

## 第 11 回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会プログラム

日時：平成 30 年 3 月 17 日(土)午後 4 時 10 分～

特別講演は午後 5 時 50 分～

場所：上野 精養軒 地下 1 階 銀杏の間

東京都台東区上野公園 4-58 TEL:03-3821-2181

情報提供 16:10 - 16:30

「抗ヒスタミン薬 最近の話題」

大鵬薬品工業株式会社 東京支店 学術課 松尾美里

一般演題 16:30 - 17:30

座長：附属病院 横島一彦

舌に生じた粘表皮癌症例

附属病院 中石 柁

手術加療した中耳奇形症例の検討

千葉北総病院 大久保由布

片側耳下腺腫瘍を呈した IgG4 関連疾患の一例

附属病院 加藤大星

内視鏡下鼻腔手術を施行した鼻口蓋管嚢胞の一例

武蔵小杉病院 若山 望

頸部郭清術のプランニング

附属病院 酒主敦子

特別講演

[耳鼻咽喉科領域講習] 17:50 - 18:50

座長：附属病院 大久保公裕

嗅覚と嗅覚検査

神戸大学大学院医学研究科 外科系講座 耳鼻咽喉科頭頸部外科学分野

講師 藤尾久美先生

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 11 回小此木信六郎記念耳鼻咽喉科研究会 抄録集

### 一般演題

#### 舌に生じた粘表皮癌症例

日本医科大学付属病院 研修医 中石 柁

舌に生じる悪性腫瘍は、その大部分を扁平上皮癌が占めている。それ以外の組織型は圧倒的に頻度が少ないため、十分に議論されることは少ない。小唾液腺由来の粘表皮癌もその稀少がんの一つであり、今まで報告されている症例は口蓋や舌根に生じた症例がほとんどである。今回、舌に生じた粘表皮癌の症例を経験したので、臨床経過と病理所見を報告する。

症例は 37 歳男性。6 か月前からの口腔内違和感を訴え、当科を紹介受診した。左舌縁後方に前医での生検により生じたと思われるわずかな潰瘍を認め、その深部に有痛性の硬い硬結を触れた。左上頸部には 20mm 径のリンパ節腫脹を認めた。原発巣からの生検では診断が確定できなかったため、二回目の生検は全身麻酔下で舌を深く切開して生検病理検査を行った。癌の診断は得られたが、組織型の確定には至らなかった。舌癌の頻度を踏まえ、リンパ節転移を伴う扁平上皮癌を想定し、舌癌 T2N1M0 (Stage III) と診断し、舌半側切除術、左頸部郭清術、前腕皮弁による口腔再建術を施行した。術後の経過は良好であり、病理診断は粘表皮癌、pT1pN2b、切除断端陰性であった。転移リンパ節を 2 個認めたものの、WHO 分類では神経浸潤と嚢胞成分 <20% の 4 点であり、低悪性度と判断し、追加治療は行わなかった。現在、手術後 6 年 4 ヶ月が経過し、再発を認めていない。本症例は視触診所見と画像診断から舌由来とし、組織型が確定していなかったため、手術治療を選択した。また、リンパ節転移を伴っており、高悪性度癌である可能性も考えられたが、大唾液腺での病理診断における悪性度分類に準じて考え、術後追加治療を行わなかった。これらの判断の妥当性について考察したい。

本報告は先日行われた第 28 回日本頭頸部外科学会の研修医・学生セッションにて発表した。

## 手術加療した中耳奇形症例の検討

日本医科大学千葉北総病院 大久保由布

当科で手術加療した中耳奇形症例について検討を行ない、報告する。

### 症例 1

18 歳女性。小児期に左中耳奇形の診断を受けたが、手術希望なく治療が介入されていなかった。今回手術を希望され、当科を受診した。

耳内所見：左外耳道狭窄あり。鼓膜は萎縮し、鼓索神経を透見できた。純音聴力検査：右 28.3dB、左 58.3dB（3 分法）の伝音難聴を認めた。手術所見：ツチ骨頭は消失し、ツチ骨柄は atretic plate と固着していた。アブミ骨上部構造は岬角に向かって傾いていた。Incus コルメラにて再建した。

術後 2 年の聴力は 26.3dB に改善した。

### 症例 2

27 歳女性。学校健診で右難聴を指摘されていたが、治療が介入されていなかった。今回、前医を受診した際に右伝音難聴を指摘され、当科を紹介受診した。

耳内所見：外耳道奇形は認めず、鼓膜所見は正常であった。純音聴力検査：右 50.0dB の伝音難聴を認め、左 13.3dB であった。手術所見：キヌタ骨長脚・アブミ骨上部構造の欠損を認め、キヌタ骨を用い IVi-I 再建した。

### 症例 3

31 歳女性。生下時からの左難聴あり、良聴の右耳も難聴が進行していた。前医から耳小骨奇形の可能性を示唆され、当科を紹介受診した。

耳内所見：ツチ骨前突起は鼓室前方に接触していた。純音聴力検査：右 60.0dB、左 65.0dB と両側伝音難聴を認めた。手術所見：ツチ骨、キヌタ骨の固着あり。アブミ骨脚は前方へ偏位していたが、可動性は良好であった。アブミ骨脚間に T7-08 を立て再建を行なった。

術後 7 ヶ月の聴力は 40.0dB にまで改善した。

考察：中耳奇形による伝音障害は外科的治療で改善する可能性が高く、良好な結果が得られれば、患者の QOL を大幅に改善する事が可能である。学校健診で難聴を指摘され、発見される場合も多いが、特に片側例では治療やその時期の決定に苦慮する場合がある。今回の 3 症例はいずれも幼少期から難聴を指摘されていたが、手術の介入は成人期になってからであった。早期の診断と、片側例であっても方向感や騒音下での語音聴取能が低下する事などから、積極的な治療介入が望ましいと考えられた。

## 片側耳下腺腫瘍を呈した IgG4 関連疾患の 1 例

日本医科大学付属病院 加藤大星

近年、IgG4 関連疾患が注目されている。本疾患は種々の臓器に腫瘍性、結節性、肥厚性の病変を生じ、血清 IgG4 高値と病理学的に IgG4 陽性細胞の浸潤と線維化が特徴とされている。しかし、解明されていない点が多い疾患のため、IgG4 関連疾患を想定せずに摘出した場合、病理所見を契機に診断に至ることがあり、各症例の詳細な解析の積み重ねが必要である。我々は、耳下腺腫瘍の術後の病理所見から、IgG4 関連疾患と考えられた 1 症例を経験したので報告する。

症例は 57 歳男性で、4 か月前から右耳下腺に無痛性の腫脹を認めて当院を受診した。右耳下腺に 40 mm 大、弾性硬、可動性良好な腫瘍を触知した。MRI 検査で右耳下腺内に境界明瞭、内部は均一、T1 強調画像でやや低信号、T2 強調画像でやや高信号の腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診では異型のないリンパ球のみを認めた。悪性リンパ腫の可能性も考え、右耳下腺浅葉部分切除を施行した。病理検査では腫瘍内に IgG4 陽性形質細胞を認め、IgG4 の割合が 50% 以上であったことから IgG4 関連疾患を疑った。術後に測定した血中 IgG4 は 515mg/dl であり、IgG4 関連疾患包括診断基準を満たした。全身性キャッスルマン病と鑑別をすることで IgG4 関連疾患と確定診断した。

耳下腺単独病変の IgG4 関連疾患の報告は稀少であり、渉猟し得た限りで 2 例のみである。本症例の臨床像を報告し、その診断について考察した。

## 内視鏡下鼻腔手術を施行した鼻口蓋管嚢胞例

日本医科大学武蔵小杉病院 若山 望

鼻口蓋管嚢胞は鼻口蓋管(切歯管)の遺残上皮により形成される先天性嚢胞疾患である。分類としては、上皮性顎嚢胞のうち非歯原生の発育性嚢胞に分類され、歯原性嚢胞(原始性嚢胞、歯肉嚢胞、萌出嚢胞、含歯性嚢胞)と鑑別される。非歯原性発育性嚢胞には鼻口蓋管嚢胞、球状上顎嚢胞、鼻口唇嚢胞、鼻前庭嚢胞があり、いずれも胎生期の顔面形成期における突起の融合部に迷入した遺残上皮から発生する。球状上顎嚢胞は歯列の離開を伴い、鼻前庭嚢胞、鼻唇嚢胞はそれぞれに皮下に存在する。これに対し、鼻口蓋管嚢胞は口蓋正中から鼻腔にかけて存在することから鑑別が可能である。発生頻度は比較的稀であり、上皮性顎嚢胞のうち 2% とされている。いずれの年齢にも生じるが 40 歳以上によく見られ、男性に多いとされている。残存上皮増殖の原因としては、口腔内からの感染や、不適合義

歯、咀嚼などの刺激、または粘液腺の腺管閉塞と、それに伴う分泌物の貯留が嚢胞腔拡大をもたらす原因と考えられている。初期には自覚症状を認めないことが多いが、周辺の骨組織を破壊して隣接臓器に進展することで、嚢胞が増大し、鼻閉・歯痛・歯芽の動揺などの症状が出現してくる。

今回、我々は40代男性で歯の違和感及び鼻腔に突出した腫瘤を主訴に来院、CT・MRI画像検査でも上顎骨正中部から鼻中隔、鼻腔、上顎洞を圧排するように増大・発育した鼻口蓋管嚢胞の典型例を経験した。

治療法は経口腔前庭法、径口蓋法、歯齦切開法などがあるが、今回は内視鏡下鼻腔手術を選択した。内視鏡下鼻腔手術で嚢胞を鼻腔内に開窓する事により良好な経過を得たので、術中所見や術後経過など含む臨床経過を報告する。

## 頸部郭清術のプランニング

日本医科大学付属病院 酒主敦子

頸部郭清術は頭頸部癌の手術療法の基本であり、局所制御において欠かせない手技である。また、頭頸部外科医の存在意義を示す手術の一つであると考えている。

手術に際して行う術前評価においては、症例毎に切除による癌の根治性と術後の後遺症を配慮し、隣接構造物への浸潤、固着の有無と程度を予測し、それらの温存の可否・是非を考え悩むのが常である。その為、過去の術前予測と術中判断を照合し、今後の術前プランニングの充実に繋げたいと考えた。

今回は症例を3例提示、うち1症例は近年増えている下咽頭癌化学放射線治療後のサルベージ手術の反省症例で、術前検査所見に基づく具体的な予測と術中判断について、ビデオを用いて供覧し、考察する。

## 特別講演

### [耳鼻咽喉科領域講習]

#### 嗅覚と嗅覚障害

神戸大学耳鼻咽喉・頭頸部外科 藤尾久美

##### <嗅覚>

匂いの受容器である嗅神経細胞は鼻腔の天蓋に位置する嗅上皮(嗅粘膜)内に存在する。嗅上皮は皮膚や粘膜と同じように、生涯に亘って再生を繰り返す能力をもっており、約3-4週間の周期で上層にある古い嗅神経細胞は細胞死を起こし、基底層に存在する幹細胞が上層に移動しながら成熟して新しい嗅神経細胞と置き換わる。嗅上皮でのそれぞれの嗅細胞はそのレパートリーの中からたった1種類の遺伝子を選択して、特定の構造を持つ匂い分子だけを感知する受容体を発現する(1細胞-1受容体ルール)。さらに、同じ受容体を発現した嗅細胞はそれらの軸索を、嗅球表面に並ぶ2,000個の糸球体のうち、1つの糸球体へと集束させる。すなわち個々の糸球体は1種類の嗅覚受容体を表現している(1糸球体-1受容体ルール)。このこれら2つのルールを基盤として形成される神経回路によって、多種多様な匂い分子の化学構造の脳内表現としての「匂い地図」が嗅球に展開されている。このような鼻から脳への精密な神経配線が多様な匂い分子の検出・識別を可能にしている。

##### <嗅覚検査>

現在、日本で保険適応のある嗅覚検査は、基準嗅力検査と静脈性嗅覚検査(アリナミンテスト)で、30年以上、この二つの検査のみで嗅覚検査が行われてきた。嗅覚検査の問題点としては、においの分化は国によって異なるため、世界で統一された検査方法、診断基準がない。一方、まだ保険適応がないが、日本でも、嗅覚同定能検査が開発され、これらを用いた臨床研究が盛んに行われるようになってきている。当教室でも2010年から嗅覚同定能検査(オープンエッセンス:OE)を用いた臨床研究を開始している。

##### <嗅覚の加齢性変化>

感覚器である嗅覚も加齢性変化を来すといわれている。しかし、視力や聴力などに比べ、加齢による嗅覚の低下は実感しにくい。また、嗅覚では、聴力検査のように「老人性難聴」と加齢が原因であるとの診断をつけることが難しく、現状では、全ての年代に同じ診断基準で行っている。従って、嗅覚の加齢性変化の解明が必要となる。

##### <嗅覚と神経変性疾患>

神経変性疾患に嗅覚障害をしばしば伴うことは、パーキンソン病(PD)では、1970

年代に、アルツハイマー病（AD）では 1980 年代にすでに報告されていた。その後、1990 年代入ってから臨床研究が盛んに行われるようになり、嗅覚検査が神経変性疾患のバイオマーカーとして注目されるようになってきた。また、嗅覚障害を伴う PD では、認知症状を発症しやすいとの報告があり、当教室でも PD の嗅覚の前向き臨床研究を行っている。

#### <高齢者の原因不明の嗅覚障害>

当科では高齢者の原因不明の嗅覚障害の受診が年々増加している。原因が単なる加齢性変化なのか、神経変性疾患の前駆症状なのか、感冒後などの嗅上皮の障害が原因か鑑別が必要となる。

以上より、研究会では上記の内容を最新の臨床研究結果を用いて、順を追って述べさせて頂く予定である。

[memo]