

第2回谷根千耳鼻咽喉科・頭頸部外科フォーラム 抄録集

稀にしか経験しない耳科手術症例について

付属病院 青木秀治

通常の鼓室形成術は病変の進展度により難易度に差はあるが、アプローチや鼓膜、外耳道の形成など比較的定まった手術法で行われている。アブミ骨手術、内耳窓閉鎖術、顔面神経減荷術なども症例は多くはないが、一定の術式で対応できる。今回は、あまり経験しない病態に遭遇し、術前に十分にプランを立てて手術に臨んだが、術中に変更せざるを得なくなった症例を経験したのでその経過を提示する。

症例は11歳男性で、2007年11月（当時6歳）左慢性中耳炎に対し、当院にて耳後部切開によるinlay法の鼓室形成術I型を、2008年3月には同様に右鼓室形成術I型が行われた。術後経過良好であったが、5年後の2012年12月左耳漏が出現し、近医耳鼻科の点耳薬による治療で改善しないため当院を受診した。

鼓膜所見はほぼ正常で、外耳道後壁に有茎性の肉芽を認め周囲にDebrisを伴うことから、鼓室形成術後の外耳道後壁に発生した外耳道真珠腫と考えられた。顕微鏡下の診察では外耳道後壁の全貌を観察することは困難で、電子スコープによる観察が極めて有用であり、真珠腫は外耳道下端よりさらに尾側にまで進展していることが確認された。側頭骨CT所見では、乳突蜂巣の尾側の乳様突起の先端まで陰影を認め、S状静脈洞骨壁の欠損が疑われた。保存的治療では対応困難と考えられ、2013年6月、耳後部切開による手術を行った。

CT所見で比較的乳突洞の含気が良好なため、外耳道後壁保存の乳突削開術で対応可能と考え手術を進めた。外耳道後壁は頭側では保存されていたが、尾側の広範囲で欠損しており、外耳道後壁削除、後壁再建の方針に変更した。真珠腫は乳突洞の尾側に広く進展し、S状静脈洞に一部癒着していたが剥離は可能であった。真珠腫摘出後の外耳道後下壁の再建にも一考を要した。単純に骨パテ板や、結合織のみによる再建では再形成の可能性があると考え、外耳道側から結合織、耳介軟骨、骨パテ板、皮質骨の順に重ね合わせ、フィブリン糊でそれぞれを接着させた。術後は退院時に耳後部に感染を生じたが、外耳道の状態は良好であり、外来通院でコントロール可能であった。術後1年3か月を経過し、外耳道の形態は良好に保たれている。

鼻アレルギーに対する薬物療法と内視鏡下手術の工夫

付属病院 細矢慶

鼻アレルギー診療ガイドラインでは通年制アレルギー性鼻炎の治療ではくしゃみ・鼻漏型と鼻閉型の2つに分けられている。くしゃみ・鼻漏型には中枢抑制の少ない近年の第二世代抗ヒスタミン薬、重症であれば鼻噴霧用ステロイド薬を併用する。また、鼻閉型に対

しても一定の効果を有するとされている。しかしながら、鼻閉型では解剖学的に問題があることが多く、手術療法の効果的な症例が少なくない。今回は、手術療法に焦点をあてて、現在当院で施行している鼻中隔矯正術および粘膜下下甲介骨切除を概説する。

従来、鼻中隔矯正術や下甲介粘膜切除術などは直視下に行われてきた。しかし、近年、内視鏡及び周辺機器の発達により内視鏡下における鼻中隔矯正術、下甲介手術が主流となりつつあり、当院でも 3 年ほど前から内視鏡下にて手術を行っている。鼻腔後方で良好な視野を得られることで、粘膜の欠損を作ってしまった場合でもリカバリーしやすいことや、モニターを通して他のスタッフが手術操作を確認できるというメリットもある。

直視下での鼻中隔矯正術後では鼻中隔穿孔が多く、また同時に施行した下鼻甲介粘膜広範切除術による出血、痂皮の付着など術後合併症が多く、術後処置の疼痛、医師による頻回処置が必要であった。

現在、鼻中隔矯正術は、上顎骨鼻稜、鋤骨と接合している軟骨下端を除去するのみとし、鼻中隔軟骨をなるべく保存している。鼻中隔粘膜に穿孔（欠損）を作ってしまった場合は、シリコンプレートで鼻中隔をパッキングする工夫などを行っている。また、下鼻甲介の術式においては、アレルギー性鼻炎に対しては P.J.Wormald の推奨する Powered inferior turbinoplasty を、副鼻腔炎の視野/working space の確保目的には主に粘膜下下甲介骨切除術を行っている。この方法では、下鼻甲介下鼻道面の粘膜、粘膜下組織、さらに下鼻甲介骨切除を行う。残った総鼻道粘膜を下鼻道に向かってまきあげ、アルギン酸カルシウム（ソープサン®）をあてることで固定する。そうすることで、鼻腔内に raw surface を出さずにすみ、痂皮の付着を極力減らすことができる。

鼻閉に加え、鼻水・くしゃみの症状が強い場合は、後鼻神経切断術を併用している。Powered inferior turbinoplasty を先に行い、下鼻道経由、粘膜下で蝶口蓋孔を同定し、蝶口蓋動脈と後鼻神経を含む白い索状物をバイポーラで焼灼、切断を行う。

術後のパッキングは、以前は軟膏ガーゼやキチン創傷被覆保護材（バスキチン®）などで行っていたが、現在ではパッキングは行わず、抜去の必要のないアルギン酸カルシウム（ソープサン®）を使用している。術後 3-4 日後から鼻うがいや鼻処置で、余分なアルギン酸カルシウムを取り除いていき、患者の疼痛はほとんど認めることなく術後の経過を追うことができる。

鼻が本来もっている機能を残しつつも出来る限り症状を改善させ、さらに術後の疼痛や合併症を減らすことのできる手術を今後も探索していきたいと考えている。

慢性副鼻腔炎に対する内視鏡下手術の工夫

千葉北総病院 小町太郎

慢性副鼻腔炎に対する内視鏡下手術（内視鏡下副鼻腔手術）の目的は、各副鼻腔を単洞化させることである。線毛上皮の再生や粘液線毛輸送機能の改善の点、術後管理や観察において有用である点からも、極力単洞化することが望ましい。ただし、副鼻腔を単洞化させるためには、眼窩や視神経、頭蓋底の近くまで手術操作を行う必要性も生じてくる。よ

り安全に行うためには、術前の CT 読影が非常に重要である。特に前頭洞のドレナーシルートはさまざまなバリエーションをもっており、前頭洞の開放は最も難しいとされている。そのため、P.J.Wormald が提唱した building block concept に従って、術前 CT 所見から frontal ethmoidal cell と前頭洞のドレナーシルート、および前篩骨動脈の走行部位を把握したうえで手術に臨んでいる。また、Onodi cell、Haller cell、後篩骨動脈、視神経管、内頸動脈、篩板側壁など副損傷を生じ得る構造も把握しておき、それらを CT 所見と一致するように手術中に確認することで、より安全に手術を行うことができると考えている。また、その結果、残存蜂巣を減らし、副鼻腔を単洞化することにもつながる。

さらに、手術をより円滑に行う目的で、手術ポジションや手術機器などのセットアップも変更している。手術ポジションに関しては、執刀医が座位で、内視鏡を把持する左腕を枕(タオル)の上に乗せている。足元には、右側に内視鏡先端洗浄装置のフットスイッチ、左側にデブリッダーなどのフットスイッチを配置し、内視鏡およびスイッチの操作を長時間でも安定して行えるように努めている。手術機器としては、内視鏡は直視鏡と 70 度斜視鏡を使用し、内視鏡先端洗浄装置で視野を確保しながら、スタンバーガーキュレット、サクシオンキュレットを主に使用し、適宜デブリッダー、鉗子類、骨削開にはダイヤモンドバーを使用している。また、術中の止血には、絶縁加工された吸引管を準備し、焼灼止血も行っている。手術終了時には、抜去する必要のあるガーゼパッキングは行わず、アルギン酸カルシウム(ソープサン®)のみ留置している。そして術後 3 日目から鼻洗浄を行うことで、以前のような疼痛や頻回処置による苦痛は大幅に軽減されている。

私は、当院で過去に携わった副鼻腔手術症例の反省点を省みながら、学会や手術研修会、他大学との交流での経験をもとに、術後成績をより良好なものにするため、手術方法や術後管理方法を上記のように変更しているため、その具体例と成果を提示し、現時点の問題点を含めて報告する。

頸動脈小体腫瘍の 1 手術症例から頸部腫瘍の鑑別診断を考える

付属病院 横島一彦

頸部腫瘍の診療は耳鼻咽喉科医にとって基本的なものであるが、時に困難な場合がある。その原因となる疾患が様々であるため、年齢・性別、臨床経過や随伴症状から成因的分類を考える必要がある。

頸部腫瘍の診療を進めるに当たっては、悪性腫瘍を否定する確実な根拠がなければ治療の緊急性の高い頭頸部癌の頸部転移を念頭に置く必要がある。また、遠隔臓器からの頸部転移や悪性リンパ腫との鑑別診断が重要である。そのためには頭頸部に原発巣となり得る病変が存在するかどうかを診る必要がある。最近では各種画像診断、特に PET 検査に頼りがちになるが、口腔・咽喉頭の詳細な視診が最も重要である。患者背景を意識して、重点的に診る部位を決めて詳細に診ることが大切である。口演では症例を示しながら、診断のこつをまとめてみたい。

頸部リンパ節転移との鑑別で重要な疾患の一つに頸動脈小体腫瘍がある。稀な疾患ながら、視触診のみで本疾患を推測することが可能なだけに症例を見ておくことには意義がある。最近経験した頸動脈小体腫瘍の手術を含めた全経過の詳細を供覧したい。本症例を知ることによって、頸部腫瘍の診療をグレードアップしていただきたい。

症例は 62 歳女性。10 年前に左上頸部腫瘍に気づき他院を受診したところ、画像診断と穿刺吸引細胞診を行い、“血管の塊”と言われて治療不要とされた。その後、徐々に増大していることを自覚し当院を受診した。視触診所見のみでは確定診断を得ることはできなかったが、典型的な造影 CT 所見から頸動脈小体腫瘍と診断することができた。頸部超音波検査、頸部 MRI 検査、頸動脈血管造影を施行した上で、頸動脈再建の準備をした上で手術に望んだ。幸い、血管再建は行わずに全摘することが可能であった。迷走神経、舌下神経、交感神経の傷害は生じなかった。また、最終病理診断は悪性所見のない傍神経節腫であった。