開型鼓室形成術(RMD)を症例毎に手探りで実施していた。この結果を踏まえて、2004年からは小児後天性真珠腫と中心穿孔性中耳炎以外の症例で、RMDによる軟骨鼓室形成術を実施するようになった。今回は、1990年代後半までの前期・その後から2004年頃までの中期・それ以降の後期と大まかに年代を分けて、手術ビデオを交えながら術後聴力や術後変形(陥凹)及び術後含気化の改善率などについて本術式に至った過程について報告致します。

特別講演

座長：大久保公裕(付属病院)

癌を見落とさないための耳鼻咽喉科内視鏡検査法

酒井昭博

(東海大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部腫瘍センター)

現在、日常診療において、耳鼻咽喉科内視鏡検査は必要不可欠な検査法となっている。この検査は1968年、SawashimaとHiroseが経鼻的に喉頭観察を世界で最初に発表したことに始まる。それ以降、近年の技術革新に伴い次々と高解像度、細径化を伴った内視鏡が開発され今までは見えなかった癌が、新しい内視鏡によって見える時代が変わってきている。これは、我々頭頸部癌診療を行う立場からすれば、より早期に癌を発見できる可能性が増加し、大変望ましいことである一方で、一般的診療の立場からすれば、逆に癌を見逃す機会が増加する可能性があるということである。しかし、いい内視鏡を使用すれば必ず癌が早期発見できるわけではない。また、通常の内視鏡でも見えないところに光を当てれば早期発見できる可能性もある。

そこで、今回の講演では、いかに癌を発見するか、いかに癌を見落とさないようにするか、我々が今までに検討・実践してきた方法、有用性についてお話したいと考えている。