

第4回 谷根千

耳鼻咽喉科・頭頸部外科フォーラム

日時 2016年9月10日(土) 16:30 ~ 18:55

場所 日本医科大学 橘桜会館 2F 橘桜ホール

住所: 東京都文京区向丘2-20-7 TEL:03-3822-2131(代表)

参加費 1,000 円

情報提供 「非鎮静性抗ヒスタミン薬の最新情報」 田辺三菱製薬株式会社

座長: 松根 彰志 先生 日本医科大学武蔵小杉病院

講演 I 16:45 ~ 17:15

「外耳炎・中耳炎に対する外来処置と手術療法」

演者: 関根 久遠 先生 日本医科大学武蔵小杉病院

講演 II 17:15 ~ 17:45

「鼻アレルギーに対する治療 —保存的治療と外科的治療—」

演者: 小町 太郎 先生 日本医科大学千葉北総病院

休憩 (17:45 ~ 17:55)

座長: 中溝 宗永 先生 日本医科大学付属病院

講演 III 17:55 ~ 18:25

「顎下腺全摘出術 —適応の判断と手技—」

演者: 稲井 俊太 先生 日本医科大学付属病院

講演 IV 18:25 ~ 18:55

「頸部悪性腫瘍に対する腫瘍摘出術」

演者: 酒主 敦子 先生 日本医科大学付属病院

※ ご参加の際には日本耳鼻咽喉科学会専門医学術集会参加報告票をご持参頂き、受付でご提出ください

* 講演会終了後、意見交換会を予定しております。

マイカーでご来場の際には、意見交換会での飲酒はお控えくださいますよう、お願いいたします。

共催 : 橘鏡会 ・ 田辺三菱製薬株式会社

第4回谷根千耳鼻咽喉科・頭頸部外科フォーラム抄録集

外耳炎・中耳炎に対する外来処置と手術療法

武蔵小杉病院 関根久遠

外耳炎、中耳炎などの耳疾患の処置は、モニタ付き顕微鏡を用いないと処置を供覧することができず、専修医に伝えることがなかなか難しいのが現状である。武蔵小杉病院でも数年前から外来及び手術室の顕微鏡にハイビジョンカメラが設置され処置を記録できるようになったため、耳疾患の外来処置について手持の映像の範囲で初心者向けに解説したい。

耳処置において最も重要なのは解剖の把握であるが、中耳炎の術後耳や癒着性中耳炎、真珠腫性中耳炎ではしばしば初心者にはオリエンテーションがつかないことがあり、積極的な処置が行えない原因の一つとなる。解剖の把握ができると危険部位が分かり処置が安全に行えるようになる。また、疾患の状態把握のためにはまず、病変をあらわにすることが重要で、耳内にある異物、耳垢、痂皮、粘液、膿汁、真菌等を十分に除去することが必要である。これらの操作の際には耳垢鉗子、吸引、カーブ針、フック、輪匙、麦粒鉗子などを用いるが、その使い分けも私見ではあるが解説する。

また、当院での耳科手術の現状をご報告するとともに、外耳道真菌症、慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎などの治療方針についてご報告いたします。

アレルギー性鼻炎の治療 ～保存的治療と外科的治療～

千葉北総病院 小町太郎

アレルギー性鼻炎の有病率は増加傾向にあり、日本国内全体で約30%とも言われている。その治療法は抗原回避と薬物療法が中心となっており、様々な薬剤が開発されている。昨年、鼻アレルギー診療ガイドラインが2016年版として改訂され、経口配合剤の適応や使用方法が追加された。また、近年本邦で新たに開始された舌下免疫療法に関してもエビデンスや治療方法の詳細が追加されており、治療法の選択肢がさらに広がってきている。

通年性、季節性ともに症状の重症度を評価し、患者の要望にも応じて治療法を選択する必要がある。薬物療法などの保存的治療を行っても十分な効果の得られない場合には、外科的治療が考慮される。外科的治療としては、レーザー手術など外来で施行可能なものや下鼻甲介手術、後鼻神経切断術など入院を要するものがある。特に、鼻腔形態の異常を伴う場合や重症の鼻漏型には後者が選択されることが多い。当科で外科的治療を行ってきた

症例は、鼻閉型で下鼻甲介の不可逆的な肥大や鼻中隔彎曲など鼻腔形態の異常を伴っていることが多く、入院加療が主体となっている。実際には下鼻甲介手術には多数の術式があるが、良質な evidence のある研究は少ないとされており、どの術式がもっとも優れているかコンセンサスは得られていない。当科で行っているレーザー治療および下鼻甲介手術に関して、その現状や文献的考察をふくめて報告したい。

顎下腺摘出術 -適応の判断と手技-

付属病院 稲井俊太

顎下腺摘出術は頭頸部外科領域の手術のうち、最も基本的な手術の一つである。顎下腺周囲には顔面神経下顎辺縁枝、舌神経、舌下神経などの重要な神経が走行しており、誤って神経を損傷すると麻痺を生じる可能性があり、顔面動静脈の血管の処理を適切に行わなければ、術後出血を生じる可能性があるため、これらの神経や血管に十分に配慮しなければならない。本手術に習熟すると、顎下部郭清術や上頸部郭清術へと応用でき、さらには全頸部郭清術へと発展させることが可能であるため、会得しておきたい手術手技である。

本手術の適応疾患は主に口内法で摘出が困難な唾石症や良性腫瘍である。その手技において、特にポイントとなる箇所は顔面神経下顎辺縁枝の温存、顔面動静脈の処理、顎二腹筋や顎舌骨筋の確認、舌下神経や舌神経の温存、ワルトン管の処理である。

唾石症や良性腫瘍の場合は顔面神経下顎辺縁枝を必ずしも同定しなくてもよいが、悪性腫瘍の場合には必ず同定し、その周囲の顎下部リンパ節を確実に郭清しなければならない。その際に顔面動静脈は適切に結紮切離を行う。顎下腺を頭側に挙上すると顎二腹筋後腹が確認でき、続けて顔面静脈の中枢側の処理を行う。その後、中間腱、顎二腹筋前腹、顎舌骨筋を順番に確認し、オトガイ下動静脈の結紮切離を行い、顎舌骨筋の外側縁を確認し、筋鈎で前上方に牽引すると、舌下神経が確認できる。顎二腹筋後腹の内側で顔面動脈の中枢側を確認し、結紮切離すると、顎下腺の可動性が少し良くなる。再び顎舌骨筋を前上方に牽引すると、舌神経が確認でき、その顎下腺枝を切断すると顎下腺はさらに可動性がよくなり、最後にワルトン管を結紮切離すると顎下腺が摘出できる。移行部唾石症の場合はワルトン管の処理前に移行部にある唾石を確認し、摘出する必要がある。検体摘出後、十分な止血処置を行い、温かい生理食塩水で創部を洗浄し、最終的な止血処置を行う。閉創前に陰圧式ドレーンを挿入し、創部閉鎖を行う。

本講演では実際の症例を提示し、動画をまじえながら解説する予定である。

頭頸部悪性腫瘍に対する腫瘍摘出術

付属病院 酒主敦子

頭頸部腫瘍を有する疾患、またはそれを初発症状とする疾患は多岐に渡るが、それらの中から特に悪性腫瘍を見逃さず、正しく取り扱い、早期診断に繋げることは、最も優先される事項の一つである。

成人の頸部腫瘍の約 6 割が悪性腫瘍であり、さらにその 6 割以上が頭頸部原発悪性腫瘍のリンパ節転移であるとされている。また、悪性リンパ腫の約 30%は、頸部に初発するとされており、初回受診科が耳鼻咽喉科であることは少なくない。

診断に際しては、頸部腫瘍に対する安易な生検は慎まなければならない一方で、いたずらに経過観察の期間を延ばすことは避けるべきであり、悪性病変を疑った上で開創生検の対象とする症例の決定には慎重考察を要し、限定される。そして、他科の医師にもこれらの点を啓蒙し、早期診断・早期治療を目指すことも大切と考える。

講演では、リンパ節病変の術前診断、開創生検の適応、手術方法を供覧する。