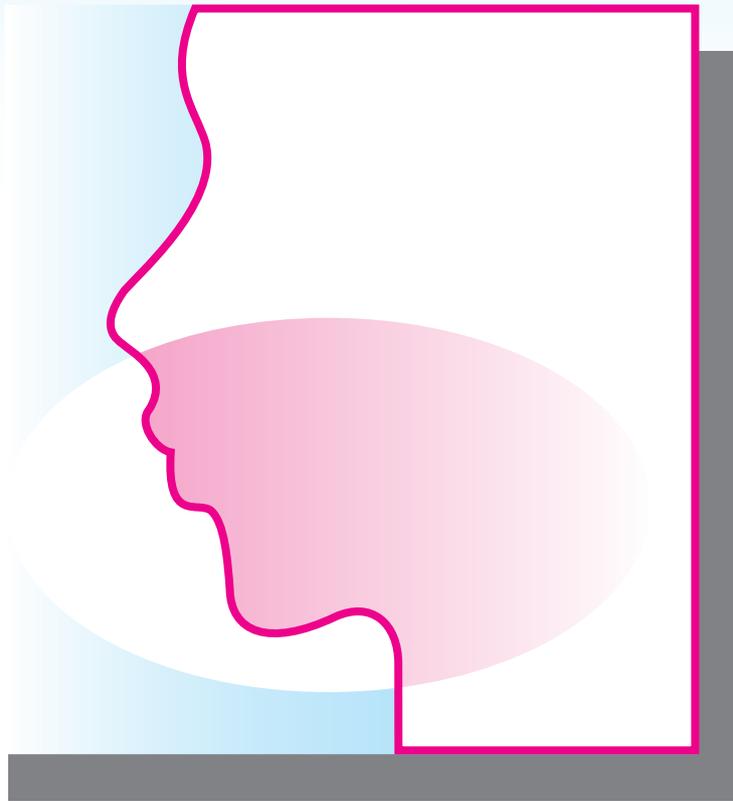


口腔・咽頭科

Stomato-pharyngology



Vol.33 No.3 2020

日本口腔・咽頭科学会

Japan Society of Stomato-pharyngology

口咽科

Stomato-pharyngol

ご挨拶

会長 香取 幸夫

東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室

この度、第33回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会を担当させていただくことになり、大変光栄に存じます。この機会を賜りましたことに吉原俊雄前理事長、三輪高喜理事長をはじめ役員・会員の皆様に心より感謝申し上げます。

仙台での開催は1999年10月に高坂知節教授が第12回大会を開催されて以来、21年ぶりとなります。この間、本学会の担当する領域は、唾液腺、上気道免疫・感染症、口腔アレルギー、睡眠時無呼吸症候群、味覚障害、口腔がん、咽頭がん、発話、嚥下に広がり、耳鼻咽喉科が関与する免疫、呼吸、摂食、味覚、消化の身体機能に関与しています。今回の学会でもこれらの多彩な主題に対して、ご参加の先生方に新しい知見を提供していきたく存じます。

一方、今回の学会では新型コロナウイルス感染症に対して十分に注意した開催が必要になっています。このような情勢のなか110題を超える一般演題をご登録いただいたことに感謝しますとともに、次の点に留意して準備を進めております。

- ☆ 入場定員を通常の三分の一とし、ソーシャルディスタンスの確保に努めます。
- ☆ 感染予防のための検温、消毒、シールド等の設備を準備します。
- ☆ 自治体、会場、所属大学の規則に従い運営し、感染リスクが高いと判断された場合には集会を中止します。
- ☆ 第一会場で行う特別プログラムに関して、現地で参加登録されても定員の関係で聴講が難しい場合が考えられます。その場合、録画した内容を9月下旬から10月上旬にインターネット配信により無償で提供します。
- ☆ 仙台での学会参加が難しい方々に、特別プログラムに関してインターネット配信を行います。聴講の申込みに関して学術講演会HPでご案内してまいります。

プログラムでは、COVID-19感染拡大下の口腔・咽頭診療に関する話題があり、加えて唾液腺内視鏡のハンズオン、学会が実施した味覚障害患者の全国調査の報告、上咽頭擦過療法など、本学会が新しく取り組んでいるテーマも多く発表されますので、充実した研修を進めていただければ幸甚です。

会場での対面参加、ならびにインターネット聴講（特別プログラム）でのご参加を心よりお待ちしております。

ご 案 内

1. 会期・会場

- ・会 期：2020年9月3日（木）・4日（金）
- ・会 場：江陽グランドホテル
〒980-0014 宮城県仙台市青葉区本町 2-3-1
TEL：022-267-5111 URL：http://www.koyogh.jp

2. 参加登録受付

- ・日 時：9月3日（木）07：30～18：00
9月4日（金）07：30～15：00
- ・場 所：1F ロビー
受付の際に体温の測定を行い、37.5℃以上の方は入場を控えていただくことがあります。
- ・参加費：13,000円
ネームカード（参加証明書）に所属・氏名をご記入の上、会期中は必ずご着用ください。
※本学会の登録者は、同時に開催されている第32回日本喉頭科学会の参加が無料になります。
※事前登録は行いません。
※ネームカードの再発行は行いませんので、紛失なさないようご注意ください。
※初期臨床研修医および医学部学生は無料で参加できます。受付で学生証など身分の証明できるものをご提示ください。
- ★耳鼻咽喉科領域講習（シンポジウム・パネルディスカッション・教育セミナー）を9月下旬から10月上旬の期間にインターネットで配信いたします。現地登録の方は無料、会場参加できない方には5,000円で提供いたします。インターネット聴講の詳細とお申し込みについては第33回日本口腔・咽頭学会総会・学術講演会のホームページをご参照ください。
取得可能単位：学会参加登録2単位。耳鼻咽喉科領域講習最大2単位。（現地参加・インターネット参加合わせて）

3. 日本耳鼻咽喉科学会専門医制度

I. 登録システム

2019年より学会参加登録と専門医講習受講登録に会員情報新システムが導入されました。2018年11月末に全日耳鼻会員に郵送されました「日本耳鼻咽喉科学会会員カード（ICカード）」を持参してください。「日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医証（旧カード）」は使用できません。これらの登録は専門医が対象です。



1) 「IC カード」による登録が必要な時

①学会参加登録：学会会場に来場時

②専門医講習受講登録：耳鼻咽喉科専門医領域講習，専門医共通講習の受講の入退室時

なお，②にはまず①の登録が必要です。

2) 「IC カード」の使用方法

カードリーダー上にカードを置くと，接続されたコンピュータ上に名前が表示されますので，コンピュータ画面を確認してからカードを取ってください。

3) 「IC カード」を忘れた時

IC カードをお忘れになった場合は，学会参加登録は総合受付横の専門医受付でお申し出ください。また，専門医講習受講は入退時に会場前の IC カードサポート窓口にて，入場退場の個別対応をさせていただきますので，必ずお越しください。

II. 学会参加登録

本学会への参加・登録によって2単位取得できます。

III. 専門医講習受講登録

本学術講演会では

・耳鼻咽喉科領域講習を5セッション開催します

(1セッション1単位，上限2単位まで取得可能)。

・専門医共通講習は1セッション開催します(1単位取得可能)。

※専門医講習受講前に必ず学会参加登録を済ませてください。

※講習開始5分以降の入退場はできません。

※新型コロナウイルス感染症への対策のため，会場の定員を少なくしております。満員で入場できない方々には，後日ネット上での単位講習を手配いたします。

1) 耳鼻咽喉科専門医領域講習

・9月3日(木) 9:30~10:30 第1会場

シンポジウム1:「睡眠時無呼吸症候群」

演者:安達美佳(東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

高野賢一(札幌医科大学耳鼻咽喉科)

・9月3日(木) 11:00~12:00 第1会場

パネルディスカッション1:「上咽頭擦過療法」

演者:熊井琢美(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

西田吉直(にしだ耳鼻咽喉科)

田中垂矢樹(田中耳鼻咽喉科)

大野芳裕(大野耳鼻咽喉科)

・9月3日(木) 18:15~19:15 第1会場

教育セミナー:「外来での嚥下診療」

- 演者：加藤健吾（かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック／東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）
- ・9月4日（金）8：30～9：30 第1会場
シンポジウム2：「COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療」
演者：瀬戸 陽（がん研有明病院頭頸科）
片桐克則（岩手医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）
中西庸介（金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）
 - ・9月4日（金）10：00～11：00 第1会場
パネルディスカッション2：「COVID-19 と口腔・咽頭疾患治療」
演者：任 智美（兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）
木村百合香（荏原病院耳鼻咽喉科）
守本倫子（国立成育医療研究センター耳鼻咽喉科）
山田充啓（東北大学呼吸器内科）
- 2) 専門医共通講習（医療安全）
- ・9月3日（木）17：00～18：00 第1会場
専門医共通講習：「医療安全に資するインフォームドコンセント」
演者：田畑雅央（東北大学病院医療安全推進室）

4. クローク

1Fのホテルのクロークをご利用ください。

貴重品につきましては、各自お持ちいただきますようお願いいたします。

【開設時間】

9月3日（木）07：30～

9月4日（金）07：30～

5. 企業展示・書籍展示・ドリンクコーナー

5F ホワイエで行います。

【開設時間】

9月3日（木）09：00～18：00

9月4日（金）09：00～15：00

6. 総会

・日 時：9月3日（木）13：40～14：10

・場 所：第2会場（4F 翡翠の間）

7. 学会奨励賞授賞式・講演

・日 時：9月3日（木）14：10～14：40

・場 所：第2会場（4F 翡翠の間）

8. 会員懇親会

新型コロナウイルス感染防止のため中止

9. ランチョンセミナー

- ・9月3日（木）12：30～13：30 第1会場

ランチョンセミナー1：「外科医として考える再発転移頭頸部がん治療」

演者：塚原清彰（東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

- ・9月4日（金）12：40～13：40 第3会場

ランチョンセミナー2：「切除不能な再発頭頸部癌に対するホウ素中性子捕捉療法について」

演者：廣瀬勝己（南東北 BNCT 研究センター）

当日朝より1階の受付付近で整理券を配布します。会場のスペースに限りがあり、ご了承ください。

10. 役員会

理事会

- ・日 時：9月2日（水）16：00～18：00

・場 所：4F 銀河の間

評議員会

- ・日 時：9月3日（木）12：30～13：30

・場 所：4F 銀河の間（第3会場）

11. その他

会場内では携帯電話をマナーモードに設定し、ご使用をお控えください。

会場内での撮影・録画・録音は禁止いたします。

【司会・座長の先生方へ】

ご担当いただくセッションの開始10分前までに次座長席にお着きください。

発表時間、質疑応答時間を厳守し、円滑な運営にご協力をお願いいたします。

【発表される先生方へ】

1. 発表時間

一般演題は発表7分、質疑応答3分です。終了30秒前に予鈴、終了時にベルが鳴ります。座長の指示に従い、時間厳守をお願いいたします。円滑な進行のため、発表群開始時間の10分前までに次演者席にお着きください。

2. 発表形式

PC（1面）での発表に限ります。35mmスライド、mini-DV、VHS、ブルーレイディスク等での発表はできませんのでご注意ください。発表の際は演台に設置してありますモニターとマウス・キーボードを使用して、演者ご本人で操作をお願いいたします。

3. データ受付時間

ご発表の20分前までに、データをPC受付までお持ちください。第1日目午前中に発表の方はお早めに受付をお済ませください。第2日目発表の方は前日も受付を行います。

【PC受付開設場所・時間】

5F ホワイエ

9月3日（木）07：30～18：00

9月4日（金）07：30～15：00

4. データ受付および保存方法

- ・データの持ち込み（Windowsのみ）、PC本体の持ち込み（Windows・Macintoshとも）に対応いたします。
- ・PC受付でのデータ修正はできませんので、事前に必ず「文字化け」や「動画」の動作確認をお願いいたします。
- ・発表データは事前に必ずウイルスチェックを行い、USBメモリに保存したものをご持参ください。
- ・保存ファイル名には、演題番号、名前を以下の例のように入力してください。
（例）演題番号100 口腔太郎の場合「100・口腔太郎.ppt」
- ・必ずバックアップ用のデータをお持ちください。
- ・PC本体を持ちこまれる場合、外部モニター接続端子（MiniD-sub15ピン）をご確認の上、コネクタが必要であれば必ずご持参ください。またACアダプターをお忘れにならないようご注意願います。
- ・当学会でご用意いたしますPC OSはWindows10です。
- ・対応可能なアプリケーションソフトはWindows Microsoft Power Point2007, 2010, 2013, 2016です。
- ・フォントはWindows標準フォント（MSゴシック、MS明朝等）をご使用ください。特殊フォントには対応していません。
- ・液晶プロジェクターの解像度はXGA（1024×768）です。本体の解像度をあらかじめ設定しておいてください。

動画について

- ・動画をご使用の場合はPC本体のお持ち込みをお勧めいたします。
- ・動画ファイルはWindows Media Player（MPEG4形式）で再生できるもので作成ください。
- ・MPEG-2の場合は圧縮形式によっては再生できない場合があります。また容量の大きい（30M以上）AVI形式の画像データは受付できません。
- ・動画ファイルのリンクデータは、一つのフォルダにまとめて保存してください。
- ・データは学会終了後に、事務局が責任を持って消去いたします。

【学会事務局】

東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

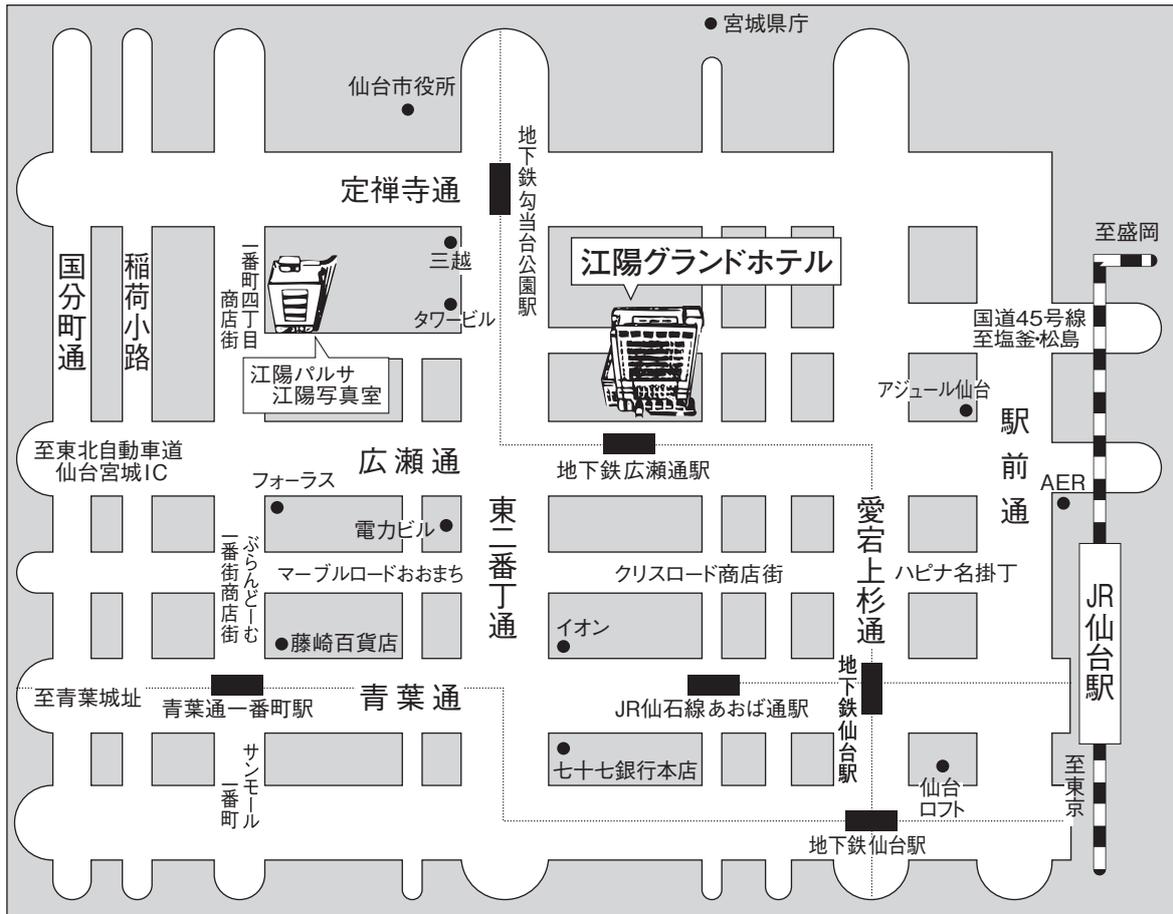
担当：本蔵 陽平・及川 由衣

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

TEL：022-717-7304 FAX：022-717-7307

E-mail：jssp33@orl.med.tohoku.ac.jp

《江陽グランドホテル案内図》



交通のご案内

仙台空港から JR仙台駅へ

- JR仙台空港アクセス線…………… 25分
- タクシー…………… 30分

JR仙台駅から 江陽グランドホテルへ

- 徒歩…………… 10分
- 市営地下鉄「広瀬通駅」下車 西1出口…………… 会場前
- 市営バス「地下鉄広瀬通駅前バス停」下車…………… 会場前停車
- タクシー…………… 5分

東北自動車道仙台宮城ICより 江陽グランドホテルへ

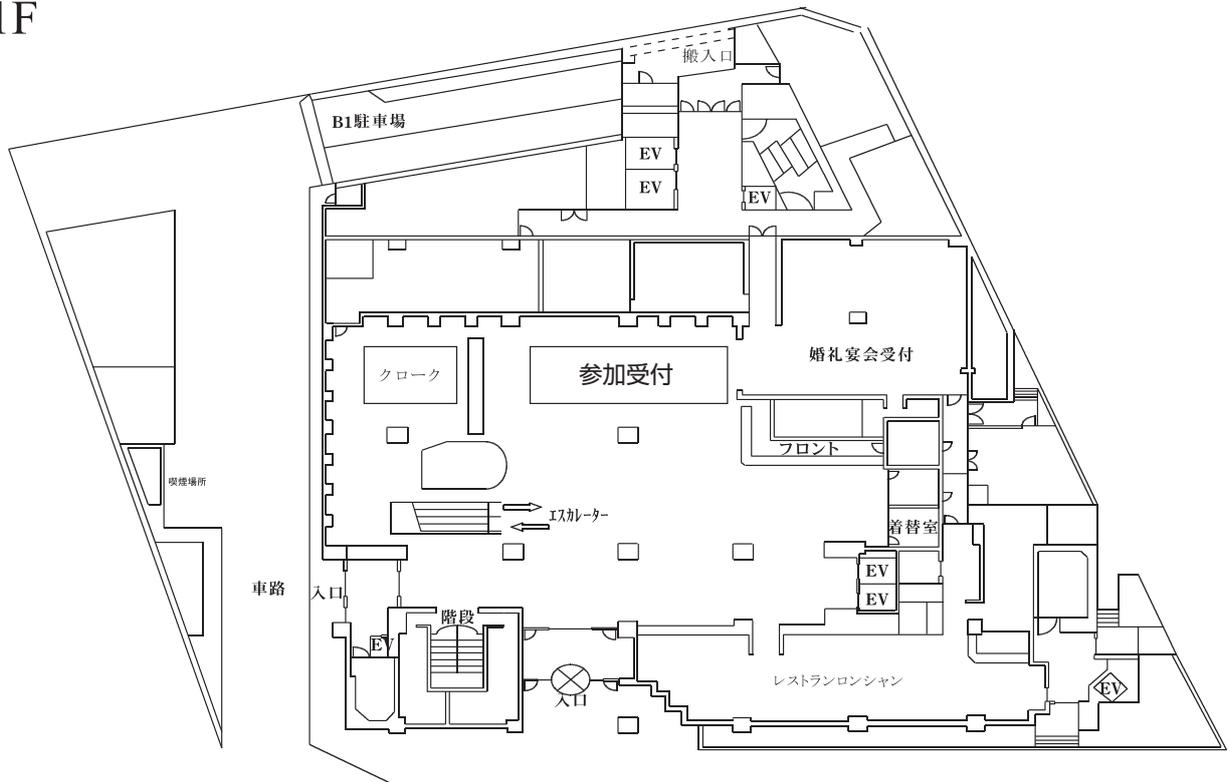
- お車…………… 10分



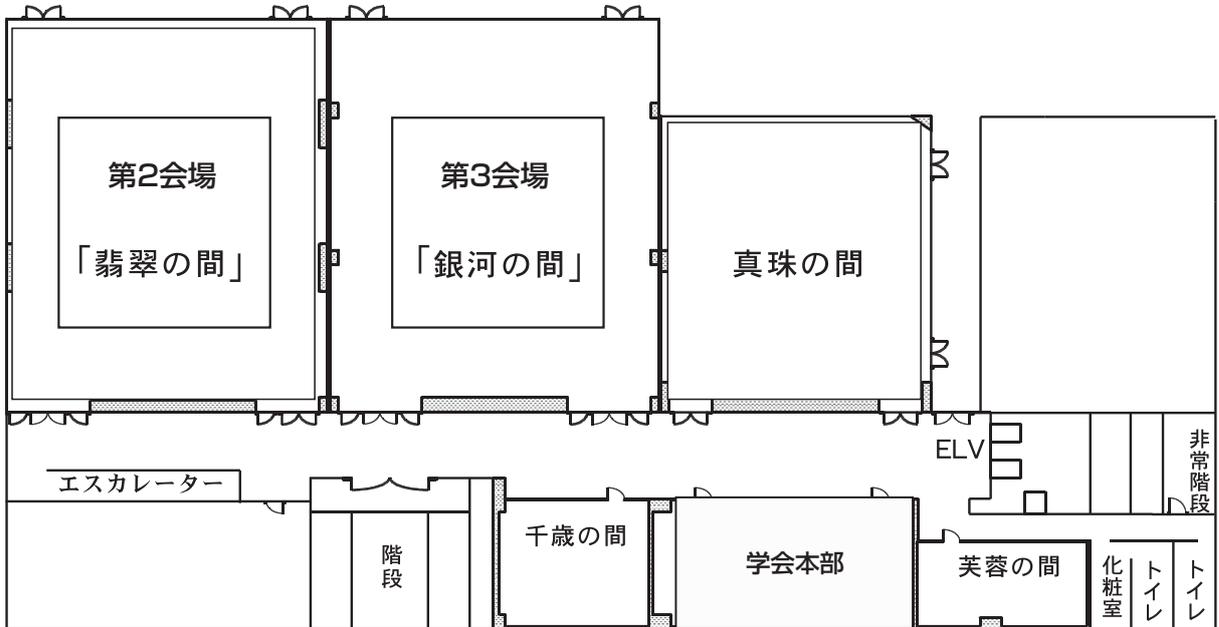
江陽グランドホテル

会場案内

1F



4F



5F



第1日目 9月3日(木) 日程表

	第1会場	第2会場	第3会場
	5階 鳳凰の間	4階 翡翠の間	4階 銀河の間
8:30	開会の辞 8:25-8:30		
9:00	第1群 感染症(1) (1~4) 座長: 太田 伸男 (東北医薬大)		第2群 腫瘍統計・病理 (5~10) 座長: 本間 明宏 (北大) 松浦 一登 (国立がんセンター東病院)
10:00	【領域講習】 シンポジウム1 睡眠時無呼吸症候群 司会: 鈴木 雅明 (帝京大千葉医療センター) 原 浩貴 (川崎医大) 演者: 安達 美佳 (東北大) 高野 賢一 (札幌医科大)		第3群 咽頭腫瘍 (11~15) 座長: 小川 武則 (岐阜大) 倉富 勇一郎 (佐賀大)
11:00			第4群 唾液腺(1) (16~22) 座長: 大上 研二 (東海大) 花澤 豊行 (千葉大)
12:00	【領域講習】 パネルディスカッション1 上咽頭擦過療法 司会: 原測 保明 (旭川医大) 演者: 熊井 琢美 (旭川医大) 西田 吉直 (にした耳鼻咽喉科) 田中 亜矢樹 (田中耳鼻咽喉科) 大野 芳裕 (大野耳鼻咽喉科)		第5群 感染症(2) (23~27) 座長: 將積 日出夫 (富山大) 土井 勝美 (近畿大)
13:00	ランチョンセミナー 1 外科医として考える再発転移頭頸部がん治療 座長: 菅澤 正 (埼玉医大国際医療センター) 演者: 塚原 清彰 (東京医大)		評議員会
14:00		総会 13:40-14:10	第6群 感染症(3) (28~32) 座長: 小林 一女 (昭和大) 竹野 幸夫 (広島大)
15:00		学会奨励賞授賞式・講演 14:10-14:40	第9群 咽頭・粘膜免疫 (43~49) 座長: 鈴木 正志 (大分大) 高原 幹 (旭川医大)
16:00		第7群 味覚 (33~37) 座長: 大島 猛史 (日本大) 藤枝 重治 (福井大)	第10群 唾液腺(2) (50~54) 座長: 岩井 大 (関西医大) 鈴木 幹男 (琉球大)
17:00		第8群 嚥下 (38~42) 座長: 熊井 良彦 (長崎大) 藤本 保志 (愛知医大)	第11群 唾液腺(3) (55~58) 座長: 河田 了 (大阪医大)
18:00	【医療安全】 専門医共通講習 医療安全に資するインフォームドコンセント 司会: 塩谷 彰浩 (防衛医大) 演者: 田畑 雅央 (東北大)		
19:00	【領域講習】 教育セミナー 外来での嚥下診療 司会: 兵頭 政光 (高知大) 演者: 加藤 健吾 (かとう耳鼻咽喉・嚥下センター/東北大)		唾液腺内視鏡ハンズオン

第2日目 9月4日(金) 日程表

	第1会場	第2会場	第3会場
	5階 鳳凰の間	4階 翡翠の間	4階 銀河の間
8:30			
9:00	<p style="text-align: right; font-size: small;">8:30-9:30</p> <p>【領域講習】 シンポジウム2 COVID-19パンデミック下の中咽頭癌治療 司会：志賀 清人（岩手医大） 吉崎 智一（金沢大） 演者：瀬戸 陽（がん研有明病院）片桐 克則（岩手医科大） 中西 庸介（金沢大）</p>		
10:00	<p style="text-align: right; font-size: small;">10:00-11:00</p> <p>【領域講習】 パネルディスカッション2 COVID-19と口腔・咽頭疾患治療 司会：丹生 健一（神戸大） 村上 信五（名古屋市立東部医療センター） 演者：任 智美（兵庫医科大）木村 百合香（荏原病院） 守本 倫子（国立成育医療研究センター） 山田 充啓（東北大）</p>		
11:00			11:15-12:25
12:00		<p style="text-align: right; font-size: small;">11:40-12:10</p> <p>第12群 嚥下手術（59～61） 座長：香取 幸夫（東北大）</p>	<p>第13群 検査・手術・気道管理（62～68） 座長：角田 篤信（順天堂大） 山田 武千代（秋田大）</p>
13:00			12:40-13:40
14:00	<p style="text-align: right; font-size: small;">13:50-14:40</p> <p>第14群 耳下腺腫瘍（69～73） 座長：東海林 史（東北医薬大） 松原 篤（弘前大）</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">13:50-14:40</p> <p>第17群 異物・外傷（83～87） 座長：那須 隆（山形市立済生館） 渡邊 健一（東北労災）</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">13:50-15:00</p> <p>第20群 症例・手術(1)（98～104） 座長：浅田 行紀（宮城県がんセンター） 鹿野 真人（大原総合病院）</p>
15:00	<p style="text-align: right; font-size: small;">14:40-15:20</p> <p>第15群 唾液腺内視鏡(1)（74～77） 座長：小林 泰輔（高知大） 松延 毅（日本医大）</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">14:40-15:30</p> <p>第18群 睡眠時無呼吸(1)（88～92） 座長：安達 美佳（東北大） 中田 誠一（藤田医大）</p>	15:00-16:10
16:00	<p style="text-align: right; font-size: small;">15:20-16:10</p> <p>第16群 唾液腺内視鏡(2)（78～82） 座長：鈴木 貴博（東北医薬大） 室野 重之（福島医大）</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">15:30-16:20</p> <p>第19群 睡眠時無呼吸(2)（93～97） 座長：千葉 伸太郎（太田総合病院） 中山 明峰（名古屋市立大）</p>	<p>第21群 症例・手術(2)（105～111） 座長：鈴木 真輔（秋田大） 舘田 勝（仙台医療センター）</p>
17:00		16:20-16:25	
18:00		閉会の辞	
19:00			

第1日9月3日(木)
第1会場(5階 鳳凰の間)

第1群 感染症(1) (8:30~9:10)

座長 太田伸男(東北医薬大)

1. 口腔・咽喉頭の単純ヘルペスウイルス初感染24例の検討
大塚雄一郎(千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科)
根本 俊光(成田赤十字病院耳鼻咽喉科)
花澤 豊行(千葉大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
2. 当院における扁桃周囲膿瘍入院患者133例の検討
小泉祥太郎, 渡邊 健一(東北労災病院耳鼻咽喉科)
3. 深頸部膿瘍の生命予後に関与する因子について~医療大規模データ(DPC)の解析から
日高 浩史, 阪上 智史, 八木 正夫, 岩井 大(関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
4. COVID-19パンデミック期の頭頸部癌手術に対する術前スクリーニング体制の重要性:
全国調査からの見えてきたこと
太田 一郎, 北原 紘(奈良県立医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
浅田 行紀(宮城県立がんセンター頭頸部外科)

シンポジウム1 (9:30~10:30)【領域講習】

司会 鈴木雅明(帝京大千葉医療センター)
原 浩貴(川崎医大)

「睡眠時無呼吸症候群」

- S1-1. 小児の睡眠呼吸障害と閉塞性睡眠時無呼吸
安達 美佳(東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
- S1-2. 小児扁桃肥大におけるリンパ濾胞胚中心の形成メカニズム
高野 賢一(札幌医科大学耳鼻咽喉科)

パネルディスカッション1 (11:00~12:00)【領域講習】

司会 原 洵 保 明(旭川医大)

「上咽頭擦過療法」

- P1-1. 慢性上咽頭炎およびその関連疾患の病態
熊井 琢美(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
- P1-2. 上咽頭擦過療法に関するアンケート調査
西田 吉直(にしだ耳鼻咽喉科)
- P1-3. 上咽頭炎における内視鏡診断と上咽頭擦過療法(EAT)のコツ,
およびEAT支援機器についての考察
田中亜矢樹(田中耳鼻咽喉科)
- P1-4. 慢性上咽頭炎に対する上咽頭擦過療法の有効性
一局所所見および自覚症状の治療効果について—
大野 芳裕(大野耳鼻咽喉科)

ランチョンセミナー1 (12:30~13:30)

座長 菅澤 正 (埼玉医大国際医療センター)

「外科医として考える再発転移頭頸部がん治療」

塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

専門医共通講習 (17:00~18:00) 【医療安全】

司会 塩谷 彰浩 (防衛医大)

「医療安全に資するインフォームドコンセント」

C1-1. インフォームド・コンセント (IC) を考える

田畑 雅央 (東北大学病院医療安全推進室)

教育セミナー (18:15~19:15) 【領域講習】

司会 兵頭 政光 (高知大)

「外来での嚥下診療」

E1-1. 耳鼻科外来での嚥下評価と対応

加藤 健吾 (かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック, 東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

第1日9月3日(木)
第2会場(4階 翡翠の間)

総会 (13:40~14:10)

学会奨励賞授賞式・講演 (14:10~14:40)

第7群 味覚 (15:05~15:55)

座長 大島 猛 史(日本大)
藤 枝 重 治(福井大)

33. 味認識装置を用いたテーストディスクの検討
勢井 洋史, 羽藤 直人(愛媛大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
34. 当科味覚外来における基本チェックリストに基づく分析:
パイロットスタディ
任 智美, 梅本 匡則, 西井 智子, 大館たかえ, 阪上 雅史
(兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
前田 英美(大阪みなと中央病院耳鼻咽喉科)
35. 味覚障害を含む口腔・咽頭疾患における亜鉛欠乏の頻度とその経過
徳永 貴広(真生会富山病院耳鼻咽喉科)
成田 憲彦, 藤枝 重治(福井大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
36. 口蓋扁桃摘出術後の味覚障害の検討
田中 真琴, 松田 慶士, 野村 泰之, 鳴原俊太郎, 大島 猛史
(日本大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
37. 自発性異常味覚に対するカプサイシンクリームの有効性の比較検討
大館たかえ, 任 智美, 西井 智子, 前田 英美, 梅本 匡則, 阪上 雅史
(兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第8群 嚥下 (15:55~16:45)

座長 熊井良彦(長崎大)
藤本保志(愛知医大)

38. 美容目的にA型ボツリヌス毒素を頸部に局所注射後、嚥下障害が出現した一例
樋口 雄将, 矢部 健介, 山本 浩之(東京都立広尾病院)
39. 冬の寒さとCOVID-19が嚥下障害例に与えた影響の検討
西山耕一郎(西山耳鼻咽喉科医院)
大上 研二(東海大学耳鼻咽喉科)
40. 睡眠時無呼吸症候群高齢者のCPAP療法・睡眠中の嚥下と呼吸動態
佐藤 公則, 千年 俊一, 佐藤 公宣, 小野 剛治, 梅野 博仁
(久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
41. 頭頸部癌化学放射線治療前後の嚥下評価方法の検証: 嚥下内視鏡・造影検査の経時比較
石井 亮, 大越 明, 佐藤 剛史, 平野 愛, 小川 武則, 香取 幸夫
(東北大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
加藤 健吾(東北大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, かとう耳鼻咽喉科・嚥下クリニック)
42. 粘度可変型流動食(マーメッドワン[®])の有用性の検討
飯島 宏章, 五島 史行, 渡邊 嶺, 寺邑 堯信, 大上 研二
(東海大学耳鼻咽喉科)

第1日9月3日(木)
第3会場(4階 銀河の間)

第2群 腫瘍統計・病理 (8:30~9:30)

座長 本間明宏(北海道大)
松浦一登(国立がんセンター東病院)

5. 超音波検査による舌癌の術前 DOI 計測に関する考察
飯田 善幸, 鬼塚 哲郎, 上條 朋之, 向川 卓志, 岡田 晋一, 入船 悠樹, 石田航太郎
(静岡県立静岡がんセンター)
6. 浸潤能評価に基づく T1, 2N0 舌癌 (UICC 第7版) の頸部郭清に関する検討
石田 知也, 峯崎 晃充, 島津倫太郎, 倉富勇一郎(佐賀大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
7. 中咽頭扁平上皮癌症例における重複癌の臨床的検討
江川 峻哉, 櫛橋 幸民, 嶋根 俊和
(昭和大学頭頸部腫瘍センター, 昭和大学耳鼻咽喉科,
昭和大学歯学部口腔外科学講座口腔腫瘍外科)
工藤 建人, 上村 佐和, 平野康次郎, 小林 一女(昭和大学耳鼻咽喉科)
8. 舌下腺腫瘍症例の検討
荻野 裕平, 八木 正夫, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 清水 皆貴, 福井 研太, 倉澤 志朗,
岩井 大(関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
9. 口腔癌の病理学的予後因子の検討
竹内寅之進(北九州市立医療センター)
宮崎 健, 木村 翔一, 打田 義則, 三橋 泰仁, 末田 尚之, 坂田 俊文
(福岡大学耳鼻咽喉科)
10. 当科における下咽頭癌の臨床的検討
芦田 直毅, 道場 隆博, 辻村 慶(大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第3群 咽頭腫瘍 (9:30~10:20)

座長 小川武則(岐阜大)
倉富勇一郎(佐賀大)

11. 長期間 Nivolumab を投与した3症例
堀 健志, 岩本 文, 山下 裕司(山口大学耳鼻咽喉科)
12. 中・下咽頭癌に対する PCE 療法の導入化学療法
新井 啓仁, 大村 学, 辻川 敬裕, 平野 滋
(京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
13. 遊離空腸再建を用いて喉頭温存下咽頭亜全摘術を施行した下咽頭後壁進行癌の一症例
小島 崇史, 松本 文彦, 藤巻 充寿, 大峽 慎一, 池田 勝久
(順天堂大学耳鼻咽喉・頭頸科)
14. 内視鏡的咽喉頭手術 (ELPS) における術直後の気道管理統計
竹野 幸夫, 高原 大輔, 上田 勉(広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
15. 3D 内視鏡・外視鏡を応用した鏡視下咽頭手術の有用性
渡邊 嶺, 酒井 昭博, 飯島 宏章, 寺邑 堯信, 大上 研二
(東海大学耳鼻咽喉科)

第4群 唾液腺 (1) (10:20~11:30)

座長 大上研二 (東海大)

花澤豊行 (千葉大)

16. ペンブロリズマブが著効した再発・転移耳下腺癌の一例
山下 凱, 岡本 伊作, 清水 顕, 渡嘉敷邦彦, 岡田 拓郎, 佐藤 宏樹, 塚原 清彰
(東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
17. 再発・転移唾液腺癌に対するニボルマブの使用経験
辻村 慶, 道場 隆博, 芦田 直毅 (大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
18. ウイルス性顔面神経麻痺として経過観察されていた耳下腺腫脹のない耳下腺癌2例
南方 寿哉, 江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 岩崎 真一 (名古屋市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
19. 耳下腺基底細胞腺癌の臨床的検討
寺田 哲也, 大村 修士, 東野 正明, 栗飯原輝人, 河田 了
(大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
20. 耳下腺深葉原発軟骨腫の1例
泥谷 匡祥, 杉田 玄, 河野 正充, 玉川 俊次, 保富 宗城
(和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
21. 顎下腺混合癌の1例
福田裕次郎, 三宅 宏徳, 濱本 真一, 原 浩貴 (川崎医科大学耳鼻咽喉科)
22. 新しい唾液腺腫瘍細胞診分類
谷内 政崇, 木下 一太, 神人 彪, 大村 修士, 東野 正明, 寺田 哲也, 栗飯原輝人,
河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
鈴木 学 (市立ひらかた病院)

第5群 感染症 (2) (11:30~12:20)

座長 將積日出夫 (富山大)

土井勝美 (近畿大)

23. 上咽頭結核の1例
大平乃理子, 森 安仁, 大月 直樹, 土井 勝美 (近畿大学耳鼻咽喉科)
24. アフタ性潰瘍を伴った急性咽喉頭炎から骨髄異形成症候群に合併した Sweet 病と診断した1例
松田 慶士, 田中 真琴, 野村 泰之, 鳴原俊太郎, 大島 猛史
(日本大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
25. 右下咽頭梨状陥凹瘻の1例
大井祐太郎, 赤荻 勝一 (富山赤十字病院耳鼻いんこう科)
中里 瑛 (宮城県立がんセンター)
將積日出夫 (富山大学耳鼻咽喉科)
26. 扁桃摘出術後に扁桃周囲膿瘍に類似した所見を呈した智歯周囲炎の一例
前田 泰規, 武田 育子
(大館市立総合病院耳鼻咽喉科, 弘前大学耳鼻咽喉科)
松原 篤 (弘前大学耳鼻咽喉科)
27. 水痘带状疱疹ウイルスによる舌咽・迷走神経麻痺の2例
坂田 正行 (大阪急性期・総合医療センター)

第6群 感染症 (3) (13:40~14:30)

座長 小林 一女 (昭和大)

竹野 幸夫 (広島大)

28. 誤嚥性肺炎のために COVID-19 感染の診断が遅れた一例
松下 豊, 栗原 渉, 井坂 奈央, 小島 博己
(東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
29. 耳鼻咽喉科外来にて COVID-19 を鑑別に要した3症例
吉野高一郎, 清水 顕, 本橋 玲, 小山内彩夏, 塚原 清彰
(東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
30. 咽後膿瘍と鑑別を要した川崎病症例
篠原 宏, 清水 啓成, 松本 祐磨 (河北総合病院耳鼻咽喉科)
31. 咽後膿瘍との鑑別を要した不全型川崎病の1例
石川 数馬, 佐藤 将盛, 左京 愛莉, 斎川雄一郎, 中村 真浩, 塩澤 晃人, 小島 雅貴,
伊藤 伸, 肥後隆三郎 (順天堂大学浦安病院耳鼻咽喉・頭頸部外科)
32. 咀嚼筋間隙膿瘍膿瘍に対する経口腔的排膿術
角田 篤信, 齋川雄一郎, 池田 勝久 (順天堂大学練馬病院耳鼻咽喉・頭頸科)

第9群 咽頭・粘膜免疫 (14:30~15:40)

座長 鈴木 正志 (大分大)

高原 幹 (旭川医大)

43. VAS スコアによる上咽頭擦過療法の効果判定についての統計学的検討
伊藤 宏文 (医療法人社団徳照会という耳鼻科)
44. 上咽頭処置による歌声障害の改善効果
駒澤 大吾 (声のクリニック赤坂こまざわ耳鼻咽喉科)
45. 胸鎖関節部痛を伴った扁桃病巣疾患
土井 彰, 小桜 謙一, 松本 淳也, 吉田 真夏 (高知医療センター耳鼻咽喉科)
高野 浩章 (高知医療センター皮膚科)
公文 義雄 (近森病院リウマチ膠原病科)
赤木 博文 (国立病院機構南岡山医療センター耳鼻咽喉科)
46. 反復性扁桃炎に対する柴胡清肝湯使用例11例の検討
阿部 秀晴, 石田 正幸, 將積日出夫 (富山大学耳鼻咽喉科)
47. 口蓋扁桃摘出術を行った患者へのアンケート調査と入院日数についての検討
渡邊 千尋, 阿部 靖弘, 大澤 悠, 那須 隆
(山形市立病院済生館耳鼻咽喉・頭頸部外科)
金子 昌行 (山形大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
48. 当科における口蓋扁桃摘出術の術後出血の検討
齋藤雄太郎, 太田 伸男, 北谷 栞, 野口 直哉, 山崎 宗治, 鈴木 貴博, 東海林 史
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)
49. 咽喉頭異常感症に対するボノプラザンフマル酸塩と SNRI の効果:
GETS-J (日本語版 GETS) を用いた評価
高橋 奈央 (新潟大学耳鼻咽喉科頭頸部外科, 長岡赤十字病院耳鼻咽喉科)
岩井 玄樹, 馬場 洋徳, 堀井 新 (新潟大学耳鼻咽喉科頭頸部外科)

第10群 唾液腺 (2) (15:40~16:30)

座長 岩井 大 (関西医大)
鈴木 幹男 (琉球大)

50. 顎下部から鎖骨上窩にまで進展した顎下型ガマ腫の1例
河田 怜, 太田 伸男, 北谷 栞, 草野 佑典, 齋藤雄太郎, 野口 直哉, 山崎 宗治,
東海林 史, 鈴木 貴博 (東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)
池田 怜吉 (東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
51. HIV感染症を伴う舌下型ガマ腫症例に対しOK-423硬化療法を施行した一例
草野 佑典, 北谷 栞, 齋藤雄太郎, 鈴木 貴博, 太田 伸男
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)
52. 副咽頭間隙に進展したsalivary duct cystの1例
山口 裕聖, 大平 真也, 長舩 大士, 加藤 孝邦, 和田 弘太
(東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科)
松浦賢太郎 (東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科, 湘南鎌倉総合病院耳鼻咽喉科)
伊藤 絢子, 手島 伸一 (湘南鎌倉総合病院病理診断部)
53. 若年男性に発生した耳下腺硬化性多嚢胞性腺症の1例
上村 明寛, 鈴木 詩織
(北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
坂東 伸幸 (北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
54. 口蓋多形腺腫5例の検討
小川 弘記, 熊井 琢美, 岸部 幹, 高原 幹, 片田 彰博, 林 達哉, 原渕 保明
(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第11群 唾液腺 (3) (16:30~17:10)

座長 河田 了 (大阪医大)

55. 術前細胞診で扁平上皮癌と診断されたワルチン腫瘍例
中谷 宏章, 竹内 薫, 福島 慶 (福山医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科)
56. 悪性リンパ腫を合併した耳下腺ワルチン腫瘍術後再発例
比嘉 朋代, 真栄田裕行, 嘉陽 祐紀, 鈴木 幹男 (琉球大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
57. 舌下腺に発生した慢性硬化性唾液腺炎例
大江祐一郎, 清水 猛史 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科)
58. 舌下腺に発生した濾胞型リンパ腫の1例
倉澤 志朗, 荻野 裕平, 八木 正夫, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 清水 皆貴, 岩井 大
(関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

第2日9月4日(金)
第1会場(5階 鳳凰の間)

シンポジウム2 (8:30~9:30)【領域講習】

司会 志賀清人(岩手医大)
吉崎智一(金沢大)

「COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療」

S2-1. COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療

東京都：がん専門病院としての立場から

瀬戸 陽, 三谷 浩樹, 米川 博之, 福島 啓文, 佐々木 徹, 新橋 渉, 小泉 雄,
戸田 和寿, 神山 亮介, 森田 琢磨, 市川 千恭, 鳥居 淳一, 道塚 智彦, 山村 晃司,
垣内 晃人, 田中 亮子, 檜原 浩介(がん研有明病院頭頸科)

S2-2. 岩手県および岩手医科大学での対応, 地方での問題点

片桐 克則(岩手医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

S2-3. 当科の COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療と感染対策状況について

中西 庸介(金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

パネルディスカッション2 (10:00~11:00)【領域講習】

司会 丹生健一(神戸大)
村上信五(名古屋市立東部医療センター)

「COVID-19 と口腔・咽頭疾患治療」

P2-1. COVID-19 の拡大と口腔・咽頭診療

—味覚障害—

任 智美(兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

P2-2. COVID-19 流行期における嚥下障害診療

木村百合香(荏原病院耳鼻咽喉科)

P2-3. COVID-19 流行下における小児口腔咽頭疾患の診療

守本 倫子(国立成育医療研究センター耳鼻咽喉科)

P2-4. COVID-19 up to date: 重症化のメカニズムとその治療・予防戦略

山田 充啓(東北大学呼吸器内科)

第14群 耳下腺腫瘍 (13:50~14:40)

座長 東海林 史 (東北医薬大)
松原 篤 (弘前大学)

69. 耳下腺腫瘍の増大速度に関する検討
酒井 祐紀, 八木 正夫, 阪上 智史, 藤澤 琢郎, 鈴木 健介, 清水 皆貴, 岩井 大
(関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
70. 耳下腺内顔面神経の構造—組織学的検討
神人 彪, 木下 一太, 谷内 政崇, 大村 修士, 稲中 優子, 東野 正明, 寺田 哲也,
河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
71. 耳下腺前方腫瘍と後方腫瘍の臨床的検討
大村 修士, 東野 正明, 寺田 哲也, 河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
72. 良性耳下腺腫瘍手術における術後顔面神経麻痺の要因と神経刺激装置の有用性
木下 一太, 東野 正明, 大村 修士, 寺田 哲也, 河田 了
(大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
神人 彪, 谷内 政崇 (洛和会音羽病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
西川 周治 (大阪府済生会吹田病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
粟飯原輝人 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 関西 BNCT 共同医療センター)
73. 耳下腺手術中の神経刺激装置を用いた術後顔面神経麻痺の予測法
東野 正明, 木下 一太, 谷内 政崇, 神人 彪, 大村 修士, 粟飯原輝人, 寺田 哲也,
河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第15群 唾液腺内視鏡 (1) (14:40~15:20)

座長 小林 泰輔 (高知大)
松延 毅 (日本医大)

74. 当科における唾液腺内視鏡を用いた顎下腺唾石摘出術の検討
高原 幹, 山木 英聖, 片田 彰博, 林 達哉, 原渕 保明
(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
75. 当院のワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の低侵襲手術と千葉県の実状
大塚雄一郎 (千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科)
根本 俊光 (成田赤十字病院耳鼻咽喉科)
花澤 豊行 (千葉大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
76. 当科における唾液腺内視鏡の実状
工藤 直美, 松原 篤 (弘前大学耳鼻咽喉科)
77. 鼻用硬性鏡観察下に唾液腺管内視鏡補助下口内法で摘出した顎下腺唾石症例
鈴木 貴博, 東海林 史, 野口 直哉, 齋藤雄太郎, 太田 伸男
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)

第16群 唾液腺内視鏡(2) (15:20~16:10)

座長 鈴木 貴博(東北医薬大)

室野 重之(福島県医大)

78. 唾液腺管手術のためのCT/MRI Fusion画像の有用性
松延 毅, 大久保公裕(日本医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
鶴島 康晃(健診会東京メディカルクリニック放射線科)
79. 名古屋市立大学病院における耳下腺唾石症の臨床像
江崎 伸一, 角谷 尚悟, 南方 寿哉, 佐藤慎太郎, 中山 明峰, 村上 信五, 岩崎 真一
(名古屋市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
80. 当科における耳下腺唾石症例の検討
小林 泰輔, 兵頭 政光(高知大学耳鼻咽喉科)
81. 当院にて経験した耳下腺唾石症例
杉田 玄, 宮本 真衣, 玉川 俊二, 保富 宗城(和歌山県立医大耳鼻咽喉科頭頸部外科)
82. 多発する耳下腺唾石に対して小切開と内視鏡を併用して摘出した一例
角谷 尚悟, 江崎 伸一, 南方 寿哉, 佐藤慎太郎, 中山 明峰, 村上 信五, 岩崎 真一
(名古屋市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

第2日9月4日(金)
第2会場(4階 翡翠の間)

第12群 嚥下手術 (11:40~12:10)

座長 香取幸夫(東北大)

59. リハビリテーション病院において嚥下機能改善手術を行った4例
鮫島 靖浩(熊本機能病院耳鼻咽喉科)
60. 気管弁法を用いたALS誤嚥防止術
馬場 洋徳, 岩井 玄樹, 堀井 新(新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
61. 誤嚥防止手術後の摂食機能療法
二藤 隆春(埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科)

第17群 異物・外傷 (13:50~14:40)

座長 那須 隆(山形市立済生館)
渡邊 健一(東北労災)

83. 歯科治療後に生じた皮下縦隔気腫の1例
齊藤 沖真, 濱本 真一, 福田裕次郎, 三宅 宏徳, 原 浩貴(川崎医科大学耳鼻咽喉科)
84. 口腔内より鉗子付き軟性内視鏡で摘出した上顎洞迷入歯根症例
山野 貴史, 西 憲祐(福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科)
吉住 潤子(福岡歯科大学口腔・顔面外科学講座口腔腫瘍学)
85. 50年以上前に顎関節手術で留置された傍咽頭間隙の医原性異物の1例
松永 崇志, 安倍 伸幸, 平野 隆, 鈴木 正志(大分大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
86. 緊急手術を要した下咽頭異物の1例
北谷 栞, 太田 伸男, 齋藤雄太郎, 野口 直哉, 山崎 宗治, 鈴木 貴博, 東海林 史
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)
87. 甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外へ穿通した魚骨症例
松本 祐磨, 清水 啓成, 篠原 宏(河北総合病院耳鼻咽喉科)

第18群 睡眠時無呼吸 (1) (14:40~15:30)

座長 安達美佳 (東北大)
中田誠一 (藤田医大)

88. 1歳睡眠時無呼吸患児の経過観察に關してのさらなる検討
平田 正敏 (藤田医科大学ばんだね病院臨床検査部)
中田 誠一, 木村 文美, 稲田 紘也, 岩田 昇
(藤田医科大学耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学)
鈴木 賢二 (ヨナハ総合病院)
89. 成人超重症閉塞性睡眠時無呼吸症 (AHI > 100/hr) の病態的特徴の検討
佐田 直子, 井下 綾子, 鈴木 陽, 池田 勝久
(順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科)
90. 薬物睡眠下内視鏡検査の有用性
鈴木 雅明 (帝京大学ちば総合医療センター耳鼻咽喉科)
91. 閉塞性睡眠時無呼吸症へ舌位置矯正器具を使用した症例
井下 綾子, 佐田 直子, 鈴木 陽
(順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科,
順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター)
松本 文彦, 池田 勝久 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科)
92. 小児閉塞性睡眠時無呼吸症における周術期 CPAP 管理の有用性に関する検討
鈴木 陽, 井下 綾子, 佐田 直子
(順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科,
順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター)
池田 勝久 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科)

第19群 睡眠時無呼吸 (2) (15:30~16:20)

座長 千葉伸太郎 (太田総合病院)
中山明峰 (名古屋市立大学)

93. AHI改善率からみた小児閉塞性睡眠時無呼吸症候群の手術適応
佐藤 公宣, 中園 秀樹, 温 光太郎, 梅野 博仁
(久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
94. Cadaver を用いた Sleep Surgery 研修会のさきに
中島 逸男 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科, 獨協医科大学病院睡眠医療センター)
今井 貫太, 春名 眞一 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
95. サージトロンを用いた内視鏡下アデノイド手術における鼻腔通気度の検討
佐藤慎太郎, 江崎 伸一, 中山 明峰
(名古屋市立大学病院睡眠医療センター, 名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
南方 寿哉, 角谷 尚悟, 岩崎 真一
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
96. 当科における新しい suture technique (CWICKs) による咽頭拡大術と鼻手術併用の効果の検討
木村 文美, 伊藤 聡志, 鹿野 和樹, 稲田 紘也, 岩田 昇, 中田 誠一
(藤田医科大学ばんだね病院耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学)
97. UPPP 及び舌扁桃切除術を施行した対称的な結果の OSA2 例の報告
矢富 正徳, 服部 和裕, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
北村 剛一 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 北村耳鼻咽喉科)
岡吉 洋平, 丸山 諒 (戸田中央総合病院耳鼻咽喉科)

第2日9月4日(金)
第3会場(4階 銀河の間)

第13群 検査・手術・気道管理 (11:15~12:25)

座長 角田 篤 信(順天堂大)
山田 武千代(秋田大)

62. 痛以外における modified Killian's method の有用性
室野 重之, 橋本 英樹(福島県立医科大学耳鼻咽喉科)
吉崎 智一(金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
63. 下咽頭梨状窩瘻に対する経口的化学・電気焼灼術の有用性に関する検討
白木 佑弥, 馬場 洋徳, 岩井 玄樹, 山崎 恵介, 堀井 新
(新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
高橋 奈央(長岡赤十字病院耳鼻咽喉科)
64. 当院で TOVS による経口的瘻管摘出術を施行した下咽頭梨状陥凹瘻の4例
長谷部正之, 荒木 幸仁, 宇野 光祐, 犬塚 義亮, 犬塚 絵理, 塩谷 彰浩
(防衛医科大学校耳鼻咽喉科)
栗田 昭宏(さいたま赤十字病院)
富藤 雅之(武蔵境耳鼻咽喉科)
65. 副咽頭間隙腫瘍手術症例の臨床的検討
友田 篤志, 福井 研太, 藤澤 琢郎, 八木 正夫, 岩井 大
(関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
66. 小児口腔咽頭手術における気道管理についての検討
浦辺 大志, 川野 利明, 平野 隆, 鈴木 正志(大分大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
67. 当科における小児気管切開症例の検討
横川 泰三, 溝口 兼司, 対馬那由多, 本間 明宏
(北海道大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
68. COVID-19 陽性に対する気管切開の予行演習
川出 早紀, 岸本真由子, 岡本 啓希, 小川 徹也, 藤本 保志
(愛知医科大学耳鼻咽喉科)

ランチョンセミナー2 (12:40~13:40)

座長 河田 了(大阪医大)

「切除不能な再発頭頸部癌に対するホウ素中性子捕捉療法について」
廣瀬 勝己(南東北 BNCT 研究センター)

第20群 症例・手術 (1) (13:50~15:00)

座長 浅田 行 紀 (宮城県がんセンター)
鹿野 真 人 (大原総合病院)

98. 舌根に生じた異所性骨腫の一例
嘉陽 祐紀, 真栄田裕行, 比嘉 朋代, 鈴木 幹男 (琉球大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
99. 内視鏡補助下経口法で摘出できた副咽頭間隙腫瘍の1例
安倍 伸幸, 平野 隆, 赤嶺 苑佳, 鈴木 正志 (大分大学耳鼻咽喉科頭頸部外科)
100. 悪性化を認めた上咽頭乳頭腫の1例
岩本 文, 津田 潤子, 堀 健志, 山下 裕司 (山口大学耳鼻咽喉科)
101. 外科的切除を必要とした下顎骨血管奇形の2例
森田 慎也, 野田 洋平, 牧野 琢丸, 假谷 伸 (岡山大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
102. 口腔咽頭血管腫に対する半導体レーザー治療の経験
高原 大輔, 竹野 幸夫, 佐々木 淳 (広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
103. 新生児上顎体の検討
今井 隆介, 岩橋 利彦, 岡崎 鈴代 (大阪母子医療センター耳鼻咽喉科)
104. 口唇浮腫が継続し治療に難渋したPFASの1例
濱田 聡子, 嶋村 晃宏, 阪本 大樹 (関西医科大学香里病院耳鼻咽喉科)
小林 良樹
(関西医科大学附属病院アレルギーセンター, 関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
朝子 幹也 (関西医科大学附属病院アレルギーセンター,
関西医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第21群 症例・手術 (2) (15:00~16:10)

座長 鈴木真輔 (秋田大)
館田 勝 (仙台医療センター)

105. 舌裏面に発生した軟骨脂肪腫例
西口 達治 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科, 市立長浜病院耳鼻咽喉科)
大脇 成広, 清水 猛史 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科)
106. 舌に発生した顆粒細胞腫の一例
河本 克之, 永田ゆりの, 多田 紘恵, 近松 一朗
(群馬大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)
107. 頬部皮下組織に発生した顆粒細胞腫例
小佐井真梨, 生駒 亮, 松浦 省己, 羽田 華練
(横浜南共済病院耳鼻咽喉科)
108. 当科で経験した節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型の一例
城所 淑信, 楠 威志 (順天堂大学医学部附属静岡病院耳鼻咽喉科)
109. 10番染色体微細欠失が原因と考えられる咽頭ポリポーシスの一例
小河原 隼, 矢富 正徳, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
110. 高周波電流装置が手術に有効であった代償性舌扁桃肥大の一例
山田 将大, 畠山 博充, 小松 正規, 磯野 泰大, 池宮城秀崇, 大氣 大和, 谷口 綾香,
鬼島 菜摘, 福井 健太, 岩村 泰 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)
折館 伸彦 (横浜市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
111. 咬筋に発生した限局性筋炎 (Focal myotosis) の1例
中島 大輝, 三浦 正寛, 千葉伸太郎 (太田総合病院耳鼻咽喉科)

口腔・咽頭科 第33巻 第3号
Stomato-pharyngology Vol. 33 No. 3

第33回 日本口腔・咽頭科学会総会号

令和2年9月3日(木)・4日(金)

江陽グランドホテル

担当：東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

日本口腔・咽頭科学会
Japan Society of Stomato-pharyngology

目 次

シンポジウム 1【領域講習】

「睡眠時無呼吸症候群」

S1-1. 小児の睡眠呼吸障害と閉塞性睡眠時無呼吸

安達 美佳（東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）…………… 137

S1-2. 小児扁桃肥大におけるリンパ濾胞胚中心の形成メカニズム

高野 賢一（札幌医科大学耳鼻咽喉科）…………… 138

シンポジウム 2【領域講習】

「COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療」

S2-1. COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療

東京都：がん専門病院としての立場から

瀬戸 陽, 三谷 浩樹, 米川 博之, 福島 啓文, 佐々木 徹, 新橋 渉, 小泉 雄,

戸田 和寿, 神山 亮介, 森田 琢磨, 市川 千恭, 鳥居 淳一, 道塚 智彦, 山村 晃司,

垣内 晃人, 田中 亮子, 檜原 浩介（がん研有明病院頭頸科）…………… 139

S2-2. 岩手県および岩手医科大学での対応, 地方での問題点

片桐 克則（岩手医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）…………… 140

S2-3. 当科の COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療と感染対策状況について

中西 庸介（金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）…………… 141

パネルディスカッション 1【領域講習】

「上咽頭擦過療法」

P1-1. 慢性上咽頭炎およびその関連疾患の病態

熊井 琢美（旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）…………… 143

P1-2. 上咽頭擦過療法に関するアンケート調査

西田 吉直（にしだ耳鼻咽喉科）…………… 144

P1-3. 上咽頭炎における内視鏡診断と上咽頭擦過療法（EAT）のコツ,

および EAT 支援機器についての考察

田中亜矢樹（田中耳鼻咽喉科）…………… 145

P1-4. 慢性上咽頭炎に対する上咽頭擦過療法の有効性

—局所所見および自覚症状の治療効果について—

大野 芳裕（大野耳鼻咽喉科）…………… 146

パネルディスカッション 2【領域講習】

「COVID-19 と口腔・咽頭疾患治療」

P2-1. COVID-19 の拡大と口腔・咽頭診療

—味覚障害—

任 智美（兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）…………… 147

P2-2. COVID-19 流行期における嚥下障害診療

木村百合香（荏原病院耳鼻咽喉科）…………… 148

P2-3. COVID-19 流行下における小児口腔咽頭疾患の診療

守本 倫子（国立成育医療研究センター耳鼻咽喉科）…………… 149

P2-4. COVID-19 up to date: 重症化のメカニズムとその治療・予防戦略 山田 充啓 (東北大学呼吸器内科)	150
---	-----

教育セミナー【領域講習】

「外来での嚥下診療」

E1-1. 耳鼻科外来での嚥下評価と対応 加藤 健吾 (かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック / 東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)	151
--	-----

専門医共通講習【医療安全】

「医療安全に資するインフォームドコンセント」

C1-1. インフォームド・コンセント (IC) を考える 田畑 雅央 (東北大学病院医療安全推進室)	153
--	-----

一般演題

1. 口腔・咽喉頭の単純ヘルペスウイルス初感染 24 例の検討 大塚雄一郎 (千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科) 根本 俊光 (成田赤十字病院耳鼻咽喉科) 花澤 豊行 (千葉大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)	155
2. 当院における扁桃周囲膿瘍入院患者 133 例の検討 小泉祥太郎, 渡邊 健一 (東北労災病院耳鼻咽喉科)	155
3. 深頸部膿瘍の生命予後に関与する因子について～医療大規模データ (DPC) の解析から 日高 浩史, 阪上 智史, 八木 正夫, 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	156
4. COVID-19 パンデミック期の頭頸部癌手術に対する術前スクリーニング体制の重要性： 全国調査からの見えてきたこと 太田 一郎, 北原 紘 (奈良県立医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科) 浅田 行紀 (宮城県立がんセンター頭頸部外科)	156
5. 超音波検査による舌癌の術前 DOI 計測に関する考察 飯田 善幸, 鬼塚 哲郎, 上條 朋之, 向川 卓志, 岡田 晋一, 入船 悠樹, 石田航太郎 (静岡県立静岡がんセンター)	157
6. 浸潤能評価に基づく T1, 2N0 舌癌 (UICC 第 7 版) の頸部郭清に関する検討 石田 知也, 峯崎 晃充, 島津倫太郎, 倉富勇一郎 (佐賀大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	157
7. 中咽頭扁平上皮癌症例における重複癌の臨床的検討 江川 峻哉, 櫛橋 幸民, 嶋根 俊和 (昭和大学頭頸部腫瘍センター, 昭和大学耳鼻咽喉科, 昭和大学歯学部口腔外科学講座口腔腫瘍外科) 工藤 建人, 上村 佐和, 平野康次郎, 小林 一女 (昭和大学耳鼻咽喉科)	158
8. 舌下腺腫瘍症例の検討 荻野 裕平, 八木 正夫, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 清水 皆貴, 福井 研太, 倉澤 志朗, 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)	158
9. 口腔癌の病理学的予後因子の検討 竹内寅之進 (北九州市立医療センター) 宮崎 健, 木村 翔一, 打田 義則, 三橋 泰仁, 末田 尚之, 坂田 俊文 (福岡大学耳鼻咽喉科)	159
10. 当科における下咽頭癌の臨床的検討 芦田 直毅, 道場 隆博, 辻村 慶 (大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	159

11. 長期間 Nivolumab を投与した3症例 堀 健志, 岩本 文, 山下 裕司 (山口大学耳鼻咽喉科).....	160
12. 中・下咽頭癌に対するPCE療法の導入化学療法 新井 啓仁, 大村 学, 辻川 敬裕, 平野 滋 (京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	160
13. 遊離空腸再建を用いて喉頭温存下咽頭亜全摘術を施行した下咽頭後壁進行癌の一症例 小島 崇史, 松本 文彦, 藤巻 充寿, 大峽 慎一, 池田 勝久 (順天堂大学耳鼻咽喉科・頭頸科).....	161
14. 内視鏡的咽喉頭手術(ELPS)における術直後の気道管理統計 竹野 幸夫, 高原 大輔, 上田 勉 (広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	161
15. 3D内視鏡・外視鏡を応用した鏡視下咽頭手術の有用性 渡邊 嶺, 酒井 昭博, 飯島 宏章, 寺邑 克信, 大上 研二 (東海大学耳鼻咽喉科).....	162
16. ペンプロリズマブが著効した再発・転移耳下腺癌の一例 山下 凱, 岡本 伊作, 清水 顕, 渡嘉敷邦彦, 岡田 拓郎, 佐藤 宏樹, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	162
17. 再発・転移唾液腺癌に対するニボルマブの使用経験 辻村 慶, 道場 隆博, 芦田 直毅 (大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	163
18. ウイルス性顔面神経麻痺として経過観察されていた耳下腺腫脹のない耳下腺癌2例 南方 寿哉, 江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 岩崎 真一 (名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	163
19. 耳下腺基底細胞腺癌の臨床的検討 寺田 哲也, 大村 修士, 東野 正明, 栗飯原輝人, 河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	164
20. 耳下腺深葉原発軟骨腫の1例 泥谷 匡祥, 杉田 玄, 河野 正充, 玉川 俊次, 保富 宗城 (和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	164
21. 顎下腺混合癌の1例 福田裕次郎, 三宅 宏徳, 濱本 真一, 原 浩貴 (川崎医科大学耳鼻咽喉科).....	165
22. 新しい唾液腺腫瘍細胞診分類 谷内 政崇, 木下 一太, 神人 彪, 大村 修士, 東野 正明, 寺田 哲也, 栗飯原輝人, 河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 鈴木 学 (市立ひらかた病院).....	165
23. 上咽頭結核の1例 大平乃理子, 森 安仁, 大月 直樹, 土井 勝美 (近畿大学病院耳鼻咽喉科).....	166
24. アフタ性潰瘍を伴った急性咽喉頭炎から骨髄異形成症候群に合併したSweet病と診断した1例 松田 慶士, 田中 真琴, 野村 泰之, 鳴原俊太郎, 大島 猛史 (日本大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	166
25. 右下咽頭梨状陥凹瘻の1例 大井祐太郎, 赤荻 勝一 (富山赤十字病院耳鼻いんこう科) 中里 瑛 (宮城県立がんセンター) 將積日出夫 (富山大学耳鼻咽喉科).....	167
26. 扁桃摘出術後に扁桃周囲膿瘍に類似した所見を呈した智歯周囲炎の一例 前田 泰規, 武田 育子 (大館市立総合病院耳鼻咽喉科, 弘前大学耳鼻咽喉科) 松原 篤 (弘前大学耳鼻咽喉科).....	167

27. 水痘帯状疱疹ウイルスによる舌咽・迷走神経麻痺の2例 坂田 正行 (大阪急性期・総合医療センター).....	168
28. 誤嚥性肺炎のために COVID-19 感染の診断が遅れた一例 松下 豊, 栗原 渉, 井坂 奈央, 小島 博己 (東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	168
29. 耳鼻咽喉科外来にて COVID-19 を鑑別に要した3症例 吉野高一郎, 清水 顕, 本橋 玲, 小山内彩夏, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	169
30. 咽後膿瘍と鑑別を要した川崎病症例 篠原 宏, 清水 啓成, 松本 祐磨 (河北総合病院耳鼻咽喉科).....	169
31. 咽後膿瘍との鑑別を要した不全型川崎病の1例 石川 数馬, 佐藤 将盛, 左京 愛莉, 齋川雄一郎, 中村 真浩, 塩澤 晃人, 小島 雅貴, 伊藤 伸, 肥後隆三郎 (順天堂大学浦安病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	170
32. 咀嚼筋間隙膿瘍膿瘍に対する経口腔的排膿術 角田 篤信, 齋川雄一郎, 池田 勝久 (順天堂大学練馬病院耳鼻咽喉科・頭頸科).....	170
33. 味認識装置を用いたテストディスクの検討 勢井 洋史, 羽藤 直人 (愛媛大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	171
34. 当科味覚外来における基本チェックリストに基づく分析: パイロットスタディ 任 智美, 梅本 匡則, 西井 智子, 大館たかえ, 阪上 雅史 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 前田 英美 (大阪みなと中央病院耳鼻咽喉科).....	171
35. 味覚障害を含む口腔・咽頭疾患における亜鉛欠乏の頻度とその経過 徳永 貴広 (真生会富山病院耳鼻咽喉科) 成田 憲彦, 藤枝 重治 (福井大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	172
36. 口蓋扁桃摘出術後の味覚障害の検討 田中 真琴, 松田 慶士, 野村 泰之, 鳴原俊太郎, 大島 猛史 (日本大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	172
37. 自発性異常味覚に対するカプサイシンクリーム の有用性の比較検討 大館たかえ, 任 智美, 西井 智子, 前田 英美, 梅本 匡則, 阪上 雅史 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	173
38. 美容目的に A 型ボツリヌス毒素を頸部に局所注射後, 嚥下障害が出現した一例 樋口 雄将, 矢部 健介, 山本 浩之 (東京都立広尾病院).....	173
39. 冬の寒さと COVID-19 が嚥下障害例に与えた影響の検討 西山耕一郎 (西山耳鼻咽喉科医院) 大上 研二 (東海大学耳鼻咽喉科).....	174
40. 睡眠時無呼吸症候群高齢者の CPAP 療法・睡眠中の嚥下と呼吸動態 佐藤 公則, 千年 俊一, 佐藤 公宣, 小野 剛治, 梅野 博仁 (久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	174
41. 頭頸部癌化学放射線治療前後の嚥下評価方法の検証: 嚥下内視鏡・造影検査の経時比較 石井 亮, 大越 明, 佐藤 剛史, 平野 愛, 小川 武則, 香取 幸夫 (東北大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 加藤 健吾 (東北大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, かとう耳鼻咽喉科・嚥下クリニック).....	175

42. 粘度可変型流動食（マーメッドワン®）の有用性の検討 飯島 宏章, 五島 史行, 渡邊 嶺, 寺邑 堯信, 大上 研二 （東海大学耳鼻咽喉科）	175
43. VAS スコアによる上咽頭擦過療法の効果判定についての統計学的検討 伊藤 宏文（医療法人社団徳照会とう耳鼻科）	176
44. 上咽頭処置による歌声障害の改善効果 駒澤 大吾（声のクリニック赤坂こまざわ耳鼻咽喉科）	176
45. 胸鎖関節部痛を伴った扁桃病巣疾患 土井 彰, 小桜 謙一, 松本 淳也, 吉田 真夏（高知医療センター耳鼻咽喉科） 高野 浩章（高知医療センター皮膚科） 公文 義雄（近森病院リウマチ膠原病科） 赤木 博文（国立病院機構南岡山医療センター耳鼻咽喉科）	177
46. 反復性扁桃炎に対する柴胡清肝湯使用例 11 例の検討 阿部 秀晴, 石田 正幸, 將積日出夫（富山大学耳鼻咽喉科）	177
47. 口蓋扁桃摘出術を行った患者へのアンケート調査と入院日数についての検討 渡邊 千尋, 阿部 靖弘, 大澤 悠, 那須 隆 （山形市立病院済生館耳鼻咽喉・頭頸部外科） 金子 昌行（山形大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）	178
48. 当科における口蓋扁桃摘出術の術後出血の検討 齋藤雄太郎, 太田 伸男, 北谷 栞, 野口 直哉, 山崎 宗治, 鈴木 貴博, 東海林 史 （東北医科薬科大学耳鼻咽喉科）	178
49. 咽喉頭異常感症に対するボノプラザンフマル酸塩と SNRI の効果： GETS-J（日本語版 GETS）を用いた評価 高橋 奈央（新潟大学耳鼻咽喉科頭頸部外科, 長岡赤十字病院耳鼻咽喉科） 岩井 玄樹, 馬場 洋徳, 堀井 新（新潟大学耳鼻咽喉科頭頸部外科）	179
50. 顎下部から鎖骨上窩にまで進展した顎下型ガマ腫の 1 例 河田 怜, 太田 伸男, 北谷 栞, 草野 佑典, 齋藤雄太郎, 野口 直哉, 山崎 宗治, 東海林 史, 鈴木 貴博（東北医科薬科大学耳鼻咽喉科） 池田 怜吉（東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）	179
51. HIV 感染症を伴う舌下型ガマ腫症例に対し OK-423 硬化療法を施行した一例 草野 佑典, 北谷 栞, 齋藤雄太郎, 鈴木 貴博, 太田 伸男 （東北医科薬科大学耳鼻咽喉科）	180
52. 副咽頭間隙に進展した salivary duct cyst の 1 例 山口 裕聖, 大平 真也, 長船 大士, 加藤 孝邦, 和田 弘太 （東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科） 松浦賢太郎（東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科, 湘南鎌倉総合病院耳鼻咽喉科） 伊藤 絢子, 手島 伸一（湘南鎌倉総合病院病理診断部）	180
53. 若年男性に発生した耳下腺硬化性多嚢胞性腺症の 1 例 上村 明寛, 鈴木 詩織 （北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科） 坂東 伸幸（北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科）	181
54. 口蓋多形腺腫 5 例の検討 小川 弘記, 熊井 琢美, 岸部 幹, 高原 幹, 片田 彰博, 林 達哉, 原測 保明 （旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）	181

55. 術前細胞診で扁平上皮癌と診断されたワルチン腫瘍例 中谷 宏章, 竹内 薫, 福島 慶 (福山医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科).....	182
56. 悪性リンパ腫を合併した耳下腺ワルチン腫瘍術後再発例 比嘉 朋代, 真栄田裕行, 嘉陽 祐紀, 鈴木 幹男 (琉球大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	182
57. 舌下腺に発生した慢性硬化性唾液腺炎例 大江祐一郎, 清水 猛史 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科).....	183
58. 舌下腺に発生した濾胞型リンパ腫の1例 倉澤 志朗, 荻野 裕平, 八木 正夫, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 清水 皆貴, 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科).....	183
59. リハビリテーション病院において嚥下機能改善手術を行った4例 鮫島 靖浩 (熊本機能病院耳鼻咽喉科).....	184
60. 気管弁法を用いた ALS 誤嚥防止術 馬場 洋徳, 岩井 玄樹, 堀井 新 (新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	184
61. 誤嚥防止手術後の摂食機能療法 二藤 隆春 (埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科).....	185
62. 癌以外における modified Killian's method の有用性 室野 重之, 橋本 英樹 (福島県立医科大学耳鼻咽喉科) 吉崎 智一 (金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	185
63. 下咽頭梨状窩瘻に対する経口的化学・電気焼灼術の有用性に関する検討 白木 佑弥, 馬場 洋徳, 岩井 玄樹, 山崎 恵介, 堀井 新 (新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 高橋 奈央 (長岡赤十字病院耳鼻咽喉科).....	186
64. 当院で TOVS による経口的瘻管摘出術を施行した下咽頭梨状陥凹瘻の4例 長谷部正之, 荒木 幸仁, 宇野 光祐, 犬塚 義亮, 犬塚 絵理, 塩谷 彰浩 (防衛医科大学校耳鼻咽喉科) 栗田 昭宏 (さいたま赤十字病院) 富藤 雅之 (武蔵境耳鼻咽喉科).....	186
65. 副咽頭間隙腫瘍手術症例の臨床的検討 友田 篤志, 福井 研太, 藤澤 琢郎, 八木 正夫, 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	187
66. 小児口腔咽頭手術における気道管理についての検討 浦辺 大志, 川野 利明, 平野 隆, 鈴木 正志 (大分大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	187
67. 当科における小児気管切開症例の検討 横川 泰三, 溝口 兼司, 対馬那由多, 本間 明宏 (北海道大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	188
68. COVID-19 陽性に対する気管切開の予行演習 川出 早紀, 岸本真由子, 岡本 啓希, 小川 徹也, 藤本 保志 (愛知医科大学耳鼻咽喉科).....	188
69. 耳下腺腫瘍の増大速度に関する検討 酒井 祐紀, 八木 正夫, 阪上 智史, 藤澤 琢郎, 鈴木 健介, 清水 皆貴, 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科).....	189
70. 耳下腺内顔面神経の構造—組織学的検討 神人 彪, 木下 一太, 谷内 政崇, 大村 修士, 稲中 優子, 東野 正明, 寺田 哲也, 河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	189

71. 耳下腺前方腫瘍と後方腫瘍の臨床的検討	
大村 修士, 東野 正明, 寺田 哲也, 河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	190
72. 良性耳下腺腫瘍手術における術後顔面神経麻痺の要因と神経刺激装置の有用性	
木下 一太, 東野 正明, 大村 修士, 寺田 哲也, 河田 了	
(大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	
神人 彪, 谷内 政崇 (洛和会音羽病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	
西川 周治 (大阪府済生会吹田病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	
粟飯原輝人 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 関西 BNCT 共同医療センター)……………	190
73. 耳下腺手術中の神経刺激装置を用いた術後顔面神経麻痺の予測法	
東野 正明, 木下 一太, 谷内 政崇, 神人 彪, 大村 修士, 粟飯原輝人, 寺田 哲也,	
河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	191
74. 当科における唾液腺内視鏡を用いた顎下腺唾石摘出術の検討	
高原 幹, 山木 英聖, 片田 彰博, 林 達哉, 原渕 保明	
(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	191
75. 当院のワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の低侵襲手術と千葉県の実状	
大塚雄一郎 (千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科)	
根本 俊光 (成田赤十字病院耳鼻咽喉科)	
花澤 豊行 (千葉大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	192
76. 当科における唾液腺内視鏡の実状	
工藤 直美, 松原 篤 (弘前大学耳鼻咽喉科)……………	192
77. 鼻用硬性鏡観察下に唾液腺管内視鏡補助下口内法で摘出した顎下腺唾石症例	
鈴木 貴博, 東海林 史, 野口 直哉, 齋藤雄太郎, 太田 伸男	
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)……………	193
78. 唾液腺管手術のための CT/MRI Fusion 画像の有用性	
松延 毅, 大久保公裕 (日本医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)	
鶴島 康晃 (健診会東京メディカルクリニック放射線科)……………	193
79. 名古屋市立大学病院における耳下腺唾石症の臨床像	
江崎 伸一, 角谷 尚悟, 南方 寿哉, 佐藤慎太郎, 中山 明峰, 村上 信五, 岩崎 真一	
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	194
80. 当科における耳下腺唾石症例の検討	
小林 泰輔, 兵頭 政光 (高知大学耳鼻咽喉科)……………	194
81. 当院にて経験した耳下腺唾石症例	
杉田 玄, 宮本 真衣, 玉川 俊二, 保富 宗城 (和歌山県立医大耳鼻咽喉科頭頸部外科)……………	195
82. 多発する耳下腺唾石に対して小切開と内視鏡を併用して摘出した一例	
角谷 尚悟, 江崎 伸一, 南方 寿哉, 佐藤慎太郎, 中山 明峰, 村上 信五, 岩崎 真一	
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	195
83. 歯科治療後に生じた皮下縦隔気腫の1例	
齋藤 沖真, 濱本 真一, 福田裕次郎, 三宅 宏徳, 原 浩貴 (川崎医科大学耳鼻咽喉科)……………	196
84. 口腔内より鉗子付き軟性内視鏡で摘出した上顎洞迷入歯根症例	
山野 貴史, 西 憲祐 (福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科)	
吉住 潤子 (福岡歯科大学口腔・顔面外科学講座口腔腫瘍学)……………	196
85. 50年以上前に顎関節手術で留置された傍咽頭間隙の医原性異物の1例	
松永 崇志, 安倍 伸幸, 平野 隆, 鈴木 正志 (大分大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)……………	197
86. 緊急手術を要した下咽頭異物の1例	
北谷 栞, 太田 伸男, 齋藤雄太郎, 野口 直哉, 山崎 宗治, 鈴木 貴博, 東海林 史	
(東北医科薬科大学耳鼻咽喉科)……………	197

87. 甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外へ穿通した魚骨症例 松本 祐磨, 清水 啓成, 篠原 宏 (河北総合病院耳鼻咽喉科).....	198
88. 1歳睡眠時無呼吸患児の経過観察に関してのさらなる検討 平田 正敏 (藤田医科大学ばんだね病院臨床検査部) 中田 誠一, 木村 文美, 稲田 紘也, 岩田 昇 (藤田医科大学耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学) 鈴木 賢二 (ヨナハ総合病院).....	198
89. 成人超重症閉塞性睡眠時無呼吸症 (AHI > 100/hr) の病態的特徴の検討 佐田 直子, 井下 綾子, 鈴木 陽, 池田 勝久 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科).....	199
90. 薬物睡眠下内視鏡検査の有用性 鈴木 雅明 (帝京大学ちば総合医療センター耳鼻咽喉科).....	199
91. 閉塞性睡眠時無呼吸症へ舌位置矯正器具を使用した症例 井下 綾子, 佐田 直子, 鈴木 陽 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科, 順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター) 松本 文彦, 池田 勝久 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科).....	200
92. 小児閉塞性睡眠無呼吸症における周術期 CPAP 管理の有用性に関する検討 鈴木 陽, 井下 綾子, 佐田 直子 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科, 順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター) 池田 勝久 (順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科).....	200
93. AHI 改善率からみた小児閉塞性睡眠時無呼吸症候群の手術適応 佐藤 公宣, 中園 秀樹, 温 光太郎, 梅野 博仁 (久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	201
94. Cadaver を用いた Sleep Surgery 研修会のさきに 中島 逸男 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科, 獨協医科大学病院睡眠医療センター) 今井 貫太, 春名 眞一 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科).....	201
95. サージトロンを用いた内視鏡下アデノイド手術における鼻腔通気度の検討 佐藤慎太郎, 江崎 伸一, 中山 明峰 (名古屋市立大学病院睡眠医療センター, 名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 南方 寿哉, 角谷 尚悟, 岩崎 真一 (名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	202
96. 当科における新しい suture technique (CWICKs) による咽頭拡大術と鼻手術併用の効果の検討 木村 文美, 伊藤 聡志, 鹿野 和樹, 稲田 紘也, 岩田 昇, 中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学).....	202
97. UPPP 及び舌扁桃切除術を施行した対称的な結果の OSA2 例の報告 矢富 正徳, 服部 和裕, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 北村 剛一 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 北村耳鼻咽喉科) 岡吉 洋平, 丸山 諒 (戸田中央総合病院耳鼻咽喉科).....	203
98. 舌根に生じた異所性骨腫の一例 嘉陽 祐紀, 真栄田裕行, 比嘉 朋代, 鈴木 幹男 (琉球大学耳鼻咽喉・頭頸部外科).....	203
99. 内視鏡補助下経口法で摘出できた副咽頭間隙腫瘍の 1 例 安倍 伸幸, 平野 隆, 赤嶺 苑佳, 鈴木 正志 (大分大学耳鼻咽喉科頭頸部外科).....	204

100. 悪性化を認めた上咽頭乳頭腫の1例 岩本 文, 津田 潤子, 堀 健志, 山下 裕司 (山口大学耳鼻咽喉科).....	204
101. 外科的切除を必要とした下顎骨血管奇形の2例 森田 慎也, 野田 洋平, 牧野 琢丸, 假谷 伸 (岡山大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	205
102. 口腔咽頭血管腫に対する半導体レーザー治療の経験 高原 大輔, 竹野 幸夫, 佐々木 淳 (広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	205
103. 新生児上顎体の検討 今井 隆介, 岩橋 利彦, 岡崎 鈴代 (大阪母子医療センター耳鼻咽喉科).....	206
104. 口唇浮腫が継続し治療に難渋したPFASの1例 濱田 聡子, 嶋村 晃宏, 阪本 大樹 (関西医科大学香里病院耳鼻咽喉科) 小林 良樹 (関西医科大学附属病院アレルギーセンター, 関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 朝子 幹也 (関西医科大学附属病院アレルギーセンター, 関西医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 岩井 大 (関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	206
105. 舌裏面に発生した軟骨脂肪腫例 西口 達治 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科, 市立長浜病院耳鼻咽喉科) 大脇 成広, 清水 猛史 (滋賀医科大学耳鼻咽喉科).....	207
106. 舌に発生した顆粒細胞腫の一例 河本 克之, 永田ゆりの, 多田 紘恵, 近松 一朗 (群馬大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	207
107. 頬部皮下組織に発生した顆粒細胞腫例 小佐井真梨, 生駒 亮, 松浦 省己, 羽田 華練 (横浜南共済病院耳鼻咽喉科).....	208
108. 当科で経験した節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型の一例 城所 淑信, 楠 威志 (順天堂大学医学部附属静岡病院耳鼻咽喉科).....	208
109. 10番染色体微細欠失が原因と考えられる咽頭ポリポーシスの一例 小河原 隼, 矢富 正徳, 塚原 清彰 (東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	209
110. 高周波電流装置が手術に有効であった代償性舌扁桃肥大の一例 山田 将大, 畠山 博充, 小松 正規, 磯野 泰大, 池宮城秀崇, 大氣 大和, 谷口 綾香, 鬼島 菜摘, 福井 健太, 岩村 泰 (横浜市立大学附属市民総合医療センター) 折館 伸彦 (横浜市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科).....	209
111. 咬筋に発生した限局性筋炎 (Focal myotonia) の1例 中島 大輝, 三浦 正寛, 千葉伸太郎 (太田総合病院耳鼻咽喉科).....	210

シンポジウム 1

睡眠時無呼吸症候群

シンポジウム 1-1 小児の睡眠呼吸障害と閉塞性睡眠時無呼吸

安達 美佳

東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

小児の睡眠呼吸障害 (sleep disordered breathing: SDB) は小児の身体及び行動・認知機能の発達に大きな影響を及ぼす疾患である。いびきや無呼吸を主訴に受診する際には、すでにこれらの症状を伴っていることが多く、重症例には早期の治療介入が必要である。しかし、SDBは「いびき」から「閉塞性睡眠時無呼吸 (obstructive sleep apnea: OSA)」に至る連続的な疾患概念であり、睡眠時に生じる気道閉塞の状態とこれに伴う呼吸・換気・睡眠の変化は様ではないと考えられ、また、対象となる「小児」も、乳児から幼児から思春期まで幅があり、年齢によって解剖学的な閉塞の原因、呼吸生理機能、睡眠は大きく異なると予想される。このため、その重症度も、睡眠と呼吸の障害そのものに伴うものと、これらがもたらす全身症状に分けて考えたうえで、総合的に評価する必要があると思われる。

一方、小児 OSA の診断基準は、睡眠障害国際分類第2版 (the international classification of sleep disorders 2nd.: ICSD-2) が2004年に公表されて以来、第3版 (ICSD-3) においても、保護者の観察した臨床症状に加え、無呼吸低呼吸指数 (apnea hypopnea index: AHI) 1以上を満たすことが基準とされている。附則として低換気の指標が示されているが、診断基準として取り上げられることは少なかった。AHIはポリソムノグラフィで算出された呼吸停止と減弱のパラメーターであり、そのまま低換気のパラメーターとすることはできない。実臨床の場では、AHIの数値、時として簡易モニターの数値を基準とし、局所所見と全身状態を参考にして、治療、特に扁桃摘出アデノイド切除の適応が決められていることが多い。

小児の OSA の病態は複雑であり、正常な小児の上気道は成人に比し狭小だが虚脱しにくく、閉塞性無呼吸を来しにくいとされている一方、小児 SDB では完全な閉塞を伴わない低呼吸や短時間の無呼吸であっても低酸素血症や高炭酸ガス血症が起きやすいと説明されているこ

とが多い。つまり、上気道の完全閉塞をともなわない低換気を起こしやすいと考えられる。その理由として、小児では呼吸数が多く、かつ機能的残気量が小さいためと説明されてきた。このことが、軽症の OSA (AHI の値が小さい OSA) であっても、重篤な臨床症状をきたしやすい原因とされている。しかし、年齢や解剖学的な閉塞部位が異なる小児 SDB の呼吸常態を十分に説明するには不十分と思われる。

成人では、閉塞性無呼吸の原因を、解剖学的要因だけではなく、呼吸中枢の不安定性、咽頭筋反応性、覚醒閾値の4つの要因の相互作用により理解しようとする考え方が提唱されている。小児を対象とした研究は限られるが、正常児と OSA 児の気道虚脱の差異、気道開存のための咽頭拡大筋と呼吸や睡眠との関係、睡眠構築や覚醒閾値と換気応答など、個々の報告が多くなされている。小児は無呼吸を起こしにくいのか、上気道の完全閉塞をともなわない低換気を起こしやすいのはなぜか、乳幼児から学童期、思春期までを同一の病態と考えていいのか、AHI だけで重症度評価を行うことの是非についてなど、考察してみたい。

シンポジウム 1-2 小児扁桃肥大におけるリンパ濾胞胚 中心の形成メカニズム

高野 賢一

札幌医科大学耳鼻咽喉科

扁桃・アデノイドは幼小児期に肥大し、成長とともに消退していくのは周知の事実である。一般的には4~5歳頃がアデノイド肥大のピークであり、口蓋扁桃は少し遅れて肥大のピークとなる。この幼小児期は免疫成熟過程にあるため、扁桃は機能亢進の結果として肥大すると考えられてきたが、その具体的なメカニズムについてはいまだ不明な点が多い。組織学的には肥大した扁桃において発達した胚中心の過形成と濾胞間領域の拡大がみられる。この胚中心で著明に増加しているのはB細胞であるが、その分化に関与する濾胞ヘルパーT (T follicular helper : Tfh) 細胞の増加も認められる。Tfh細胞はCXCR5を発現し、B細胞の抗体産生制御や胚中心形成に関与するが、肥大した扁桃ではTfh-shiftと呼ばれるTfh細胞機能のバランス変化が起こっていることをわれわれは明らかにしてきた。詳細な解析を行うと、肥大した幼小児の扁桃では制御性細胞群の割合が異なり、Foxp3陽性制御性T (regulatory T : Treg) 細胞、制御性B (regulatory B : Breg) 細胞といった抑制系の細胞群が成人に比べて少なく、逆にPD-1 + Tfh細胞、ICOS + Tfh細胞、PD-1 + ICOS + Tfh細胞といった活性系細胞群が多いことがわかった。そこで、幼小児期の扁桃肥大を来すリンパ濾胞胚中心の形成メカニズムとして、Tfh細胞が増加および活性化することで胚中心過形成が誘導され、さらに幼小児期では抑制系機構の働きが制限されている可能性を考え、Tfh細胞および胚中心B細胞の細胞数や機能を制御するはたらきをもつ濾胞制御性T (T follicular regulatory : Tfr) 細胞に着目し、いくつかの検討を行った。まず53人の血液検体および扁桃組織におけるTfr細胞数を10歳ごとに分類し比較したところ、いずれも年齢増加に伴いTfr細胞の割合が増加していた。加齢とTfr細胞の機能変化を調べるために、B細胞、Tfh細胞、Tfr細胞の共培養系によるsuppression assayを行ったところ、若年群(30歳未満)ではTfr細胞との共培養時にIgG産生が有意に抑

制されており、加齢群(30歳以上)ではIgG産生の抑制が認められず、Tfr細胞の抑制機能が年齢増加に伴い低下していくと考えられた。次に抑制性サイトカインであるIL-10について検討を行ったところ、血液検体、扁桃組織ともに年齢増加に伴ってIL-10陽性Tfr細胞が有意に減少し、さらに共培養系に抗IL-10抗体を処置したところ、若年群におけるIgG産生抑制が認められなかった。血液検体および扁桃組織におけるPD-1陽性活性化Tfh細胞の割合を年齢ごとに比較検討したところ、年齢増加に伴い減少しており、特に加齢群では著明な減少が認められた。以上の結果から、血液中および扁桃組織におけるTfr細胞とTfh細胞の加齢による変化として、(1) Tfr細胞の割合は増加する、(2) Tfr細胞の抑制能は低下する、(3) Tfr細胞のIL-10産生能が低下する、(4) 活性化Tfh細胞の割合は減少することが示された。すなわち加齢や局所での外来抗原等の刺激によるTfh-shiftと関連する免疫学的変化により扁桃肥大が消退し、こうした免疫学的変化に乏しい場合は成人以降も扁桃肥大が持続している可能性がある。Tfh細胞はとりわけB細胞に作用し細胞増殖や濾胞形成、抗体産生に関与しており、その反応にはCD28/CTLA4-CD80-CD86経路やCD226/TIGIT-CD112/CD155経路が関わることが明らかとなっており、Tfh細胞の活性化メカニズムやTfr細胞の制御に関して解明が進めば、睡眠時無呼吸症候群の原因ともなる扁桃肥大に対する新たな非手術的アプローチが可能になるかも知れない。

シンポジウム 2

COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療

シンポジウム 2-1

COVID-19パンデミック下の中咽頭癌治療
東京都：がん専門病院としての立場から

○瀬戸 陽・三谷 浩樹・米川 博之・福島 啓文
佐々木 徹・新橋 渉・小泉 雄・戸田 和寿
神山 亮介・森田 琢磨・市川 千恭・鳥居 淳一
道塚 智彦・山村 晃司・垣内 晃人・田中 亮子
檜原 浩介

がん研有明病院頭頸科

2020年1月16日に日本で初めて新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染患者が確認された。東京都では1月24日に初めて確認され、以後しばらく1日感染者数は0または1人で推移したが、2月12日から連日数人から十数人の規模で確認されるようになった。3月23日には都内の施設で大規模な院内感染が発生、以後3月25日の新規患者数41人を皮切りに感染者数は急増し、4月4日以後は1日100人を越える感染患者が確認されるようになった。4月7日に7都道府県に緊急事態宣言が発出されるも4月17日には1日200人を越えた。

上記の様な流行の中、頭頸部癌治療においては、2月から3月中旬まではCOVID-19に関する各施設の方針により治療が検討されていたと思われる。しかし、感染者の増加がみられた3月下旬からは、都内で頭頸部癌の集学的治療を行ういくつかの中核施設でCOVID-19患者が発生し、一定期間の入院制限や手術中止の措置が取られた。また、他の中核施設においてもCOVID-19患者受け入れのための一般病棟やICUの確保、人的、物的資源の投入の影響を受け、頭頸部癌に対する治療として、主に施設の手術枠の制限により、本来必要な手術が出来なくなるといった事態に陥った。

当院はがん治療に特化している影響で、特定機能病院でありながら、他施設と比較して人工呼吸器保有数が圧倒的に少なく、ECMOに至っては所有していない。また設備上の問題により自施設でSARS-CoV-2に対するPCR検査が行えないことが判明した。これらの理由から、当院はCOVID-19に対する治療に関しては十分な社会的責務が果たせないと判断した。そのため、病院の基本方針としてCOVID-19の治療目的にベッドを確保するのではなく、他院で治療ができなくなったがん患者、とくに手術を要する患者を受け入れる方針を取り、休日も手術室を稼働させ手術件数を増やした。当科でもその方針に従い、他施設から22例の頭頸部癌患者の受け入れ依頼を頂いた。その様な状況の中、当院から

も職員一名の感染が確認され、4月20日から約1週間の手術件数制限が余儀なくされたが、その制限中も6件の自家組織移植を伴う手術と5件の小手術や縦隔手術などを維持することが出来た。以後は通常通り手術を行うことが出来ている。

今回のテーマである中咽頭癌は、周知の通り特にp16陽生例では化学療法、放射線療法の効果が高いため、COVID-19の影響による前述のような状況下では、通常では手術となる進行例でもCCRTを選択する機会が、また施設によっては導入化学療法を適用する機会が増えると予想される。

しかし、当院では先述のように手術制限が僅少であったため、COVID-19流行の大きな影響は受けず、中咽頭癌に対して従来通り、手術が適している症例には手術を、CCRTが良いと思われるものはCCRTを遂行することが出来た。

本シンポジウムでは、通常情勢における当院の中咽頭癌の治療方針を示したうえで、上記流行期間中に当院で治療を行なった中咽頭癌症例を提示し、感染者数が最も多かった東京都におけるがん専門病院としての立場から、COVID-19パンデミック下の中咽頭癌治療について検討を加え報告したい。

シンポジウム 2-2 岩手県および岩手医科大学での対応、地方での問題点

片桐 克則

岩手医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2020年6月の時点で岩手県ではSARS-CoV-2感染者が確認されていない。感染が全国に広がり始めた当初は岩手県はそもそもPCR検査数が少ないため現れていないだけではという見方もあったが、検査数が増えても陽性者は出なかった。感染拡大において重要な要素の「密」という点で岩手県の背景をみてみると、2020年4月の時点で人口密度は80.29人/km²と北海道に次ぐ少なさであり、これは東京都の人口密度6335.1人/km²のわずか80分の1に過ぎない。また、交通の面では岩手県最大の盛岡駅でも利用者は約18,000人/日でJR東日本の駅の中で二百数十番目という少なさである(因みに東京ではJR新宿駅だけでも約80万人/日)。これらの数字から、「密」が重要な因子と考えれば、やはり岩手は首都圏に比べると感染は広がりにくいと言えるだろう。

医療の面から県の背景をみると、2019年厚労省発表の医師偏在指標では岩手県は全国で最も医師不足にあり、医師数、医療機関とも少ない。広い市町村に唯一の県立の総合病院というケースも多い。このため、もし院内感染が生じた場合に病院を一時休診にすることや、感染した医療従事者を自宅待機とすることは、他の病院、医師のない地域では即完全な医療崩壊となる。また、人口の高齢化という点からも、感染が広がった場合は死亡率の高さが危惧される。このような背景から、感染者が出ていない段階でも、医療現場では非常に危機感が高まっている。

SARS-CoV-2感染者に対する岩手県の方針としては、無症状または咳程度の軽症患者は感染指定医療機関へ入院または指定ホテルへ滞在、酸素が必要な中等症患者は感染指定医療機関または協力病院に入院、人工呼吸器が必要な重症患者は基幹病院、人工呼吸 + αまたはECMOを要する患者は岩手医科大学または指定の基幹病院で入院治療を行うとしている。岩手医科大学の役割としては、最重症感染者、他の重度疾患を有する感染者、重症小児感染者、管理難度の高い妊婦の感染患

者を扱う。

感染者が出ていない段階での岩手医科大学の方針は、病院としての手術制限は基本的には行わず、各診療科でそれぞれ関連学会からのガイドラインに準拠して行っている。ただし、SARS-Cov-2感染者が入院した場合は、GICUをその専門病棟とするため、その時点でGICUを必要とする手術は制限されることとなる。当科では6月中旬までの時点で頭頸部外科の悪性疾患手術は制限を行っておらず、耳鼻咽喉科の良性疾患手術は一時期手術制限を行った。また手術患者に対する術前PCR検査は5月上旬から、まず感染リスクの高い呼吸器外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、および産科で試験的に開始し、6月初めから全科で施行した。6月中旬まで陽性者は出ていない。

中咽頭癌治療に関しては、HPV関連の有無や患者の状況により判断し手術またはCRTを行ってきたが、この度のCOVID-19パンデミック下でもそれに変わりはない。手術症例では術前にPCR検査または肺CT検査で感染の有無を確認するが、それにより方針が変わった症例は出ていない。再発症例、遠隔転移症例は、他の頭頸部癌同様にプラチナ製剤使用後であればNivolumab → PTX + Cmab、プラチナ製剤使用後でなければTPF → Nivolumab、PTX + CBDCa + Cmab → Nivolumabなどの治療を行っているが、パンデミック下であっても基本的には変わりはない。

また、地方では独居の高齢患者で家族は首都圏にいるというケースが多い。パンデミックの緊急事態宣言下で家族が遠方から来ることができない、または東京から岩手に来ても2週間自宅待機の後でないと来院できなくなると、治療中のみでなく告知や方針決定の段階ですですに困難が生じる。逆に患者が家族のいる首都圏に行って治療を希望する場合も今までと異なり考慮が必要になる。

このように感染者が出ていない地域であっても、地方病院ならではの問題点も見えてきており、今後の全国的な感染状況を踏まえて対応を考えていかなければならない。

シンポジウム 2-3

当科の COVID-19 パンデミック下の中咽頭癌治療と感染対策状況について

中西 庸介

金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2020年1月に国内一例目の COVID-19 患者が確認されて以降、感染者は増加の一途をたどった。2020年4月7日に都市部の7県において緊急事態宣言が発令されてから、その対象が全国に拡大された。石川県は緊急事態宣言が発令された7県と同程度に感染の蔓延が進んでいる道府県であり、特定警戒区域に指定されていた。本原稿執筆時(6月9日時点)の COVID-19 患者総数は299人で人口10万人あたりの患者数としては、38.8人の東京都に次いで26.3人と全国2位であったが、その大半はクラスター発生であった。現在では感染の流行も落ち着きつつあり、精神的にも少し余裕が出てきているが、第二波への警戒が必要であると感じている。

COVID-19 パンデミック下では、待機的な手術はすべて延期となったものの、頭頸部癌診療はいわゆる「不要・不急」ではなく、「必要かつ急ぐもの」であり、感染流行下でも手術あるいは(化学)放射線治療を行わなければならない難しさがあった。中咽頭癌を含む頭頸部癌の治療方針については、感染流行前と流行下での基本的な考え方に相違は無いものの、制限された手術枠と手術室閉鎖の可能性などを考慮して最終的に決定したものとする。4月7日から6月9日までの間で当科で初回治療を行った中咽頭癌患者は5例であった。当科における中咽頭癌の治療方針と COVID-19 流行下に実際行った中咽頭癌患者の治療方法、当院における新型コロナウイルス感染対策の現況について紹介する。

パネルディスカッション 1

上咽頭擦過療法

パネルディスカッション 1-1 慢性上咽頭炎およびその関連疾患の 病態

熊井 琢美

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

上咽頭はリンパ組織が豊富であり、また細菌やウイルス、花粉、ハウスダストといった抗原に曝露されているため炎症が惹起されやすい領域である。上咽頭に慢性的に生じる炎症は後鼻漏や咽頭痛などの局所症状に加えて、IgA 腎症を含む自己免疫疾患や慢性疲労症候群などの全身疾患にも関連することが示唆されている。慢性上咽頭炎は通常の診療では見過ごされやすい疾患であるが、白色光もしくは帯域制限光内視鏡による詳細な観察および、上咽頭擦過療法による疼痛や出血に基づいた診断的治療がその診断の一助となる。

一方で慢性上咽頭炎の病態に関してはいまだに仮説の域を出ない側面が多く、上咽頭を専門領域の一つとして扱う耳鼻咽喉科医がその病態を解明していくことが期待される。上咽頭で増殖した細菌やウイルスは様々なパターン認識受容体 (Pattern recognition receptors) を刺激し、炎症反応を惹起する。そのため、慢性上咽頭炎は局所の炎症による鼻閉や後鼻漏を生じ、また炎症性サイトカインや抗体産生などに伴う自己免疫疾患への関与が考えられる。さらに、50%近くの脳脊髄液が咽頭後リンパ節を介して頸部のリンパ管に還流していることを鑑みると、慢性上咽頭炎によって上咽頭に浮腫が生じて脳脊髄液の還流が悪くなり頭蓋内圧が上昇する可能性が示唆される。この現象は頸部のリンパ管を結紮した動物モデルで既に明らかとなっており、上咽頭の慢性炎症によって生じる症状の一部は、鼻粘膜下組織のリンパ流の停滞による脳脊髄液の吸収障害に起因している可能性が考えられる。

本講演では、これまでに報告されている脳脊髄液-頸部リンパ還流経路や上咽頭の免疫動態を傍証として、慢性上咽頭炎および本疾患が関与しえる疾患や症状の病態について概説する。

パネルディスカッション 1-2 上咽頭擦過療法に関するアンケート調査

西田 吉直

にしだ耳鼻咽喉科

【はじめに】

上咽頭擦過療法 (Epipharyngeal Abrasive Therapy : EAT) は、大阪医大山崎春三教授、東京医科歯科大堀口申作教授が1964年と1966年にそれぞれ日耳鼻宿題報告をされて以降、学会で取り上げられることもほとんどなく忘れ去られたような存在であった。2004年堀田修医師 (腎臓内科医) が再評価して以来徐々に広まってきているが、EATを実施している医療機関は非常に少ないのが現状である。今回アンケート調査を行い、新たにEATを開始しようとする医師への情報提供になれば幸いである。

【対象】

対象は、「あさ出版のリスト」、インターネット等で渉猟した279施設で、そのうち169施設 (61%) から回答を得た。

【結果】

全279施設の所在地は、東京都 (55)、大阪府 (31)、兵庫県 (19)、神奈川県 (19)、埼玉県 (14)、愛知県 (14)、北海道 (12)、千葉県 (10)、福岡県 (9)、京都府 (7) が上位であったが、福島県、山梨県、鳥取県、佐賀県、大分県、宮崎県では実施施設はなかった。

以降は回答のあった169施設を母集団として分析した。標榜科は、耳鼻咽喉科145施設 (86%)、内科19施設 (11%)、皮膚科3施設 (2%)、その他2施設 (2%) であった。

EATの経験年数は、最も長い方が62年であった。一方5年未満が51%、5年~10年未満が20%と7割の方が最近10年間に始めておられたが、国内の耳鼻咽喉科医数が1万人強であることからするとその2%程度しか実施していないと推測され依然少数派である。EATを始めたきっかけは、資料や講演会で自ら情報収集して始めた方が73%、先代医師から引継いだ方が33%、患者の要請で始めた方が20%であった (複数回答可)。

EATの原型といえる堀口申作教授の「Bスポット療

法」は、1.0%塩化亜鉛溶液を非内視鏡下にて経鼻的に直鼻綿棒と経口的に咽頭捲綿子で鼻咽腔に塗布する治療であった (当初は内視鏡は普及していなかった)。その後派生して、使用する塩化亜鉛溶液の濃度は、1.0% (67%)、0.5% (26%)、0.2% (7%)、2.0% (5%) と多様化し (複数回答可)、鼻綿棒も直鼻綿棒 (81%) 以外に曲鼻綿棒 (54%) が使用 (併用あり) されるようになり、またその処置を内視鏡下に直視下で行うこともできるようになった。内視鏡は耳鼻咽喉科の92%に設置され、特殊光 (NBI, OE, FICE) による診察も29%が行っていたが、他科では内視鏡は使われていなかった。内視鏡検査は、初診時に行ったあとは月に1回程度行う施設が多かった。内視鏡所見として改善度を評価していたのは、発赤、膿・痂皮の付着、腫脹、リンパ濾胞の拡大、粘膜下点状出血斑であった。また処置の際に改善度を評価していたのは、出血、疼痛、疼痛持続時間であった。処置頻度は、急性上咽頭炎では、1~2回/週。慢性上咽頭炎では1~2~4回/月とさまざまであった。

対象とする症状や疾患は多岐にわたっており、急性上咽頭炎では、喉の痛み、頭痛、鼻閉、頸部痛、耳痛、耳閉感、急性咳嗽、発熱、めまい、嘔声、耳鳴等 (頻度順) であった。慢性上咽頭炎では、後鼻漏、咽喉頭異常感、慢性咳嗽、喉の痛み、肩こり、耳閉感、めまい、全身倦怠感、慢性頭痛、頸部痛、嘔声、耳痛、不明熱等 (頻度順) であった。また病巣疾患 (IgA腎症、掌蹠膿疱症、胸肋鎖骨過形成症) に対しても行われており、症例数は少ないが、慢性疲労症候群、アレルギー性鼻炎、HPVワクチン副作用にも行われていた。それぞれの症状や疾患についての有効性は、今後の臨床研究をまちたい。

保険診療においてEATそのものは掲載されていないのでそれに準じるものとして、口腔咽頭処置 (62%)、ネブライザー (51%)、鼻咽腔ファイバー (51%)、扁桃処置 (18%) で保険請求をしていた。

【謝辞】

(株) あさ出版が集計されたEAT実施施設のリストを利用させていただいた。

パネルディスカッション 1-3 上咽頭炎における内視鏡診断と上咽頭擦過療法 (EAT) のコツ, および EAT 支援機器についての考察

田中垂矢樹

田中耳鼻咽喉科

上咽頭は上気道の関門として NALT の一部を形成し免疫学的要衝であるばかりではなく、副交感神経線維の 8 割を占めるとされる迷走神経と舌咽神経の支配を受ける神経学的にも重要な部位である。迷走神経刺激治療 (Vagus Nerve Stimulation : VNS) の基礎理論である炎症反射理論に裏付けられるように迷走神経求心路と遠心路を介し、同部位の慢性炎症である慢性上咽頭炎が全身諸臓器に影響を及ぼす可能性が示唆されている。またヒトにおいて脳脊髄液が鼻咽腔のリンパ流路を介して神経節リンパ節に流入することが明らかになっており上咽頭の鬱血やリンパ流の鬱滞が脳代謝物の排泄障害を引き起こし低グレード脳炎に関与する可能性が論じられている。

慢性上咽頭炎の治療法である上咽頭擦過療法 (Epipharyngeal Abrasive Therapy : EAT) は 50 年以上の歴史があるが、慢性上咽頭炎における従来の診断法である擦過診断法に加え、帯域制限光を用いた内視鏡診断法の可能性が提起され、また従来の盲目的上咽頭擦過療法 (シンプル EAT) だけでなく内視鏡下上咽頭擦過療法 (Endoscopic EAT : E-EAT) が開発されたことによって精密で再現性のある慢性上咽頭炎診断・治療の標準化を目指すことが可能になりつつある。

EAT はそのアプローチ法によって経鼻綿棒を用いた経鼻的 EAT (Transnasal EAT : TN-EAT) と経口咽頭捲綿子を用いた経口的 EAT (Transoral EAT : TO-EAT) に大別されるが、それぞれの方法に長短があり、併施することによって相互に補完することが可能だと考えられる。EAT のコツを一言でいえば「しっかりと擦過し特に上咽頭天蓋と側壁を擦過し残さないこと」と表現できる。しかし例えばローゼンミュラー窩の擦過は臨床効果を発揮する点では非常に有用だが、内頸動脈に近接しており十分な注意が必要である。盲目的 EAT においては TN-EAT 時に中咽頭を明視しながら上咽頭を擦過することになるが、その際上咽頭から中咽頭までの連続的な解剖学的構造をイメージしながら擦過

することが重要である。

本口演では、内視鏡診断における診断の要点と正常例、軽度炎症例、中等症例、重症例のバリエーションを供覧し、今後の内視鏡診断における重症度 Grading に役立つと思われる基本的所見について報告したい。また EAT の基本的手技と盲目的 EAT, E-EAT における治療法の要点についても概説する。

上咽頭炎には急性、慢性の病態があり、慢性上咽頭炎の急性増悪という病態も存在する。

感冒罹患時には急性上咽頭炎が引き起こされ、ほとんどは非特異的所見を呈するが中には特異的な内視鏡所見を示す場合もあり、細菌やウイルスの種類、生体側の免疫応答性によっても上咽頭局所の病態は異なると考えられる。急性上咽頭炎重症例では時に偽膜形成を来し急性偽膜性上咽頭炎といった特異的内視鏡所見を示す場合があるが慢性上咽頭炎では偽膜を認めることはほとんどない。その所見を知ることは急性上咽頭炎と慢性上咽頭炎の内視鏡所見の違いや、今後上咽頭炎の病態を考察する上でのヒントになると考えられる。

慢性上咽頭炎例の内視鏡診断における診断ポイントについては既に本学会誌に報告しているが、時に耳管隆起と上咽頭後壁の間に索状または板状の架橋様癒着を呈する場合があります。こういった症例では中等症以上の慢性上咽頭炎例と診断可能な症例が多く、架橋様癒着の有無は内視鏡診断上のポイントの一つとして重要と考えられる。

EAT 時に経鼻綿棒や経口咽頭捲綿子を用いて架橋様癒着を切離する場合もあれば、下鼻甲介剪刀や截除鉗子を用いて処置を行う場合もある。EAT を補助するその他のデバイスとしては粘液嚢胞の穿破にはルーツェ式鼻用銃錘子が有用であり、穿破後の嚢胞貯留液吸引には耳用ローゼン吸引嘴管が使用しやすい。綿棒や咽頭捲綿子による EAT を補助するこれらのデバイスについても紹介する。

パネルディスカッション 1-4 慢性上咽頭炎に対する上咽頭擦過療法の有効性 —局所所見および自覚症状の治療効果について—

大野 芳裕

大野耳鼻咽喉科

慢性上咽頭炎は、後鼻漏、咽喉頭違和感、頭痛、めまい、肩こり、疲労感などの不定な症状をきたす他、IgA腎症や掌蹠膿疱症など病巣疾患の原因にもなり得る。治療としては塩化亜鉛溶液を浸した綿棒や咽頭捲綿子で上咽頭粘膜を擦過する上咽頭擦過療法 (Epipharyngeal abrasive therapy : EAT) が有効とされているが、EATによる治療成績の報告は少ない。一方、慢性上咽頭炎の診断基準や重症度の判定は明確ではない。そこで今回慢性上咽頭炎症例に対して、治療前後に鼻咽腔内視鏡所見の重症度分類と自覚症状のアンケートならびにVASを施行し、局所所見および自覚症状の治療効果について検討した。

対象は慢性上咽頭炎92例(男21例、女71例、平均年齢52.4歳)で、診断は症状から本疾患を疑い、内視鏡下に上咽頭所見を評価して、上咽頭粘膜の発赤、腫脹、上咽頭由来の後鼻漏などを認める症例とした。局所所見の重症度は、上咽頭粘膜の発赤、腫脹(R、S)を4段階で評価しスコア化(重度3・中等度2・軽度1・正常0)した。後鼻漏および痂皮付着のある場合はスコアに加点した(++2・+1・-0)。重症は、R、Sいずれかが重度かスコア合計が5点以上、中等症はR、Sのいずれかが中等度か3点または4点、軽症はR、Sのいずれかが軽度か1点または2点とした。その結果、重症50例・中等症30例・軽症12例となった。治療は経鼻腔および経口腔から1%塩化亜鉛溶液を用いてEATを週に1-2回程度施行し、患者には生理食塩液水による上咽頭洗浄を指示した。原則としてEAT 10回施行後に治療効果の判定を行った。自覚症状に関しては、治療前後に主訴を含む各症状(頭痛、後鼻漏、鼻閉、咽喉頭違和感、咽頭痛、肩こり、耳鳴、耳閉感、めまい、咳嗽、痰、その他)についてアンケートによる重症度スコア(高度3・中等度2・軽度1・なし0)と全身状態のVAS(10段階)による評価を行い、統計学的に解析した。主訴の改善度は、治療後に2段階の改善(3→1)または

0になったものを著明改善、1段階の改善(3→2、2→1)を改善とした。VASの改善度は、治療後に3段階の改善または0になったものを著明改善、1および2段階の改善を改善とした。局所所見の改善度については、重症から軽症または正常になったものを著明改善、重症から中等症、中等症から軽症になったものを改善と判定した。

主訴となった症状は後鼻漏が最も多く17例、以下咳嗽12例、咽喉頭違和感11例、咽頭痛9例、嗄声・痰8例、めまい6例などであった。EAT施行後における局所所見の重症度は、重症5例・中等症41例・軽症42例・正常4例となり、改善率は72.8%(著明改善25.0%・改善47.8%)で、自覚症状に関しては主訴88.0%(著明改善63.0%・改善25.0%)、VAS79.3%(著明改善51.1%・改善28.3%)であった。アンケート用紙に記載のあるすべての各自覚症状と嗄声・倦怠感(疲労感)のスコアおよびVASスコアは有意に改善した。また局所所見と主訴、主訴とVASの改善度との関連において有意な相関を認めた。

EATによる局所所見および自覚症状の治療効果は、これまでの自験例での成績では評価方法は異なるもののそれぞれ約8割程度の改善率であった。今回鼻咽腔内視鏡所見による重症度分類を行い、より客観的な重症度判定と治療効果の判定を試みた。自覚症状の改善効果については、アンケートの他にVASを取り入れてみた。局所所見の改善と主訴の改善との関連において有意な相関が認められたことから、上咽頭局所炎症の制御が症状の改善をもたらすことが期待できる。またVASも治療効果の判定に有用と思われた。今回の検討により、EATが慢性上咽頭炎の局所炎症および自覚症状の改善に有効であることが示唆された。

慢性上咽頭炎は冒頭で示したように多彩で不定な症状をきたすが、耳鼻咽喉科の日常診療においてはありふれた疾患である。上咽頭の炎症所見に着目しないと見逃されることがあるため、常に本疾患を念頭に置いて診療にあたるべきである。

パネルディスカッション 2

COVID-19 と口腔・咽頭疾患治療

パネルディスカッション 2-1 COVID-19 の拡大と口腔・咽頭診療 —味覚障害—

任 智美

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の重要な初期症状として「急性に発症する嗅覚味覚異常」が報告されて以来、世界からその頻度などが報告されるようになった。もともと感冒後味覚障害は嗅覚障害とともに知られており、当科でも 5 番目に多い原因として報告した。COVID-19 の嗅覚味覚に関する症状は軽症者では単独、または他の症状に先行して発症することが報告されており、SARS-CoV-2 の感染を強く疑う因子としてウイルス検査を積極的に行うことの必要性が論じられている。COVID-19 に伴う嗅覚味覚障害は現在、感染リスクの観点から検査はほとんどされておらず、今後の解明が期待される場所である。

各国の報告では、症例数が十分あり統計学的処理が妥当と思われたのはヨーロッパ多施設 (n = 417)、韓国大邱 (n = 3191)、中国武漢 (n = 214)、イタリアミラノ (n = 204)、イタリアトレヴィーゾ (n = 202)、であった。アメリカの報告では対象が 59 例と少ないが COVID-19 と同様にインフルエンザ様症状は呈しているものの SARS-CoV-2 の PCR 検査が陰性であった 203 例と比較しており、有効なデータと思われる。各異常を訴えた頻度は、ヨーロッパ：味覚 88.8%・嗅覚 85.6%、韓国：味覚 11.1%・嗅覚 12.2%、中国：味覚 5.6%、嗅覚 5.1%、ミラノ：味覚 55.4%・嗅覚 41.7%、トレヴィーゾ：味覚または嗅覚 64.4%、アメリカ：味覚 71%、嗅覚 68%であった。限局的ではあるが、本邦では大阪の公表された情報として医事新報の記事に 319 人中 34 人 (12%) に嗅覚味覚症状があったとしている。国間での差が大きく、現在みられる傾向としてはアジア系では嗅覚味覚ともに出現率は有意に少なく、ヨーロッパ系、アメリカでは高い割合であることは興味深いところである。

嗅覚味覚異常において嗅覚異常と味覚異常を問診のみで分けて考えることは難しい。患者にとって風味も味覚と認識している場合も多いことに加えて、嗅覚低下が生じると味覚の感度も低下しているように感じることもあ

るからである。今後、各検査を行うことで更なる解明が期待される場所である。

現在、味覚障害の発症機序として考えられているのが ACE2 receptor (アンギオテンシン変換酵素 II 受容体) の関与である。SARS-CoV-2 はウイルス表面に発現するスパイク状のタンパクが ACE2 receptor と結合し、細胞内に侵入するといわれており、特に口腔内では舌粘膜に多く存在すると報告されている。また唾液において SARS-CoV-2 の活性が高いことが報告されており、検査材料として唾液を用いることで医療従事者が感染性分泌物に暴露される危険性が少なくできる新しい COVID-19 診断法が注目されている。一方、COVID-19 患者の唾液が高い感染性をもつことを示すため、唾液に接触する可能性が高い電気味覚検査とろ紙ディスク法検査の施行には慎重にならざるを得ない。特にろ紙ディスク法は時間を要し、うがいを頻回にすることから感染の危険が高いといえる。

現段階の耳鼻科医としての対応に関して日本耳鼻咽喉科学会の対応ガイドは「嗅覚・味覚障害の急性発症」では、検査や処置はせず、適切な感染防御を講じて診察を行うこと、発症から二週間以上 (当科では感染防御部と話し合った結果 1 ヶ月とした) 異常が持続する場合は再受診してもらい、初診時にはステロイドや NSAID は処方しないようにすることが記載されている。

今後、本邦でも蓄積された疫学調査の詳細が発信されると思われる中で、COVID-19 における嗅覚味覚異常の解明は耳鼻咽喉科医の責務であると考え、適切な問診内容、安全な検査法などシステムの確立が必要と感じている。

パネルディスカッション 2-2 COVID-19 流行期における嚥下障害 診療

木村百合香

荏原病院耳鼻咽喉科

1) はじめに

嚥下のある場である「口腔」「咽頭」は新型コロナウイルスの増殖部位に一致する。嚥下障害診療は、検査や機能評価、リハビリテーション、外科治療、専門的口腔ケア、看護など多岐にわたるが、口腔や咽頭への接触や飛沫を生じる行為や、咳やくしゃみを誘発するエアロゾル発生手技“aerosol generating procedure (AGP)”に相当する行為が多くを占める。AGPは感染リスクが高く、標準予防策に加えて、N95 マスクやフェイスシールド、ガウンといった个人防护具 (PPE) による付加的予防策を講じる必要がある。

2) 嚥下障害診療と「危機管理」

「危機管理」とは、リスクを予測し備える「リスク管理」とは異なり、すでに発生した危機に対し、その負の影響を最小限にするとともに、いち早く脱出・回復を図ることであり、「最悪の事態」を想定して対応することが鉄則である。新型コロナウイルス感染症拡大に伴い嚥下障害診療の場で想定される「最悪の事態」は、院内感染の拡大である。院内感染の拡大を阻止するためには、まず医療従事者の安全を確保することが前提となる。また、嚥下障害を有する患者の多くは、高齢、心疾患や呼吸器疾患、糖尿病などの重症化リスクを有する症例であり、これらの症例が病院内や施設内で感染した場合には、高い死亡率が予測される。COVID-19 感染拡大に際し、日本耳鼻咽喉科学会や日本嚥下医学会から公開された一連の「対応ガイド」や「指針」は、これらの「最悪の事態」を想定し、諸外国の指針に比しより細やかな場面を想定し作成されている。地域による流行の程度と感染リスクに応じた適切な PPE の選択、許容度の推奨を行ったこれらの対応ガイドや指針は、「やり過ぎである」という感もあったが、院内感染や施設でのクラスター発生が食事の場面で生じていることが複数発生していくなかでは、妥当な内容であったといえよう。人は危機に際して、解決を「願う」「望む」が、緊急事態の進行には猶

予がない。「科学的根拠」に基づく診療が当たり前とされてきた医療従事者にとっては、違和感のある対応であったかもしれないが、「科学的根拠」を持たない危機へも対峙し、患者と医療従事者双方の安全を担保するのもまた医療従事者の使命である。

3) 「誤嚥性肺炎」あるいは嚥下障害を有した「COVID-19 肺炎」への対応

私の所属する施設にはクラスターが発生した複数の介護施設からの症例が多数入院してきた。発熱の原因はウイルス感染ではなく誤嚥性肺炎が疑われた症例も複数存在していたが、偽陰性に配慮し、2度の PCR 検査陰性を確認した後に full-PPE 着用下で嚥下内視鏡検査を含めた通常通りの嚥下機能評価を行っている。また、施設クラスターでは、嚥下障害を有する患者が新型コロナウイルスに感染することがあるが、食事介助や摂食機能療法による介入が大幅に制限される現状を踏まえ、陰性化を確認するまでは入院前の食事形態よりも一段落とす配慮を担当医に勧め、院内での誤嚥発生防止に努めている。

4) コロナ肺炎後の嚥下障害への対応

COVID-19 は呼吸器障害が強く、5%程度に人工呼吸器管理を要し、また挿管期間は米国のデータでは平均 18 日と通常の ARDS より長い。サイトカインストームにより様々な臓器障害が生じ、抜管後の道のりも平坦ではない。嚥下障害も、長期挿管による咽頭知覚の閾値の上昇や咽頭収縮力低下による廃用への対応のほか、低酸素脳症や各種薬剤の影響などの多彩な病態を呈することから、多職種によるアプローチを要する。

5) おわりに

当院では、嚥下障害診療だけでなく、食事の場面すべてに関する留意点をまとめ、全職員を対象とした QC 活動による啓発を行っている。耳鼻咽喉科医は上気道感染症の専門家でもあり、複数の診療科や多職種が関与する嚥下障害診療においては、新型コロナウイルス感染症に対する感染対策を行った上で適切な嚥下障害診療を提供するための指導的役割が望まれる。

パネルディスカッション 2-3 COVID-19 流行下における小児口腔 咽頭疾患の診療

守本 倫子

国立成育医療研究センター耳鼻咽喉科

小児の COVID-19 感染の現況

そもそも小児の感染者は全体の中での割合は小さく、米国では18歳未満の患者は罹患者全体の1.7%と報告されている。症状としては、発熱や乾いた咳が認められるものの、鼻汁や鼻閉などの上気道症状は比較的少ないとされており、成人と比べて軽症で死亡例もほとんどない。ただし、一部の患者では嘔吐、腹痛や下痢などの消化器症状も認められること、心臓の合併症や手足の循環障害など川崎病などの全身炎症性疾患を疑わせる所見がみられた報告もある。さらに2歳未満の児は比較的重症化する傾向があると報告されているため注意が必要である。

小児が回りに感染を拡げる可能性は？

小児がCOVID-19に罹患するのは成人と変わらないとされている。ただし、ほとんどの例で家庭内で感染しており、学校や保育所でのクラスターは海外の報告をみても稀である。ただし、時に一緒に遊んでいた児童の集団感染も報告はされている。これは小児はウイルス量が成人よりも少ない可能性が示唆されており、さらにくしゃみや咳の症状が出にくいことも感染させるリスクを低くしていると考えられている。このため、家庭内伝播に関しては、小児が発端者となることは稀、とされ、小児患者が発端でのアウトブレイクをおこすこともほとんどないともされている。

流行下での小児診療

このような状況では、小児にCOVID-19感染を疑う症状がみられなかったとしても、無症候性のキャリアである可能性は念頭においておかなければならない。しかし、飛沫感染による感染力の強いCOVID-19の流行下において、小児の上気道の診察を行う必要がある場合、どのような対応が適切であるのか判断するのが難しい。特に乳幼児では、口を開けるだけでも大泣きし、鼻汁が飛散したり唾を吹き出すこともあるため、エアロゾルが発生する可能性は少なくなく、ほぼ診察台の周囲が汚染すると考えられる。我々の施設では、流行期は再診の場合

は極力口腔内の診察は延期、初診や上気道狭窄症状がある場合は、まず単純X線上での診察を優先し、必要であると判断した場合に口腔内の診察や内視鏡検査を行った。

小児口腔咽頭疾患の手術

緊急性の高い手術としては、咽頭・喉頭の異物、のう胞性疾患や深頸部膿瘍ドレナージ手術などが挙げられる。乳幼児ではアデノイドや扁桃肥大に伴い重症の睡眠時無呼吸がみられることもある。乳幼児でBiPAPなどを装着することは困難なことも少なくなく、これにより心肺機能に影響をあたえると考えられた場合も、なるべく早期に手術を検討すべきと考えられる。ただし、今年流行時期が春であり、しっかりと感染対策も行われていたため上気道狭窄症状はほとんどの症例で軽快しており、あえて手術を行う必要はなかった。

当院の入院・手術患者に対する対応

気道の手術を行う患者に対しては事前にPCR検査によりCOVID-19感染の有無を確認し、検査後は学校は休み、自宅で待機、同居者以外との接触を避けるよう指示している。また過去1ヵ月の発熱や上気道感染症状がないこと、家族も過去2週間の上気道感染や発熱、嗅覚味覚障害がないこと、濃厚感染者の可能性がないことなどが条件となっている。診察が予定通りにいかないことを懸念して、正直に申告されないこともあることを念頭においておく必要はある。小児患者の場合、院内感染の心配や付き添いの制限などで手術の辞退も少なくない。さらに過度に心配するあまり、健診や予防接種も辞退している小児患者が増えていることが問題となっている。冬季にCOVID-19第2波の流行において、症状が増悪した患者に対してどのように対応していくかが重要な課題となるだろう。

パネルディスカッション 2-4 COVID-19 up to date: 重症化のメカニズムとその治療・予 防戦略

山田 充啓

東北大学呼吸器内科

新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) は Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) による感染症であり、2019年11月22日に中華人民共和国湖北省武漢市で初めて検出された新興感染症である。本要旨を作成した2020年6月6日現在、全世界での累積感染者数は約670万人、死亡者数は約40万人となり、世界各地で感染が拡大 (パンデミック) している状況にあり、日本でも、約1.7万人が感染し、うち914人の患者が死亡している。この事実は、歴史上のパンデミックと同様に、いかに人類が免疫を持たない新興感染症病原体に脆弱であるかを物語っている。

SARS-CoV-2は同じコロナウイルスである重症急性呼吸器症候群コロナウイルス (SARS-CoV-1)、中東呼吸器症候群コロナウイルス (MERS-CoV) と比し病原性は低いと考えられ、実際に無症候性病原体保有者も報告されているが、上記の事実にもあるように数%の患者にとって致死的な感染症となっている。COVID-19は感染を拡散させることのできる、無症候者や軽症感染症患者が多い一方、2009年新型インフルエンザ感染症に比し明らかに致死率の高い感染症であり、かつ本要旨を作成している時点では、明らかに致死率を大幅に改善する治療法や感染を予防するワクチンは登場しておらず、世界的な公衆衛生上の危機的な問題となっている。COVID-19を克服する上で、本感染症による致死率を改善させるためには、抗ウイルス薬、ワクチンの開発の他、重症化のメカニズムを解明し、重症化患者の治療、重症化阻止を念頭にした戦略の構築が必要とされている。

ウイルスがヒト細胞に感染するには、細胞表面に存在する受容体が必要であり、SARS-CoV-2の場合、79.6%の遺伝子的相同性をもつSARS-CoV-1と同様、Angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) を受容体として細胞に接着することが判明している。このACE2を発現している細胞について single cell RNA sequence を用

いた解析が行われており、鼻腔・気道上皮 (線毛上皮、杯細胞、クラブ細胞)、肺胞上皮細胞 (II型細胞)、結膜上皮細胞、小腸上皮細胞がACE2を発現していることが判明しており、さらに組織培養を用いた解析も含め、SARS-CoV-2の主な侵入門戸として、鼻腔・気道上皮細胞、肺胞上皮細胞、結膜上皮細胞が挙げられている。これは実際に、COVID-19の患者が、上気道、下気道炎症を主体とした症状を呈することに合致すると考えられる。

SARS-CoV-2は肺胞2型上皮も標的細胞となっている。この点は、国内外にて症状のないCOVID-19感染者でもCTを撮影すると、両側の末梢側を中心とする多発性のすりガラス影があるなど、インフルエンザと異なりウイルス性肺炎を惹起しやすいウイルスであることを説明している。一部のCOVID-19の患者はウイルス肺炎にとどまらず、重篤な呼吸不全状態である急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) の発症、さらには多臓器不全を合併し、致死的な経過をとる。この重症化にメカニズムについてはまだ不明な点も多いものの、重症患者において、NF- κ BおよびIL6/TNF α といった炎症性転写因子、サイトカイン経路の異常活性化とウイルス防御に関与するI型/III型インターフェロンの低下が報告されていることから、単球・マクロファージの機能異常およびその不全が重症化に関与することが示唆されている。また、COVID-19重症患者の病態に、全身の血管炎、血栓症の関与が示唆されており、単球・マクロファージの異常活性化が血管内皮障害に関与している可能性も示唆されている。

上記をふまえCOVID-19の重症化を防ぐ上では、生活様式の改変やワクチン開発による予防、より親和性の高いウイルス感染阻止、増殖阻害薬の開発が重要であることは言うまでもない。さらに重症化阻止、および重症患者の治療においては、インターフェロン反応を抑制する蛋白の阻害、過剰な炎症反応に対する抗サイトカイン療法、および、血管炎・血栓症に対する抗凝固療法・抗サイトカイン療法の開発・確立も重要である。全世界による基礎・臨床を包括した多面的な研究により、本感染症を早期に克服することを、一臨床医・研究者として期待し、且つ、寄与したいと考えている。

教育セミナー

外来での嚥下診療

教育セミナー 1-1 耳鼻科外来での嚥下評価と対応

加藤 健吾

かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック
東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

日本社会の高齢化に伴い嚥下障害に起因する誤嚥性肺炎や食物窒息による死亡が増えている。急性発症の脳卒中後嚥下障害とは異なり、高齢化に伴う嚥下障害は緩徐に発症、進行するため、初期は見逃されやすい。また嚥下困難を自覚しても軽症の嚥下障害の受け皿がなく相談先を見つけられず、嚥下障害が進行し誤嚥性肺炎を発症して初めて問題が顕在化することも多い。そのような例ではすでに体重が減少し、肺炎による消耗が加わり全身状態不良となっていることが多く、嚥下障害への対応は苦慮する事になる。そのため軽症の時点から積極的に評価を行い、対処すること、すなわち外来での嚥下診療が重要となる。

嚥下診療のステップは、①問診、②全身と口腔・咽喉頭の評価、③嚥下内視鏡・嚥下造影による摂食嚥下の様態の評価、④これらを総括した総合評価と治療方針の策定、⑤食事指導、嚥下機能訓練等の治療的介入、に分けられる。入院と比較し外来は個々の診療時間に限りがあるため、1回の受診でこれらすべてを行おうとはせず、複数回に分けて行うとよい。

嚥下困難を訴えて外来を受診する症例すべてに精査や治療が必要とは限らないため、初診時にはまず精査や治療的介入の必要性を判断する。問診、全身の評価、口腔咽喉頭の評価、スクリーニング目的の嚥下内視鏡を実施し、精査・介入の必要度判断を行う。体重減少がある、下気道感染を疑うイベントがある、食事時間の明らかな延長がある場合は精査と治療的介入の必要があると判断している。嚥下障害が軽度の場合でも、嚥下時痛など悪性疾患を疑う症状がある、嚥下内視鏡等で他覚的に嚥下障害が推定されるが原因が明らかでない場合は精査が必要と考えている。精査の結果、神経筋疾患が判明する例もしばしば経験している。

精査・介入の必要ありと判断された症例では日を改めて嚥下内視鏡、あるいは嚥下造影を行って摂食嚥下の様態を詳細に評価し、嚥下障害の重症度、原因、病態、対

応方法について検討する。嚥下内視鏡は嚥下時の所見に意識が向きがちだが、鼻咽腔閉鎖、唾液貯留、声帯運動、咽頭収縮、喉頭蓋の反転、咳嗽惹起性など、非嚥下時の所見にも注意を払う必要がある。加えて下咽頭や頸部食道の腫瘍性病変のルールアウトも忘れてはならない。嚥下時は兵頭のスコアリングに従い着色水による評価を行うが、レトルト粥やクラッカーなど咀嚼を要する検査食を併用すると診断精度が向上する。嚥下造影は咀嚼・食塊形成・咽頭への送り込み（口腔準備期・送り込み期）の様態を直接的に評価できること、嚥下内視鏡では検出が難しい不顕性嚥下中誤嚥を検出できること、頸部食道の開大や胸部食道の評価ができる点などにおいて優れており、嚥下内視鏡と組み合わせて実施できるとより高い精度での評価が可能である。

以上を総括して総合評価と治療方針の決定を行う。経口摂取の可否、食事形態は嚥下内視鏡や嚥下造影の結果に加えて、認知機能、義歯の状態、口腔内衛生状態、咳嗽の惹起性、喀出の強さを考慮して総合的に判断する。高齢者では絶食によって廃用による嚥下機能低下が生じ易いため、嚥下内視鏡検査等で誤嚥が確認されても体重減少や下気道感染を疑わせるエピソードがなければ安易に経口摂取制限を指示するのは避けるべきである。総合評価と治療方針の策定には時間を要し、時には院外の協力が必要な場合がある。当院では嚥下造影を実施した日には結果を説明せず、外来診療が終了した後に嚥下造影の読影と総合評価、治療方針の検討を行い、後日改めて結果の説明と治療の相談を行っている。

嚥下障害に対する治療的介入としては、機能訓練、栄養指導、口腔ケア、義歯の調整などがある。耳鼻科外来で医師が単独で治療介入をすることには限界があるため、言語聴覚士、歯科医師、管理栄養士、時にはリハビリ病院や訪問診療医の協力が得られるよう協力体制を作っておく必要がある。

専門医共通講習

医療安全に資する インフォームドコンセント

専門医共通講習 1-1 インフォームド・コンセント (IC) を考える

田畑 雅央

東北大学病院医療安全推進室

1997年に医療法改正があり、第1条に「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない。」と記載されました。患者に適切な説明を行うことは現在では医療者の義務と考えられます。今回の講演ではICについて幾つか重要な点を解説します。先生方の日常診療のお役に立てていただくといいところがあれば幸いに存じます。

● ICを行うのは誰か

インフォームド・コンセントは「informed」された上での「consent」であり、「知らされた、十分に情報を得た」上での「同意」という意味です。医療行為に同意できるのはそれをうける患者以外にはありません。ICの主語は常に「患者」です。医師が「ICをします」と言うことがありますが、同意を与えられるのは患者のみなので、この使い方は誤りです。ICはあくまでも患者から医療者に与えられるものであることをまず理解して下さい。

● 説明すべき内容

これに関しては最高裁判例があり、説明すべき項目に一定の指針が示されています(手術の場合、当該疾患の診断(病名と病状)、実施予定の手術の内容、手術に付随する危険性、他に選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後など)。必要な項目をもれなく説明できるよう、文章のひな形を作成しておくことが役に立つと思います。

● 説明時の同席について

患者への説明時には、可能であれば医師以外の他職種が同席が必要で、また説明後には説明を受けた患者の反応等をカルテに記載していることが重要です。現実的には全ての説明に他職種が同席することは不可能ですが、診療チームの方針を伝える重要な説明の場面、難易度が高く生命の危険が予測される手術・処置・検査などの説明等の際は極力同席し、患者の理解度を確認し、不十分

な点があると感じた場合は医師に伝えることが重要です。

● 誰からICを得るか

これは本人が説明を理解して自己決定できる(判断能力がある)かどうかで大きく分かれます。判断能力がある場合は基本的に本人の同意が必要です。それ以外の場合は、代諾者がいる場合は代諾者よりICを得ることになります。それもない場合は多職種でカンファレンスを行い、患者にとって最善の利益となると考えられる治療を行います。

● 緊急時の場合

医療行為の開始までに多少の余裕がある場合は、本人あるいは代諾者から口頭でも良いので同意をもらってください。その余裕もない場合は一般的で必要と考えられる治療を優先して行い、病状安定後に説明してください。いずれもカルテに理由や状況を記載してください。

● COVID-19蔓延時のIC

当院ではCOVID-19蔓延時、院内から感染者を出さないよう、原則として許可のない方の患者への面会を禁止していました。ICを得る際にも院内へ入る方をできるだけ少なくして感染リスクを下げるために対面ではなく電話のみでも良いとする等、平時とは違う工夫を行い対応しました。

● 説明時の注意点

患者への説明を行う際に、その患者に特有のリスクや、患者にとって必要なことがあればそれも説明し説明書に記載しておく必要があります。

● ICのゴール

ICのゴールは、同意書の署名を得ることではありません。患者が十分に説明を受けて納得し、その患者にとっての最善の治療選択がなされることです。そのためには医学的な根拠の説明だけでなく、患者の知りたいことや、患者の希望・価値観を積極的に聞き出し、医師と患者が対等の立場でお互いを理解して、意思決定を支援していくという姿勢で行うことが重要です。

一般演題

1. 口腔・咽喉頭の単純ヘルペスウイルス初感染 24 例の検討

○大塚雄一郎¹⁾・根本俊光²⁾・花澤豊行³⁾

1) 千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科

2) 成田赤十字病院耳鼻咽喉科

3) 千葉大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

単純ヘルペスウイルス (herpes simplex virus: 以下 HSV) は口腔, 口唇, 咽喉頭, 性器, 角膜, 脳脊髄など広範囲に感染し, 特にヘルペス脳炎は重篤な後遺症を来し時に致命的となる. HSV 感染症は日常診療で一般的であるが耳鼻咽喉科医に周知されておらず, 口腔咽喉頭領域の HSV 初感染症はまとまった報告がほとんどない. 診断方法には血清の抗 HSV 抗体の測定が一般的であるが, 抗 HSV-IgM/IgG 抗体は発症早期には検出できない点に注意が必要である. 我々は発症早期に抗 HSV-IgM/IgG 抗体が陰性であった症例でも発症 7 日後以降に再検することで 24 例の HSV 初感染症を診断した. 男性 9 例, 女性 15 例, 年齢は 4 歳から 41 歳で平均 23.58 歳, 咽頭痛のため食事摂取困難・不能な症例が 21 例, 39℃ 以上の発熱を 18 例に認めた. 多くの症例で口腔咽喉頭にアフタ潰瘍を生じ, リンパ節腫脹を認めた. 23 例にアシクロビルまたはバラシクロビルを投与し, そのうちの 21 例に抗生剤を, さらに 4 例にはステロイドも投与した. 1 例は抗生剤を単独投与した. 全例が後遺症を残すことなく 1-2 週間で完治した.

2. 当院における扁桃周囲膿瘍入院患者 133 例の検討

○小泉祥太郎・渡邊健一

東北労災病院耳鼻咽喉科

扁桃周囲膿瘍は, 急性扁桃炎および扁桃周囲炎に続発して発生する病態であり, 深頸部への炎症の波及, 喉頭浮腫による気道狭窄, 内頸静脈血栓症などの重篤な合併症を来す恐れがある. また, 青壮年の男性に多く発症することがこれまでも報告されており, 治療期間の長さによって社会的損失が大きくなる可能性が生じるため, 適切な診断と治療が重要である. 今回われわれは, 2018 年 5 月から 2020 年 5 月までの 2 年 1 ヶ月間に, 当科で扁桃周囲膿瘍と診断し入院治療を行った 133 例を対象として, 入院期間にかかわる臨床的因子の後方視的検討を行った. 症例は平均 41.3 歳で男性 102 例, 女性 31 例, 計 133 例であった. 発生部位は上極 116 例, 下極が 17 例であった. 平均入院期間は 5.9 日であり, 臨床的 13 因子 (年齢, 性別, BMI, 入院までの日数, 部位, 糖尿病の有無, 扁桃炎の既往の有無, 喫煙歴, 開口障害の有無, 喉頭浮腫の有無, 初診時 WBC 値, 初診時 CRP 値, A 群β溶連菌の検出の有無) について統計学的検討を行った. また, 排膿処置の方法, 膿汁培養, 使用抗菌薬などについてもあわせて検討をおこなったので報告する.

3. 深頸部膿瘍の生命予後に関する因子について ～医療大規模データ (DPC) の解析から

○日高浩史・阪上智史・八木正夫・岩井 大

関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】深頸部感染症は多くが口腔咽頭領域の感染を起因とするが、急速に膿瘍が拡大し壊死性降下性縦隔炎や敗血症など致命的な合併症を来すことがある。しかし、これらの生命予後を系統的に検討した報告は乏しい。今回、医療大規模データを用いて全国レベルでの深頸部感染症における死亡退院の状況と、これに関与する因子についてロジステック回帰分析を行った。

【対象】近年5年間(2012-6年)のDPCデータベースから、深頸部膿瘍切開術、咽後膿瘍切開術、縦隔切開術を手術項目に含む6,405例を抽出した。この中からスクリーニングを行い、咽頭術後出血に対する手術1207例、腫瘍・異物・外傷と判断される152例、咽喉頭の炎症の病名がなく壊死性降下性縦隔炎と判断が困難な97例の計1,456例を除外し、4,949例についてロジステック回帰分析を行った。

【結果】全例中、死亡退院は158例であった。縦隔炎合併例の死亡退院は8.4%(46/550)であり、非合併例2.5%(112/4399)と比較して高率であった。

ロジステック回帰分析では以下が統計学的に有意な因子であり、各々の調整オッズ比は①年齢(75歳以上): 7.2, ②糖尿病の有無: 2.0, ③縦隔炎合併: 1.2, ④敗血症: 3.2, ⑤人工呼吸器使用: 4.0, 抗菌薬の静脈投与期間(日): 1.0であった。

【考察】従来、壊死性降下性縦隔炎の生存率は60%程度とされていたが、胸腔鏡での排膿術を併用することで、生存率が向上していると予想される。今回のDPCデータを用いた解析でも死亡率は10%未満であり、調整オッズ比が2と依然としてリスク因子ではあるが、敗血症や呼吸状態の悪化がより重篤な因子であると考えられた。

謝辞: 共同研究者の東北大学医学部医療管理学分野の藤森研司教授(厚労省科研費事業 DPC 研究班)、桜澤邦男助教、東北メデカル・メガバンク機構・小原 拓准教授に深謝する。

4. COVID-19 パンデミック期の頭頸部癌手術に対する術前スクリーニング体制の重要性: 全国調査からの見えてきたこと

○太田一郎¹⁾・浅田行紀²⁾・北原 紘¹⁾

1) 奈良県立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 宮城県立がんセンター頭頸部外科

【はじめに】新型コロナウイルス感染症(COVID-19)世界的流行(パンデミック)において、医療関係者ばかりでなく国民ひとりひとりの努力のお陰で、現時点(2020年6月)では非常事態宣言が解除され収束フェーズになりつつある。しかしながら、今後第2波到来の可能性もあり、引き続き医療現場での適切な対応が求められる状況には変わりはない。COVID-19患者の診断・治療と救命とともに、院内感染による一般医療に対する医療崩壊を防ぐことが喫緊の課題となっている。そのため、日本耳鼻咽喉科学会からも「COVID-19 流行期における頭頸部腫瘍患者への対応ガイド」が公表され、手術不可避の頭頸部がん患者に対する術前PCR検査を含めたスクリーニング体制を推奨している。そこで、全国の主要な頭頸部がん治療施設に緊急実態調査を行い、COVID-19 パンデミック下の日本における術前スクリーニング検査の現状と提言を報告する。

【方法】パンデミック期の2020年4月16日の全国緊急事態宣言前後の2回にわたり、インターネットを通じてアンケート調査(無記名方式)を行った。

【結果と考察】術前検査として胸部CTは十分に施行できる体制(90%)ではあったが、術前PCR検査の実施率が低く(51%)、医療崩壊の防止、医療資源の確保には術前PCR検査の促進が重要である。さらに、RT-LAMP法などの簡易で迅速な検出法の導入が今後急務である。しかしながら、各施設の懸命な努力とともに、現行のスクリーニング体制で手術患者の院内感染を食い止めていることも事実で、日本耳鼻咽喉科学会の対応ガイドは機能していると評価できる。さらに、今後のCOVID-19 出口戦略では、術前PCR検査(RT-LAMP法や抗原抗体検査なども含めて)の意義が認識され、今後のパンデミック下に備えて入院患者全般への検査枠の拡充が必要である。

5. 超音波検査による舌癌の術前 DOI 計測に関する考察

○飯田善幸・鬼塚哲郎・上條朋之・向川卓志
岡田晋一・入船悠樹・石田航太郎

静岡県立静岡がんセンター

DOIは口腔癌のTNM分類(第6版)に組み込まれたが、術前の評価方法については明確な記載がない。当院ではDOIの術前診断としてMRIや舌エコーを組み合わせた評価を行っている。今回、舌エコーと病理DOIとの相関について検討を行った。対象は2008年6月から2015年12月に当院で初回治療を行った腫瘍の横径が40mm以下の舌癌のうち、術前に舌エコーで評価を行った56例である。男性34人(60.7%)、女性22人(39.3%)で、年齢の中央値は59歳(25-90歳)であった。20mm以下が全体の44例(78.6%)を占めた。当院での舌エコーは独自の方法(water balloon法)を用いて舌DOIの計測を行っている。スピアマン相関係数は0.867と高い相関が認められ、とくに5mm以下の症例で感度0.923、特異度0.706であった。舌癌の術前DOI計測はT分類の評価項目となったが、その計測方法については明確な取り決めがない。MRIやCTはDOI評価に有用であるが、口峽の圧排による影響を排除した計測が困難な場合がある。とくに隆起性病変の場合は実際よりもDOIが深く評価される。舌超音波は腫瘍の隆起部分を排除したDOIの計測が可能であり、とくに5mm以下の症例を精密に診断できるモダリティである。Iida Y, et al: Laryngoscope 128, 2018.

6. 浸潤能評価に基づく T1, 2N0 舌癌 (UICC 第7版) の頸部郭清に関する検討

○石田知也・峯崎晃充・島津倫太郎・倉富勇一郎

佐賀大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

N0舌癌に対する予防的頸部郭清術の適応や有用性については議論が続いている。我々はUICC第7版T1,2N0舌癌に対し以下の方針で治療を行ってきた。1) 切除安全域は原則1.5cm, 2) 口腔底浸潤が浅く顎舌骨筋が安全域1.5cm外にある場合は口内法切除のみ, 3) 浸潤が深く顎舌骨筋が安全域に含まれる場合は予防的郭清を施行しpull through (PT)手術。この方針で治療したT1,2N0舌癌について、先進部位浸潤能をYK分類で評価し、後発頸部転移や予後との関連を検討した。【対象】2005年1月~2016年12月までに初回手術を行ったT1,2N0症例で、術後36ヵ月以上経過観察できた45例。T分類はUICC第8版に基づき再分類した。【結果】1) 第7版分類ではT1/2が20/25例であったが、第8版で再分類するとT1/2/3は17/20/8例であった。2) YK分類はYK-1/2/3/4C/4Dがそれぞれ3/7/18/15/2であった。3) 強い浸潤能を示すYK-4C・4D症例が占める率はT1/2/3(以降第8版)で29/30/75%であり、T3で高率であった。4) 口内法切除後の後発頸部転移出現率はYK-12/3/4C/4Dで10/41/75/100%であった。5) 原病死症例は8例で、すべてYK-4C・4D症例であり、YK-3までの後発頸部転移は頸部郭清で制御された。6) 5年生存率はYK-123/4C/4Dそれぞれ100/60/0%とYK-4C・4D症例の予後が不良であった。以上からN0舌癌に口内法切除を行った場合には切除癌組織の先進部位浸潤能評価が重要であり、YK-3までは後発転移出現時に頸部郭清を行えば救済可能で予後は良好と思われた。一方YK-4C・4Dでは口内法切除後に何らかの強力な追加治療を行い、予後の改善を図る必要があると考えられた。

7. 中咽頭扁平上皮癌症例における 重複癌の臨床的検討

○江川峻哉¹⁾²⁾³⁾・工藤建人²⁾・上村佐和²⁾・平野康次郎²⁾
櫛橋幸民¹⁾²⁾³⁾・小林一女²⁾・嶋根俊和¹⁾²⁾³⁾

- 1) 昭和大学頭頸部腫瘍センター
- 2) 昭和大学耳鼻咽喉科
- 3) 昭和大学歯学部口腔外科学講座口腔腫瘍外科

頭頸部癌は喫煙や飲酒など他癌腫と共通の発癌因子を有することから重複癌の発生頻度が高いことが知られていて、特に中・下咽頭癌は field cancerization の概念からその頻度は、上部消化管や呼吸器などに多いとされている。近年になって中咽頭癌は、2017年に改訂された新TNM分類(UICC/AJCC第8版)によって、p16免疫染色で陽性と判断されたHPV(human papilloma virus)関連中咽頭癌と陰性と判断されたHPV非関連中咽頭癌と明確に分類されたが、HPV関連中咽頭癌とHPV非関連中咽頭癌はその発生機序の違いから、患者背景や発生部位、重複癌の発生頻度や生存率などが異なることが報告されてきた。そこで今回我々は、2015年4月から2020年3月の間に当科で一次治療を行った中咽頭癌扁平上皮癌症例を対象に重複癌の発生部位や頻度、喫煙歴や飲酒歴などの患者背景、HPV関連・非関連などについて後方視的に検討した。中咽頭癌症例の内訳は男女比47対13、年齢の中央値は63歳、平均値は64.9歳であった。HPV関連中咽頭癌は29例で重複癌を有するものは8例(27.6%)、HPV非関連中咽頭癌は31例で重複癌を有するものは19例(61.3%)であった。異時性同時性重複癌27例の局在は食道癌が16例で重複癌全体の59.2%を占めていた。これらの症例に対してHPV関連・非関連、重複癌の有無での生存率をKaplan-Meier法で算出し、比較検討したので報告する。

8. 舌下腺腫瘍症例の検討

○荻野裕平・八木正夫・藤澤琢郎・阪上智史
清水皆貴・福井研太・倉澤志朗・岩井大

関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

唾液腺腫瘍は頭頸部腫瘍の6~8%程度と比較的低頻度の腫瘍であり、耳下腺および顎下腺で大半が占められ、舌下腺腫瘍は非常にまれである。舌下腺腫瘍は悪性の頻度が高いが、早期発見が難しいと言われ、しばしば進行例が認められる。2006年1月から2019年12月までに当院にて初回治療を施行した舌下腺腫瘍11例のうち、悪性は8例であった。病理組織型は腺様嚢胞癌3例、粘表皮癌1例、粘液腺癌1例、唾液腺導管癌1例、明細胞癌1例、小唾液腺腫瘍1例、多形腺腫2例、不明(悪性リンパ腫または炎症)であった。術式は口腔内から切除した例は6例で、頸部からのアプローチによる切除は5例であった。6例に術後照射を施行した。2例に再発を認めた。口腔内腫瘍性病変は生検にて診断される場合が多いが、唾液腺腫瘍は播種の危険があるため切開生検はできる限り避ける必要がある。口腔底などに粘膜下の隆起性病変を認めた場合には生検ではなく、まずは穿刺吸引細胞診を行い、画像評価と併せて一塊切除を心がけることが重要と考える。

9. 口腔癌の病理学的予後因子の検討

○竹内寅之進¹⁾・宮崎 健²⁾・木村翔一²⁾・打田義則²⁾
三橋泰仁²⁾・末田尚之²⁾・坂田俊文²⁾

- 1) 北九州市立医療センター
- 2) 福岡大学耳鼻咽喉科

口腔癌は手術治療が第一選択となるが、早期癌では潜在的リンパ節転移や後発転移が予後不良因子として問題となり、進行癌では広範囲な切除による機能障害が問題となる。

近年大腸癌のリンパ節転移リスク因子として簇出 (tumor budding: TB) や低分化胞巣 (poorly differentiated clusters: PDCs) などが注目されている。いずれも病変深部浸潤先端部における病理形態学的な因子であるが、早期舌癌や他の頭頸部癌でも予後因子や潜在的リンパ節転移の予測因子として報告されつつある。

今回当科で主に手術治療を行った口腔癌症例について、TB, PDCs の他、cell nest size などの病変深部浸潤先端部の病理学的所見と予後との相関を検討した。対象は2013年から2019年9月まで当科で一次治療を行った口腔癌51例のうち、放射線治療歴のある症例を除いた34例。Stage I 6例, stage II 13例, stage III 6例, stage IV 9例。TBのcut off値を5個とした過去の報告にならって、5個以上をTB high, 5個未満をTB lowと定義したところ、TB high症例は有意に予後不良であった。stageや深達度 (depth of invasion: DOI) との相関なども検討して、若干の文献的考察を交えて、報告する。

10. 当科における下咽頭癌の臨床的検討

○芦田直毅・道場隆博・辻村 慶

大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

下咽頭癌は予後不良な頭頸部癌の代表であり、治療上は喉頭温存、重複癌などの治療上の問題もみられる。今回、われわれは当科における下咽頭扁平上皮癌の臨床的検討を行った。下咽頭扁平上皮癌に対して当科では原則としてT1・T2症例ではCRT/BRT (一部の症例では内視鏡下経口切除術)、T3症例ではCRT/BRTもしくは咽喉頭摘出術、T4症例では咽喉頭摘出術を施行している。

2012年7月から2019年6月までの5年間に当科で根治治療を行った下咽頭扁平上皮癌症例について臨床的検討を行った。

対象症例は51例で男性42例、女性9例で、年齢は中央値67歳 (50~87歳) であった。亜部位別では梨状陥凹41例、後壁10例、輪状後部0例で、病期別ではstage Iが3例、stage IIが14例、stage IIIが6例、stage IVが28例であった。観察期間は13ヵ月から65ヵ月であった。病期別の3年粗生存率はstage Iで100%、stage IIで82.5%、stage IIIで100%、stage IVで58.5%であった。病期別の3年疾患特異的生存率はstage Iで100%、stage IIで100%、stage IIIで100%、stage IVで62.8%であった。さらにT分類別、N分類別、治療法別にも算出し、治療成績や予後などについて報告する。

11. 長期間 Nivolumab を投与した 3 症例

○堀 健志・岩本 文・山下裕司

山口大学耳鼻咽喉科

2017年にNivolumabの頭頸部領域における薬事承認が得られ、NCCN Guidelines version 2.2018において、再発や手術不能例および転移癌症例におけるセカンドラインとしてcategory 1でNivolumabが明記された。さらに2019年12月にはPembrolizumabが単独使用と化学療法との併用の両方で承認されるなど、免疫療法を行う頻度が飛躍的に増加している。

当科でも基本的には頭頸部癌診療ガイドラインおよびNCCNガイドラインを参考に、各症例の状況に応じた加療を行っており、Nivolumabを有効に活用することが患者のOSのみならずQOLの維持改善に繋がる経験が増えてきた。

当科で初回治療を行なった後2017年から現在に至る期間で再発あるいは転移を来し、化学療法を選択した頭頸部癌症例は計20例あり、うち10例でNivolumabを投与している。このうち、特に長期間経過が追えている3症例について、文献的考察を踏まえ報告する。

症例1：70代男性 左上顎癌 cT3N2bM1 多発肝転移および胸椎転移に対し、24回のNivolumab投与を行うもPDとなり化学療法へ移行した。

症例2：60代男性 左上顎癌 cT4bN1M0 に対しCDDP併用放射線治療、左頸部郭清術を行うも原発巣の再発rT1を認めNivolumab投与開始、現在まで22回の投与を行なっている。

症例3：70代男性 喉頭癌放射線治療後再発rT1rN2bM0に対する喉頭全摘出および両頸部郭清術後の多発肺転移および皮膚転移が生じた症例。化学療法後にNivolumab投与開始し現在まで12回投与している。

12. 中・下咽頭癌に対するPCE療法 の導入化学療法

○新井啓仁・大村 学・辻川敬裕・平野 滋

京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

近年、頭頸部癌治療においては、根治性はもちろん治療後の機能温存がさらに求められてきている。咽喉頭癌においては、放射線感受性が良好であることから、導入化学療法による効果により(chemoselection)、機能温存の可能性が報告されている。一方、機能温存の方法には経口的切除術と放射線治療が挙げられる。導入化学療法として標準的に用いられているのはTPF(ドセタキセル、シスプラチン、5-FU)療法であるが、血液毒性が強いことや高齢者に適応しにくいことが問題視されてきた。我々は局所進行頭頸部癌に対して2017年より積極的にPCE(パクリタキセル、カルボプラチン、セツキシマブ)療法を適用してきた。今回、中咽頭癌、下咽頭癌に対するPCE療法の治療効果と安全性、完遂率を含めたfeasibilityについて報告し、導入化学療法が各癌腫において臓器温存、侵襲低減に寄与したかを検証した。p16陽性中咽頭癌7例、p16陰性中咽頭癌8例、下咽頭癌20例、年齢は44歳から80歳、中央値は68歳で、75歳以上の症例を8例含んでいた。完遂率は82.8%で、6例が治療を中止した。5例は有害事象(AE)により終了し、1例はPD(増悪)を来した。AEで終了した5例中、高齢者は1例のみであった。ICTによる原発巣への奏効率は62%であった。p16陽性中咽頭癌における原発巣への効果は72%で、奏功した全症例で機能温存治療が可能であった。p16陰性中咽頭癌では62%、奏功した5例中4例で機能温存治療を施行した。下咽頭癌においては60%、12例が奏功し、全例に放射線治療を施行、83%で原発巣の制御が可能であった。中下咽頭癌のT4症例に限ると12症例中、PR以上の効果を得たのは7症例と過半数であり、6例で放射線治療を施行し3分の2で原発巣の制御が可能であった。PCE療法は導入化学療法として安全性が高く高齢者でも使用可能で、有効性についてもTPF療法に比べて低下しない、有用なregimenと考える。

13. 遊離空腸再建を用いて喉頭温存下咽頭亜全摘術を施行した下咽頭後壁進行癌の一症例

○小島崇史・松本文彦・藤巻充寿・大峽慎一
池田勝久

順天堂大学耳鼻咽喉科・頭頸科

下咽頭進行癌症例に対する術式としてしばしば再建を要する手術術式が選択される。咽喉頭頸部食道全摘術後における遊離空腸再建術は一般的な再建法として確立されているが、下咽頭喉頭部分切除術後の再建に関しては、確立された再建法が存在しておらず、症例によっては術後の嚥下機能の著しい低下により長期入院を余儀なくされることも少なくない。今回我々は下咽頭後壁進行癌症例に対して下咽頭亜全摘を行い、遊離空腸再建を用いた再建にて、術後の嚥下機能に関して良好な経過が得られた症例を経験した。下咽頭亜全摘後における再建法としては報告も少ないため、実際の手術所見も踏まえて症例報告する。

症例は56歳女性、下咽頭後壁癌 T3N2bM0 に対して喉頭温存下咽頭亜全摘、両側頸部郭清、気管切開を行い、他科との協力のもと遊離空腸を用いて咽頭再建を行った。環状の欠損部にはそのまま遊離空腸を置換し、その頭側で後壁の欠損部には空腸を開きパッチ状に配置して縫合した。頸部血管と血行再建を行い手術終了とした。術後の経過は合併症などもなく良好で嚥下機能は術後3週間程度で経口的に全粥食を全量摂取できるまで回復し早期退院に至った。その後も明らかな再発なく経過観察中である。下咽頭後壁癌の再建に関しては主に遊離皮弁を用いる方法と空腸をパッチ状に使用する方法とがあるが、今回のケースでは空腸を用いて再建を行い良好な機能が得られた。

14. 内視鏡的咽喉頭手術 (ELPS) における術直後の気道管理統計

○竹野幸夫・高原大輔・上田 勉

広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

咽頭表在癌に対する内視鏡的咽喉頭手術 (ELPS) は、術後浮腫による気道閉塞に注意を要する。当院の ELPS 症例は、耳鼻科医・担当麻酔科医の判断により術後気道閉塞のリスクが高いと判断した場合は挿管のまま外科系集中治療室 (SICU) に入室し、術翌日以降に耳鼻科医と麻酔科医により評価し抜管の可否を判断している。今回抜管遅延の影響要因について検討した。

2014年から2019年までにELPSを施行した患者を対象とし、術後気道管理の有無を目的変数とした。説明変数としての候補としては、患者背景、手術時間、前治療の有無、周術期の喉頭浮腫の有無、切除部位と範囲、腫瘍の深達度、術中の全身管理状態 (補液量、ステロイド使用など) などを設定した。後ろ向きに調査した。

現在までの検討では対象は51名で、抜管時期は術当日21名、術後1日目11名、2日目9名、3日目9名、4日目1名であった。対象患者に気管切開や再挿管を行った症例はなかった。また術当日に抜管を行った21例のうち、12例 (57%) で病棟での診察時に軽度の喉頭浮腫を認められたが、全例経過観察で改善を確認されていた。本会では上記因子の寄与度を解析し、発表する予定である。

15. 3D内視鏡・外視鏡を応用した鏡視下咽頭手術の有用性

○渡邊 嶺・酒井昭博・飯島宏章・寺邑克信
大上研二

東海大学耳鼻咽喉科

咽喉頭痛に対する経口的咽喉頭部分切除術は、低侵襲かつ安全な手術術式として確立されてきた。Transoral Laser microsurgery (TLM) や Transoral Videolaryngoscopic Surgery (TOVS) が従来報告され、当科でも適応してきた。近年、手術支援ロボット Da Vinci を用いる Transoral Robotic Surgery (TORS) が開発され、頭頸部外科領域では米韓を中心に世界的に広く普及しつつあるが、本邦での保険収載は未定であり、制度面、コスト面で全国的な普及には時間を要すると思われる。今回我々は、中咽頭癌で TOVS の応用として 3D 内視鏡 (ENDO EYE FLEX 3D 先端湾曲ビデオスコープ[®]) を使用した手術経験、口蓋扁桃摘出術で 3D 外視鏡 (ORBEYE[®]) を使用した手術経験について報告する。3D 内視鏡・外視鏡システムは近年の急速な技術革新により飛躍的に進歩を遂げており、既存の手術システムに加えて十分な解像度と奥行き情報が得られた。3D システムによって深部マージンの設定や立体的な器具の扱いの面が向上した。また 3D 内視鏡システムでは、内視鏡固定器具 (ユニアーム[®]) の併用により、安定した術野のモニタリングと助手の介助が可能となった。さらに、本手術システムでは術者が直接鉗子を操作するため触覚情報、把持感覚が得られることも、TORS と異なる利点であった。3D 内視鏡・外視鏡を応用した鏡視下咽頭手術の実例を供覧し、有用性について報告する。

16. ペンブロリズマブが著効した再発・転移耳下腺癌の一例

○山下 凱・岡本伊作・清水 顕・渡嘉敷邦彦
岡田拓郎・佐藤宏樹・塚原清彰

東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

国内外のガイドラインでは、再発・転移耳下腺癌に対しては現在明確な化学療法のレジメンが示されていない。一方、ペンブロリズマブは 2019 年 12 月に再発・転移頭頸部癌に対して保険承認された免疫チェックポイント阻害剤である。

今回、再発・転移耳下腺癌に対して、ペンブロリズマブを使用し著効した症例を経験したため、報告する。

症例は 73 歳女性、2001 年から右耳下部腫脹を自覚していた。初診時所見では、右耳下部に 91 × 68mm 大の平滑な腫瘤を認めた。顔面神経麻痺は認めなかった。画像所見では、頸部造影 CT で右耳下腺に長径 7cm ほどの不整形腫瘍を認め、周囲のリンパ節と一塊となっていた。生検で腺房細胞癌と診断され、右耳下腺癌 cT3N2bM0 の診断で、2011 年 7 月に右耳下腺全摘術を施行した。2015 年頸胸部造影 CT で右頸部リンパ節の増大があり再発と診断したが、本人の希望により経過観察していた。

2019 年の頸胸部単純 CT で局所再発病変の増大を認めた。右耳下部に腫瘍は自壊し、ふらつきや右反回神経麻痺、カーテン徴候、右舌下神経麻痺、右顔面神経麻痺の増悪など様々な神経症状も出現した。ペンブロリズマブが再発・転移頭頸部癌に対し適応となったことや神経障害が出現したことで治療を希望された。

再発病変から組織を採取し、CPS (combined positive score) を測定したところ 20 以上であったため、2020 年 2 月よりペンブロリズマブを開始した。

5 コース投与後の CT では PR と判定された。明らかな irAE も出現していない。本人の自覚症状も改善傾向であり、QOL も向上している。

再発・転移耳下腺癌に対して、ペンブロリズマブが著効した報告は非常に少なく、本症例は非常に貴重な報告である。今後もペンブロリズマブ投与を継続していく予定である。

17. 再発・転移唾液腺癌に対するニボルマブの使用経験

○辻村 慶・道場隆博・芦田直毅

大阪労災病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

ニボルマブは、プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する再発・転移性頭頸部扁平上皮癌に対してニボルマブと医師選択治療を比較した国際共同第Ⅲ相試験 (checkmate 141 試験) において、主要評価項目の全生存期間 (OS) を有意に延長することが示されている。一方で、唾液腺癌に関するエビデンスは極めて乏しい。今回、われわれは、再発・転移唾液腺癌に対してニボルマブを投与した症例を5例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

18. ウイルス性顔面神経麻痺として経過観察されていた耳下腺腫脹のない耳下腺癌2例

○南方寿哉・江崎伸一・佐藤慎太郎・岩崎真一

名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

顔面神経麻痺のうち90%以上は末梢性麻痺であり、そのうち約60%はBell麻痺、約15%はHunt症候群が原因で生じる。しかしそれ以外に耳下腺癌による顔面神経麻痺も見逃してはならない。今回、我々はウイルス性顔面神経麻痺としてフォローした耳下腺腫脹を伴わない耳下腺癌症例を2例経験したので報告する。

【症例1】64歳男性、右顔面神経麻痺を発症、近医で加療、リハビリも改善なく発症8ヵ月で当院紹介受診。当院初診時の顔面神経麻痺スコア (柳原法) は6点、耳下部に腫脹は認めなかった。CT、MRIにて膝部、乳突部で顔面神経管の拡大を認め顔面神経鞘腫と診断、舌下神経、顔面神経吻合術を予定した。経過中に嚥下障害認め再診、右舌咽神経麻痺と反回神経麻痺を認め、造影MRIを施行。耳下腺深葉に不均一な造影効果を認めたが明らかな腫瘍像は認めなかった。経過から悪性疾患を疑い、同部の生検施行、耳下腺導管癌の診断を得た。

【症例2】57歳男性、左顔面神経麻痺を発症、ウイルス性顔面神経麻痺として近医にて加療、耳下部の疼痛が改善しないとのことで発症3ヵ月に当院受診。当院初診時スコア34点、耳下部に腫脹は認めなかった。CTで左耳下腺深葉に石灰化を伴う不整な陰影、造影MRIでも同部に造影効果のある不正な陰影を認めた。同部の生検施行、腺様嚢胞癌の診断を得た。

【考察】症例1、2とも耳下腺に腫脹を認めず当初はウイルス性顔面神経麻痺としてフォローされていた。耳下腺腫脹を認めず、画像所見でも明らかな腫瘍像は認めなかったが造影効果の左右差、経過から悪性疾患を疑い診断できた。ただ症例1では他の脳神経麻痺が出現するまで診断が遅れた。ウイルス性顔面神経麻痺と診断しても麻痺の改善が悪い、疼痛が持続する等の際は耳下部に腫脹や硬結がなくても画像検査で癌を除外することは改めて重要であると考えられる。

19. 耳下腺基底細胞腺癌の臨床的検討

○寺田哲也・大村修士・東野正明・栗飯原輝人
河田 了

大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

稀な低悪性腫とされる耳下腺 BCAC (Basal cell adenocarcinoma) に対する単一施設での診断と治療成績を検討することを目的とした。

1999年9月から2019年12月までの約20年間におけるBCAC9例に対するretrospective studyを行った。同一期間に治療を行ったBasal cell adenoma (BCA) 45例を対象に、臨床的特徴、穿刺吸引細胞診や術中迅速病理診断の診断率または有用性を検討し、そしてBCACの組織学的悪性度や治療成績について検討した。

BCAC, BSAにおいて性別、年齢、腫瘍長径、腫瘍局在、病期に群間差は認めなかった。BCAC9例中1例で圧痛を、2例で腫瘍の可動性不良を認めたが、BCA45例では、顔面神経麻痺、圧痛、腫瘍の可動性不良を認めた症例は無かった。

BCACに対する術前診断としてのFNAでは9例中6例までが、悪性を疑う診断がなされた。術中迅速病理診断では9例中8例において悪性を疑う診断がなされ、2例が組織的悪性度を含む正診、4例は悪性度までの診断、1例は悪性とのみ診断、1例は悪性の疑いであった。

9例のBCAC中8例はpartial parotidectomyが施行され、1例はsubtotal parotidectomyが施行された。顔面神経は7例が保存され、2例はpartial sacrificeされた。Selective neck dissectionは2例に施行され、それぞれはpN0であった。術後放射線治療は1例で施行されているが、腫瘍の再発は1例も認めず全例非担癌生存している。

BCACは術前に確定診断を得ることは困難であるが、FNAにて悪性を疑うことやFSBにて組織型や悪性度を診断することは可能であり、顔面神経の温存の可否を含めての術式の決定にFNA, FSBは有用であると思われた。

20. 耳下腺深葉原発軟骨腫の1例

○泥谷匡祥・杉田 玄・河野正充・玉川俊次
保富宗城

和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】耳下腺腫瘍は病理組織学的に多彩な腫瘍が発生する部位であるが、軟骨腫に関してはこれまでの文献報告からは極めて稀な疾患である。今回、耳下腺深葉を原発とした軟骨腫例を経験したので報告する。【症例】53歳、男性。【現病歴】2016年に右頬部の腫脹を自覚し、徐々に腫大を認めたため近医を受診した。CTにて右耳下腺上極に石灰化を伴う腫瘍性病変を指摘されたため、2017年3月に当科を紹介受診した。【現症】右耳前部に25mm大、弾性硬、圧痛のない可動性不良の腫瘍を触知した。MRIでは右耳下腺上極にT1, T2共に一部高信号を認める低信号の腫瘍性病変を認めた。FDG-PETでは、腫瘍は右耳下腺上極に集積を認め、耳珠軟骨と顎関節に挟まるように存在した。また、びまん性に石灰化あるいは骨化を伴い、内部に造影不良域を認めた。FNACでは、好中球や組織球を認めたが上皮細胞は認めず、確定診断には至らなかった。【経過】2017年5月に全身麻酔下で耳下腺深葉切除術を行った。顔面神経麻痺を初めとする術後合併症は認めなかった。顎関節包、外耳道軟骨に明らかな癒着は認めず、軟骨腫原発を疑う肉眼的所見は認めなかった。術中迅速病理診断では、結晶様物質が多数沈着し、多核巨細胞の浸潤を含む線維性組織との判断であった。術後病理診断により、石灰化を伴った淡灰色の沈着物や好酸性基質を背景とし、多核巨細胞、泡沫細胞浸潤を伴った異形の乏しい細胞境界不明瞭な細胞の疎な増生を認め、免疫染色により一部の細胞がS100タンパクに弱陽性であったことから、石灰化の目立つ軟骨腫と診断された。術後経過は良好であり、現在外来にて経過観察中である。耳下腺原発の軟骨腫は過去に国内海外の報告も6件とまれであり、その診断には病理診断が重要となる反面確定診断に苦慮する場合も多い。

21. 顎下腺混合癌の1例

○福田裕次郎・三宅宏徳・濱本真一・原 浩貴

川崎医科大学耳鼻咽喉科

【背景】混合癌とは Hybrid carcinoma, Mixed carcinoma などと訳される腫瘍であり，子宮体癌取扱い規約では特殊型の1つとして記載されている．組織学的には1つの腫瘍の中に複数の組織型が混在し，各成分は腫瘍全体の10%以上を占めるものとされる．頭頸部領域では耳下腺良性腫瘍における多形腺腫とワルチン腫瘍の混合は多く見られるものの，悪性腫瘍での報告は非常に稀である．今回我々は顎下腺における小細胞神経内分泌癌と唾液腺導管癌の混合癌の1例を経験したので報告する．

【症例】54歳男性で，急速に増大する左顎下部腫脹を主訴に他院より紹介となった．頸部超音波検査では左顎下部に充実性腫瘍を認め，細胞診では神経内分泌腫瘍，針生検では多形腺腫由来癌が疑われた．画像診断と合わせて顎下腺癌 cT3N3bM0 と診断し，全麻下に顎下腺全摘，下顎骨辺縁切除，舌部分切除，両側頸部郭清術を施行した．病理診断では同一腫瘍内に唾液腺導管癌の成分と小細胞の成分が混在しており，各成分における各種免疫染色ではそれぞれ別々のマーカーの発現が示された．以上より左顎下腺癌 pT4N3bM0 (Mixed small cell neuroendocrine carcinoma and salivary duct carcinoma) と診断した．CDDP 同時併用術後放射線治療を施行した．3ヵ月後のPET/CTにおいて多発骨，腹腔リンパ節，肝臓，右副腎，胸膜，腹膜，脳に多発転移を認め，治療開始から6ヵ月後に原病死された．

【結論】急速に増大した顎下腺悪性腫瘍に対して集学的治療を行ったが，早期再発を来した症例を経験した．形態像や免疫染色所見から小細胞神経内分泌癌と唾液腺導管癌の混合癌と診断した．我々が渉猟し得た限りには同様の症例の報告はなく，非常に稀であると考えた．

22. 新しい唾液腺腫瘍細胞診分類

○谷内政崇¹⁾・鈴木 学²⁾・木下一太¹⁾・神人 彪¹⁾
大村修士¹⁾・東野正明¹⁾・寺田哲也¹⁾・粟飯原輝人¹⁾
河田 了¹⁾

1) 大阪医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

2) 市立ひらかた病院

穿刺細胞吸引診 (FNAC) は耳下腺腫瘍の術前診断において一般的に行われている．1999年から2019年までの間に，当科で経験した耳下腺良性腫瘍 (981例) および耳下腺悪性腫瘍 (194例) 全例でFNACを施行しており，FNAC結果から見た新しいFNAC診断分類であるOMC分類を提案する．

FNACの結果報告の様式には2017年に報告されたミラノシステムが存在するが，良性，悪性の鑑別に重きを置いており，gradeやhistologyには言及していない．術前診断としてのFNACを考えたとき，治療方針，特に術前の手術計画の参考になる診断である必要がある．良性腫瘍では多形腺腫では核出術を避ける必要があり，またワルチン腫瘍では経過観察も選択肢となるため，組織型診断が重要である．悪性腫瘍では低/中悪性癌と高悪性癌では予後に著しい差異があり，顔面神経の処理も含めて手術方針が異なるため，悪性度診断が重要となる．そのため，病理組織型が多彩である唾液腺腫瘍では，より臨床に即したFNAC分類が求められる．その点を考慮し，今回作成したOMC分類ではgradeやhistologyに関する分類を加え，より臨床に即した耳下腺腫瘍に焦点を絞った新分類試案とした．OMC分類ではFNACの診断を11カテゴリーに分類した．耳下腺腫瘍症例，全1,175例を各カテゴリーに分類し，さらに悪性腫瘍は高悪性，低/中悪性に分けて検討した．また，最終病理から見たFNAC診断，FNAC診断からみた最終病理について検討を行った．細胞診によって良性腫瘍の組織型が診断された症例の正診率は93.4%，悪性腫瘍と診断されかつ悪性度が診断された症例の正診率は88.5%であった．唾液腺細胞診分類に組織型や悪性度を含めることは，正診率の結果からみて十分に可能であった．したがって，OMC分類は，唾液腺腫瘍の治療方針を立てる上で有用であると考えた．

23. 上咽頭結核の1例

○大平乃理子・森 安仁・大月直樹・土井勝美

近畿大学病院耳鼻咽喉科

【はじめに】上咽頭結核は耳鼻咽喉科領域において稀な疾患とされており、結核菌検出率の低さなどから診断に苦慮することが少なくない。本邦における結核罹患率は減少傾向だが、いまだ日本は中蔓延国とされている。中でも大阪の全結核罹患率は国内で最も高く、頭頸部領域においても、鑑別診断として結核を念頭に置くべきである。

今回我々は、人工内耳埋込術後の聴覚リハビリテーション中に咽頭痛と嚥下時の違和感を自覚し、精査の結果で上咽頭結核と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】症例は60代男性、X-1年に両側高度感音難聴に対して左人工内耳埋込術を施行した。外来で術後聴覚リハビリテーションを当科外来で継続していたが、咽頭痛と嚥下時の違和感を主訴にX年12月に当科を受診した。鼻咽腔内視鏡検査で左Rosenmuller窩に白苔付着を伴う隆起性病変と粘性分泌物の付着を認めた。耳、鼻腔、喉頭には異常を認めなかった。頸部単純CTでRosenmuller窩の粘膜肥厚を認め、上咽頭腫瘍を疑い同部位から生検を施行した。病理組織所見では、広範囲の壊死組織とそれに接する類上皮細胞とランゲハンス型多核巨細胞の浸潤を認め、抗酸菌染色で壊死組織内部に抗酸性の桿菌を多数認めた。塗抹検査およびPCR検査で結核菌陽性で、上咽頭結核と診断した。結核病床を有する指定医療機関に紹介し、抗結核薬4剤併用で加療が行われた。また、治療開始前の胸部レントゲンで右中肺野にすりガラス影を認め、肺結核が確認された。治療開始後6週間で喀痰からの排菌が消失し、退院となり、左Rosenmuller窩の隆起性病変と粘性分泌物の消失を確認した。抗結核薬内服は合計6ヵ月間継続され、再燃を認めていない。

【まとめ】肺結核に合併した続発性上咽頭結核の1例を経験した。上咽頭に白苔を伴う隆起性病変を認めた場合には、結核を念頭に置き対応することが重要である。

24. アフタ性潰瘍を伴った急性咽喉頭炎から骨髓異形成症候群に合併したSweet病と診断した1例

○松田慶士・田中真琴・野村泰之・嶋原俊太郎
大島猛史

日本大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

Sweet病は、発熱と共に顔面、頸部、上肢に好発して境界明瞭な有痛性紅斑が多発する疾患である。末梢血中の好中球増多を認め、病理組織学的には真皮に密な好中球浸潤を認める。本症の病因はいまだ不明であるが、上気道感染症や口腔内病変を先行することがあるため耳鼻咽喉科を受診することも多く、診断に苦慮する症例も少なくない。今回我々は、アフタ性潰瘍を伴った急性咽喉頭炎を契機に、骨髓異形成症候群に合併したSweet病を発症し、診断に苦慮した1症例を経験したので報告する。

症例は70歳代男性。2ヵ月前から感冒様症状を自覚。その後一度軽快するも、39℃を超える発熱、咽頭痛、皮疹の出現を繰り返していた。複数の医療機関を受診し、精査加療するも改善を認めなかった。4月上旬に倦怠感が強く他院に救急搬送されたが帰宅。翌日、精査加療目的に当院に紹介受診した。初診時、口腔内および咽喉頭にアフタ性潰瘍が多発し、四肢・体幹・陰部に紅斑を認めた。血液検査で著明な炎症反応、大球性貧血、腎機能障害があり、胸部X線・CT検査で両肺末梢域に結節影を認めた。血液培養検査は陰性であったが、皮膚科、内科に診察を依頼したところ重症感染症に伴う血管炎、septic pulmonary embolismの可能性を指摘された。急性咽喉頭炎による重症感染症と判断し、抗菌薬治療を行った。咽喉頭所見は概ね改善し、皮疹も消退傾向であったが、軽微な炎症反応、弛張熱、大球性貧血は遷延していた。貧血の精査目的に骨髓生検を施行。精査中に前胸部・前腕に新たな皮疹も出現したため、皮膚生検を施行した。生検の結果、骨髓異形成症候群に合併したSweet病の診断に至った。

急性咽喉頭炎に皮疹を合併した症例で、抗菌薬治療をしても症状が遷延する場合には、Sweet病や自己免疫疾患などの関連を考慮しなければならないと考えられた。

25. 右下咽頭梨状陥凹瘻の1例

○大井祐太郎¹⁾・赤荻勝一¹⁾・中里 瑛²⁾・將積日出夫³⁾

- 1) 富山赤十字病院耳鼻いんこう科
- 2) 宮城県立がんセンター
- 3) 富山大学耳鼻咽喉科

症例は21歳男性。主訴は右前頸部の発赤、腫脹。201X年6月26日に亜急性甲状腺炎が疑われ当院内科に紹介、単純CTで膿瘍形成を示唆する所見あり当科に紹介された。造影CTの結果、右前頸部膿瘍と診断し、右前頸部膿瘍切開排膿術を施行した。手術時に、右下咽頭梨状陥凹瘻の可能性を考慮していたが、嚢胞壁は脆く、瘻管も同定困難で一塊として摘出はできなかった。退院時に確定診断のため、外来での食道造影検査を提案したが患者の希望なく経過観察となっていた。201X+2年11月19日、約1週間前から右前頸部腫脹があり、呼吸困難症状も出現してきたため当科を受診した。右前頸部の前回膿瘍切開部位の周囲に有痛性の発赤腫脹あり、血液検査でWBC 8200, CRP 4.67, 造影CTにて辺縁が造影されガス産生も伴う軟部影が認められた。軟部影に連続して甲状腺右葉に一部低吸収域を認められた。喉頭ファイバーにて右下咽頭梨状陥凹に瘻孔は認められなかったが、下咽頭梨状陥凹による右頸部膿瘍を疑い手術を施行した。前回の手術所見とは異なり右甲状腺内に侵入する索状物を確認し、咽頭方向に向かってできるだけ瘻管を追い結紮、摘出した。膿汁の培養結果は口腔内常在菌であるSt. milleri Groupであった。術後経過は良好であり、術後6日目でWBC 4000, CRPは0.12まで改善し退院となった。

下咽頭梨状陥凹瘻は患側が圧倒的に左側に多いとされ右側は稀と言われている。下咽頭梨状陥凹瘻は第4咽頭嚢が形成した上上皮小体が、尾側に移動している甲状腺に付着する際の道筋が残存したものである。第4鰓弓は、左は大動脈弓の一部を、右は鎖骨下動脈を形成し、この頸部の発生学的な左右差(左>右)が第4鰓弓に近い第4咽頭嚢の発生にも影響し、右よりも左の下咽頭梨状陥凹瘻が形成されやすいと言われている。

若年者が右頸部膿瘍を繰り返す際には本疾患も鑑別の1つとして精査をする必要があると考えられた。

26. 扁桃摘出術後に扁桃周囲膿瘍に類似した所見を呈した智歯周囲炎の一例

○前田泰規¹⁾²⁾・武田育子¹⁾²⁾・松原 篤²⁾

- 1) 大館市立総合病院耳鼻咽喉科
- 2) 弘前大学耳鼻咽喉科

【はじめに】頭頸部領域の炎症性疾患が菌性感染症に起因することはしばしば経験される。今回、扁桃摘出術後の症例で扁桃周囲膿瘍に類似した所見を呈した智歯周囲炎の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は22歳の女性。幼少期に両側口蓋扁桃摘出術の既往歴あり。発熱と咽頭痛を主訴に近医を経て当科へ紹介となった。

【初診時所見】右前口蓋弓から右軟口蓋にかけて発赤と腫脹を認め、右下咽頭から披裂部にかけて浮腫も認められた。造影CTで右副咽頭間隙に低吸収域を認め、残存扁桃の炎症波及による右扁桃周囲膿瘍を疑い入院加療の方針となった。

【経過】入院時より、抗菌薬投与と穿刺や切開排膿を行ったが、明らかな残存扁桃は認められなかった。入院8日目に多数の齲歯が発覚し、入院9日目に当院歯科口腔外科を受診。右下顎智歯周囲炎の診断となった。また、CTで右下顎骨舌側の欠損が認められた。初診時の造影CTを確認すると、右下顎智歯周囲より低吸収域が認められ、右下顎智歯周囲炎による深頸部膿瘍の診断となった。入院10日目に咽頭所見は改善し、当科退院となった。当科退院2ヵ月後に、当院歯科口腔外科で智歯抜歯手術を施行した。抜歯後は症状の再燃なく経過している。

【考察】菌性感染症は、1群：菌周組織炎、2群：菌冠周囲炎、3群：顎炎・骨髓炎、4群：顎骨周囲の蜂巢炎に分けられる。4群が顎骨周囲に炎症が及び舌下間隙、顎下隙、オトガイ下隙、翼突下顎隙、副咽頭間隙、縦隔へ波及する群である。古川らは、右下顎智歯周囲炎が顎下間隙または咀嚼筋間隙に波及し、副咽頭間隙さらに扁桃周囲間隙へ炎症が波及した症例を報告している。本症例も右智歯周囲炎が副咽頭間隙に波及し、右扁桃周囲膿瘍に類似した所見を呈したと考えられる。扁桃周囲膿瘍を診察する際には、菌性感染症も鑑別診断として念頭におく必要があると考えられる。

27. 水痘帯状疱疹ウイルスによる舌咽・迷走神経麻痺の2例

○坂田正行

大阪急性期・総合医療センター

水痘帯状疱疹ウイルス (Varicella-Zoster Virus: 以下 VZV) の再活性化により生じる疾患として Ramsay Hunt 症候群 (以下 Hunt 症候群) が代表されるが, Hunt 症候群に下位脳神経麻痺が随伴する症例や, 顔面神経麻痺を伴わず下位脳神経麻痺のみ発症する症例も存在する. 今回我々は, VZV による舌咽・迷走神経麻痺症状を主体とした症例を2例経験したので, 渉猟し得た過去の報告と合わせ, 考察を加え報告する.

症例1は70歳男性. 発症時は右耳痛のみであったが, 第5病日にめまい, 第13病日に右顔面神経麻痺, 第19病日に吃逆・嚥下障害, 第35病日に右声帯麻痺が出現し, 段階的に脳神経麻痺が併発した. Hunt 症候群に準じてアシクロビルおよびステロイド点滴治療をおこない, 発症より1年を経てそれぞれの麻痺の改善を得た.

症例2は53歳男性. 発症時は右咽頭痛のみであったが, 第6病日に右声帯麻痺, 第12病日より吃逆・嚥下障害が出現した. 血清抗体価より VZV の再活性化による麻痺と判断し, 第7病日よりアシクロビル点滴治療を7日間実施した. その後も発熱が持続するため第18病日に実施した髄液検査でウイルス性髄膜炎の診断となり, 追加でアシクロビル点滴治療を実施した. 発症より6ヵ月経過した現在, それぞれの麻痺の改善を得ている.

VZV の再活性化は膝神経節やラセン神経節で生じることが多いが, 症例2のような顔面神経麻痺を伴わない下位脳神経麻痺ではそれらの神経節が原因であるとは考えにくく, 迷走神経節が原因と考えられている. 症例1のような顔面神経麻痺を主体とした多発脳神経麻痺の場合は Hunt 症候群等に準じて早期に積極的な治療を実施しやすいが, 症例2のような顔面神経麻痺を伴わない下位脳神経麻痺の場合はその診断・治療に苦慮する場面が多い. しかし過去の報告を渉猟すると, その多くは6ヵ月以内に麻痺の改善を得ており, 適切な治療を実施できれば予後は決して悪くないため, 臨床所見より早期に診断することが重要と考えられる.

28. 誤嚥性肺炎のために COVID-19 感染の診断が遅れた一例

○松下 豊・栗原 渉・井坂奈央・小島博己

東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

2019年12月に中国の武漢市で初めて確認された COVID-19 (Coronavirus disease 2019) は, 現在世界中に感染が拡大している. 感染の蔓延とともに, 様々な症状を呈する症例や症状が乏しくても診断に至る症例も認められるようになり, 厚生労働省が定める対応策も時事刻々と変化している. 今回, 誤嚥性肺炎と診断し治療を開始したものの, 後に COVID-19 の感染が確認された症例を経験したので報告する.

患者は64歳男性. 脳梗塞に伴う合併症として嚥下障害を自覚するようになり, 精査目的に当院耳鼻咽喉科を受診した. 診察時に行なった嚥下造影検査で嚥下食を誤嚥し, その2日後に発熱と酸素化低下で救急搬送された. 診察時, vital sign は体温 37.7 度, 呼吸数 22 回/min, SpO₂ 90% (nasal O₂ 2L), 胸部単純 CT にて右下肺野に有意に浸潤影を認め, 経過から誤嚥性肺炎と考え入院の上抗生剤にて加療を開始した. しかし, 入院5日目に呼吸状態の悪化, 胸部単純 CT で両肺下葉に広範なすりガラス影を認めた. 数日間の発熱と呼吸状態の悪化, 胸部画像所見の増悪を認めたため COVID-19 感染を疑い PCR 検査を施行した. 嚥下造影検査から7日後に陽性の結果となった. 患者はその後人工呼吸器管理となり, 気管内挿管から22日後に全身麻酔下で気管切開術を施行した.

COVID-19 の肺炎像で最もよくみられる所見は consolidation で, 頻度は低い ground-glass opacity を認めることもある. 病変の分布は両側下肺野末梢優位に認めることが多いが, 所見が乏しい場合や, 他の肺疾患の既往や合併などがある場合に, 診断に難渋するケースもある.

2004年の Augustine らにより, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) 蔓延時にも今回と同様の事例が報告されており, SARS に誤嚥性肺炎を合併していた患者が, 誤嚥性肺炎のみの診断とされ, その治療中に接触した人々が次々と SARS に感染した.

感染症の outbreak の最中においては, 感染者との接触歴が不明確で, 経過や検査所見が非典型的でも, 症状や所見が部分的にでもその感染症に類似する場合は感染の可能性を疑って注意深く対応する必要がある.

29. 耳鼻咽喉科外来にて COVID-19 を鑑別に要した 3 症例

○吉野高一郎・清水 顕・本橋 玲・小山内彩夏
塚原清彰

東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】 COVID-19 は WHO によって 2020/03/11 に世界的大流行と表明され、2020/4/7 に本国でも緊急事態宣言が発令された。当院では緊急事態宣言以前より発熱患者や肺炎疑い患者は COVID-19 疑いとして感染症科や総合診療科にて対応となり、肺炎を否定されていた患者が当科に受診する流れとなっていた。しかしながら、耳鼻咽喉科外来で COVID-19 の鑑別に要する 3 症例に遭遇したので報告する。【症例】症例 1, 48 歳男性。2 年前より副鼻腔炎症状あり、最近症状悪化を認め、かかりつけの当院泌尿器科よりコンサルトとなった。詳しい問診をしたところ、現在の主訴は一週間前からの咽頭痛、咳と嗅覚味覚障害であった。解熱鎮痛剤を服用していたため、受診時は平熱であった。問診により COVID-19 を疑い CT 施行し典型的肺炎像を認め、保健所対応となった。症例 2, 69 歳男性。喉頭癌にて当科通院中であった。4 日前からの発熱で保健所に相談したところ、保健所からの指示で当科受診となった。当科にて COVID-19 を疑い CT 施行したところ典型的肺炎像を認め、保健所対応となった。症例 3, 62 歳男性。急性扁桃炎と左反回神経不全麻痺を疑い当科紹介となった。発熱あり当科受診時に CT 施行したところ、COVID-19 を疑う肺炎像と肺癌を認め、同日 PCR 検査を行い自宅待機となった。PCR 陰性確認後、精査より中咽頭癌も見つかり肺癌と中咽頭癌の重複癌であった。【考察】症例 1, 2 は詳しい問診により COVID-19 を疑ったが、症例 3 はコロナ禍での受診であり、咽喉頭の診察が疎かとなっており、反省した症例であった。

30. 咽後膿瘍と鑑別を要した川崎病症例

○篠原 宏・清水啓成・松本祐磨

河北総合病院耳鼻咽喉科

【はじめに】川崎病は乳幼児に好発する原因不明の熱性疾患でしばしば咽頭後壁に蜂窩織炎をきたす。一方、咽後膿瘍も小児に好発する深頸部感染症で CT 上、両者の鑑別を要することがある。

川崎病の典型的症状が出現する前に咽後膿瘍が疑われた川崎病症例を経験したので報告する。

【症例】4 歳男児。

主訴：発熱、頸部リンパ節腫脹。

経過：4 日前からの持続性発熱で近医小児科から当院小児科に紹介され入院となった。

頸部リンパ節腫脹と高熱のみを認め、血液検査では白血球 3.3 万/mm³ (好中球 92%)、CRP13.6mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。頸部造影 CT で咽後膿瘍が疑われたため、入院翌日に切開排膿の適応がないか当科にコンサルトされた。当科初診時、両側頸部の著明なリンパ節腫脹を認めたが視診、内視鏡で耳鼻咽喉に異常を認めなかった。舌、結膜、四肢の皮膚にも異常を認めなかった。造影 CT では中咽頭から下咽頭の高さの咽後間隙に低吸収域を認めたが ring enhancement は認めなかった。咽頭後壁の膨隆や扁桃炎所見も乏しく ring enhancement もないことから咽後膿瘍より川崎病の初期である可能性が高いと診断し切開や穿刺は行わず経過観察すべきであると小児科に提案した。耳鼻科受診の翌日からイチゴ状舌、結膜充血が出現し川崎病と確定できたため免疫グロブリン大量静注療法、ステロイド投与などを行い良好な経過をたどった。

【考察】川崎病の造影 CT では咽後膿瘍と紛らわしい咽後間隙の低吸収域がしばしば認められるが、血管炎に伴う蜂窩織炎が本態であり、咽後膿瘍と異なり ring enhancement を伴わないのが特徴である。

川崎病急性期特有の症状が出揃う前に、造影 CT での咽後間隙の低吸収域を咽後膿瘍と診断すると、不要な外科的処置を行ってしまうことになる。咽後膿瘍を疑った際には川崎病も念頭に置き鑑別する必要がある。

31. 咽後膿瘍との鑑別を要した不全型川崎病の1例

○石川数馬・佐藤将盛・左京愛莉・斎川雄一郎
中村真浩・塩澤晃人・小島雅貴・伊藤 伸
肥後隆三郎

順天堂大学浦安病院耳鼻咽喉・頭頸部外科

【背景】川崎病主要症状である頸部症状が強く生じた際、咽頭浮腫を伴っている場合があり、咽後膿瘍との鑑別が難渋することがある。不全型川崎病の1例を経験した。

【症例】2歳男児。発熱を主訴に当院小児科を受診。不全型川崎病疑いで入院。アスピリン併用ガンマグロブリン療法を開始した。その後解熱し、アスピリンの調節を行い一度退院となった。

しかし再度発熱、炎症反応上昇、頸部リンパ節腫脹を認め、当院再入院となり、抗生剤での加療を行った。頸部造影MRIでは右中咽頭後壁に辺縁高信号域を伴う領域を認め、咽後膿瘍との鑑別が困難であったため、全身麻酔下で中咽頭切開・組織生検を施行。右中咽頭後壁の腫脹部を切開したが膿を認めず、壊死組織を認め、同部位の生検を行った。術後は気道管理目的に挿管管理で経過観察し、右頸部リンパ節生検を施行した。同時に喉頭内視鏡検査で咽頭の腫脹の改善を確認し、抜管した。術後病理所見では、咽頭、頸部リンパ節共に反応性のリンパ節炎を疑う所見であった。頸部単純MRIで咽頭の腫脹、頸部リンパ節腫大の改善を認めた。その後も喉頭内視鏡検査で所見の改善を確認し退院とした。

【考察】川崎病主要症状である頸部症状が強く生じた際、咽頭の軟部組織の炎症による咽頭浮腫を伴っている可能性があり、画像上、膿瘍と鑑別に苦慮することがある。咽後膿瘍では画像上、辺縁造影効果が認められるのに対し、咽頭浮腫では認められないことが一般的であり、鑑別の一助となることが多い。しかし稀に辺縁周囲への増強効果を認めた過去の報告もある。咽頭浮腫と咽後膿瘍との鑑別が画像検査で困難である場合、積極的に外科的なアプローチをすることは有用であると考えられた。

32. 咀嚼筋間隙膿瘍膿瘍に対する経口腔的排膿術

○角田篤信・齋川雄一郎・池田勝久

順天堂大学練馬病院耳鼻咽喉・頭頸科

咀嚼筋間隙は咀嚼筋群である咬筋、側頭筋、内外翼突筋の筋群の間隙であり、菌原性感染が進展しやすい部位である。当科で最近3例の咀嚼筋間隙膿瘍症例を経験した。症例1は68歳男性。主訴は開口障害と右耳下部の腫脹である。近医から経口抗菌薬でコントロールできない耳下線炎にて紹介となったが、口腔を観察すると口蓋部分の発赤腫脹があり波動を触知した。造影CT所見上翼状突起を中心に膿瘍の広がりがあり、耳下腺にも炎症の波及を見た。扁桃周囲膿瘍を疑い、穿刺を試みるも排膿を認めず。より頭側の口蓋部分を穿刺したところ悪臭を伴う著しい排膿を認めたため、切開排膿を行い、耳下腺部はサーフロー針留置による持続ドレーンを行った。抗菌薬投与により症状は徐々に消退した。症例2は72歳女性。主訴は開口障害。近医から難治性の扁桃感染にて紹介となる。右臼後部の下方後方の発赤・腫脹が認められ、造影CTにて下顎骨体部から下顎枝の内側を中心とする膿瘍形成を認めた。扁桃は圧排されていたが、炎症そのものは認めなかった。同部位に波動を認めたため、穿刺、切開を行い排膿を認めた。連日外来で抗菌薬、副腎皮質ステロイドの経静脈投与を行うとともに、局所の排膿、洗浄処置を行ったところ、症状は速やかに軽快した。症例3は80歳男性。主訴は頸部腫脹。登院受診の2日前から頸部の違和感があり、急速に進行を見たため当院救急科受診。入院となった。画像上蜂窩織炎を認めたため、抗菌薬投与を受けるも症状は進行。二日後当科コンサルトされたときには頸部～前胸部までの発赤腫脹があり、皮膚に水疱を認めた。口腔内を観察すると口蓋から臼後部にかけての腫脹があり、穿刺、切開したところ悪臭を伴う膿汁が大量に認められた。菌原性感染からの壊死性筋膜炎と考え、減張切開、デブリートメントを施行したが、病変は縦隔、胸腔にも広がっており、胸腔ドレナージを要した。咀嚼筋間隙膿瘍は病変が深部に存在するため気付かれにくい。経口腔的な膿瘍開放は有効であり、耳鼻科医が経験しておくべき手技と考えられる。

33. 味認識装置を用いたテーストディスクの検討

○勢井洋史・羽藤直人

愛媛大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

濾紙ディスク法では基本味質のうち、旨味を除く甘味・塩味・酸味・苦味の4つの味質を異なる5つの濃度で評価する代表的な味覚検査法である。一方、味認識装置は味覚センサーが基準液とサンプル液との電位差を測定することで味を数値化することが可能であり、近年ではさまざまな食品や医薬品などの開発に使用されている。

基本味質以外の先味や後味を客観的に測定することができる味認識装置は、定性的味覚検査で用いる試薬のテーストディスクを詳細に評価することが可能であるが、これまで味認識装置を用いたテーストディスクに関する研究や報告は未だにない。

今回我々は味認識装置を用いたテーストディスクの検討を行ったので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【対象】塩味 0.3・1.25・5・10・20%，酸味 0.02・0.2・2・4・8%，苦味 0.001・0.02・0.1・0.5・4%。塩味は塩化ナトリウム，酸味は酒石酸，苦味は塩酸キニーネをそれぞれ使用，濃度は濾紙ディスク法の添付文書に準じて滅菌蒸留水で希釈して作成した。

【方法】(株) インテリジェントセンサーテクノロジー SA402B を用いて、8つの味質（先味：酸味・苦味雑味・渋味刺激・旨味・塩味，後味：苦味・渋味・旨味コク）を検討した。

34. 当科味覚外来における基本チェックリストに基づく分析：パイロットスタディ

○任 智美¹⁾・梅本匡則¹⁾・西井智子¹⁾・前田英美²⁾
大館たかえ¹⁾・阪上雅史¹⁾

1) 兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 大阪みなと中央病院耳鼻咽喉科

【はじめに】基本チェックリストは生活状態や心身の機能に関する25個の質問に対して「はい」、「いいえ」で回答する質問票で、フレイル評価法の一手段として取り上げられている。近年の疫学研究調査から口腔機能の低下がフレイルのリスク因子である可能性が示唆されたが、口腔機能低下は味覚障害の診療において重要な所見である。今回、味覚異常を主訴とした高齢者を対象に基本チェックリストを用いてフレイルとの関与が示唆されるのかをパイロットスタディとして検討したので報告する。

【対象・方法】2017年3月から2020年5月までに味覚異常を訴えて当科味覚外来を受診し、基本チェックリストに完全に回答できた65歳以上の215例（男性79例，女性136例，平均年齢74.9歳）を対象とした。フレイル評価としてSatakeらの「うつ状態」の有無を含めた総合点を用いた評価法を用いて、傾向を検討した。また厚生労働省が定めた二次予防事業対象者の5つの選定基準と併せて支援を考慮される分野の2つの基準となる項目に該当する割合を算出し、2006年に実施されたコホート研究（平均年齢74.9歳）の調査結果と比較した。

【結果】来院時すでに「介護認定を受けている」8例を除いた207例中、「フレイルなし（8点以上）」は75例（36.2%）、「プレフレイル（4-7点）」は67例（32.3%）、「フレイル（0-3点）」は65例（31.4%）が該当し、Satakeらの報告より有意に「フレイルなし」が少なかった。また二次予防事業対象の7つの基準では「口腔機能」、「鬱予防・支援」の2項目においてと遠又らのコホート研究と比較して有意に該当者が多い傾向となった。

【考察】現在までに味覚障害とフレイルの関与を検討した報告はほとんどみられない。今回、最も1年以内の要介護認定発生と関連する項目では有意な差はなかったが、うつ状態を含めた指標では該当する例が有意に多く、今後は比較対象の条件をそろえた検討を行い、また味覚障害の病態別に検討を重ねていく予定である。

35. 味覚障害を含む口腔・咽頭疾患における亜鉛欠乏の頻度とその経過

○徳永貴広¹⁾・成田憲彦²⁾・藤枝重治²⁾

1) 真生会富山病院耳鼻咽喉科

2) 福井大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

味覚障害の主な原因として亜鉛欠乏が挙げられる。亜鉛欠乏は高齢者や女性に多く、また肝硬変、糖尿病、慢性炎症性腸疾患、慢性腎臓病の罹患患者の多くで血清亜鉛値は低下しており、亜鉛欠乏状態であることが指摘されている。近年の高齢化社会と慢性疾患患者の増加を考えると、亜鉛欠乏症患者は今後増加してくるものと考えられる。亜鉛欠乏の症状としては、味覚障害の他に皮膚炎、脱毛、貧血、口内炎、男性性機能異常、易感染性、骨粗しょう症などがあるが、口腔や咽頭の諸症状における亜鉛欠乏の頻度ははっきりしておらず、それらの症状に対する亜鉛の関与も明確ではない。

我々は、2015年4月から2020年3月までの5年間に当科外来を受診した口腔・咽頭疾患患者の亜鉛欠乏の頻度とその経過についてレトロスペクティブに調査をおこなった。対象疾患は、味覚障害、嗅覚味覚障害、舌痛症、咽喉頭異常感症、口腔カンジダ症、口腔乾燥症、再発性・難治性アフタとし、亜鉛欠乏を血清亜鉛値 $<60\mu\text{g/dL}$ 、潜在性亜鉛欠乏を $60\text{--}80\mu\text{g/dL}$ と定義した。

患者数は男性95名、女性188名であり、女性が6割以上を占め、年齢は 60.8 ± 16.8 歳であった。その内、味覚障害は68名(24.0%)であった。味覚障害における亜鉛欠乏と潜在性亜鉛欠乏の割合はそれぞれ27.7%、53.8%であった。一方、味覚障害以外の疾患における亜鉛欠乏と潜在性亜鉛欠乏の割合はそれぞれ20.0%、66.5%であり、味覚障害と同程度の割合で亜鉛欠乏を認めた。特に、舌炎や再発性・難治性アフタにおいて亜鉛欠乏の割合が高かった。

亜鉛欠乏あるいは潜在性亜鉛欠乏が疑われた患者に対して、ボラプレジンクが87名、酢酸亜鉛水和物が9名に投与された。経過を追うことができた症例において約8割の症状が改善した。

味覚障害以外の口腔・咽頭疾患においても亜鉛欠乏が潜在していることを意識し、血清亜鉛値を測定し、亜鉛補充療法を行うことによって、良好な治療効果が得られると考える。

36. 口蓋扁桃摘出術後の味覚障害の検討

○田中真琴・松田慶士・野村泰之・鳴原俊太郎
大島猛史

日本大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

中耳手術や口蓋扁桃摘出術、ラリngoマイクロサージェリー、歯科手術後の味覚障害は、耳鼻咽喉科医にはよく知られた合併症である。口蓋扁桃摘出術による味覚障害の原因として、開口器による神経の圧迫や舌の血流障害による受容器障害、手術手技による神経の直接損傷や切断、創感染に伴う神経障害、術後の摂食不良による亜鉛欠乏などが指摘されている。多くの味覚障害は一時的で回復するが、術後しばらくしても改善しない症例も存在する。今回我々は、当科で経験した症例について若干の文献的考察を加え、報告する。

対象は、他施設での口蓋扁桃摘出術後に味覚障害が遷延し、2015年1月～2018年12月に日本大学医学部附属板橋病院耳鼻咽喉科味覚専門外来を受診した8症例(男性4例、女性4例)平均年齢37.8歳(26-61歳)である。手術の適応疾患は、反復性扁桃炎・慢性扁桃炎6例、睡眠時無呼吸症候群・扁桃肥大1例、IgA腎症1例で、手術から当院受診までの期間は、平均8.3ヵ月(4-19ヵ月)であった。初診時の、VASスケールを用いた自覚症状の評価は平均34.4(10-70)、電気味覚検査で鼓索神経領域の平均が10dB以上であったのが6例、舌咽神経領域の平均が16dB以上であったのが4例、濾紙ディスク検査の総平均値での重症度が、境界2例、軽症2例、中等症1例、重症3例、血清亜鉛値が $80\mu\text{g/dl}$ 未満であったのが、4例であった。

37. 自発性異常味覚に対するカプサイシンクリームの有効性の比較検討

○大館たかえ・任 智美・西井智子・前田英美
梅本匡則・阪上雅史

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】味覚障害に対して現在、エビデンスをもつ治療は亜鉛内服療法のみである。しかし、亜鉛欠乏の関与が少ない質的味覚異常では、その効果が乏しい症例もしばしば経験する。質的味覚異常である自発性異常味覚の一部は舌痛症と同様の特徴をもち、効果的な治療も類似している。カプサイシンクリームは舌痛症に対して有効性が報告されており、症状緩和にも有用である。今回、自発性異常味覚を対象にカプサイシンクリームの有効性を検討した。

【対象・方法】味覚外来を受診した自発性異常味覚49例（男性13例，女性36例，平均年齢64.7歳）に対し，カプサイシンクリーム0.005-0.01%を試し，不快感がなかった症例に対して継続投与とした。転帰は1ヵ月以上使用できた症例に対し，自覚症状に基づいた有効性を評価した。又，VASを用いて50%以上改善された割合を算出した。有効性においては舌痛症62例を比較対象とした。カプサイシンクリームを外用し，一ヵ月以降に「単独で治癒」，症状に対する「一時的な効果良好」，「効果あり」を有効として評価した。

【結果】自発性異常味覚では49例のうち有効例は61%であった。このうちVAS50%以上の改善を認めた割合は45%であった。舌痛症例では62例のうち有効例は63%であった。このうちVAS50%以上の改善を認めた割合は52%であった。両疾患で有効率とVAS50%以上の改善率で舌痛症の方が良好であったものの有意な差は認められなかった。

【考察】カプサイシンクリームは自発性異常味覚では舌痛症と同様に一時的な症状の緩和に有効であると考えられた。しかし，舌痛症ではカプサイシンクリームの単独使用による治癒例も存在したが，自発性異常味覚では単独治癒例は存在せず，VAS50%以上改善を認めた割合も舌痛症のほうが良好と考えられた。自発性異常味覚は舌痛症より多岐にわたる症状があり，病態はより複雑と推測されるが，舌痛症と同様に局所治療においての有効性が期待できると考えられた。

38. 美容目的にA型ボツリヌス毒素を頸部に局所注射後，嚥下障害が出現した一例

○樋口雄将・矢部健介・山本浩之

東京都立広尾病院

症例は28歳女性。美容目的に韓国でA型ボツリヌス毒素を頸部に局所注射された。その翌日より嚥下障害，咽喉頭違和感が出現した。症状は増悪し，注射後2日目に当科を受診した。初診時の兵頭スコアは7点であり，喉頭挙上が著明に低下していた。経口摂取困難だったため同日より入院加療とした。ステロイド点滴を行なったが効果に乏しく，嚥下訓練を開始した。兵頭スコアの改善はなかったが，訓練の結果経口摂取出来るようになり，注射後10日目に退院。退院後は徐々に嚥下機能が回復し，注射後88日目には兵頭スコア1点まで改善し終診とした。若干の文献的考察を加えて報告する。

39. 冬の寒さと COVID-19 が嚥下障害例に与えた影響の検討

○西山耕一郎¹⁾・大上研二²⁾

- 1) 西山耳鼻咽喉科医院
2) 東海大学耳鼻咽喉科

【はじめに】嚥下機能が全身状態に左右されることは良く知られている。今回、冬の寒さとそれに続いた COVID-19 が、嚥下機能にどのように影響したかを検討した。

【対象】当院を外来通院中で病状が安定し定期的に受診している嚥下障害例において、2019 年末の 10 月～12 月、2020 年始の 1 月～2 月、COVID-19 流行期の 2020 年 4 月～5 月の 3 期間に受診できた症例 13 例において、嚥下内視鏡検査を施行し兵頭スコアを調べた。

【結果】13 例中、年末から年始にかけて兵頭スコアが悪化した症例は 6 例認められた。同時期に着色水が増加した症例は 2 例認められた。年始から COVID-19 流行期にかけて兵頭スコアが悪化した症例は 3 例であった。また着色水の残留増加を認めた症例は 3 例であった。

【考察】嚥下機能は全身状態に大きく左右され、特に活動が低下すると嚥下機能も低下することは知られている。冬になり寒くなると運動量が低下し、嚥下機能が低下する。さらに新型コロナウイルス感染流行によりデーサービスが全例中止され訪問リハビリテーションも 1/4 に減少し、それにより嚥下機能がさらに悪化したことが推察出来た。さらに嚥下機能が低下した症例は全例において痰と咳が増えており、嚥下性気管支炎の発症を考え、食形態の変更等を指示することにより誤嚥性肺炎の発症を予防できた。

【まとめ】在宅症例において、冬の寒さと新型コロナ流行による嚥下機能の低下が確認できた。

40. 睡眠時無呼吸症候群高齢者の CPAP 療法・睡眠中の嚥下と呼吸動態

○佐藤公則・千年俊一・佐藤公宣・小野剛治
梅野博仁

久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

嚥下と呼吸の協調性、嚥下による咽喉頭のクリアランスは気道防御にとって重要である。睡眠中の嚥下と呼吸動態は、誤嚥あるいは酸逆流により引き起こされる病態に関与しているとも考えられる。CPAP(持続陽圧呼吸)療法によって睡眠時無呼吸症候群(OSAS)高齢者の睡眠中の嚥下と嚥下に伴う呼吸動態がどう変化するかを検討した。

【1. 対象および方法】重症の OSAS 患者 10 人、全例男性、年齢は 70-84 歳(平均 76 歳)である。

終夜睡眠ポリグラフ検査時に嚥下の表面筋電図(舌骨上筋群と甲状舌骨筋)を同時記録し検討した。CPAP 療法前と療法中の同一患者の睡眠中の嚥下と嚥下に伴う呼吸動態を比較検討した。

【2. 結果】1) CPAP 療法中も睡眠中の嚥下の頻度は減少しており、実睡眠中の嚥下の頻度は 1.5 回/時間(中央値)であった。

2) CPAP 療法中の嚥下の頻度は non-REM 睡眠時では stage N1 が 3.2 回/時間(中央値)、stage N2 が 1.1 回/時間、stage N3 が 0 回/時間であり、睡眠が深くなるに従い嚥下の頻度が減少していた。REM 睡眠時では嚥下の頻度は 0.8 回/時間であった。

3) CPAP 療法中も睡眠中は長時間嚥下が行なわれず、嚥下が行われない最長時間は 74.5 分(中央値)であった。

5) OSAS 高齢者の睡眠中の嚥下と呼吸のパターンは、吸気→嚥下→吸気、あるいは吸気→嚥下、嚥下→吸気が多かったが、CPAP 療法によりこれらの嚥下と呼吸のパターンは減少し、呼気→嚥下→呼気、あるいは呼気→嚥下、嚥下→呼気のパターンが増加していた。

【3. 考察】CPAP 療法により、呼吸との協調性を失った睡眠中の嚥下は減少し、呼吸との協調性を持つ嚥下に改善していた。嚥下の予備能が低下した高齢者にとって、CPAP 療法は睡眠時の無呼吸・低呼吸と睡眠の質の改善だけではなく、睡眠中の嚥下に伴う呼吸動態も改善させると考えられた。

41. 頭頸部癌化学放射線治療前後の 嚥下評価方法の検証： 嚥下内視鏡・造影検査の経時比較

○石井 亮¹⁾・加藤健吾¹⁾²⁾・大越 明¹⁾・佐藤剛史¹⁾
平野 愛¹⁾・小川武則¹⁾・香取幸夫¹⁾

- 1) 東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科
- 2) かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック

【目的】頭頸部癌化学放射線療法（CRT: chemoradiotherapy）における症状、嚥下機能、経口摂取状況の関係を明らかにし、嚥下評価の方法を検証すること。

【方法】本研究は一次治療として根治的CRTを受ける中下咽頭癌患者を対象とした前向き観察研究である。経口摂取状況の指標としてFunctional Oral Intake Scale (FOIS)、症状の指標としてCTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) グレード（乾燥、味覚異常、粘膜炎症）およびWHO (World Health Organization) 疼痛ラダー、嚥下内視鏡検査 (VE: videoendoscopy) による咽頭残留評価としてYale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPR-SRS)、嚥下造影検査 (VF: videofluoroscopy) による喉頭侵入・誤嚥の評価としてPenetration-Aspiration Scale (PAS)、食事の自覚症状評価であるEAT-10 (10-item Eating Assessment Tool) の項目を被験者の拒否がない限りそれぞれ治療前、40Gy、70Gy、1ヵ月後、3ヵ月後の5つの時点で評価した。また、各時点でのVEとVF実施率の比較およびYPR-SRSとPASスケールの相関も検討した。

【結果】被験者は38名であった。味覚異常、粘膜炎症、疼痛、およびFOISは70Gyで最低値をとり、治療後に改善を認めた。また、治療後のYPR-SRSとPASは部分的な改善に留まった。EAT-10と疼痛は複数時点でFOIS変化と高い相関を認めた。VF実施率は40Gyから低下したが、VEは高実施率を維持していた。治療開始前、70Gy、および3ヵ月後の時点で、YPR-SRSとPASの間には有意な相関を認めた。

【結論】EAT-10と疼痛は治療前後のFOIS変化をよく反映したが、2つの嚥下機能評価はFOISとの関連を認めなかった。VEによる咽頭残留とVFによるPASは高い相関を認めたこと、VF検査実施率が下がってしまうこと、の二点より少なくとも誤嚥回避の点においてはCRT中のVF評価はVE評価にて代用可能かもしれない。

42. 粘度可変型流動食（マーメッド ワン[®]）の有用性の検討

○飯島宏章・五島史行・渡邊 嶺・寺邑克信
大上研二

東海大学耳鼻咽喉科

【背景】頭頸部癌の術後や化学放射線療法中の経口摂取不良患者、頸部膿瘍などの感染症の患者に対して、1～3週間に渡り経鼻経管を留置し、経管栄養剤により栄養摂取を行うが、高率に下痢を生じる。下痢に対し、投与速度の変更、比重の高い栄養剤への変更、整腸剤を用いる等の対応を行うものの、効果に乏しいことをよく経験する。患者のQOLを低下させることはもちろんのこと、汚物の処理を行う看護師の労力・時間も無視できない問題である。このような下痢の予防として半固形経腸栄養剤の有用性が報告されているが、粘度が高く、経鼻経管からの投与は困難であり、多くは胃瘻造設患者に限定して用いられている。一方、胃内で液体から半固形状に変化する粘度可変型流動食であれば、経鼻経管からも投与可能である。今回我々は経管栄養剤による下痢に対する粘度可変型流動食の有用性を検討したので報告する。【方法】液状の栄養剤を投与中に下痢を生じた頭頸部癌および頭頸部感染症の患者に対し、粘度可変型流動食（マーメッドワン[®]）に切り替え、検討を行った。主要検討項目は便性状、排便回数とした。【結果】全例、経鼻胃管での投与であった。栄養剤変更前、下痢を生じていた全ての患者で便性状の改善を認めた。【考察・結論】頭頸部疾患を有する患者は胸部食道以下の臓器は健常であることが多く、粘度可変型流動食使用に適した投与対象である。経管栄養剤による下痢に対し有用であると考えられた。

43. VASスコアによる上咽頭擦過療法の効果判定についての統計学的検討

○伊藤宏文

医療法人社団徳照会 とう耳鼻科

慢性上咽頭炎に対する咽頭擦過療法の治療効果判定は、自覚症状の改善度と、出血所見など他覚的所見の改善度から評価されることが多い。しかし治療を行ってみると途中の離脱症例も多く、定期的な頻度で継続して治療を行うことは困難であることが多い。また治療終了の判断は局所所見の改善度と自覚症状の改善度が一致しないことも多く判断が難しい。このような理由から、どれくらいの頻度、期間の治療を行うことが、より効果的な治療につながるのかを知る目的で今回の検討を行った。対象は平成30年8月から令和1年8月までに当院を受診し、慢性上咽頭炎として診断、治療を行った症例546名（男性136名、女性410名、平均年齢50.25歳）である。治癒判定が得られた症例279名と、治療を途中で中断したり、治癒判定に至らなかった症例249名の2群について統計学的検討を行ったので報告する。

44. 上咽頭処置による歌声障害の改善効果

○駒澤大吾

声のクリニック赤坂こまざわ耳鼻咽喉科

【緒言】1960年代に考案され、近年再注目されている上咽頭擦過療法（EAT）には、単なる局所炎症制御効果だけでなく、自律神経系や免疫系を介した全身諸症状の改善効果があると報告されている。発表者は、声帯等喉頭の発声器官に器質的異常がなく、話声にも問題がないにもかかわらず、歌声の発声のみが不安定になり不調を訴える、特殊な機能性発声障害を経験し、従来はこの状態に対し歌唱発声の矯正を目的としたリハビリ加療を行い報告してきたが、EATを開始以来リハビリなしでも軽快する例を経験するようになったので報告する。

【対象・方法】2019年1～12月に、歌声の不調を訴え当院を受診した症例のうち、初診時に内視鏡的EATを施行して出血を認めたために慢性上咽頭炎と判断し、継続的なEATを施行した症例のうち、声帯に器質的異常を認めず、初診時と症状軽快安定時に歌声に関する自覚的評価尺度SVHI-10による評価が可能であった15名を対象とした。

【結果】SVHI-10（平均±SD）は、初診時 29.6 ± 8.3 から 9.5 ± 7.7 へと有意に改善した（ $p < 0.001$ ）。また、主訴が歌声の安定性に関するもののみであった群（ $n = 8$ ）と、鼻閉や痰がらみ等その他の症状を合併していた群（ $n = 7$ ）を比較すると、SVHI-10の平均改善幅は前者で 25.3 ± 8.3 、後者で 13.4 ± 4.5 と前者で有意に大きかった（ $p < 0.001$ ）。

【考察】楠山ら（2017）は、EATによって歌唱者のSVHI-10が著明に改善することを報告し、上咽頭炎が音声障害の原因疾患である可能性とそれに対するEATの有効性を初めて指摘したが、その病態を自律神経系に関連する喉頭の潤滑障害と上咽頭の共鳴障害であるとした。今回の結果も、EATが歌声の改善に有効である可能性を示唆しているが、特に、歌声の不調以外の症状を有しない群については、潤滑改善と共鳴改善だけでは説明できないほどの劇的な改善が得られたと考える。近年、EATには迷走神経刺激装置に類似した神経可塑性の改善効果が得られる可能性が指摘されており、歌唱障害に対しても、歌唱発声の中枢に対する直接的な効果を有している可能性があると考えられる。

45. 胸鎖関節部痛を伴った扁桃病巣疾患

○土井 彰¹⁾・小桜謙一¹⁾・松本淳也¹⁾・吉田真夏¹⁾
高野浩章²⁾・公文義雄³⁾・赤木博文⁴⁾

- 1) 高知医療センター耳鼻咽喉科
- 2) 高知医療センター皮膚科
- 3) 近森病院リウマチ膠原病科
- 4) 国立病院機構南岡山医療センター耳鼻咽喉科

【はじめに】扁桃病巣疾患症例のうち胸鎖関節部痛の症例を検討した。

【対象】2005年から2019年まで当科に扁桃病巣疾患で紹介された症例。

【検討項目と結果】胸鎖関節痛を訴えた症例数9例。
紹介状の診断：掌蹠膿疱症4例, SAPHO症候群3例, 胸肋鎖骨過形成症1例, 多発関節炎1例

性別：全例女性。

年齢：平均45.2歳。

病悩期間：半年以内1例, 1年以内1例, 3年以内1例, 5例以内1例, 10年以上5例。

扁桃摘後2週間以内に胸鎖関節痛が改善した症例数：2例

【考察と結語】今回の事例では紹介状には掌蹠膿疱症と胸肋鎖骨過形成症が併記された症例が2例あった。病名併記の場合、掌蹠膿疱症に胸肋鎖骨過形成症を合併したと判断し、今回は掌蹠膿疱症とカウントしている。病名の混乱を来している可能性がある。

胸骨鎖骨部の痛みは、腰痛や頭痛と比較し日常あまり訴えることが少ない。胸鎖関節痛を示す疾患には掌蹠膿疱症、SAPHO症候群、癌の骨転移、治療抵抗性のリウマチや強直性脊椎炎、結核、化膿性胸鎖関節炎などが挙げられる。

扁桃摘後2週間以内に胸鎖関節痛が改善した症例は2例しかなく、耳鼻咽喉科医として胸鎖関節痛への扁桃摘効果が実感できないのが現状であり、扁桃摘をためらう原因となっている。診断には骨シンチグラムが用いられているが、総合病院でない限り骨シンチグラムの施行は困難である。骨シンチグラムはできないまでも、少なくともがんの骨転移の除外はしたほうがよく、がんの既往の確認が重要である。また胸鎖関節痛以外の掌蹠膿疱などの存在があれば、手術を考慮して良いのではないか。今回の病悩期間が10年以上の症例も5例存在しており、治療抵抗性の胸鎖関節痛は、10年も経過観察せずに手術を検討すべきである。

46. 反復性扁桃炎に対する柴胡清肝湯使用例11例の検討

○阿部秀晴・石田正幸・將積日出夫

富山大学耳鼻咽喉科

【はじめに】頻回に急性増悪を繰り返す反復性口蓋扁桃炎症例や、口蓋扁桃摘出後に繰り返す舌扁桃炎症例に対し、様々な事情で保存的加療が選択される場合も多い。今回、私共は舌扁桃炎を含む反復性扁桃炎症例に対する柴胡清肝湯の急性増悪予防効果について検討した。

【対象】2012年1月より2020年3月までの間に半年以内に急性増悪を2度以上繰り返し、反復性扁桃炎と診断され柴胡清肝湯を処方された11例を対象とした。内訳：男性8例 女性3例。平均年齢36(21-57)歳。平均投与期間20(3-42)週。うち3例は口蓋扁桃摘出術後の舌扁桃炎の反復例であった。

【検討方法】柴胡清肝湯投与開始前後での急性増悪頻度の変化について検討した。急性増悪の定義は、咽頭痛と発熱を同時に伴うエピソードとし、投与前の急性増悪頻度及び病悩期間、投与中の急性増悪頻度を患者申告により収集し、投与開始前後で比較した。

【結果】病悩期間は平均8.7ヵ月(1-30ヵ月)で、投与開始前の急性増悪頻度は平均1.0回・月であった。全症例で投与期間中の急性増悪頻度は平均0.25回・月と有意な減少を認めた。投与開始から1ヵ月目までの急性増悪は平均0.27回・月(N=11)で、早期より有意な減少を認めた。4ヵ月以上の投与を継続したのは4例で、4ヵ月目以降の急性増悪の発生は認めなかった。

【考察】反復性扁桃炎に対し、柴胡清肝湯は早期より急性増悪頻度減少に有効である可能性が示唆された。

47. 口蓋扁桃摘出術を行った患者へのアンケート調査と入院日数についての検討

○渡邊千尋¹⁾・阿部靖弘¹⁾・大澤 悠¹⁾・金子昌行²⁾
那須 隆¹⁾

- 1) 山形市立病院済生館耳鼻咽喉・頭頸部外科
2) 山形大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

【目的】当科ではクリニカルパスを利用して口蓋扁桃摘出術の周術期管理を行っており、術後7日目の退院としている。患者本人・小児症例の保護者より、就業・学校の関わりもあり早期退院希望をうけることがある。退院判断には術後出血を避けることが最も重要であるが、以前当科で行った検討では、15歳未満の小児例、16歳以上で女性、急性扁桃炎疾患の既往がない症例は術後出血のリスクが極めて低かった。今後これらの症例では、術後入院期間を短縮する方向で検討しているが、退院後の生活に問題がないか、入院期間の短縮が妥当であるかを確認する必要があると考える。今回、疼痛などの状況と退院時期について患者アンケートを行い、結果をもとに術後入院期間の短縮が可能か検討した。

【対象と方法】対象は、2019年6月以降、当院で口蓋扁桃摘出術を施行し、退院後アンケートを回収できた36例(2019年6月~2020年4月、男性22例 女性14例、未成年27例、成人9例)。アンケート項目は、1) 在院日数短縮は可能か、2) 早期退院時の不安要素、3) 入院中・退院後の疼痛の程度、4) 退院時の食量、5) 今回の在院日数は適切であったか。

【結果】退院後アンケートの結果では、術後5日間にパスを短縮する事について不安はないとの回答が55%で、不安と答えるものは42%であった。不安要素の内訳としては疼痛、食事内容、出血の順に挙げられた。実際にパスを短縮し、術後5日(14例)または6日目(11例)に退院とした患者は、在院日数は適当であったと答えたのが術後5日退院では93%、術後6日では92%であり、在院日数以上の日数の入院を希望した患者はいなかった。

【考察】アンケートの結果、約半数の患者は早期退院に対して不安と答えたが、実際に早期退院をしても問題はなかったと回答があった。術後出血のリスクが低いと予想される症例に対しては、退院後の生活面でも問題なかったことから、パス短縮が可能であると考えられた。

48. 当科における口蓋扁桃摘出術の術後出血の検討

○齋藤雄太郎・太田伸男・北谷 栞・野口直哉
山崎宗治・鈴木貴博・東海林史

東北医科薬科大学耳鼻咽喉科

口蓋扁桃摘出術は確立された術式であるが、術後の出血は今だ解決していない問題である。今回、2016年4月から2020年3月まで当院で18歳以上で口蓋扁桃摘出術を施行した178例に対して、術後出血の有無、出血時期、出血部位、手術適応となった原疾患について検討した。扁桃摘出術術後出血(post-tonsillectomy hemorrhage, 以下PTH)を視診でわずかでも扁桃窩から出血や凝血塊などを確認した場合と定義した。PTHは178例中48例(27%)に認め、そのうち局所麻酔下での処置で止血した症例が9例(5.1%)、全身麻酔下で再手術が必要であった症例が3例(1.7%)であった。PTHの発生時期は術後3日以内が9例、4-7日目が22例、8-11日目が12例、12-17日目で5例であった。PTHの部位別に検討すると左扁桃窩中央(22例)、右扁桃窩中央(18例)、右下極(5例)、左下極(3例)、右上極(2例)であったが、全身麻酔下で再手術が必要であった3例は右下極2例、左下極1例であった。原疾患別では慢性扁桃炎29%(26例/89例)、IgA腎症・掌蹠膿疱症23%(19例/83例)、扁桃肥大(睡眠時無呼吸症候群)40%(2例/5例)であったが、全身麻酔下で再手術が必要であった3例の原疾患はいずれも慢性扁桃炎であった。また、これらPTH症例に対し、PTHの有無を目的変数として、性別、年齢、BMI、術前収縮期血圧、術者経験年数、手術時間を説明変数として、多重ロジスティック回帰分析を行った。結果は術前収縮期血圧($P=0.03$)と術者経験年数($P=0.04$)が有意に関連していた。これらの結果から、PTH全体の危険因子として術前収縮期血圧が高いことや術者経験年数が低いことが考えられた。また、慢性扁桃炎の症例では下極から出血すると再手術となることがあり、下極の処置に注意を払う必要があると考えられた。

49. 咽喉頭異常感症に対するボノプラザンフマル酸塩と SNRI の効果：GETS-J（日本語版 GETS）を用いた評価

○高橋奈央^{1,2)}・岩井玄樹¹⁾・馬場洋徳¹⁾・堀井 新¹⁾

- 1) 新潟大学耳鼻咽喉科頭頸部外科
- 2) 長岡赤十字病院耳鼻咽喉科

咽喉頭異常感症は耳鼻咽喉科外来の5~10%を占めるものの、適切な診断と治療が困難な疾患である。The Glasgow Edinburgh Throat Scale: GETS は咽喉頭に関する10症状と苦痛度評価から成る問診票である。項目は球、嚥下困難、痛み・腫れ症状に分類され、英国の咽喉頭異常感症例では球症状が患者の苦痛度と相関することが報告されている (I. J. Deary 1995)。我々は昨年の本学会で、日本人の咽喉頭異常感症55症例に対しGETSを和訳し (GETS-J)、その信頼性と妥当性を検証した (Takahashi N, 2018)。

今回我々は咽喉頭異常感症例のうち、胃酸抑制剤であるボノプラザンフマル酸塩 (PCAB) と抗うつ薬であるSNRIが有効な症例の自覚症状の特徴をGETS-Jを用いて検討した。1ヵ月以上続く咽喉頭異常感症45例のうち、31例にPCAB (ボノプラザンフマル酸塩20mg/日を4週間)、14例にSNRI (塩酸ミルナシプラン15mg/日を8週間) を投与し治療前後のGETS-Jを評価した。同時に胃酸逆流症状 (FSSG) と不安うつ症状 (HADS) も評価した。

PCAB投与により、FSSGの胃酸逆流症状とともにGETS-Jの痛み・腫れ項目が有意に改善し、苦痛度の改善と相関した。PCAB改善群では、非改善群に比べ投与前の痛み/腫れ、球症状、苦痛度が有意に高かった。一方、SNRI投与ではHADS不安項目とともに苦痛度が有意に改善したが、その他の症状項目の改善は認めなかった。またSNRIで苦痛度が改善した群では非改善群に比べ、投与前の球症状、嚥下困難症状が有意に低かった。

以上より咽喉頭異常感症例では痛み腫れ症状を主体とする患者が存在し、その症状改善にPCABが有効であることが判明した。一方、SNRIが有効である群に特徴的な症状はなく、軽症例において非特異的な苦痛度の改善を認めた。

50. 顎下部から鎖骨上窩にまで進展した顎下型ガマ腫の1例

○河田 怜¹⁾・太田伸男¹⁾・北谷 栞¹⁾・草野佑典¹⁾
齋藤雄太郎¹⁾・池田怜吉²⁾・野口直哉¹⁾・山崎宗治¹⁾
東海林史¹⁾・鈴木貴博¹⁾

- 1) 東北医科薬科大学耳鼻咽喉科
- 2) 東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

ガマ腫は口腔底に存在する唾液腺、粘液腺、胎生期遺残組織などから発生し、舌下腺に貯留嚢胞を形成する疾患であり、舌下型、顎下型、舌下・顎下部型に分類される。今回我々は、顎下部から鎖骨上窩まで進展した顎下型ガマ腫の稀な1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は22歳男性。既往歴は19歳時にもガマ腫があった。X-2年10月3日、左顎下部腫脹を主訴に当科を紹介受診した。左顎下部に腫脹を認め波動を触知し、他院で1年前にガマ腫に対してピシバニール (OK-432) 局所注入療法を施行されていたことからガマ腫の再発が疑われた。造影MRI検査を施行したところ、左顎下部に造影効果を有する長径40mm程度の嚢胞性病変を認め、穿刺吸引細胞診でも左顎下型ガマ腫に矛盾しない診断であった。初診から2日後に当科入院の上、OK-432局所注入療法 (3KE) を行った。注入翌日に38.7℃の発熱を認めたものの解熱し、翌々日に退院となった。その後再発なく経過していたが、X-1年10月頃から左前頸部の再腫脹と発熱を認め、改善に乏しく翌月に当科を再受診した。造影MRI検査を施行したところ、左顎下部から鎖骨上窩にかけての広範囲な嚢胞性病変を認め、穿刺吸引細胞診を施行したところ、今回もガマ腫の診断であった。X年2月9日に当科入院の上、再度OK-432局所注入療法 (3KE) を施行した。注入翌日に40.7℃の発熱を認めたものの解熱し、3日後に退院となった。現在最後の注入療法から3ヵ月経過しているが、明らかな再発を認めず経過良好である。ガマ腫は通常口腔底や顎下部に見られ、前頸部から鎖骨上窩まで進展した症例の報告は稀である。本症例では、再発時には鎖骨上窩にまで広範囲に及んでいた。ガマ腫の患者を診察する際には、病変が前頸部にまで及ぶ可能性があることも考慮し、頸部の腫脹でも本疾患を疑うことが重要であると改めて認識された。

51. HIV 感染症を伴う舌下型ガマ腫症例に対し OK-423 硬化療法を施行した一例

○草野佑典・北谷 栞・齋藤雄太郎・鈴木貴博
太田伸男

東北医科薬科大学耳鼻咽喉科

【はじめに】 HIV 関連唾液腺疾患 (HIV-associated salivary disease) とは, HIV 感染患者の唾液腺に特徴的な所見を示す病態である。大唾液腺の腫脹や耳下腺内リンパ上皮嚢胞, 口腔内乾燥, 粘液嚢胞, ガマ腫などを呈する。HIV 感染症を伴うガマ腫に限ると, アフリカ大陸以外からの報告はほとんど見られない。今回 HIV 感染症を伴う舌下型ガマ腫に対して OK-432 硬化療法を施行し奏効した症例を経験したため報告する。

【症例】 42 歳男性で数ヵ月前からの口腔底の腫脹を訴え来院した。既往歴に貧血や梅毒の治療歴があった。視診上, 口腔底右側に膨隆性の病変を認め, CT, MRI で口腔底右側に限局する嚢胞性病変を認めた。穿刺液は血性粘液であり, 細胞診では悪性所見はなかった。上記より舌下型ガマ腫と診断した。しかし, 治療前の採血検査で偶然抗 HIV 抗体が陽性であることが判明し, その後の精査で HIV 感染症の確定診断がなされた。OK-432 硬化療法を 2 回実施し, 病変は消失した。

【考察】 HIV 関連ガマ腫の治療法として, (1) Antiretroviral therapy (ART), (2) 舌下腺切除術, (3) OK-432 硬化療法が考えられる。HIV 関連唾液腺疾患に対して ART を実施すると, リンパ上皮嚢胞では消失するなど高い効果が期待されるものの, ガマ腫に対しては一部の症例で縮小を認めるのみで効果は限定的である。舌下腺切除術は, ガマ腫の治療法として一般的であるが, 舌神経やワルトン管の損傷のリスクや多少の手技の難易度を要する。OK-432 硬化療法は, 舌下腺切除術に同等の治療成績が期待され, 手技も比較的簡易である。本症例においては, HIV 感染症を伴うガマ腫症例に対して OK-432 硬化療法が有効であった。HIV 感染症を伴う場合, 手技による医療従事者の感染リスクを考慮すると, OK-432 硬化療法がより望ましいかもしれない。また, ガマ腫を診療する際に, わずかながらも HIV 感染症のリスクがあることを念頭に置くことが重要と考える。

52. 副咽頭間隙に進展した salivary duct cyst の 1 例

○山口裕聖¹⁾・松浦賢太郎¹⁾²⁾・大平真也¹⁾・長船大士¹⁾
加藤孝邦¹⁾・伊藤絢子³⁾・手島伸一³⁾・和田弘太¹⁾

- 1) 東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科
- 2) 湘南鎌倉総合病院耳鼻咽喉科
- 3) 湘南鎌倉総合病院病理診断部

副咽頭間隙腫瘍は, 全頭頸部腫瘍の 0.5% と稀な疾患である。組織型は多彩であるが, 中でも嚢胞性病変は極めて稀である。今回, 我々は耳下腺深葉から副咽頭間隙に進展した salivary duct cyst の症例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 59 歳男性。半年前からの反復する左耳下部腫脹の精査加療を希望し, 当科を受診した。画像検査上, 耳下腺深部から副咽頭間隙に達する病変を認めたため, 診断および治療目的に外切開による摘出手術をおこなった。病理検査の結果, salivary duct cyst の診断となった。術後経過は良好で, 明らかな合併症や再発は認めない。副咽頭間隙腫瘍の治療法を選択する際は, 本症例のような稀な疾患も念頭において治療方法を選択する必要があると考えた。

53. 若年男性に発生した耳下腺硬化性多嚢胞性腺症の1例

○上村明寛¹⁾²⁾・坂東伸幸¹⁾・鈴木詩織¹⁾²⁾

1) 北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

症例は15歳男性。2ヵ月前に左耳下部の腫瘤を自覚し、徐々に増大してきたため当科を受診した。左耳下部に拇指頭大で軽度の圧痛を伴う硬い腫瘤を触知した。顔面神経麻痺は認めなかった。超音波画像上、左耳下腺浅葉内に17×13mm大の内部不均一な低エコー像を認めた。CT画像上、左耳下腺内にわずかに造影効果を認める境界明瞭な腫瘤を認めた。MRI画像においては左耳下腺内の腫瘤はT1・T2強調画像で共に低信号を呈した。穿刺吸引細胞診では判定困難の診断であった。以上の所見から悪性腫瘍の可能性を考慮し、全身麻酔下に左耳下腺浅葉切除術を施行した。術中所見では耳下腺腫瘤は浅葉に存在し顔面神経との癒着がないことを確認できた。顔面神経を温存し腫瘤の周囲に正常組織をつけて切除した。

病理組織診断は硬化性多嚢胞性腺症であった。本疾患は唾液腺に発生する稀な病変で、組織学的には硝子化を伴う高度な線維化と小葉状に分布する拡張した導管を共に認め、篩状に過形成性変化を示す腺管や好酸性顆粒を有する腺房細胞の混在を認める特徴を有する。本疾患は完全な摘出により良好な経過を示すことが多いとされるが、過去に局所再発した症例や病変内に ductal carcinoma in situ を有していた症例や浸潤癌を伴う症例などが報告されている。

本症例においては術中所見と組織所見から完全摘出できており、予後は良好と考えられるが、過去の報告を踏まえて慎重な経過観察を継続する必要があると考えられた。

54. 口蓋多形腺腫5例の検討

○小川弘記・熊井琢美・岸部 幹・高原 幹
片田彰博・林 達哉・原渕保明

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

多形腺腫は最も頻度の多い良性唾液腺腫瘍である。耳下腺のほか、軟口蓋や硬口蓋、頬粘膜などの小唾液腺にも発生することが知られている。今回我々は軟・硬口蓋に発生した多形腺腫を5例経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は23歳～70歳(中央値:56歳)で男性2例、女性3例であった。発生部位は右2例、左3例であり、軟口蓋3例、硬口蓋2例であった。5例中1例に術後75ヵ月で再発を認めた。代表例の臨床経過について以下に示す。症例1:60歳男性。口腔内の腫瘤を自覚し、前医受診時で左軟口蓋の腫瘤を指摘され当科紹介となった。CTおよび造影MRIで左軟口蓋に3cm大のT1強調画像で筋組織と等信号、T2強調画像で高信号、造影効果を伴う分葉状の腫瘤を認めた。軟口蓋腫瘍摘出術を施行したところ、多形腺腫の診断となった。術後28ヵ月の時点で、再発は見られていない。症例2:56歳男性。20xx年から鼻閉を自覚し、前医にて右鼻腔～軟口蓋にかけての腫瘍を認め当科紹介。口腔内より腫瘍を摘出し、多形腺腫の診断となった。通院を自己中断していたが、術後75ヵ月に当院口腔外科より右軟口蓋腫瘤を指摘され当科紹介。造影MRIで右軟口蓋に20mm大のT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、造影効果を伴う腫瘍を確認した。口腔腫瘍摘出術を施行し、再度多形腺腫を摘出した。2回目の手術から66ヵ月後に右鼻腔内に腫瘍を認め、鼻腔からの腫瘍減量術を施行したところ多形腺腫の再発であった。軟・硬口蓋に発生した多形腺腫は解剖学的に切除マージンを取りづらいため、術後再発を念頭においた経過観察が必要と考えられる。

55. 術前細胞診で扁平上皮癌と診断されたワルチン腫瘍例

○中谷宏章・竹内 薫・福島 慶

福山医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】ワルチン腫瘍は多数のリンパ球を背景に好酸性顆粒細胞上皮が出現する腫瘍で、典型例における細胞診診断は比較的容易であるが、様々な組織学的変調ないし修飾により細胞診診断が難しい症例もみられる。今回、術前細胞診検査で扁平上皮癌と診断されたワルチン腫瘍例を経験したので報告する。

【症例】症例は68歳男性。当科受診6日前に右耳下部の違和感を前駆に右耳下部腫瘍出現。他院にて抗生剤投与を受けるも増大傾向があり、当科紹介。初診時、右耳下部に45×50mmの腫瘍を触知し、超音波検査では右耳下腺下極に21.4×7.0×32.0mmの嚢胞成分をもつ低エコー腫瘍を認めた。耳下腺部膿瘍を疑い、穿刺を行ったところ膿性内容液が採取された。ワルチン腫瘍の感染も考慮していたが、細胞診にて扁平上皮癌と診断された。改めて頭頸部領域の腫瘍性病変の確認を行ったが、他に腫瘍性病変は確認できず、精査のために施行したPET検査でも右耳下腺内結節以外にFDG集積はなかった。このため、右耳下腺原発扁平上皮癌や原発不明の耳下腺内リンパ節転移を疑い、右耳下腺部分切除術+右上頸部郭清術を行ったが、摘出組織の病理検査にてワルチン腫瘍と診断された。

【考察】ワルチン腫瘍では時に広範な壊死や化生性の扁平上皮細胞や粘液細胞をみることがあり、扁平上皮癌や粘表皮癌などの悪性腫瘍との鑑別が必要となることが知られている。特に、嚢胞部分から採取された検体のみで診断する場合に診断が難しくなることが指摘されているが、本例においては当初膿瘍を疑ったために膿性内容液の採取で満足し、適切な検体採取ができていなかったと考えられた。他の嚢胞性腫瘍の診断でも同様であるが、できる限り充実部位から検体を採取することの重要性を再認識させられた。

56. 悪性リンパ腫を合併した耳下腺ワルチン腫瘍術後再発例

○比嘉朋代・真栄田裕行・嘉陽祐紀・鈴木幹男

琉球大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

通常、耳下腺のワルチン腫瘍は悪性化しないとされるが、時に悪性腫瘍が合併することがある。特に悪性リンパ腫は発生早期に診断することが困難なことがあるため注意を要する。今回われわれは、ワルチン腫瘍術後の再発に悪性リンパ腫が合併した例を経験したので報告する。症例は58歳男性で主訴は両側耳下部の腫脹である。20XX年頃より両側耳下部の腫脹を自覚していた。20XX+2年ごろに他院で良性腫瘍と診断されたが、その後の通院を自己中断。20XX+6年、腫脹が増大してきたため当科を紹介受診した。画像検査で両側耳下腺内に多房性嚢胞性腫瘍があり、ワルチン腫瘍が疑われた。同年に右耳下腺浅葉切除術、次いで20XX+8年に左耳下腺深葉切除術が施行された。いずれも病理結果はワルチン腫瘍であった。その後20XX+9年の画像検査で両側耳下腺深部に腫瘍性病変が指摘された。穿刺吸引細胞診の結果ワルチン腫瘍の再発が疑われ、経過観察していた。20XX+10年、右側の腫脹がさらに増大したため、20XX+11年に右耳下腺腫瘍核出術およびリンパ節生検が施行された。4つの耳下腺腫瘍が核出され、病理検査ではワルチン腫瘍とびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫の混在する所見が得られた。核出腫瘍は、ワルチン腫瘍とリンパ腫とが境界明瞭なものと、境界不明瞭なものがみられた。リンパ節は広範な壊死を示す領域と、巣状に異型・多形が目立つ細胞が浸潤する領域がみられた。病理検査を受けて実施したPET-CT検査では両側耳下腺内と両側頸部～縦隔にかけてPET集積をみとめた。この結果から耳下腺ワルチン腫瘍に悪性リンパ腫が合併したと診断し、R-CHOP療法6コースを施行し、完全寛解に至っている。ワルチン腫瘍自体は良性であるが、悪性腫瘍の合併の報告も散見される。今回の症例を通してワルチン腫瘍診療におけるピットフォールなど若干の文献的考察を加え報告する。

57. 舌下腺に発生した慢性硬化性唾液腺炎例

○大江祐一郎・清水猛史

滋賀医科大学耳鼻咽喉科

慢性硬化性唾液腺炎は、主に顎下腺に発生し、舌下腺での発生はまれである。今回我々は、舌下腺に発生した慢性硬化性唾液腺炎例を経験したので報告する。【症例】69歳女性。X年12月に右口腔底の疼痛があり、近医を受診した。MRIで同部に約30×10mm大の腫瘤を認め、X+1年1月、精査加療目的に当科を紹介受診した。触診で、右舌下部の粘膜下に硬結を伴う腫瘤を認めた。耳下腺や顎下腺に腫脹を認めず、口腔内乾燥やドライアイはなかった。血清学的所見では、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体は陰性で、IgGは1,595mg/dL、IgG4は52.4mg/dLといずれも正常範囲内だった。生検では、炎症細胞浸潤のみられる唾液腺組織を認め、慢性硬化性唾液腺炎が疑われた。診断と治療を兼ねて、X+1年2月に右舌下部腫瘤の全摘出術を施行した。口腔底の腫瘤の直上を切開すると、周囲組織と癒着し、硬結を伴う舌下腺組織を認め、全摘出した。唾石は認めなかった。永久病理検査では、病変内の唾液腺腺房は脱落し、リンパ球や形質細胞の浸潤とともに残存する導管が観察され、慢性硬化性唾液腺炎と診断した。組織中のIgG4/IgG陽性細胞の割合は10%以下であった。術後経過は良好で、5ヵ月目の現在も経過観察を続けている。【考察】慢性硬化性唾液腺炎は、唾石や異物による唾液の排出障害や、口腔からの慢性感染、外傷などが原因で生じると考えられる。顎下腺に多く舌下腺にまれな理由として、舌下腺には大舌下腺管の他に複数の小舌下腺管があり、唾液排泄路が多いことがあげられる。さらに、近年ではIgG4関連疾患による報告も多い。本例では、唾石や外傷などの明らかな誘因がなく、高IgG4血症や組織中のIgG4陽性細胞の増加もなく、原因は不明であった。

58. 舌下腺に発生した濾胞型リンパ腫の1例

○倉澤志朗・荻野裕平・八木正夫・藤澤琢郎
阪上智史・清水皆貴・岩井 大

関西医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

唾液腺に発症する悪性リンパ腫は耳下腺が最も多く、舌下腺に発生することは極めてまれである。

細胞診で悪性リンパ腫を疑う結果のもと、舌下腺摘出術を行い、濾胞性リンパ腫の診断を得た症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

症例は58歳女性。右口腔底の腫瘤を主訴に前医受診し、当科紹介となった。右口腔底に小指頭大の可動性良好な腫瘤を認め、口腔底粘膜には異常を認めなかった。疼痛、発熱、盗汗は認めなかった。

CT、MRIで右舌下腺に一致して長径約10mmの腫瘤性病変を認めた。その他頸部に異常を認めなかった。口腔底からの穿刺吸引細胞診では悪性リンパ腫を疑う結果であり、診断目的のため手術を行った。

舌下腺腫瘍であった場合、播種のリスクがあることから右舌下腺摘出術を施行した。

口腔底を切開し、舌下腺を露出したところ、腫瘤は舌下腺内に存在し、舌下腺を一塊に摘出した。術後舌知覚・運動麻痺なく経過している。病理所見は内部に多数の結節性病変があり、中型不整形核を有するリンパ球の増殖を認めた。免疫染色でCD21陽性・CD10陽性・CD20陽性濾胞樹状細胞を認め、濾胞性リンパ腫の診断となった。

舌下腺に発生した悪性リンパ腫は渉猟した限りでは、邦文、欧文含め10例に満たず非常にまれである。報告例の約半数が濾胞性リンパ腫であり、年齢は41~72歳、男性2例、女性5例、不明2例であった。舌下腺に発生する腫瘤性病変は非常にまれであり、悪性腫瘍の割合が高いため、診断には穿刺吸引細胞診を行い、手術の際はできる限り一塊に切除を行うことが望ましい。

59. リハビリテーション病院において 嚥下機能改善手術を行った4例

○鮫島靖浩

熊本機能病院耳鼻咽喉科

【目的】脳血管障害や脳神経疾患に伴う嚥下障害はリハビリテーション（リハ）病院で治療されていることがほとんどである。しかし、リハ病院では耳鼻咽喉科医が診療しているところは少なく、リハで十分改善せず嚥下機能改善手術の適応がある場合でも代替栄養のまま経過を見られることも多い。当院は、一般病棟、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟、障害者施設等一般病棟をもつケアミックス型の病院であるが、当院で行った嚥下機能改善手術について検討し耳鼻咽喉科の役割について考察する。【症例】症例1は、右椎骨動脈解離による右延髄外側梗塞の診断で急性期病院にて加療され、発症後3ヵ月後に当院に転院した。リハにて十分な改善がないため転院3ヵ月後に両側輪状咽頭筋切断術（両輪切）を行った。術後は3ヵ月間のリハにて常食3食摂取が可能となった。症例2は、右椎骨動脈解離による右小脳半球・右延髄外側梗塞の診断で急性期病院にて2週間の治療後に当院に転院となった。リハによる改善が不十分であったため3ヵ月後に両輪切を行った。術後は2ヵ月間のリハにて常食3食摂取が可能となった。症例3は右迷走神経鞘腫の術後に右迷走神経麻痺と右舌下神経麻痺を生じ、4ヵ月のリハでは改善が不十分なため両輪切を行った。術後、5ヵ月で全量経口摂取が可能となった。症例4は、封入体筋炎の症例で、食事に1時間以上かかっていたが、両輪切術後1週後から通過が良好となり外食も可能となった。【考察】延髄外側症候群は一般的にリハにて改善する例が多いが、症例1と2のように障害の程度や範囲によりリハだけでは十分に改善できない例もある。症例3、4もリハによる改善が不十分であった。リハの状況を確認しながら効果が不十分な場合には3ヵ月程度で手術を検討するのが良いと考えられた。また、リハ病院で耳鼻咽喉科医が嚥下障害の評価に関与することは手術適応の決定に有用と考えられた。

60. 気管弁法を用いた ALS 誤嚥防止術

○馬場洋徳・岩井玄樹・堀井 新

新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

誤嚥防止術は喉頭温存手術、喉頭非温存手術に分けられ、喉頭全摘、喉頭気管分離術、声門閉鎖術、喉頭中央部切除術などの術式がある。気管弁法は気管前壁のU字弁を気管孔上方の内腔に縫合する方法で、低侵襲な喉頭温存誤嚥防止術である（二宮ら、2008年）。今回われわれは、人工呼吸器装着の筋萎縮性側索硬化症（ALS）に対し気管弁法を施行した1例を報告する。

症例は64歳女性。201X年頃から下肢筋力低下を自覚。201X+1年5ヵ月に総合病院神経内科でALSと診断された。以後病状は進行し、ADLは全介助、嚥下障害に対しては胃瘻造設、コミュニケーション障害に対しては視線入力装置導入となった。201X+3年1ヵ月頃から呼吸筋麻痺に伴う低酸素血症を認め、家族から誤嚥防止術の希望があり、当科紹介となった。しかし本人が手術の決断ができず経過観察。201X+3年4ヵ月に血液ガス分析でCO₂高値を認めるようになりBiPAP導入となった。また緩徐に呼吸困難悪化を自覚するようになり手術を決断した。喉頭温存の希望があり、全身麻酔による呼吸状態の悪化も懸念されたことから、局所麻酔下の気管弁法を選択した。皮膚切開は下方に弧状の横切開とした。気管前壁を確認し、第2~4気管輪の高さでU字切開を行い、気管前壁弁を作成した。気管前壁弁、皮弁を気管内に入れ込みそれぞれマットレス縫合し、気管孔とした。術後1年経過した現在、経過は良好で、経口摂取はFILS Lv.4を維持している。

誤嚥防止術では、全身状態や原疾患の予後、患者の要望に沿った術式選択が行われる。気管弁法は喉頭非温存手術よりカニューレ離脱率が低いとされているが、本症例ではBiPAP装着中であり気管カニューレは必要であったため、本術式を選択した。また局所麻酔でも可能な簡便な術式であり、本法はALSに対し有用で低侵襲な喉頭温存誤嚥防止術と考えられた。

61. 誤嚥防止手術後の摂食機能療法

○二藤隆春

埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科

【はじめに】誤嚥防止手術は重度の嚥下障害により、嚥下性肺炎を反復する症例や、唾液誤嚥による頻回の吸引を必要とする症例を対象に実施される。ほとんど症例は長期間絶食状態であるが、術後は程度の差はあれ、経口摂取が可能となる場合が多い。当院では可能な限り、術直後から言語聴覚士による摂食嚥下訓練を開始し機能向上に努めるとともに、嚥下機能評価や直接訓練を通して適切な姿勢や食形態を確認してから退院させるように努めている。今回、当院での誤嚥防止手術の実施状況および術後の摂食機能療法の影響について検討し報告する。

【結果】対象は2019年4月より2020年6月に演者が術者または指導者として誤嚥防止手術を実施した16例であり、男性9例、女性7例、平均年齢50.8歳、中央値61歳であった。原疾患は、脳血管症例3例、筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺各2例、球脊髄性筋萎縮症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、食道癌術後、難治性てんかん、Penar-Shocker症候群、Pfeifer症候群各1例であった。実施術式は声門閉鎖術11例、喉頭気管分離術3例、喉頭中央部切除術2例であった。5例で術後に摂食機能療法を実施し、退院時のFILSは6が1例、5が2例、4が2例であった。咀嚼機能の問題からキザミ食やペースト食が限界であることが多かった。

【考察】誤嚥防止手術後は誤嚥しなくなることから、経口摂取に再挑戦できるようになるが、精神機能や嚥下機能から摂取できる内容や量には限界がある。どのようにすればうまく摂取できるか退院前に介護者に指導することにより、退院後も早期から効率よく経口摂取が可能となり有益であると考えられる。

62. 癌以外における modified Killian's method の有用性

○室野重之¹⁾・吉崎智一²⁾・橋本英樹¹⁾

1) 福島県立医科大学耳鼻咽喉科

2) 金沢大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

Modified Killian's method (mK法)は2014年にSakaiらにより報告された、内視鏡検査時に下咽頭を広く観察するための工夫であり、顎引き状態での前かがみ姿勢(modified Killian体位)、頸の回旋、バルサルバ法の組み合わせから成る。下咽頭癌の診療では、特に狭帯域光観察(narrow band imaging)の併用により、いわゆる表在癌の同定や、癌の進展範囲の評価が可能となり、経口的切除術を考慮するうえで得られる情報が多い。

一方、下咽頭を広く観察できるという利点は、癌以外にも応用が可能であろうことは想像に難くない。異なる2つの病態へのmK法の応用につき、症例の提示とともに報告する。

■梨状陥凹瘻の瘻管開口部の確認

梨状陥凹瘻の一般的な治療は外切開による摘出術だが、近年では瘻管開口部の化学焼灼等の経口的な手術も報告されている。後者では手術手技の特性上もちろんだが、前者においても瘻管から色素を注入することが多いため、いずれにおいても瘻管の開口部の術前の視認は手術の担保となり得る。

症例1は14歳の女性。外切開による瘻管の摘出術の既往があるが再度の左化膿性甲状腺炎を認めた。症例2は12歳の女性。手術の既往はないが、左化膿性甲状腺を認めた。両症例とも下咽頭造影検査により瘻管が確認され、瘻管開口部の化学焼灼療法が考慮された。術前のmK法による内視鏡検査で瘻管開口部が確認され、支障なく手術を遂行することができた。

■下咽頭異物の視認と摘出

下咽頭の異物は視認が困難で、全身麻酔下の摘出術を要することも少なくない。mK法による内視鏡検査で異物を確認できれば、そのまま摘出術を行うことも可能である。

症例は71歳の女性。煮魚を摂食中の咽頭痛で受診した。当初の内視鏡検査では異物を確認できなかったが、CTにより下咽頭の魚骨異物が疑われた。あらためてのmK法での内視鏡検査により、魚骨と思われる異物を下咽頭に確認し、内視鏡下に摘出した。

63. 下咽頭梨状窩瘻に対する経口的化学・電気焼灼術の有用性に関する検討

○白木佑弥¹⁾・馬場洋徳¹⁾・岩井玄樹¹⁾・高橋奈央²⁾
山崎恵介¹⁾・堀井 新¹⁾

- 1) 新潟大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 長岡赤十字病院耳鼻咽喉科

【目的】近年、下咽頭梨状窩瘻に対する経口的化学焼灼術に関する報告が散見され、当科では初回治療として行うようになった。また当科では、焼灼を確実にを行うため、10%トリクロール酢酸液（以下 TCA）による化学焼灼後に電気メスによる電気焼灼を追加する化学・電気焼灼を行っている。今回われわれは経口的化学・電気焼灼術を行った下咽頭梨状窩瘻 6 例について臨床経過と治療の有用性について検討した。

【対象と方法】2017 年 11 月から 2020 年 4 月に当科で下咽頭食道造影検査によって確定診断し、焼灼術を施行した下咽頭梨状窩瘻 6 例とした。焼灼方法は 10%TCA と電気メス（10-15W）を用いた。検討項目は「手術時年齢」「性別」「患側」「手術時間」「合併症」「術後禁食期間・入院期間」とした。

【結果】年齢は 5 歳から 54 歳（中央値は 11.5 歳）であった。男女比は 1 : 1、患側は左 5 例、右 1 例であった。小児が 4 例、成人が 2 例、成人ではそれぞれ約 20 年前に甲状腺半切除術や瘻管摘出術の既往があった。手術時間の中央値は 45 分であった。合併症は全例軽度咽頭痛と喉頭浮腫のみであった。術後の禁食期間は平均 1.2 日、術後平均 3.2 日目に退院となっている。術後の下咽頭食道造影は 1-2 ヶ月目に施行し、現在（観察期間中央値 133.5 日）までに全例で再発なく、晩期合併症も認めていない。

【考察】瘻孔焼灼術は手術時間が短く、早期退院が可能であり、合併症の低さや整容性の点からも過去の報告同様に治療の第一選択とする利点は大きい。手術時間短縮の工夫としては、術前の喉頭内視鏡による Modified-Killian 法を用いた観察や、術中に下咽頭鏡を用いることで瘻孔を容易に同定することが可能と考える。術後の禁食期間については 1-2 日ほどでも再発には影響しないと考えられた。また電気焼灼を加えることで再発率が下がる可能性があり、長期的な観察の上での再検討も必要である。

64. 当院で TOVS による経口的瘻管摘出術を施行した下咽頭梨状陥凹瘻の 4 例

○長谷部正之¹⁾・荒木幸仁¹⁾・宇野光祐¹⁾・犬塚義亮¹⁾
犬塚絵理¹⁾・栗田昭宏²⁾・富藤雅之³⁾・塩谷彰浩¹⁾

- 1) 防衛医科大学校耳鼻咽喉科
- 2) さいたま赤十字病院
- 3) 武蔵境耳鼻咽喉科

下咽頭梨状陥凹瘻に対する根治治療として、嚢胞・瘻管を可及的に摘出する外切開での瘻管摘出術（外切開法）、瘻孔を化学的に癒着させ感染経路を遮断する経口的瘻孔焼灼術（焼灼法）が知られている。外切開法では瘻管そのものを摘出するが、炎症反復例においては瘻管の同定が困難なこと、神経麻痺や創部感染等の術後合併症や再発例も報告されている。一方、焼灼法の場合、外切開を伴わないという面で審美的に有利であるが、開孔部が閉鎖に至らず再燃が懸念されること、術中に薬液が周囲粘膜を損傷するリスクが考えられる。当施設では早期咽喉頭癌に対する Transoral Videolaryngoscopic Surgery (TOVS) の手術手技を応用し、梨状陥凹瘻に対する経口的瘻管摘出術を施行している。本術式は拡張型喉頭鏡等で咽喉頭を展開後、鉗子類を用いて瘻管開口部周囲粘膜を切開し、瘻管を可及的に剥離し切除する。瘻管開口部粘膜は縫合等により、確実に閉鎖する。外切開を行わない点で審美面でも有利であり、根治性と低侵襲性を兼ね備えた有用性の高い術式と考えている。

当施設ではこれまで 4 例の梨状陥凹瘻に対して TOVS を施行した。全例女性、平均年齢 17.3 歳（2~32 歳）、平均手術時間は 132 分（110~150 分）、出血量はいずれも少量、喉頭展開は 2 例が WEERDA 型、2 例が FK-WO リトラクターで行った。初回経口摂取は 1~4POD、平均入院期間は 10.3 日（7~16 日）、平均観察期間は 23.7 ヶ月（3~46 ヶ月）であった。術後合併症は全例で一時的な左披裂部の浮腫を認めた。1 例で創傷治癒前に軽度の再発を認めた以外は、全例で経過良好であった。

本術式は小児例、感染反復例であっても適応可能である。瘻管開口部の縫合閉鎖は技術と経験を要するが、血管クリップを用いて閉鎖が可能であった症例も経験した。嚢胞性病変が存在する場合の適応については更なる検討が必要であるが、特に外切開を回避したい若年女性などに対しては有用性が高い低侵襲手術であると考えられる。

65. 副咽頭間隙腫瘍手術症例の臨床的検討

○友田篤志・福井研太・藤澤琢郎・八木正夫
岩井 大

関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

副咽頭間隙腫瘍は頭頸部腫瘍全体の0.5%と比較的稀な疾患であるが、画像検査の普及により近年その報告は増加傾向にある。解剖学的位置と周囲の血管・神経によりアプローチが難しく、診断や治療、術後の合併症に難渋することがある。今回われわれは2006年1月から2020年5月までの期間に当科にて手術加療した副咽頭間隙腫瘍症例12例について腫瘍部位（茎突前区・後区）と術式、病理組織診断、術後合併症を中心に臨床検討を行った。年齢は28~83歳（平均61.3歳）で男性4例、女性8例であり女性が多くを占めていた。腫瘍部位は前区が10例、後区が2例であった。病理組織診断は良性が8例、悪性が4例であり、その内訳は多形腺腫が4例、神経鞘腫が2例、基底細胞腺腫が2例、線様嚢胞癌が1例、腺房細胞癌が1例、高分化脂肪肉腫が1例、epithelial-myoepithelial carcinomaが1例と様々であった。悪性はいずれも前区の症例であり、後区の2例はともに神経鞘腫であった。術式は経頸部法が5例、経頸部耳下腺法が4例、経耳下腺法が1例、経口法が1例、経側頭下窩法が1例であった。術後合併症は9例に認められ、咽喉頭浮腫が5例、顔面神経麻痺が6例、First Bite Syndromeが3例、Horner症候群が1例、舌下神経麻痺が1例であったが多くは一過性のものであった。

66. 小児口腔咽頭手術における気道管理についての検討

○浦辺大志・川野利明・平野 隆・鈴木正志

大分大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

術後抜管後の気道閉塞の原因として、喉頭痙攣、気道浮腫、舌根沈下、器質的狭窄があげられる。これらは神経筋疾患などの基礎疾患を有している患者で高リスクであり、抜管後の気道管理には注意を要する。耳鼻咽喉科領域においては、扁桃摘出術やアデノイド切除術をはじめとした口腔咽頭手術で術後粘膜浮腫による気道狭窄のリスクが加わる。特に小児においては解剖学的に口腔内が狭く、気道狭窄を発症した際の対応が遅れることで致命的になりかねないため、高リスク患者では最悪の状況に対応できるような準備を事前しておく必要がある。

今回、小児口腔咽頭手術における気道管理に対して後方視的に臨床的検討を行った。対象は2014年から2020年3月までに当院で行った小児口腔咽頭手術63例である。年齢、性別、診断名、基礎疾患、手術手技、術後気道管理について検討を行った。

年齢は6歳以下を対象とした（平均年齢4.3歳）。63例のうち、男性47例、女性16例であった。睡眠時無呼吸症候群は15例、反復性扁桃炎は7例、アデノイド増殖症は53例であった。術前に気道閉塞のリスクとなる基礎疾患を有していたのは5例であり、それぞれ、体重過多（5歳7ヵ月、体重：31kg、年齢別平均体重は5歳で18.5kg）、薬剤性アナフィラキシー、1p36欠失症候群、脳性麻痺およびてんかん、Duchenne型筋ジストロフィーであった。このうち1例で術後抜管後に気道狭窄を発症し、急激にSpO₂の低下を認め、緊急で再挿管を行った症例を経験したので呈示するとともに、小児口腔咽頭手術における周術期気道管理について文献的考察を踏まえて検討したので報告する。

67. 当科における小児気管切開症例の検討

○横川泰三・溝口兼司・対馬那由多・本間明宏

北海道大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

当科で2011年4月から2020年3月までに気管切開術を施行した13歳未満の小児について検討した。対象は33例(男性13例,女性20例)で,22例(66.7%)は1歳未満であった。手術理由は上気道狭窄が9例,呼吸管理目的が24例であり,原因疾患は先天性神経疾患が8例と最多で,頭蓋・顔面骨奇形が4例,低酸素脳症,先天性代謝疾患,悪性腫瘍が各3例であった。転院した12例を除く21例の転帰は,死亡例が9例で,いずれも原疾患および合併疾患の悪化によるものであった。気管孔閉鎖できたのは5例で,気管切開時1歳未満であった症例が1例,1歳以上が4例であり,1歳未満で気管切開した症例では気管孔閉鎖できる症例が少なかった。残り7例は現在も気管孔が開存しており,その内1例は喉頭気管分離術を施行した。発声可能となった症例は1例のみであった。術後の合併症としては,気管孔肉芽と気管内肉芽が各7例と最多で,そのうちの2例で気管孔肉芽切除術を要した。1歳未満で施行した例と1歳以上で施行した例で,合併症の発生頻度に差を認めなかった。

小児の気管切開は,周産期医療や救急医療の発達に伴い増加傾向であり,かつ低年齢化している。小児の気管切開例は成人と比べ,術後合併症が多く注意が必要である。また,気管切開後の原疾患の増悪する症例や呼吸管理が必要な症例があるため,気管孔閉鎖や発声可能となる症例は限られるが,嚴重な術後管理を行えば重篤な合併症を起こさずに管理は可能であると考えられる。

68. COVID-19 陽性に対する気管切開の予行演習

○川出早紀・岸本真由子・岡本啓希・小川徹也
藤本保志

愛知医科大学耳鼻咽喉科

【緒言】COVID-19に対して,日本耳鼻咽喉科学会から2020年3月から医療者の安全と患者安全のためにさまざまな提言が出されてきた。当院でも今までの診療スタイルの見直しを余儀なくされ,4月より提言をもとに待機可能手術は延期し,必要な手術は感染症科と連携し,PCR検査を実施するなどの対応を講じてきた。気管切開術は新型コロナウイルス陽性患者であっても時に必要とされる手術である。日本耳鼻咽喉科学会による「気管切開ガイド」においても陽性例に対する対応法が述べられ,full-PPE下で,AGPを避ける点が強調されている。【目的】当科ではPCR陰性患者の気管切開術であっても陽性例に対する気管切開に備えることを目的に,常にCOVID-19患者を想定し,日本耳鼻咽喉科学会が提示している「気管切開の対応ガイド」に準じた手順で気管切開術を実施している。この予行演習ともいえる気管切開時の手順変更の意義について検証する。【対象と方法】2020年4月から6月11日までに行った気管切開症例10例を対象とした。術者は固定していない。N95等は用いず標準PPEで行った。【結果】調査期間中,幸い当科にて気管切開を行った症例でCOVID-19陽性患者はいなかった。この手順ではエアロゾル発生防止のために気管を開窓する直前から人工呼吸器に再接続するまで完全な呼吸停止を行う必要がある。執刀医らによると,呼吸停止により制約された時間内で気管切開を行わなければならない緊張感に加えて,不慣れな手順の中で行うことになり,普段以上に心身への負担がかかっていた。気管チューブの唾液から飛沫感染や接触感染が発生しうるため,麻酔科との連携が必要であり,手術室内での感染対策としても極めて重要であると考えられた。【結論】新型コロナウイルス感染陰性とわかっているにもかかわらずストレスが増大することが確認されたことは,予行演習の意義があると思われた。

69. 耳下腺腫瘍の増大速度に関する検討

○酒井祐紀・八木正夫・阪上智史・藤澤琢郎
鈴木健介・清水皆貴・岩井 大

関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳下腺腫瘍は、組織型が多彩であり、術前に様々な画像検査や穿刺吸引細胞診を組み合わせても良悪性の診断が難しい場合がある。また良性腫瘍でも癌化する可能性があるため、一般には耳下腺腫瘍のほとんどが手術適応といえる。手術には顔面神経麻痺を含めた合併症リスクがあるため、術前診断が良性疑いである場合には経過観察を希望されることがあり、比較的長期に渡り経過観察を続ける症例も存在する。しかし、長期に経過観察を行う例は多くなく、その腫瘍増大速度については渉猟した限りでは報告は非常に少ない。今回、耳下腺腫瘍で、当科で外科的治療を行い病理診断が確定した627例のうち、術前に半年以上画像検査の間隔があいて撮影した症例を対象とし、腫瘍の増大の有無について検討した。当院で2006年から2019年に耳下腺腫瘍に対し外科的治療を行った627例の中で、術前MRIを半年以上あけて撮影したのは40例であった。それらの症例について組織型、MRIでの腫瘍径、1ヵ月あたりの腫瘍径増大速度につき後方視的に検討した。平均観察期間は21ヵ月、平均腫瘍増大速度は0.430mm/月であった。MRIを用いて経過観察した40例のうち多形腺腫が21例、ワルチン腫瘍が14例で、悪性腫瘍は3例でいずれも低悪性であった。それぞれの腫瘍型における腫瘍増大速度は多形腺腫0.454mm/月、ワルチン腫瘍0.377mm/月、悪性腫瘍0.751mm/月であった。

70. 耳下腺内顔面神経の構造—組織学的検討

○神人 彪・木下一太・谷内政崇・大村修士
稲中優子・東野正明・寺田哲也・河田 了

大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】耳下腺手術では顔面神経の同定と温存が重要である。顔面神経を剥離する際、主幹周辺と末梢では剥離のしやすさに差がある印象がある。この臨床的疑問を解決するために、手術で顔面神経を剥離している部分の構造について組織学的検討を行った。

【方法】本学に提供された献体5例から摘出した耳下腺7側を用いた。まず、6側を用い、耳下腺全体を顔面神経主幹に垂直な面で5mm間隔に切断して切片を作製し、マッソントリクローム染色をした。茎乳突孔側から切断面までの距離を「茎乳突孔からの距離」、神経周膜と腺組織の間の結合組織の厚さを「神経周囲組織の厚さ」、神経周囲組織を含めた神経の断面全体の短径を「神経直径」と定義し測定した。この3つの変数について相関分析、偏相関分析を行った。

次に残り1側の耳下腺で、顔面神経の手術での剥離層を調べた。手術に近い方法で、3本の枝を主幹から末梢まで剥離、追走した後、切片を作製した。

【結果】神経周囲組織の厚さは、茎乳突孔からの距離が遠くなるほど薄く、神経直径が細いほど薄かった。神経直径は茎乳突孔からの距離が遠くなるほど細かった。それぞれ相関分析では有意に相関していた。偏相関分析では神経周囲組織の厚さと茎乳突孔からの距離のみの有意差を認めなかった。

また、神経の剥離を行った切片では神経周囲組織と定義した部分が破壊されていた。

【考察】神経周囲組織の厚さは、神経の直径に比例しているため、茎乳突孔からの距離が遠くなる程薄くなっていった。そして、神経の剥離が行われているのは今回計測した神経周囲組織の層の中である可能性が示唆された。つまり、神経の剥離の際にハサミ等を挿入する層が末梢ほど薄くなっていると言える。そのために末梢ほど剥離が難しくなる。また、今回測定した神経周囲組織は実際のところ神経上膜に相当するが、神経上膜が神経の直径と相関するという報告もないため、耳下腺内特有の特徴である可能性がある。

71. 耳下腺前方腫瘍と後方腫瘍の臨床的検討

○大村修士・東野正明・寺田哲也・河田 了

大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

副耳下腺腫瘍を含めて前方に位置する耳下腺腫瘍に対する手術には、いくつかの手技が提案されているが、その中で他の耳下腺腫瘍と同様の standard approach が一般的である。しかしその時の顔面神経の取り扱いについての報告はない。

1999年9月から2020年5月までの間に大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科にて初回手術を施行した良性耳下腺腫瘍例のうち、下極腫瘍を除いた症例を対象とした。腫瘍の位置によって、前方腫瘍と後方腫瘍に大別し、臨床的特徴を検討した。また、それらに対する術後一時的顔面神経麻痺の頻度を検討した。さらに前方腫瘍に対しては主幹を同定して末梢へ追う方法 (main trunk method; MTM) と主幹を同定することなく腫瘍周囲で末梢枝を直接同定する方法 (branch direct method; BDM) で手術を行い、両者と後方腫瘍間で手術時間や出血量、術後一時的顔面神経麻痺の頻度を比較した。前方腫瘍では後方腫瘍に比べて有意に女性が多く、また腫瘍部位では深葉に多かった。術後の一時的顔面神経麻痺では、前方 (MTM) では後方腫瘍に比して有意に麻痺率が高かった。前方腫瘍における MTM と BDM で比較したとき BDM の方が有意に手術時間が短く、一時的顔面神経麻痺率が低かった。前方腫瘍に対する MTM は顔面神経を剥離する距離が長くなるため、術後の一時的顔面神経麻痺率が高くなると考えられた。神経剥離が少なく済む BDM は前方腫瘍における有用な術式と考えた。

72. 良性耳下腺腫瘍手術における術後顔面神経麻痺の要因と神経刺激装置の有用性

○木下一太¹⁾・東野正明¹⁾・神人 彪²⁾・谷内政崇²⁾
大村修士¹⁾・西川周治³⁾・栗飯原輝人¹⁾⁴⁾・寺田哲也¹⁾
河田 了¹⁾

- 1) 大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 洛和会音羽病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 3) 大阪府済生会吹田病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 4) 関西BNCT共同医療センター

【目的】 良性耳下腺腫瘍手術における術後顔面神経麻痺の要因を検討した。さらに術中顔面神経モニタリング (FNM) の有用性、麻痺の回復期間についても検討した。

【対象】 良性耳下腺腫瘍に対して当科で手術を施行した 902 例を対象とした。基本術式として、顔面神経を主幹で同定したのちに腫瘍を摘出している。顔面神経主幹を同定しなかった症例や再発症例は除外した。

- 【方法】
1. 術後麻痺のリスク因子の検索
 2. FNM 使用と術後麻痺率の関係
 3. 術後顔面神経麻痺回復期間

【結果】 術後顔面神経麻痺は 902 例中 179 例 (19.8%) に生じた。局在別の麻痺率は浅葉腫瘍が 15.1%、下極腫瘍が 15.8%、深葉腫瘍が 37.5% であった。術後麻痺は、単変量解析で深葉腫瘍・大きな腫瘍・長時間手術・多い出血量・FNM 非使用で有意に高くなった。FNM 使用の有無に着目すると、深葉、下極では有意差は認められなかったが、浅葉では FNM 使用で麻痺率を有意に低下していた。術後に麻痺をきたし、経過を追えた 148 例について回復の推移を検討すると、2 ヶ月で 43%、6 ヶ月で 88%、12 ヶ月で 94%、24 ヶ月で 97% が回復した。深葉腫瘍は浅葉腫瘍・下極腫瘍と比較して術後 4~5 ヶ月での回復率が低かった。

【考察】 術後顔面神経麻痺の要因の中で FNM 使用についてさらに検討すると浅葉腫瘍では麻痺率が低下するという結果であった。深葉腫瘍や下極腫瘍では術中の神経剖出距離が長く侵襲が大きくなり、NIM 使用の効果以上の影響がでているためであると考えられた。

73. 耳下腺手術中の神経刺激装置を用いた術後顔面神経麻痺の予測法

○東野正明・木下一太・谷内政崇・神人 彪
大村修士・粟飯原輝人・寺田哲也・河田 了

大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】 良性耳下腺腫瘍手術では、腫瘍を完全に摘出するとともに顔面神経を確実に温存することが重要である。術後顔面神経麻痺は、耳下腺手術において最も重要な合併症であるが、術中に顔面神経を確実に温存したとしても、一定の割合で麻痺が生じることがある。たとえ一時的な顔面神経麻痺であっても、患者のQOL低下を招くとともに、術者のストレスにもなる。

【目的】 耳下腺手術中の神経刺激装置による術後顔面神経麻痺を予測法の有効性について検討する。

【対象】 2015年2月から2018年7月に大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科にて耳下腺葉部分切除術を施行した耳下腺腫瘍113例を対象とした。その中で20例(17.7%)に術後顔面神経麻痺を生じ、それらを以下の3群に分類した。

A群: 術後顔面神経麻痺を生じなかった93例372枝
B群: 麻痺を生じた20例のうち麻痺のなかった分枝51枝
C群: 麻痺を生じた20例のうち麻痺のあった分枝29枝

【方法】 1. 耳下腺手術中に、腫瘍摘出前および摘出後の主幹刺激の反応電位を比較

2. 腫瘍摘出後の術野内に露出された主幹刺激および分枝の末梢刺激の反応電位を比較

【結果】 方法1では、A群で摘出前より摘出後で反応電位が有意に高くなった。B群で摘出前後の有意差はなかった。C群で逆に摘出前より摘出後が低くなり、下顎縁枝では有意差を認めた($p = 0.01$)。方法2では、A群とB群で、摘出後の主幹刺激と末梢刺激の反応電位に有意差はなかった。C群で頬骨枝と下顎縁枝において、主幹刺激の反応電位は末梢刺激の反応電位より有意に低値であった($p = 0.006$, $p < 0.001$)。

【考察】 方法1では筋弛緩薬が結果に影響しており、方法2ではその影響が軽減され、より正確な結果を得られたと考えた。耳下腺手術中に術後の顔面神経麻痺をより簡便に予測できることがわかった。

74. 当科における唾液腺内視鏡を用いた顎下腺唾石摘出術の検討

○高原 幹・山木英聖・片田彰博・林 達哉
原淵保明

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

当科では2010年から顎下腺唾石症に対し唾液腺内視鏡を用いた唾石摘出術に取り組んでおり、今回その成績について報告する。対象は当科にて2010年10月から2020年5月までに内視鏡を用いて手術を行った顎下腺唾石症113例(男性45例、女性68例、3~88歳 中央値35歳)である。患側は右が61例、左が52例であり、部位別では移行部が87例と最も多かった。唾石のサイズは2から25mm(中央値7mm)であった。46例にて内視鏡的操作のみで摘出、残りの67例は内視鏡補助下口内法により摘出した。浮遊唾石は40例に認められ、58例にバスケットカテーテルが使用された。口内から唾石が摘出できず顎下腺摘出に移行した症例は認めなかった。手術時間は17~195分で中央値は64分であった。結石分析の結果は主成分はリン酸カルシウムであった。術後合併症に関しては、一過性の顎下腺腫脹が37例(33%)、舌のしびれが18例(16%)に認められた。それらの症状1例を除き術後数ヶ月で改善した。また、術後半年程経過したのち、ガン腫が発症した3例を経験した。顎下腺腫脹の再発等にて外切開にて顎下腺摘出を行なった症例は現在まで2例認められた。術後出血、顔面神経麻痺などは認められなかった。これらのことから、唾液腺内視鏡を用いた唾石摘出術は審美性に優れた安全な手術として有用な方法であると考えられた。

75. 当院のワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の低侵襲手術と千葉県の実状

○大塚雄一郎¹⁾・根本俊光²⁾・花澤豊行³⁾

- 1) 千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科
- 2) 成田赤十字病院耳鼻咽喉科
- 3) 千葉大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

ワルトン管深部・顎下腺移行部唾石には顎下腺全摘術が選択されることが多いが、より低侵襲な手術が望まれている。内視鏡手術や口内法手術は海外では“less-invasive surgery”と呼ばれている。当院では2016年4月から低侵襲手術を導入した。低侵襲手術には課題も多く全例で確実に摘出できるわけではない。2016年4月から2020年2月までに行ったワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の手術は63例であった。内視鏡単独手術が13例、口内法手術が47例、顎下腺全摘術が3例であった。低侵襲手術60例のうち摘出不能例が4例あった。また破片の遺残や複数個の唾石の一部遺残例が11例あった。低侵襲手術でも術後の短期合併症は少なくなく、発熱、疼痛、顎下部腫脹、舌のしびれが多数にみられた。長期合併症は多くなく、顎下腺腫脹と舌のしびれを3例に認めた他は軽微な合併症を少数認めたのみであった。

千葉県内の耳鼻咽喉科施設に対して唾石手術に関するアンケート調査を行い21施設から回答を頂いた。2018年から2019年の2年間に県内21施設(当院を除く)で実施されたワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の手術件数は34件であった。そのうち低侵襲手術は3件で顎下腺全摘が31件であった。同時期の当院の手術件数は39件で低侵襲手術37件に対して顎下腺全摘は2件であり、低侵襲手術を目的とした当院への症例の集積が伺えた。中でも18歳以下の手術症例が当院では7例あったが他施設では1例もなく、特に若年者では低侵襲手術の期待が高いものと考えた。

ワルトン管深部・顎下腺移行部唾石の低侵襲手術は、比較的多い短期合併症や摘出の不確実性など課題は少ないが、患者の期待は高い。欧米のみならずアジア各国でも実施する施設が多く本邦でも一層の普及が望まれる。

76. 当科における唾液腺内視鏡の現状

○工藤直美・松原 篤

弘前大学耳鼻咽喉科

従来の唾石症に対する治療方法は、顎下腺では唾石の位置が腺管内であれば口内法による摘出を選択し、腺管移行部や腺内であれば外切開での摘出術を施行することが一般的であった。外切開による摘出については整容面や合併症の問題があり、それらを軽減するため唾液腺内視鏡が開発された。当科では2010年12月より唾液腺内視鏡を用いた手術治療を行っている。本検討ではこれまで当科で唾液腺内視鏡手術を行った症例について臨床的検討を行った。

対象は2010年12月から2019年12月までに当科で唾液腺内視鏡手術を行った31例、腺管内または腺管移行部に唾石を認めた症例を適応とし、内視鏡のみで摘出した症例と内視鏡補助下に口内法で摘出した症例を含めて検討した。全例顎下腺唾石症であり、男女比は11:20、年齢は9~79歳(中央値は37歳)であった。内視鏡のみで摘出し得た症例は22例であり、腺管内が11例、移行部が11例であった。内視鏡補助下に口内法で摘出した症例は9例であり、腺管内が5例、移行部が4例であった。31例4例は複数の唾石を認めた。摘出した唾石の大きさを見ると内視鏡のみで摘出した症例では平均5.8mm(最大16mm)、内視鏡補助下では9.2mm(最大14mm)であった。手術時間は17分~93分(平均31分)であった。合併症としては10例で口腔内や顎下部の腫脹、舌感覚異常を来したものの、いずれも数日のうちに軽快し、重篤な合併症は認めなかった。

また、当科では唾液腺内視鏡手術の手術支援器具としてシースダイレーターを開発し、使用している。腺管開口部の損傷を予防しながら繰り返し内視鏡を挿入できるため有用であると考えられた。

77. 鼻用硬性鏡観察下に唾液腺管内視鏡補助下口内法で摘出した顎下腺唾石症例

○鈴木貴博・東海林史・野口直哉・齋藤雄太郎
太田伸男

東北医科薬科大学耳鼻咽喉科

自験例の顎下腺移行部唾石の摘出方法に着目すると、唾液腺管内視鏡観察下にワルトン管内腔経由で唾石を把持し引き抜くことを内視鏡的摘出と定義した場合、内視鏡的摘出が可能であった割合は全体の2割程度である。唾石の嵌頓等の理由により内視鏡的摘出が困難な場合、口腔側（ワルトン管腔外）からの摘出、いわゆる口内法に切り替えることになるが、移行部唾石においては実際にはこのパターンが多い。この場合、口腔深部の術野は狭いため肉眼および触診で唾石を確認しようとしてもその検出に難渋する例が少なくない。このような経験から、最近われわれは、内視鏡的摘出ができない移行部唾石に対して鼻用硬性鏡を使用するようにしている。術野の拡大により唾石が識別しやすくなる点が長所である。顎下腺内に埋没して口腔側から唾石を識別できない症例に対しては、ワルトン管経由で唾液腺管内視鏡を唾石に近接させ光をつけたまま留置し、その後鼻用硬性鏡にモニターを切り替え、唾液腺管内視鏡光を指標に口腔内（ワルトン管腔外）から唾石を追跡する。口腔側からみて唾液腺管内視鏡光が分かりづらい場合でも、鼻用硬性鏡の光量をやや弱くすることでコントラストがついて顎下腺内の唾液腺管内視鏡光が検出しやすくなる。われわれが使用している Erlangen type の唾液腺管内視鏡と鼻用硬性鏡はカメラヘッドが共通のため内視鏡相互の交換は簡便であり、内視鏡を切り替える煩雑さはほとんどない。舌神経や舌下腺の存在により死角となりやすい口腔深部に対しても拡大・可視化できるため、鼻用硬性鏡の併用は肉眼観察下での手術操作よりも安全性が高く有用と考えられる。今回、鼻用硬性鏡観察下に唾液腺管内視鏡補助下口内法で摘出した顎下腺唾石症例について提示し報告する。

78. 唾液腺管手術のための CT/MRI Fusion 画像の有用性

○松延 毅¹⁾・鶴島康晃²⁾・大久保公裕¹⁾

1) 日本医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2) 健診会東京メディカルクリニック放射線科

大唾液腺唾石症に対する治療法として口内法または腺摘出が一般的に行われてきたが、その合併症として舌神経や舌下神経の損傷、特に腺摘出では顔面神経下顎縁枝損傷の危険性や頸部皮膚外切開による整容面での不利がある。最近になり唾液腺管内視鏡を用いた低侵襲な唾石治療が注目され、本邦でも普及しつつある。しかしながら、唾液腺管内視鏡のみで管内唾石、移行部唾石、腺内唾石の全てを処置・摘出することは困難であることも多く、combined approach が必要となることも多い。

今回我々は、術前に CT/MRI Fusion 画像を作製し、唾石の位置、形状の予測を試みた。使用装置は、GE 社製 DiscoveryCT750HD Veo, SIEMENS 社製 MAGNETOM Skyra 及び MAGNETOM Avanto を用いた。撮像断面は咬合平面を基準線とし、CT・MR 共に横断像で撮像を行った。MRI では Fusion 用の MR-sialography を得るために、脂肪抑制付加 heavy T2WI (3D SPACE) を取得した。その後 Work station (ZIOSTASION 2) を用い、(下顎・唾石・唾液腺を mark として、) CT 画像と MR 画像 (3D SPACE) の fusion 画像を作成した。本法の唾石手術における有用性につき報告する。

79. 名古屋市立大学病院における耳下腺唾石症の臨床像

○江崎伸一・角谷尚悟・南方寿哉・佐藤慎太郎
中山明峰・村上信五・岩崎真一

名古屋市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

唾石症は比較的まれな疾患であるが、多くは顎下腺に発生し、耳下腺に発生するのは10%程度と報告されている。耳下腺唾石は2-3mmの小さい唾石で発見されることが多いが、ステノン管はワルトン管に比べて細く、また咬筋で屈曲しているため内視鏡の挿入が困難であることもある。また5mm以上の唾石を内視鏡単独で摘出することは難しく、外切開による摘出が選択される。切開する部位は顔面であり、手術適応には慎重にならざるをえない。今回我々は、2013年4月から2020年4月までに名古屋市立大学病院耳鼻咽喉・頭頸部外科を受診した耳下腺唾石症例、もしくは耳下腺唾石を強く疑う症例を解析した。症例は47例であり、右側が20例、左側が24例、両側が3例であった。男女比は15対32人と女性に多く、年齢は6~86歳と幅広い年齢層に認めた。17例に手術を施行し、11例は内視鏡単独摘出できたが、6例は外切開にて摘出した。また7例は自然排石した。耳下腺唾石症の症例を集積し、臨床的特徴をふまえて本学会で報告する。

80. 当科における耳下腺唾石症例の検討

○小林泰輔・兵頭政光

高知大学耳鼻咽喉科

耳下腺唾石症は本邦では比較的まれとされたが、近年、報告数が増加している。

当科においても、2016年以降6例の耳下腺唾石症を経験したので、それら症例の治療法を経過とともに報告する。

2016年1月から2019年12月の4年間に耳下腺唾石症で当科を受診したのは、男2例、女4例の6例で、年齢は48歳から76歳(中央値63.5歳)であった。両側性はなく、患側は右2例、左4例であった。このうち1例は経過観察中で、1例は自然排出されたが、膿瘍の搔破を行った。4例で摘出術を行った。1例は口内法、1例は唾液腺管内視鏡で、2例は内視鏡併用による外切開(combined approach)で摘出を行った。しかし、combined approachを行った1例は術後のCTで唾石の残存が認められた。その後の感染はなく、経過観察を行っている。

Stensen管はWarton管よりやや細く、咬筋前方で屈曲するため、ときに内視鏡の挿入やその後の唾石の摘出が難しい。従来の報告では、直径4mm以内であれば唾液腺管内視鏡のみで摘出可能とする報告が多かった。しかし、Kondoらは2018年に耳下腺唾石の位置と唾液腺管内視鏡による摘出率を詳細に検討して報告している。今回、この報告に一致して、咬筋前方に位置した1例は唾液腺管内視鏡による摘出が可能で、咬筋後方に位置した2例はいずれも、combined approachを用いていた。さらに、耳下腺唾石は細長いものが多く、必ずしも長径に左右されるものでないことも、あてはまった。Kondoらの報告は耳下腺唾石症の治療方針を決定するうえで、大きな指標になると思われる。

81. 当院にて経験した耳下腺唾石症例

○杉田 玄・宮本真衣・玉川俊二・保富宗城

和歌山県立医大耳鼻咽喉科頭頸部外科

【緒言】近年の低侵襲治療の拡充にとともに、唾石症に対しても唾液腺内視鏡を用いた非外切開による低侵襲治療が行われている。2018 から当院は唾液腺内視鏡を導入し、耳下腺、顎下腺唾石の症例に対して多様な症例を経験している。今回、内視鏡加療が困難とされている耳下腺外側～後方に存在する唾石症例を3症例経験し、それぞれ異なる経過を辿っており、若干の文献考察とともに発表する。

【対象・結果】2019年1月～20年6月に経験した耳下腺唾石初回治療例のうち、耳下腺外側～後方の耳下腺唾石症例は3症例であった。それぞれ口内法、内視鏡下単独摘出、内視鏡支援下外切開術がおこなわれた。その結果、2症例は治癒したものの、耳下腺外側唾石に対して内視鏡下摘出をおこなった1症例は術後1ヵ月後に耳下腺膿瘍を発症し、再度外切開にて耳下腺浅葉切除を行った。

【考察】唾液腺内視鏡による唾石症治療は、低侵襲であるとともに、外切開治療に比べ整容面でも優れている。しかしながら、耳下腺唾石においては、体格、年齢によりステノン管の前方から後方へのカーブが強くなり、内視鏡による外側、後方の唾石となると摘出が困難となってくる。耳下腺膿瘍が生じた今回の症例は体格がよくアプローチは困難であったが、狭窄部の拡大と唾石の摘出は可能であった。しかしながら、管内の内視鏡により、耳下腺内の腺管分岐部などで擦れが生じ、再狭窄が生じてしまい膿瘍が形成され、ステノン管内の唾液による洗浄が悪化し、短期で外側に唾石が生じたものとする。外切開併用内視鏡下摘出術の報告もされており、症例による適正な手術法の選択とさらなる耳下腺組織の温存という低侵襲の選択に努めていきたい。

82. 多発する耳下腺唾石に対して小切開と内視鏡を併用して摘出した一例

○角谷尚悟・江崎伸一・南方寿哉・佐藤慎太郎
中山明峰・村上信五・岩崎真一

名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳下腺唾石は顎下腺唾石に比べて小さいことが多いが、5mm以上での唾石もしばしば発見される。唾液腺内視鏡単独での摘出は難しいため外切開が必要となるが、切開する部位は顔面であり、切開線などに議論の余地がある。今回我々は、ステノン管、耳下腺内に多発する唾石に対して、頬部小切開と内視鏡を併用して摘出した症例を経験したので報告する。症例は60歳男性で、右耳下腺炎を発症し、近くの総合病院にて右耳下腺唾石を3つを指摘され、手術目的にて当院を紹介された。唾石はすべて6-8mm程度で、耳下腺管内、耳下腺内に存在した。唾石が大きくステノン管経路で摘出するのは不可能と考えられ、頬部外切開と内視鏡を併用した手術を計画した。エコーでステノン管の走行を確認し、ステノン管に平行に頬部を1cm程度切開した。ステノン管を同定し、切開して唾石を1つ摘出した。摘出した孔から内視鏡を挿入し、残りの二つの石を摘出した。切開部位は密に縫合し、翌日退院となった。現在創部はほとんどめだたなくなっている。耳下腺管内の唾石を外切開で摘出する場合は、耳下腺膿瘍に準じたS字切開とすることが多い。しかし、耳前部を切開するとステノン管内の唾石までの距離が遠く、広範囲の皮弁の挙上が必要となる。昨年、今年の報告とも頬部を小切開して摘出したが、切開した部位はほとんどめだたず、有用な手術法であると考えられた。また唾石の摘出部位からステノン管に内視鏡を入れることが可能で、多発する唾石にも対応可能な手術法であると考えられた。

83. 歯科治療後に生じた皮下縦隔気腫の1例

○齊藤沖真・濱本真一・福田裕次郎・三宅宏徳
原 浩貴

川崎医科大学耳鼻咽喉科

【はじめに】歯科治療に併発する皮下気腫の報告は散見される。軽度であれば自然消失するが、顔面・頸部など気腫が広範囲に渡る場合は、咽頭痛や呼吸困難感を来し耳鼻咽喉科を受診することがある。今回我々は、歯科治療が原因で顔面および胸部皮下、縦隔に達する気腫を生じた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】23歳女性、近医歯科にて左上顎歯の歯根処置後より左顔面の腫脹を自覚した。約6時間後には、左顔面から頸部にかけての腫脹と呼吸困難感が出現したため当院救急外来を受診した。初診時の身体所見は、バイタルサインは正常であったが、左顎下部を中心に左眼瞼、頬部から左頸部、前胸部にかけて握雪感を伴う腫脹を認めた。歯科処置部を除いて口腔咽頭に特記すべき異常所見はなく、開口障害や喉頭浮腫も認められなかった。血液検査では軽度の白血球増加を認めた。CT検査では顔面から頸部、縦隔におよぶ広範囲の気腫を認めた。顔面、頸部皮下気腫および縦隔気腫と診断し、同日入院し抗菌薬(CTRX)を投与し保存的に加療した。第3病日には顔面、頸部の腫脹は軽減し、明らかな感染兆候はなかったため、退院とした。第10病日の外来再診時には顔面、頸部の腫脹は完全に消失し、CT検査を再検したところ、側頭下窩と内側翼突筋内にわずかな気腫の残存を認めるのみで、その他の部位は消失していたため終診とした。

【考察】歯科治療が関与する気腫の原因としては、エアータービンの使用や過度なエアーシリンジの使用が多いとされる。創部から圧搾空気とともに菌性感染症の原因菌が侵入することによって、縦隔洞炎などの重篤な経過をたどることもあり注意が必要である。気腫が生じた場合には、速やかに進展範囲の特定を行い適切な対処を行うべきであると考えられた。

84. 口腔内より鉗子付き軟性内視鏡で摘出した上顎洞迷入歯根症例

○山野貴史¹⁾・西 憲祐¹⁾・吉住潤子²⁾

1) 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科

2) 福岡歯科大学口腔・顔面外科学講座口腔腫瘍学

8歳 女性。

【主訴】上顎洞迷入異物。

【現病歴】1日前に近医歯科クリニックで、左上第一大臼歯の抜歯を施行された。術中に近心頬側根が上顎洞内に迷入したため、当院歯科の救急外来を受診した。口腔内からの歯根摘出を試みたが困難であり当科紹介となる。

【既往歴、家族歴】特記事項なし。

【局所所見】鼻腔内問題なし。

【CT所見】左上第一大臼歯抜歯に伴う口腔上顎洞瘻あり、上顎洞前壁に接する形で10×5mmの歯根を認めた。

【経過】耳鼻咽喉科医ユニットに坐位とし、抜歯窩よりオリンパス電子スコープ ENF-V2 (3.2mm 径)を挿入し上顎洞内を観察したところで破折根確認することができた。内視鏡下での摘出は可能と考え、鉗子付き軟性内視鏡のオリンパス電子スコープ ENF-VT (4.8mm 径)挿入し、歯根を摘出した。

【考察】上顎臼歯部の歯根は上顎洞底へ近接していることが多いため、抜歯操作時の偶発症として上顎洞迷入の頻度は少なくない。治療の原則は、原因異物の除去であり、諸家の報告では抜歯窩から吸引・摘出されたものが最も多いが、摘出困難な場合には歯科領域では、犬歯窩からの開洞など外科的アプローチが行われている。また、耳鼻咽喉科領域では鼻内内視鏡による摘出術が報告されている。本症例は、左上第一大臼歯と後方ではあるが、抜歯窩が比較的大きく開大していたこともあり、そこから鉗子付き軟性内視鏡を挿入し、前方向にある上顎洞に迷入した歯根を明視下で摘出がすることができた。抜歯窩からの鉗子付き軟性内視鏡を用いた方法は低侵襲であり、上顎洞迷入異物の治療の選択枝の一つになりうると思われた。

85. 50年以上前に顎関節手術で留置された傍咽頭間隙の医原性異物の1例

○松永崇志・安倍伸幸・平野 隆・鈴木正志

大分大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

シリコンシートなどの人工材料は医療用として手術に用いられ、特に顎関節手術における関節円板切除後の癒着防止のためなどに用いられてきた。その一方で異物反応による炎症が惹起され、顎関節周囲や咽頭、耳内へ炎症が波及する症例が少なからず報告されている。今回我々は50年以上前に顎関節手術の際に留置された傍咽頭間隙の医原性異物の症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

症例は77歳女性。56年前に他施設で顎関節手術を施行。20XX年1月頃から左側頭部痛、左耳痛を自覚し改善しないため近医脳神経外科を受診。頭部MRIで左傍咽頭間隙の腫瘍性病変の指摘あり、顎関節手術の既往もあり同年4月30日に当院歯科口腔外科を紹介受診。造影CTで中咽頭左側、左傍咽頭間隙に石灰化伴う腫瘍性病変あり、精査加療目的に5月11日に当科へ紹介受診した。中咽頭左側の腫脹認め、同部位を生検したが、組織学的には悪性所見なく、骨格筋組織に壊死組織が混在するような所見であった。その後同部位の腫脹と疼痛、開口障害の増悪あり5月25日に当科受診。中咽頭左側の腫脹増悪あり、血液検査で炎症反応の上昇と造影CTで腫瘍内に空気が充満し、内部に多数の石灰化も認め、何らかの異物の存在が示唆された。また、生検部位の膿瘍指摘あり、同部位の感染が疑われた。同日緊急入院の上手術を施行したところ、左傍咽頭間隙からビニールシート状の異物を2枚摘出した。術後は抗菌薬投与を開始し、咽頭痛や開口障害は改善傾向で血液検査上も炎症反応は改善傾向であり、術後8日目に退院した。術後は増悪なく、現在外来で経過観察中である。

86. 緊急手術を要した下咽頭異物の1例

○北谷 栞・太田伸男・齋藤雄太郎・野口直哉
山崎宗治・鈴木貴博・東海林史

東北医科薬科大学耳鼻咽喉科

下咽頭異物は耳鼻咽喉科日常臨床で遭遇することの多い疾患である。成人では魚骨や義歯が多いが、気道確保目的で異物除去と緊急手術が行われることは稀である。今回我々は、誤飲した鼻骨骨折整復後固定具であるネーザルスプリント(NS)による高度な喉頭浮腫に対して緊急で気管切開術と下咽頭異物摘出術を施行した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は85歳男性。既往歴；進行性核上性麻痺、鼻骨骨折。呼吸状態増悪と血痰を主訴に、肺炎球菌性肺炎として当院呼吸器内科で入院加療中であった。入院加療後も呼吸状態や皮下気腫等の改善に乏しく血性痰が断続的に認められ、さらに下咽頭異物が疑われたため、精査加療目的で入院4日目に当科紹介となった。当科初診時、咽頭後壁に沿うようにNSが留置しており、また喉頭蓋の高度腫脹も認められたため、緊急で下咽頭異物摘出術と気管切開術を施行した。まず気道確保のため気管切開術を施行し、その後下咽頭異物除去術を施行した。術後は呼吸状態と喉頭浮腫の改善を認め、術後7日目に創部を抜糸し圧迫を解除、術後15日目に気管切開閉鎖術を施行した。術後経過良好で、既往の進行性核上性麻痺の加療のために、最初の手術から24日後に脳神経内科へ転科となった。高齢者の異物誤飲でPTPシートや義歯などの報告は散見されるが、通常口腔内へ入る機会のないNSが誤飲された本症例は極めて稀である。NSは金属製で辺縁が鋭利であるため、誤飲した際には本症例のように喉頭浮腫、穿孔による皮下気腫や縦隔気腫をきたす可能性が高いと推察される。本症例の詳細な誤飲機転は不明であるが、高齢者の急激な呼吸異常では、異物誤飲の可能性も考慮した早期の検査と診断、さらには可及的速やかな異物の摘出が肝要である。さらに、外傷の詳細な問診が重要であることが改めて認識された。

87. 甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外へ穿通した魚骨症例

○松本祐磨・清水啓成・篠原 宏

河北総合病院耳鼻咽喉科

【はじめに】魚骨異物は日常診療において遭遇する疾患であるが、咽頭腔外に異物が迷入した場合には診断が難しい。今回、披裂部及び梨状陥凹に浮腫をきたし、食道入口部から甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外へ穿通した魚骨症例を経験したので報告する。【症例】70歳、男性〔主訴〕咽頭痛、前頸部腫脹〔現病歴〕脳梗塞にて抗凝固薬を2剤内服していた。夕食時にメバルの煮つけを食べた後より軽度の咽頭痛を自覚した。翌日、近医耳鼻咽喉科を受診するも魚骨は見つからず、抗菌薬を投与され経過観察とされていた。受診3日後に咽頭痛の増強と前頸部腫脹を認め、当科へ紹介された。初診時、甲状軟骨左側に持続する疼痛を認め、前頸部から側頸部にかけて発赤はないが、皮膚の腫脹を認めた。喉頭内視鏡検査では左の梨状陥凹と披裂部は発赤と腫脹が強く、Modified Killian法でも食道入口部の観察は困難で魚骨も同定できなかつた。頸部CT検査では甲状軟骨下角の内側を貫き喉頭外へ穿通し皮下まで到達した線状の高吸収域を認めた。消化器内科医師に相談し、上部消化管内視鏡検査による魚骨の特定を試みた。食道入口部左側前方に白苔及び魚骨の骨端を認め、鰐口鉗子にて魚骨の骨端を把持し、摘出した。摘出した魚骨は長さ31mmであった。感染予防の為に抗菌薬を投与、翌日より経口摂取を開始し、合併症なく退院とした。【考察】咽頭腔外異物は下咽頭腔外に生じることが最も多く、咽頭腔の後方や外側に刺入しやすい。下咽頭の前方には比較的硬い喉頭の枠組み構造がある為、刺入することは少ない。また、梨状陥凹から傍声帯間隙に迷入した魚骨に関しては国内外で1例ずつ報告されている。本症例のような甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外へ穿通した魚骨の報告は我々が渉猟した限りでは認めなかつた。【まとめ】今回、我々は甲状軟骨下角内側と輪状軟骨の間より喉頭外に穿通した稀な魚骨異物症例を経験した。

88. 1歳睡眠時無呼吸患児の経過観察に関してのさらなる検討

○平田正敏¹⁾・中田誠一²⁾・木村文美²⁾・稲田紘也²⁾
岩田 昇²⁾・鈴木賢二³⁾

- 1) 藤田医科大学ばんだね病院臨床検査部
- 2) 藤田医科大学耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学
- 3) ヨナハ総合病院

【背景】小児の睡眠時無呼吸症は口蓋扁桃肥大やアデノイド肥大による上気道閉塞が原因であることが多い。睡眠時無呼吸の原因である口蓋扁桃摘出、アデノイド切除の外科的な治療をすることで改善をみることは多い。しかし、口蓋扁桃、アデノイドの大きさには年齢による変化の推移がある。

【目的】睡眠ポリグラフ検査(PSG)を実施し、睡眠時無呼吸症と診断した1歳患児を経時的に検査をすることでの変化を検討した。

【対象】2014年から2019年の間で睡眠時無呼吸と診断された1歳患児で、外科的治療を選択しないで経過観察(咽頭所見、PSG)が出来た10名(男児8名、女児2名)を対象とした。

【方法】無呼吸低呼吸指数(AHI)の経時的変化ならびに酸素飽和度の経時的変化、咽頭所見から口蓋扁桃・アデノイドの経時的変化を検討した。PSGはAASM Version2.5、無呼吸診断基準はICSD III、アデノイドは1~4度(Parikh SR)、口蓋扁桃は1~4度(Brodsky L)を用いた。この研究は藤田医科大学医学研究倫理審査委員会の審査を経ている。

【結果】軽症から中等症(AHI 1.1~5.9/h)の睡眠時無呼吸患児を外科的治療を選択せず、1~3歳まで経過を追った。10症例のうち、手術を選択した7例は全例AHIが2以下、手術を選択しなかつた3例のうち、1例のみAHIが1以下、他の2例はAHIは1以下とはならず、再度経過観察となった。

【結語】手術を選択した患児は全例AHIは2以下に、手術を選択しなかつた患児の1例のみがAHIが1以下になった。アデノイドは4~6歳で最も肥大し、口蓋扁桃はそれに1~2年ほど遅れて肥大のピークを迎えるが、すべての子供たちがこのような年齢に合わせた変化を伴うことはない。例外があることを踏まえて、注意深い観察から手術が必要になるタイミングが出てくる可能性は強いと考えられた。

89. 成人超重症閉塞性睡眠時無呼吸症 (AHI > 100/hr) の病態的特徴の検討

○佐田直子・井下綾子・鈴木 陽・池田勝久

順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科

【背景と目的】成人の閉塞性睡眠時無呼吸 (obstructive sleep apnea; OSA) の診断には、終夜ポリソムノグラフィー (polysomnography; PSG) 等の睡眠検査が行われ、無呼吸低呼吸指数 (apnea hypopnea index; AHI) 30/hr 以上を重症 OSA と判定する (睡眠障害国際分類第3版)。肥満と性差は OSA の一般的な要因であるが、AHI の重症度は同程度の肥満・年齢・性差において様々である。今回我々は、AHI > 100/hr の超重症 OSA と診断した患者の背景や PSG・セファログラムを分析し、病態的特徴について検討することを目的とした。

【方法】順天堂医院睡眠・呼吸障害センターにおいて PSG で OSA と診断した患者を対象とした。AHI > 100/hr の超重症 OSA (Extreme OSA: XS-OSA 群) と、年齢・性別・BMI をマッチさせた control 群を比較し、PSG による各睡眠パラメータ、セファロメトリーの所見を解析した。

【結果】XS-OSA 群 11 人 (男性 5 人, 女性 6 人, 平均 AHI 110.2 ± 10.4 /hr, 平均年齢 50.2 ± 6.9 歳, 平均 BMI 35.4 ± 5.2 kg/m²) と, control 群 22 人 (男性 10 人, 女性 12 人, 平均 AHI 41.6 ± 19.3 /hr, 平均年齢 50.6 ± 6.1 歳, 平均 BMI 34.5 ± 4.2 kg/m²) を比較した。PSG の結果, XS-OSA 群は control 群と比較し, AHI 中の無呼吸の割合が有意に高く (79.5% vs. 24.8%, $p < 0.001$), 各睡眠ステージでの平均 SpO₂ がいずれのステージにおいても有意に低値であり, 最低 SpO₂ も有意に低値であった (49.0% vs. 76.5%, $p = 0.002$)。一方で平均無呼吸持続時間は有意差を認めなかったが, 平均低呼吸時間は XS-OSA 群が有意に短かった (19.0 秒 vs. 25.0 秒, $P = 0.0006$)。無呼吸終了から覚醒反応出現までの時間は XS-OSA 群が有意に早かった (-0.1 ± 1.1 秒 vs. 0.9 ± 0.7 秒, $P = 0.003$)。セファロメトリー測定項目では, 骨性・軟性因子の全項目で両群間に有意差を認めなかった。

【結語】XS-OSA 群は control 群と比較し, ①無呼吸イベントが優位で, ②睡眠中の最低 SpO₂ と各睡眠ステージでの平均 SpO₂ が有意に低く, ③少ない無呼吸・低呼吸時間で SpO₂ が顕著に下がりやすく, ④覚醒反応の出現がより早期に惹起されている可能性が示唆された。⑤セファログラムでは上気道形態に有意差を認めなかった。XS-OSA 群の AHI が高値となる病態として, 解剖学的な気道狭小化以外の因子が考えられた。

90. 薬物睡眠下内視鏡検査の有用性

○鈴木雅明

帝京大学ちば総合医療センター耳鼻咽喉科

閉塞性睡眠時無呼吸症 (obstructive sleep apnea: OSA) に対する閉塞・狭窄部位診断検査として, 薬物睡眠下内視鏡検査 (drug-induced sleep endoscopy: DISE) が従来から行われている。種々の咽頭手術や舌下神経刺戟療法 (hypoglossal nerve stimulation: HNS) の適応判断のための検査として世界的に重要性が再認識されつつあり, 諸外国ではほぼルーティンにて行われている施設も多い。一方, 本邦では薬物使用に関する安全管理の問題もあり, 普及しているとはいえないのが現状である。

OSA 患者における入眠による咽頭筋活動の生理的抑制は顕著にて, 睡眠時の咽頭気道は覚醒時とは全く異なる。覚醒時の内視鏡検査や画像診断のみにて閉塞・狭窄部位, 閉塞パターン, および咽頭虚脱のしやすさ, その様子を正しく把握するのは限界がある。DISE 検査の最大のメリットは実際の睡眠中の咽頭虚脱のしやすさ, その様子を 3 次的に直接見ることができることにある。各睡眠段階にて咽頭虚脱の強さの違いはあるものの, 一人の患者の睡眠中の閉塞・狭窄部位や閉塞パターンが様々に変化するわけではない。ただし DISE 検査の弱点として, 1. 軸位での視野のみであり, 矢状や冠状での評価はできないため, 複数の閉塞部位がある症例ではそれらをトータルで観察することができないこと, 2. スコアリングや分類システムがあるものの検査結果を数値化することは困難であることがあげられる。これらの弱点は数値流体力学解析 (computational fluid dynamics: CFD) の手法にて補うことができる。

当院では手術適応の検討が必要な成人, および小児症例に対して, 麻酔科医の協力のもと手術室にて, プロポフォル (propofol) を用いて BIS (bispectral index) センサにて催眠レベルをモニタリングしながら, target controlled infusion (TCI) method による脳内血中濃度の管理下に DISE 検査を施行している。また, DISE と CFD との 2 つの手法のコンビネーションにてより正確な閉塞・狭窄部位, 閉塞パターン, および咽頭虚脱のしやすさ, その様子を把握することを試みている。本口演にて実際の DISE 検査, および CFD 解析をビデオ供覧する。

91. 閉塞性睡眠時無呼吸症へ舌位置矯正器具を使用した症例

○井下綾子¹⁾²⁾・佐田直子¹⁾²⁾・鈴木 陽¹⁾²⁾・松本文彦¹⁾
池田勝久¹⁾

- 1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科
- 2) 順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター

【はじめに】いびきやアレルギー性鼻炎などによる口呼吸習慣は、舌・口唇運動機能低下、舌圧低下などの舌機能の低下が助長され、睡眠呼吸障害の要因となる。今回我々は、閉塞性睡眠時無呼吸症 (obstructive sleep apnea: OSA) への新規治療として舌位置矯正器具 (tongue right positioner: TRP[®], Tongue Lab) を使用した症例を報告する。

【症例】45歳男性。数年前来、OSAにて持続陽圧呼吸療法 (CPAP) を使用していた。2019年X月より減量を開始し10kgの減量に成功したことから、CPAPの忍容性は良好であったがCPAP以外の治療法の可能性も兼ねて、2020年2月当科へ受診した。当科受診時所見は、174cm, 71kg, BMI 23.5kg/m², 口腔内所見はMallampati 4度, Friedman tongue position 2, Tonsil size 1/1, 鼻内所見は鼻粘膜腫脹, 左方鼻中隔彎曲, そしてMuller法では全周型であった。鼻腔通気度検査は両側P (100) Ex 0.22Pa/(cm³)/s, P (100) In 0.20 Pa/(cm³)/s, セファログラムではSNA (上顎突出度) 82度, SNB (下顎突出度) 79度, PNS-P (軟口蓋長) 3cm, IAS (咽頭腔前後径) 0.9cm, MP-H (舌骨位置) 1.8cmであった。

PSGでは、総無呼吸低呼吸指数 (apnea hypopnea index: AHI) 4.7/h, 仰臥位時 AHI 32.2/h, 側臥位時 AHI 2.4/hにて体位依存性OSAと診断した。CPAP離脱は可能と考えられ、代替としてTRPの導入を検討することとした。TRPの使用を開始前に舌圧測定器 (IOPI社製) を用いて、舌圧と口輪筋圧を測定した。舌圧は舌前方 50.7kPa (基準値 43kPa), 舌後方 40.5kPa (基準値 43kPa) で、舌後方は年齢平均よりもやや低値であった。口すぼめでの口輪筋圧は右側 24.0kPa, 左側 28kPaで年齢相応であるが左右差を認めた。舌エクササイズを指導・開始後、2020年3月より毎晩TRPの装着をしており、現在に至る。

【結語】OSAへの新規治療としての舌位置矯正器具TRPの使用経験を報告した。現在のところ非肥満OSAへの舌機能改善やOSAへの有用性が示唆されている。学会当日はその後の経過報告を含めて発表する。

92. 小児閉塞性睡眠無呼吸症における周術期CPAP管理の有用性に関する検討

○鈴木 陽¹⁾²⁾・井下綾子¹⁾²⁾・佐田直子¹⁾²⁾・池田勝久¹⁾

- 1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科
- 2) 順天堂大学医学部附属順天堂医院睡眠・呼吸障害センター

【緒言】小児の閉塞性睡眠無呼吸症 (OSA) は、アデノイドや口蓋扁桃肥大による上気道の狭窄が病態因子となることが多く、しばしばアデノイド切除術、両側口蓋扁桃摘出術が施行される。一般的に成人OSA患者の全身麻酔においては、換気・挿管困難、手術侵襲による咽頭粘膜腫脹の可能性、抜管後のいびき・無呼吸症状の増悪の可能性があり、術後も注意深く気道管理が重要であると認識されているが、小児OSAにおける報告は少ない。今回我々は、小児OSAの咽頭手術症例へ術前からCPAPを導入し、術中・術後合併症予防へのCPAP管理の有効性を検討した。【対象と方法】当院で行った小児OSAへ対し咽頭手術 (n=88) のうち、術前にCPAPを導入した11例をCPAP群とし、年齢・身長・体重・術前AHIを対応させ非CPAP導入群とで、麻酔時間 (導入時、覚醒時)・術後疼痛スコア・術後合併症の有無などを比較検討した。【結果】CPAP群11名 (男5人:女6人, 年齢 7.8±2.9歳, 身長 125±18.1cm, 体重 29.9±17kg, 術前AHI 31.2±20.4/h) と非使用群11名 (男9人:女2人, 年齢 7.6±2.8歳, 身長 126.8±16.7cm, 体重 27.8±10.4kg, 術前AHI 24.7±12.0/h) を比較し、患者背景に有意差はなかった。両群とも周術期に術後出血、呼吸障害、心血管障害等の重篤な合併症を呈した症例はなかった。CPAPの術前の平均使用期間は80日であった。平均麻酔導入時間はCPAP群 13.9±5.6分, 非CPAP群 9.5±3.3分, 平均術後麻酔覚醒時間はCPAP群 15.9±4.3分, 非CPAP群 17.7±4.8分, 平均術後疼痛スコア (NRS) はCPAP群 3.5±1.9点, 非CPAP群 5.7±3.7点と全項目で統計学的有意差はなかった。【結語】両群で術後の重篤な合併症の出現は認めなかった。検討項目では有意差は認めないが、CPAP群では平均NRSが低値であり、重症OSA児の周術期CPAP使用に関して有効性が示唆された。

93. AHI 改善率からみた小児閉塞性睡眠時無呼吸症候群の手術適応

○佐藤公宣・中園秀樹・温光太郎・梅野博仁

久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】小児の閉塞性睡眠時無呼吸症候群（小児 OSAS）の多くは、口蓋扁桃摘出とアデノイド切除により症状が改善する事が多いが、Apnea hypopnea index (AHI) の改善が乏しい症例も存在する。また睡眠障害国際分類第3版 (ICSD-3) では AHI ≥ 1 回/時間が小児 OSAS の基準とされるが、本邦における小児 OSAS の明確な診断基準はなく、手術適応も施設により異なるのが現状である。AHI 改善率により小児 OSAS の手術適応について検討した。

【方法】当院で小児 OSAS に対して扁桃摘出、アデノイド切除を行い、手術前後で終夜睡眠ポリソムノグラフ検査 (PSG 検査) を施行した 38 例を対象とした。AHI 改善率 [(術後 AHI - 術前 AHI) / 術前 AHI $\times 100$ (%)] を中央値以上と未満との 2 群に分け、AHI の改善が乏しい群 (AHI 改善率が中央値未満) と術前 AHI, 術前閉塞性無呼吸指数 (Apnea index: AI), 年齢, Body mass index (BMI), 扁桃肥大の程度 (Mackenzie 分類) との関連を検討した。

【結果】AHI の改善が乏しい群では、術前 AHI (5.3 ± 4.7 回/時間), 術前 AI (0.51 ± 0.64 回/時間) が有意に低く ($p < 0.01$), 年齢, BMI, 扁桃肥大の程度 (Mackenzie 分類) との関連は認められなかった。

【考察】小児 OSAS の手術適応は年齢, 術前 AHI, 扁桃肥大の程度, 臨床症状などで決められる事が多い。本検討では、術前 AHI と術前 AI が低い症例では術後 AHI の改善が乏しい可能性が示唆され、術前 AHI のみならず、術前 AI も手術適応として考慮すべきであると考えられた。また年齢, 体格, 扁桃肥大の程度に関わらず、術前 AHI, 術前 AI が高い症例では閉塞性睡眠時無呼吸症候群の改善が期待できる可能性が示唆された。

94. Cadaver を用いた Sleep Surgery 研修会のさきに

○中島逸男¹⁾²⁾・今井貫太¹⁾・春名真一¹⁾

1) 獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

2) 獨協医科大学病院睡眠医療センター

耳鼻咽喉科・頭頸部外科の領域の手術は解剖学的に複雑な構造を有する部位が対象となる。また実際の術式も多彩で、その技術の習得には上級医の手術のほか、写真や模式図、またその説明文だけではなく、実際のご献体 (以下 cadaver) を用いた解剖実習を通して人体の立体的な構造の理解は深まる。

われわれは解剖学教室の協力によって 2010 年より新鮮凍結献体 (fresh cadaver) を用いた研修会を主催しており、2018 年からは本邦で初めての sleep surgery の研修会をこれまで 2 回開催した。過去 2 回の研修会の受講者数は計 24 名で、耳鼻咽喉科経験年数は 2~28 年であった。インストラクターによる講義とデモ、受講生による解剖実習を 1 日で行った。受講生によるアンケートの結果、講義時間と内容、解剖実習の時間がちょうど良いとの回答がもっとも多かったが、全体の日程が短いとする回答も 17~39% であった。

また国外においては 2014 年から OSA の新規治療のひとつとして舌下神経刺激療法 (HGNS; Hypoglossal Nerve Stimulation) が導入され、すでに約 5,000 人の患者に刺激装置の植え込みがされており、CPAP 不認容な中等症から重症 OSA における二次的な治療法として位置づけられている。実際の植え込みでは舌下神経を露出させ、神経に刺激リードの電極カフを装着し、本体を鎖骨下に留置するなど頭頸部領域に精通した手術経験が求められるため、事前の cadaver training が必須となる。そこで本邦においても、まもなく HGNS 療法が保険収載される見通しであることから、cadaver を用いた手術手技修練の重要性が高まると思われる。多くの医師に実習の機会を与えられるのは限られた施設のみであるが、cadaver による実習の有用性は高く、今後の Sleep Surgery 研修会のありかたなどについて報告する。

95. サージトロンを用いた内視鏡下アデノイド手術における鼻腔通気度の検討

○佐藤慎太郎¹⁾²⁾・江崎伸一¹⁾²⁾・南方寿哉²⁾・角谷尚悟²⁾
中山明峰¹⁾²⁾・岩崎真一²⁾

- 1) 名古屋市立大学病院睡眠医療センター
- 2) 名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

幼小児睡眠時無呼吸に対する治療として手術が重要な位置を占めていることは広く知られており、手術としては口蓋扁桃摘出術とともにアデノイド切除術が主として施行される。従来、当睡眠医療センターのアデノイド切除術は La Force アデノトームにて大部分を切除したのちに後鼻鏡を用いた明視下で Beckmann 輪状刀により残存アデノイドを切除し、さらに微小な残存は止血も兼ねた電気メスのスプレー凝固モードで焼灼するという手順で行ってきた（以下、従来法と呼称）。一方で近年では新しい機材を用いたアデノイドの手術法がとして、マイクロデブリッターやコブレーターなどを用いる方法などが報告されている。しかし、これらの機材は先端部であるハンドピースやワンドが単回使用であり本邦では保険請求もできないため、コストの面で日常的な術式として選択し難い。そのためコストの点も踏まえてすでに院内に存在し先端部が再使用可能な機材を検討したところ、サージトロンが有望であると考えられた。2017年8月からは70°硬性内視鏡観察下にサージトロンを用いたアデノイド焼灼凝固術を開始し、これまで17例に対して施行した。このうちアデノイド焼灼凝固術と両口蓋扁桃摘出術を併施した5例に対し、術前後に睡眠ポリグラフ検査とともに鼻腔通気度検査を行った。これらの5例につき鼻腔抵抗値の変化やその他の因子との相関につき検討して報告する。

96. 当科における新しい suture technique (CWICKs) による咽頭拡大術と鼻手術併用の効果の検討

○木村文美・伊藤聡志・鹿野和樹・稲田紘也
岩田 昇・中田誠一

藤田医科大学ばんだね病院耳鼻咽喉科・睡眠呼吸学

閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) とは睡眠中に上気道が種々の原因により狭窄および閉塞し、無呼吸・低呼吸を繰り返す、日中眠気や生活習慣病など様々な症状を呈する疾患であり、とくに成人の AHI が 20 以上のような症例の場合は経鼻的持続陽圧呼吸療法 (CPAP) が標準的な治療とされている。

中等～重症 OSA には、CPAP 療法が治療の第一選択といわれているが、たとえ重症例においても外科的な治療が奏功する場合もある。

当科では術前に口腔内および喉頭ファイバー所見より咽頭拡大術が奏功すると予測された症例に対しては積極的に外科的治療を行っており、咽頭拡大術として新しい suture technique (通称 CWICKs) を用いて、OSA への根治術を行なっている。

2019年2月から2020年2月の期間に当施設にて CWICKs を施行し、術前後に PSG 検査を施行した6症例 (年齢 37.1 ± 8.6) および CWICKs + 鼻中隔矯正術 + 両側粘膜下鼻甲介骨切除術6症例 (年齢 37.3 ± 7.9) を施行し、術前後の睡眠パラメーターを比較した。両群に術前 AHI, BMI, 年齢に有意差は無かった。それぞれ前者が『AHI, 術前: 49.6 ± 15.3 → 術後: 13.4 ± 9.3 』、『SpO2 最低値, 術前: $77 \pm 3.2\%$ → 術後: $83 \pm 6.5\%$ 』、後者が『AHI, 術前: 51.6 ± 15.2 → 術後: 25.2 ± 14.9 』、『SpO2 最低値, 術前: $78 \pm 6.2\%$ → 術後: $85 \pm 5\%$ 』という結果が得られ、両群において AHI 改善度, SpO2 最低値の改善度に有意差は無かった。

まだ症例数は少ないため今後さらに症例を増やしていきたい。

97. UPPP 及び舌扁桃切除術を施行した対称的な結果の OSA2 例の報告

○矢富正徳¹⁾・北村剛一¹⁾²⁾・岡吉洋平³⁾・服部和裕¹⁾
丸山 諒³⁾・塚原清彰¹⁾

- 1) 東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 北村耳鼻咽喉科
- 3) 戸田中央総合病院耳鼻咽喉科

OSA に対する治療のゴールドスタンダードは n-CPAP であるが、手術加療も重要な選択肢であり、耳鼻咽喉科医としての役割は大きい。OSA に対する咽頭手術は日本が原点であり、Fujita らが UPPP を報告して以後多施設で施行も、適応基準が明白ではなかったことがあり、有効率は必ずしも高いとは言えなかった。原因として手術適応、即ち閉塞部位診断が曖昧であった点がある。閉塞部位は複数個所であることがあり、Multilevel Surgery が考慮されるべきである。諸外国では DISE がスタンダードな閉塞部位診断であるが、OPE 室の占有、麻酔科医の協力も必要であり、必ずしも満足に施行できる状況ではない。当科では閉塞部位診断に咽喉頭ファイバー検査に加え Cine-Mode MRI を施行している。今回 UPPP 及び舌扁桃切除術を施行した対称的な結果の OSA2 例を報告する。症例 1 は 36 歳男性、BMI 31.1kg/m²、口蓋扁桃山本 2 度、舌扁桃 Friedman 2 度、AHI 95.5 回/時間である。症例 2 は 59 歳男性、BMI 22.5kg/m²、口蓋扁桃山本 2 度、舌扁桃 Friedman 2 度、AHI 68.4 回/時間である。どちらも術前 Cine-Mode MRI により口蓋扁桃、舌扁桃による Multilevel な狭窄を認め、UPPP 及び舌扁桃切除術を施行した。術後 6 ヶ月の評価 PSG にて症例 1 は AHI 95.5 回/時間が 1.2 回/時間に改善したのに対し、症例 2 では AHI 68.4 回/時間が 66.9 回/時間と改善が得られなかった。術後評価 Cine-Mode MRI にてどちらも有効に組織は切除されていたが、症例 1 は睡眠下でも咽頭腔を維持できていたのに対し、症例 2 では低覚醒時に舌の沈下による咽頭腔の狭小が認められた。原因として加齢による低覚醒時の筋弛緩が考えられた。Cine Mode MRI を用いても手術効果を保証することは絶対ではなく、Soft tissue surgery の適応には至適年齢の基準を設けることも重要ではないかを感じる。今後も集学的な検討が必要である。

98. 舌根に生じた異所性骨腫の一例

○嘉陽祐紀・真栄田裕行・比嘉朋代・鈴木幹男

琉球大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

骨腫は骨組織と連続した部位に発生するのが通常であり、頭頸部領域では硬口蓋や下顎骨などの顎骨周囲、また鼻副鼻腔に生ずる例が多い。今回われわれは骨組織と連続性のない舌根粘膜上に発生した骨腫例を経験した。

症例は 52 歳女性で主訴は咽頭違和感である。受診より 30 年前から他院で咽頭の腫瘍性病変を指摘されていたが、生活に特に支障がなかったため放置していた。最近になって家人より病変の精査を勧められ当科を受診した。初診時所見では腫瘍は舌根に存在し、表面平滑で被膜の一部に血管の走行が見られた。触診上腫瘍は硬く、茎は有せず可動性はなかった。また疼痛や接触痛も見られなかった。細胞診および局所麻酔下の生検が試みられたが、腫瘍の硬さのため断念せざるを得ず、全身麻酔下の切除生検が施行された。腫瘍と舌根深部組織の境界は明瞭で摘出は容易であった。切除面の止血も電気焼灼のみで可能であった。また切除面は縫合せずそのままとした。切除された腫瘍は 10 × 7 × 5mm 大であり、茎や流入・流出血管の類は見られなかった。病理所見において粘膜上皮に異型性は見られず、深部は層板状の構造を有する骨類似の組織であった。以上より異所性骨腫と診断された。

舌根に発生する骨腫は骨性分離腫とも称され、1013 年に初めて報告されて以降、海外で 100 例弱、国内例は 10 例に満たない報告例があるのみである。成因についてはいくつかの説があるものの、明らかな理由は不明である。本症例に関し文献的考察を含めて報告する。

99. 内視鏡補助下経口法で摘出できた副咽頭間隙腫瘍の1例

○安倍伸幸・平野 隆・赤嶺苑佳・鈴木正志

大分大学耳鼻咽喉科頭頸部外科

近年、手術技術や機器の進歩により、比較的大きな腫瘍に対しても経口的アプローチによる摘出が報告されている。今回、当科にて副咽頭間隙腫瘍に対し内視鏡補助下経口的摘出術を施行したので報告する。症例は23歳女性、鼻閉症状にて近医耳鼻咽喉科を受診した際に左咽頭腫瘍を指摘され、2週間後当科紹介受診した。CT、MRIにて左副咽頭間隙に内部に造影効果のある60mm大の腫瘍性病変を認めた。FNAによる細胞診では神経鞘腫の疑いであった。大きい腫瘍であったが若年女性であったため、低侵襲である経口腔法による摘出術を行うこととした。腫瘍深部の視野を得ることと、助手とも術野を共有するために内視鏡を併用した。咽頭粘膜を切開し、粘膜下に神経鞘と思われる表面が整な索状の組織を認め、それを切開すると内部に腫瘍が確認できた。腫瘍は周囲との癒着は軽度で比較的容易に剥離でき一塊にして摘出することができた。粘膜切開部位を吸収糸で縫合し手術を終了したが、病棟に帰宅後呼吸困難感が出現し喉頭ファイバーで観察すると咽頭の著明な腫脹と喉頭の浮腫を認め、再度手術室に戻り局所麻酔下で気管切開術を施行した。その後10日ほどで咽頭の腫脹は徐々に改善したため気管孔を閉鎖して術後19日目で退院となった。病理結果は神経鞘腫であったが、明らかな神経脱落症状は認めなかった。副咽頭間隙腫瘍に対する経口腔による摘出術は今のところ確立されていないのが現状である。今回、内視鏡補助下経口法で摘出できた副咽頭間隙腫瘍の症例を経験したため、我々の反省点を踏まえて文献的考察を加え報告する。

100. 悪性化を認めた上咽頭乳頭腫の1例

○岩本 文・津田潤子・堀 健志・山下裕司

山口大学耳鼻咽喉科

鼻腔、咽喉頭領域に発生する乳頭腫は、耳鼻咽喉科の日常診療においてしばしば遭遇する疾患のひとつである。これらは基本的に良性とされるが、例えば鼻副鼻腔内反性乳頭腫のように、一定の割合で悪性化の可能性が知られているものも存在する。また近年、ヒトパピローマウイルス (HPV) が中咽頭癌の原因として明らかとなり、乳頭腫と HPV 感染、悪性化との関連について検討された報告も散見される。今回我々は、軟口蓋裏面に発生した上咽頭乳頭腫を経口腔的に切除し、病理組織の結果一部に悪性化を認めた症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は67歳男性、気管支喘息や間質性肺炎の既往があり、当科へ副鼻腔炎治療目的に通院中であった。咽頭痛の訴えがあり喉頭ファイバースコープ検査を行ったところ、軟口蓋裏面に乳頭状に隆起した腫瘍を2カ所認めた。生検結果は乳頭腫であり、異型を伴っていたこともあり全身麻酔下に切除を行った。軟口蓋に絹糸をかけて視野を確保し、電気メスを用いて切除した。病理結果は乳頭腫であったが、一部に扁平上皮癌を認めていた。HPV-DNA 検査は低リスク型の6, 11型が陽性、高リスク型については陰性であった。また p16 は扁平上皮癌の部分では一部のみ弱陽性、との結果であった。今後は再発の可能性も考慮しながら、注意深く経過観察を行っていく方針である。

咽頭乳頭腫は一般に良性とされており、経過観察となっている症例も多い。今回のように、悪性化を認める症例も存在することを念頭においた診療を行っていく必要がある。

101. 外科的切除を必要とした下顎骨血管奇形の2例

○森田慎也・野田洋平・牧野琢丸・假谷 伸

岡山大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

血管奇形は脈管形成異常により生じる非腫瘍性病変で、顎骨内での発生は比較的稀とされる。顎骨内発生例は診断に苦慮する 경우가多く、治療にあたり整容面、機能面での配慮が必要となる。今回我々は切除および再建術を必要とした2症例について、文献的考察を加え報告する。

【症例1】16歳男児。201X年1月に近医歯科を受診し、下歯肉腫瘍の疑いを指摘され、他院より当科受診。複数回にわたる生検で診断が困難であり、急速な増大傾向を認めため、治療診断目的に切除を行った。

【症例2】10歳女児。201X年7月、左下顎腫脹を認め当院口腔外科受診。保存的治療を行うも増大傾向であったため、形成外科より当科受診。保存的加療での治療が困難のため、切除術を行った。

102. 口腔咽頭血管腫に対する半導体レーザー治療の経験

○高原大輔・竹野幸夫・佐々木淳

広島大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】頭頸部は血管腫の好発部位であるが、部位によっては気道狭窄を伴うため治療が必要となる。レーザー焼灼、硬化療法、手術療法があり、比較的侵襲が少ないため、腫瘍縮小を目的としたレーザー焼灼がしばしば行われる。KTPレーザーの有効性が多く報告されており、以前は当科でも使用していたが、現在KTPレーザーは使用できず、当科では半導体レーザーを使用している。今回、我々は巨大な口腔咽頭血管腫に対して半導体レーザー治療を行ったのでこれを報告する。

【症例】症例は69歳女性、幼少時に口腔内手術（詳細不明）の既往があった。

X年1月に口腔内違和感、舌の腫脹を自覚した。舌の腫脹が増大したため、同年7月に近医を受診したところ、舌腫瘍を指摘され、当科へ紹介となった。

舌背から舌根にかけて暗赤色の不整な隆起性病変があり、MRIでは舌全体にT2で高信号の辺縁不整な陰影を認めた。血管腫を疑ったが、表面不整な病変で、増大傾向があったため、血管肉腫などの悪性病変の鑑別目的に組織生検を行った。切除生検と針生検の2回の生検の結果、海綿状血管腫の診断であった。しかし針生検翌日より舌全体の腫脹による気道狭窄が出現したため、気道確保の上、気管切開術を施行した。

血管腫は、舌全体に及んでおり、切除困難と判断し、全身麻酔下で半導体レーザーによる焼灼術を行った。

舌背の血管腫は口腔内より焼灼し、舌根部の血管腫は経鼻内視鏡と喉頭鏡により病巣を視認しつつ焼灼した。レーザー焼灼を3回にわけて行い、血管腫の縮小を認めている。

【結語】半導体レーザーはKTPレーザーと同様に凝固・止血能はよいとされている。口腔咽頭の巨大な血管腫に対して半導体レーザー焼灼を行い、良好な腫瘍縮小が得られた。

103. 新生児上顎体の検討

○今井隆介・岩橋利彦・岡崎鈴代

大阪母子医療センター耳鼻咽喉科

上顎体は先天的に口蓋、咽頭から先天性に発生する奇形腫でその発生頻度は3.5~20万出生に1例とされ非常に稀である。その発生部位や大きさにより口蓋裂や形態異常を伴うことや、呼吸障害、嚥下障害をきたすことがある。さらに出生時に気道閉塞を起こす危険性があり時には致命的な疾患である。今回、1990年~2019年に当院で加療した咽頭、口腔に発生し成熟奇形腫と診断された6症例(男児3例、女児3例)について検討した。出生前に口腔咽頭に占拠性病変があり exit (ex utero intrapartum treatment) にて気道確保された症例が2例、出生後に呼吸様式の異常を契機に口腔内占拠病変として精査された症例が4例あった。気管切開は exit で事前より計画的に行なった1症例と、経口挿管では摘出が困難であったため摘出術前に行なった2症例の計3症例であった。他の3症例は挿管下で摘出術を行い気道閉塞が解除されたことを確認できたため気管切開は行わず、抜管後も呼吸状態は良好であった。気管切開をした3症例は出生前より羊水過多を認め、気管切開をしなかった3症例は羊水過多も見られなかった。出生前に上顎体の存在を示唆する兆候の1つとして妊娠経過の羊水過多があるが、上顎体が咽頭口腔を占拠し胎児の羊水嚥下が困難になることによるとされる。今回の検討では羊水過多があった3症例はすべて気管切開が必要であり、羊水過多の有無は腫瘍の大きさと部位と関連し、呼吸障害や手術の視野確保に影響するためと考えられる。羊水過多を認める場合は出生後すぐに気道閉塞をきたしうる上顎体などの上気道腫瘍性病変を鑑別する目的で、胎児超音波やMRIで出生前診断に努めることが重要であると考えられた。

104. 口唇浮腫が継続し治療に難渋した PFAS の1例

○濱田聡子¹⁾・小林良樹²⁾³⁾・嶋村晃宏¹⁾・阪本大樹¹⁾
朝子幹也²⁾⁴⁾・岩井 大³⁾

- 1) 関西医科大学香里病院耳鼻咽喉科
- 2) 関西医科大学附属病院アレルギーセンター
- 3) 関西医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 4) 関西医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科・頭頸部外科

花粉-食物アレルギー症候群 (pollen-food allergy syndrome: PFAS) とは、花粉症患者が花粉抗原に対して交差反応性をもつ新鮮な果物や野菜を摂取したとき口腔内に限局して現れる即時型過敏反応であり、花粉症患者の増加に伴い報告も増えている。診断には、花粉抗原特異的 IgE の上昇、果物や生野菜を用いた prick-to-prick test が有効である。治療は原因食品の果物や生野菜の除去が基本であり、そのほかの治療法は感作源である花粉に対する抗原特異的免疫療法も含めて効果については明確にはなっていない。今回当科で口唇浮腫が継続する治療に難渋した PFAS 症例にスギ舌下免疫療法 (SLIT) を導入しコントロールを試みた症例を経験したので報告する。

症例は12歳男性。主訴は鼻汁、鼻閉、口唇浮腫。現病歴は、幼少時より年間を通して、鼻汁、鼻閉のアレルギー性鼻炎症状があり、1年前からみかん、リンゴ、桃、トマトを食べたあとに口唇が爛れ、腫脹する症状も出現した。その後口唇浮腫が継続していたため、アレルギー性鼻炎のコントロールと口唇浮腫の精査加療目的で、X年X月香里病院耳鼻咽喉科初診となった。血清で多抗原に感作をみとめ、prick-to-prick test でトマトを含む数種の野菜、果物に陽性、アレルギーコンポーネント検査で、バクチン酸リアーゼ、profilin, PR-10などが陽性であった。抗ヒスタミン薬、抗ロイコトリエン拮抗薬、ステロイド鼻噴霧薬投与も鼻症状、口唇症状持続していたので、年間でも最も強い症状がみられるスギ花粉症に対して SLIT 開始とした。治療導入後1シーズンはスギ花粉大量飛散年であるも花粉飛散期の鼻症状は抑制されていたが、口唇浮腫は持続していた。翌年スギ飛散期に保険適応となった抗 IgE 抗体 (オマリズマブ) を併用したところ、鼻症状、および口唇浮腫も改善した。重症 PFAS にはアレルギーコンポーネントをターゲットにした SLIT および IgE 抗体の併用が有効な治療となる可能性が示唆された。

105. 舌裏面に発生した軟骨脂肪腫例

○西口達治¹⁾²⁾・大脇成広¹⁾・清水猛史¹⁾

- 1) 滋賀医科大学耳鼻咽喉科
- 2) 市立長浜病院耳鼻咽喉科

【はじめに】脂肪腫は軟部腫瘍の中でも比較的頻度が高い良性腫瘍である。脂肪腫の一部に組織学的に線維性結合織、骨組織、軟骨組織などを伴う場合があり、軟骨組織を含むものは軟骨脂肪腫と呼ばれる。今回我々は舌裏面に発生した軟骨脂肪腫を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】43歳男性。X年9月舌裏面の腫瘍を自覚し、近医歯科口腔外科を受診した。良性腫瘍が疑われ経過観察されたが、腫瘍が増大したため当院を紹介受診した。舌裏面の正中左方に10mm大の、白色、弾性硬の可動性を有する腫瘍を認めた。疼痛の訴えはなかった。MRIで腫瘍は境界明瞭で、辺縁に造影効果を認めた。軟部組織腫瘍や小唾液腺由来腫瘍などを疑い、確定診断をかねて腫瘍を摘出した。舌裏面の腫瘍付着部の粘膜を切開すると、被膜に覆われた腫瘍を認めた。周囲との癒着はなく被膜を含め全摘出した。病理組織学的所見では、重層扁平上皮に被覆された上皮結合組織に、成熟した脂肪組織からなる結節性病変と内部の軟骨組織が認められ、軟骨脂肪腫と診断された。術後再発なく経過している。

【考察】軟骨脂肪腫はまれな腫瘍で、骨格筋間組織や乳房などで報告例があるが、口腔内発生例は少なく、国内での報告は我々が渉猟し得た限り自験例を含め8例に過ぎない。無痛性の比較的硬い、周囲と癒着のない腫瘍で、鑑別診断として線維腫、脂肪腫、小唾液腺由来腫瘍などがある。病理組織学的には成熟した脂肪細胞からなる脂肪腫の中に、軟骨組織が形成され、脂肪芽細胞などは認めず、脂肪細胞、軟骨細胞に異型像はみられない。脂肪腫の中に軟骨組織が形成される機序として、外傷や栄養障害などによる脂肪組織の軟骨化生や、間葉系組織中の多分化能幹細胞が軟骨へ分化することが考えられる。治療は外科的な摘出により、これまで再発・悪性化の報告はない。

106. 舌に発生した顆粒細胞腫の一例

○河本亮之・永田ゆりの・多田紘恵・近松一朗

群馬大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

顆粒細胞腫は細胞質内に好酸性の顆粒状構造を有する比較的稀な腫瘍であり、全身のあらゆる臓器に発生し、口腔領域においては舌が好発部位の一つとされている。今回、舌に発生した顆粒細胞腫を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

症例は6歳女性、1年3ヵ月前より右舌縁の腫瘍を認め前医通院中であった。前医で経過観察を行うも、腫瘍サイズは変わらず精査加療目的に当科紹介受診となった。初診時には右舌縁に直径約1cm程度の表面平滑、辺縁境界明瞭な黄色調の円型隆起性病変を認めた。疼痛などの症状は認めなかった。腫瘍から細胞診を施行し、顆粒状の細胞質を持つ変性した細胞集塊を認めたが、診断には至らなかった。細胞診では悪性所見は認めず、定期的な局所の経過観察を継続する方針とし、半年後に再度診察を行った。再診時にも所見の変化認めず、診断的治療目的に全身麻酔下の切除術を行なった。病理組織検査にて好酸性顆粒状の細胞質を有する腫瘍細胞の増殖を認め、免疫染色では腫瘍細胞はS100タンパク陽性であり顆粒細胞腫と診断された。顆粒細胞腫は特異的な臨床所見に乏しいため臨床的に診断することは容易ではない。大多数は良性であるが、時に悪性化することもあり、完全摘出することが必要である。また、腫瘍は被膜を形成することがほとんど無いとされ腫瘍細胞が周囲の結合組織や筋組織内に浸潤することが多いことから、手術に際しては周囲組織を含めた摘出が望まれる。本症例では切除に2-3mmのマーシンを付けて切除を行い、切除断端陰性が得られた。完全摘出したと判断されたため、追加治療は行わず経過観察を行なっている。現時点で術後1年半経過しているが再発は認めていない。

107. 頬部皮下組織に発生した顆粒細胞腫例

○小佐井真梨・生駒 亮・松浦省己・羽田華練

横浜南共済病院耳鼻咽喉科

【はじめに】顆粒細胞腫は皮膚、舌などに好発するが、全身のあらゆる部位から発生しうる。今回、顔面皮下に発生した顆粒細胞腫症例を経験したので報告する。

【症例】62歳、男性。【主訴】右頬部腫瘍。【現病歴】数年前から右頬部の腫瘍を自覚した。当科初診の3ヵ月前に同部位の腫脹増大、硬結を認め、近医耳鼻咽喉科を受診した。MRIで右頬部に充実性腫瘍を認め、精査加療目的に当科を紹介となった。【現症】右頬部に弾性硬で可動性がやや不良、圧痛を認めない腫瘍性病変を認めた。同部位の口腔粘膜に異常を認めなかった。【画像所見】造影CTでは、皮下組織に八つ頭状、境界やや不明瞭の腫瘍を認めた。紹介元の単純MRIでは、T1強調で等信号、T2強調で低信号の腫瘍を認めた。【細胞診所見】小唾液腺腫瘍および皮下腫瘍を考え吸引穿刺細胞診を施行した。核異型は認めず、細胞質は顆粒状で、顆粒細胞腫、オンコサイトーマが鑑別に挙がった。【方針】全身麻酔下に頬部腫瘍摘出術を施行する方針とした。【術中所見】歯齦部切開でアプローチし、腫瘍を上顎骨および皮下から鋭的鈍的に剥離した。腫瘍内側に上顎神経を同定し、温存した。一部顔面皮下に近接していた部位を除き、数mmのマージンをつけて剥離が可能で、一塊に摘出した。【病理所見】弱拡大では、間質内に小型円形核と顆粒状細胞質を持つ腫瘍細胞がシート状、胞巣状に増殖していた。強拡大で核分裂像はなく、免疫染色ではPAS(+), AE1/AE3(-), S-100(+), CD68(+/-)を示し、Ki67は2%未満であり、良性の顆粒細胞腫と診断された。【考察】歯齦部切開で摘出した顆粒細胞腫の報告は、渉猟しえた範囲で1例のみであった。顆粒細胞腫は被膜を有さないために画像所見で境界不明瞭のことが多いとされる。頬部顆粒細胞腫では悪性腫瘍の頻度が高い小唾液腺腫瘍との鑑別が必要になるため、治療方針の選択において術前診断が大切である。本症例について考察する。

108. 当科で経験した節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型の一例

○城所淑信・楠 威志

順天堂大学医学部附属静岡病院耳鼻咽喉科

【緒言】節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type)通称ENKLは悪性リンパ腫の一種で、鼻腔やその周辺に好発し慢性副鼻腔炎との鑑別が重要な疾患である。また、腫瘍細胞へのEBV感染も特徴的であり、診断に重要である。今回我々は鼻症状、頬部違和感を初発症状に來し、咽頭へ進展したENKLの症例を経験したので報告する。

【症例】82歳 男性。

主訴：鼻が荒れる、鼻つまり、頬部違和感。

既往歴：狭心症、前立腺肥大。

【現病歴】20XX年11月頃より鼻が荒れる、鼻つまりなどの主訴があり、近医耳鼻咽喉科医院へ受診した。抗ヒスタミン薬などを投薬されるも改善なかったため、ご本人判断にて当院へ受診となる。

鼻内所見は、両側粘性鼻汁を認め、右鼻内に痂皮を認めた。11/22慢性副鼻腔炎に対してESS(両側4型)施行。術中所見でも右鼻内の痂皮は多く、通常の鼻粘膜とは異なる印象であった。そのため病理組織を多く提出したが、院内病理では炎症細胞浸潤のみで、異型細胞は認めなかった。

鼻処置を継続しつつ、外来通院としていたが、4月中旬より右鼻腔内に多量の痂皮と、右頬～側頭部痛が出現してきたため、5/1に入院加療となった。鼻粘膜は壊死性変化をきたし、以前経験した慢性活動性EBV感染症の粘膜と類似していたため、EBV精査を行った。結果はEBV VCA-IgG 640倍、EBV-DNA 3×10^2 コピー/ μgDNA と増加を認めた。READシステムへの病理提出のため、5/22局麻下にて鼻内咽頭粘膜生検を行い、READ結果にて節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(ENKL)の診断を得た。今後は血液内科にて化学放射線治療の予定である。

【まとめ】今回我々はENKLの1例を経験した。鼻腔が主な病巣部位であり、耳鼻咽喉科の臨床で遭遇する可能性が高いと思われる。慢性副鼻腔炎として、長期間経過観察してしまう可能性があるため、鑑別疾患の一つとして理解しておく必要がある。

ENKLの診断には通常の副鼻腔精査の他に、READシステムへの病理提出やEBV精査などが診断に有用であった。

109. 10番染色体微細欠失が原因と考えられる咽頭ポリポーシスの一例

○小河原隼・矢富正徳・塚原清彰

東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

症例は5歳4ヵ月の男児。咳嗽、努力用呼吸のため小児科受診。右肺炎を認め、抗菌薬加療目的に小児科入院となった。LDB3, BMP1A, GLUD1, MINPP1, PTENの10番染色体微細欠損による奇形症候群で、若年性大腸ポリポーシス、脳室拡大、精神発達遅滞、鉄欠乏性貧血、喘息性気管支炎の既往がある。母親によると5歳3ヵ月の頃から就寝中にいびき、無呼吸が出現するようになったとのことであった。入院時当科併診依頼あり、視診上、中咽頭にポリープ様病変が著明で気道の狭窄を認めた。Room AirでSpO₂は保たれており、待機的に睡眠検査を検討した。ところが入院当日夜間の看護師の観察でいびき、無呼吸が頻回に認められ、SpO₂も最低80%まで低下を認めた。気道緊急性があると判断し、入院翌日に緊急で全身麻酔下での観察の上、咽頭ポリープ切除術及び両側口蓋扁桃切除術を施行した。術中下咽頭まで確認したところ、ポリープは両側口蓋扁桃を基部に多発性に存在していた。ポリープと口蓋扁桃を一塊にして片側ずつ摘出。1泊挿管ICU管理の後、抜管した。術後からSpO₂低下は認めず、合併症なく肺炎も改善し7PODで退院となった。病理結果ではポリープは悪性所見や腫瘍性病変を認めず、濾胞性過形成という診断であった。BMP1A欠損が小児型若年性ポリポーシス、PTEN欠損がCowden症候群による過誤腫を生じるとされており、今回の咽頭ポリポーシスの原因も10番染色体微細欠損によるものが考えられた。術後半年経過も新規咽頭ポリープ出現は認めていない。今後注意深く経過観察予定である。

110. 高周波電流装置が手術に有効であった代償性舌扁桃肥大の一例

○山田将大¹⁾・折館伸彦²⁾・畠山博充¹⁾・小松正規¹⁾
磯野泰大¹⁾・池宮城秀崇¹⁾・大氣大和¹⁾・谷口綾香¹⁾
鬼島菜摘¹⁾・福井健太¹⁾・岩村 泰¹⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター

2) 横浜市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

舌扁桃肥大は閉塞型睡眠時無呼吸症候群に対する口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術の代償性肥大や、成人例では舌扁桃の慢性炎症や咽喉頭異常感症の原因としてしばしば遭遇する。高齢になってからの代償性肥大は比較的少なく、呼吸困難をきたすほどの肥大は稀である。

今回我々は、咽頭腔を占拠し喉頭蓋を後屈するほど増大した舌扁桃肥大に対して、各種開口器や高周波電流装置を用いて舌扁桃切除術を行ったのでここに報告する。

症例は61歳女性。半年程前より生じた呼吸苦と仰臥位での呼吸困難が徐々に増悪したため前医受診し舌扁桃肥大を認め当科紹介受診した。初診時に左右両側に大きな房状の舌扁桃肥大を認め、咽頭腔の狭小化があった。初診数日後にも、睡眠時の呼吸困難を来し救急搬送となった。独居であり、不安も強い。症状改善目的に手術の方針とした。万能開口器をかけた舌牽引すると、舌扁桃の後端部まで明視化され、高周波電流装置(VIO300D+バイポーラ)を用いて手術を行った。高周波電流装置を用いることで出血量を抑え操作を進めることが可能であった。出血量はごく少量で、切離や凝固止血が容易に行えた。扁桃切除後、FK-WOリトラクターを挿入し、後端部までの切除を確認し、喉頭蓋嚢胞も同時に摘出した。RAW surfaceとなった創部を縫縮し、残存粘膜を寄せることで創部の一部を被覆した。術後経鼻胃管挿入し、2日後から経口摂取を開始した。術後観察期間中に創部からの出血は認めず、疼痛は自制内であり嚥下困難は生じなかった。

TOVSやELPSなど舌扁桃に対しての術式は様々な検討されているが、切除後の創部についても見解を示した文献は認めなかった。良性疾患である舌扁桃肥大の手術は、術後の出血・気道狭窄に対して気道管理の問題が生じうる。舌扁桃肥大に対する術式の選択や気道管理を検討しここに報告する。

111. 咬筋に発生した限局性筋炎 (Focal myotosis) の1例

○中島大輝・三浦正寛・千葉伸太郎

太田総合病院耳鼻咽喉科

今回限局性咬筋炎に対してステロイド漸減内服加療を行い寛解を認めた1症例を経験したので報告する。

症例は68歳女性。左頬部痛、開口障害を主訴に当院当科を紹介受診した。来院時の身体所見では左頬部に圧痛を伴わない弾性硬な腫脹と1横指程度の開口障害を認めた。咽喉頭に異常所見は認めなかった。初診時採血所見では有意な炎症反応上昇を認めず、その他CK・Amy等も以上を認めなかった。超音波で左咬筋内に17×16×9mmの低エコー領域、造影CTでは左咬筋の腫大あり造影効果も認めた。造影MRIでは咬筋内部に不明瞭な占拠性病変を疑い病変部はT1にて低信号、T2で等信号～高信号、造影効果を認める所見であった。病変部よりパンチ生検を施行したところ軽症から中等症の慢性炎症であり、骨格筋及び線維化を伴った結合組織の存在も認めた。膠原病等による筋疾患も否定できず内科依頼したが内科疾患は否定的であった。以上の臨床経過と所見より咬筋に発生した限局性筋炎と診断した。初診2ヵ月後よりPSL20mgより漸減投与を開始したところ開口障害は徐々に改善を認め初診時より4ヵ月半で寛解した。

限局性咬筋炎は特発性炎症性筋疾患に分類される疾患であり咬筋に限局した症例の報告はEllis (1979)、西海ら (2000) の報告のみしかなく非常に珍しい疾患である。開口障害を主訴に来院される患者もいるため、耳鼻咽喉科医も開口障害の患者を診療する際は当疾患を念頭に診療に当たる必要がある。

日本口腔・咽頭科学会会則

昭和63年9月3日施行
平成21年9月11日改正
平成24年5月12日改正
平成27年9月11日改正
平成29年9月8日改正

第1章 総 則

第1条 (名 称)

本会は、日本口腔・咽頭科学会 (Japan Society of Stomato-pharyngology) と称する。

第2条 (事務所の所在地)

本会の事務所を、〒135-0033 東京都江東区深川2丁目4番11号 一ツ橋印刷株式会社内に置く。

第2章 目的および事業

第3条 (目 的)

本会は口腔・咽頭科学ならびにこれに関連する学問の進歩、発展を図ることを目的とする。

第4条 (事 業)

本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- 1) 学術講演会等の開催
- 2) 会誌の発行
- 3) 口腔および咽頭に関する研究と調査、ならびに知識の普及
- 4) その他、前条の目的を達成するために必要と認める事業

第3章 会 員

第5条 (会 員)

本会は正会員、名誉会員、準会員、賛助会員をもって組織する。

- 1) 正会員は本会の目的に賛同する医師とする。
- 2) 名誉会員は細則に定める資格を有する者で、理事会において推薦し評議員会の議を経て総会で承認された者とする。会費は免除し、終身とする。
- 3) 準会員は上記以外で本会の目的に賛同する個人とする。
- 4) 賛助会員は本会の目的に賛同し、その事業を賛助する個人または団体とする。

第6条 (会員の権限)

正会員、名誉会員および準会員は学術講演会等に参加する資格を有し、会誌その他の配付を受け、これに投稿することができる。

第7条 (会員の入会手続)

- 1) 入会を希望する者は本会所定の申込用紙に必要事項を記入し、それぞれ細則に定められた入会金を添えて申込むものとする。
- 2) 準会員として入会を希望する者は本会の役員または評議員1名の推薦を必要とする。
- 3) 入会の可否は理事会において審査し決定する。
- 4) 賛助会員として入会を希望する場合、入会金は必要としない。

第8条 (会 費)

- 1) 会費および入会金は細則に定めるところによる。
- 2) 会費は前納とする。

第9条（退会および除名）

- 1) 退会を希望する者は、本会に届け出るものとする。ただし、既納の会費、入会金は返却しない。
- 2) 会費を理由なく2年以上滞納した者は退会とみなす。
- 3) 本会の目的に反して、本会の運営を妨げ、または本会の名誉を著しく損なう行為のあった者は、理事会の決議によりこれを除名することができる。

第4章 会長、役員、評議員、参与、顧問、および幹事

第10条（種別および定数）

- 1) 本会に会長1名、次期会長1名、を置く。
- 2) 本会に役員として、理事長1名、理事12～14名、監事2名を置く。

第11条（会長および役員の内任期）

- 1) 会長、次期会長の任期は1年とする。
- 2) 理事、監事の任期は3年とし、理事は連続2期までとする。

第12条（会長および役員の内職務、権限）

- 1) 理事長は本会を代表し、会務を総理する。
- 2) 会長は、総会および学術講演会を主宰する。
- 3) 次期会長は、次年度の総会および学術講演会の準備に関する職務を行う。
- 4) 理事は、理事会を構成し、会務を執行する。
- 5) 監事は本会の会務ならびに経理会計を監査する。
- 6) 会長、次期会長は理事会に出席することができる。

第13条（会長および役員の内選任）

- 1) 理事は、評議員会において評議員の中から選出する。選出の方法は細則による。
- 2) 監事は、評議員会において評議員および参与の中から選出する。選出の方法は細則による。
- 3) 理事長は理事の内互選とする。
- 4) 会長、次期会長は理事会において推挙し評議員会の議を経て総会で承認された者とする。

第14条（評議員）

- 1) 本会に評議員若干名を置く。
- 2) 評議員の内任期は3年とする。
ただし推薦によらない評議員がその職を辞したあとも任期中は評議員として留まることができる。
- 3) 評議員は評議員会を構成し、本会の重要事項を審議する。
- 4) 評議員の内選出は、細則の内定めるところによる。

第15条（参与）

- 1) 本会に参与若干名をおくことができる。
- 2) 参与は評議員会に出席して意見を述べることができるが、採決には加わらない。
- 3) 参与の内任期は3年とし、再選は妨げない。
- 4) 参与の内選出は細則の内定めるところによる。

第16条（顧問）

- 1) 本会に顧問若干名を置くことができる。
- 2) 顧問は理事長の要請のあるときは理事会、評議員会に出席して意見を述べることができる。
- 3) 顧問は理事会の議を経て、正会員の中から理事長が委嘱する。

第17条（幹事）

- 1) 本会に幹事若干名を置く。
- 2) 幹事の内任期は3年とする。
- 3) 幹事は役員を補佐する。
- 4) 幹事は、理事会の議を経て、理事長が任免する。

第5章 会 議

第18条（総会）

- 1) 総会は原則として年1回理事会の議を経て、理事長が召集する。
- 2) 総会においては会長を議長とし、事業計画ならびに収支予算についての事項、事業報告および収支決算についての事項および本会の運営に関する重要事項の承認を受けねばならない。
- 3) 総会の議事は出席会員の過半数の同意で定める。ただし、総会において議決に参加することのできるものは正会員のみとする。
- 4) 理事長が必要と認めるときは、理事会の議を経て、臨時総会を召集することができる。この場合の議長は理事長とする。

第19条（理事会）

- 1) 理事会は理事長がこれを召集する。
- 2) 理事会においては、理事長が議長となり、本会の事業を企画し、必要な一切の事項を審議し運営する。

第20条（評議員会）

- 1) 評議員会は理事長がこれを召集する。
- 2) 評議員会においては、会長が議長となり、本会の重要事項を審議する。

第6章 委 員 会

第21条（委員会）

- 1) 理事長は必要に応じ、理事会の議を経て所定の問題に関する委員会を置くことができる。
- 2) 委員会は委員長1名、委員若干名をもって構成する。
- 3) 委員長および委員は理事長が委嘱する。

第7章 会 計

第22条（本会の経費）

本会の経費は入会金、会費、寄付金、その他の収入をもってあてる。

第23条（会計年度）

本会の会計年度は7月1日より次年の6月30日までとする。

第8章 会 則 の 改 正

第24条（会則の改正）

本会則を改正するには理事会の審議を通して、評議員会、総会の承認を得なければならない。

日本口腔・咽頭科学会細則

第1条（会費・入会金）

- 1) 本会会員の年会費は次の通りとする。

正会員	年額	10,000円
準会員	年額	10,000円
賛助会員	一口年額	50,000円
- 2) 入会金は 2,000円とする。

第2条（名誉会員）

名誉会員は本学会に著しく貢献し、次の項目に2つ以上該当する者であり、理事会が推薦し評議員会の議決ならびに総会の承認を得た者であること。

- 1) 理事長、会長の職にあった者
- 2) 理事の職に3期以上あった者
- 3) 口腔・咽頭科領域において特に優れた業績のあった者

第3条（役員、評議員、参与の選出）

1) 役員を選出

- イ) 理事の選出は、評議員の互選による。理事にあっては、12名連記、無記名投票とし、監事にあっては、評議員による2名連記、無記名投票とする。
- ロ) 選挙は選挙管理委員会が管理する。委員長および委員は正会員の中から理事長が委嘱する。
- ハ) 投票による選出理事の定数は12とする。
- ニ) 理事、評議員は選出時65歳を越えて再任できない。
ただし大学定年が65歳以上の場合は当該大学の定年を越えないものとする。
- ホ) 投票によらない推薦理事は理事長が推薦し、理事会の議を経て決定される。
- ヘ) 理事長の選出は理事の互選により単記、無記名投票とする。

2) 評議員の選出

- イ) 正会員である教室主任教授または主任教授が当該教室より推挙した正会員とする。
- ロ) 理事長は理事会の議を経て本学会のために特に必要と認めたもの若干名を推薦評議員として加えることができる。

3) 参与の選出

- イ) 正会員であり、65歳以上75歳以下であって本学会に著しく貢献した評議員の中から理事会で推挙し理事長が委嘱する。

第4条（臨時会員および購読会員）

- 1) 本学会に臨時会員および購読会員を置くことができる。臨時会員は当該年度の学術講演会に参加し会誌に投稿することができる。
- 2) 臨時会員は4,000円を、また購読会員は正会員に準ずる年会費を納めるものとする。

第5条（年次幹事の推薦）

- 1) 本会の運営を円滑にするために会長および次期会長の担当施設より、年次幹事として1名を推薦することができる。
- 2) 任期は1年とする。

第6条（日本口腔・咽頭科学会奨励賞：Encouragement Award of the Japan Society of Stomato-pharyngology に関する内規）

- 1) 口腔・咽頭科学の発展のため、日本口腔・咽頭科学会会誌「口腔・咽頭科」（以後、会誌と略す）の充実を目的として、会誌に掲載された優秀な論文を選出し、奨励賞を賦与するものとする。
- 2) 名称は、日本口腔・咽頭科学会奨励賞とする。
- 3) 選考の対象者は、投稿が受理された時点で原則として40歳以下の本学会会員および筆頭著者で、当該年度

の会誌1号, 2号に掲載された原著論文もしくは症例報告の中から, 1編を選出する.

4) 選考方法

イ) 編集委員会において, 該当する会誌に発表された原著論文もしくは症例報告の中から, 原則として3編を推薦する.

ロ) 理事会は編集委員会において推薦された3編の論文より, 優秀論文1編を選出する.

ハ) 選考に際して, 各理事は自ら関係する論文が推薦された場合は投票に加わらないこととする.

5) 結果の告示

イ) 事務局は奨励賞受賞内定者に通知する.

ロ) 受賞者の発表は会誌に掲載され, 会員に周知される.

6) 受賞者の表彰は総会で行い, 賞状と副賞(10万円)を賦与するものとする.

7) 受賞者は表彰時の総会において講演の機会を賦与される.

原著号投稿規定

(2018年9月13日改訂)

1. 口腔・咽喉科原著号への投稿者は共著者も含めて原則として日本口腔・咽喉科学会会員に限る。
2. 投稿原稿は口腔および咽喉領域に関するもので、他誌に発表されていない論文に限る。
3. 投稿に際しては下記の点に注意する。規定に従わないものは受理しない。
 - 1) 原稿は3部提出すること。

原稿は3部のうち2部はコピーでもよいが、写真については、3部ともコピーは認めない。
 - 2) 使用機種およびソフトを明記したCD-ROM等電子媒体を添付すること。
 - 3) 原著論文は刷り上がり20頁(図表を含む)までを原則とする。
 - 4) 題名は原則として20字以内とし、10字前後の略題をつけ、英文タイトルを必ず附記すること。

英文タイトルは文頭のみ大文字とすること。
 - 5) 本文は日本語または英語とする。

日本語は当用漢字、現代かなづかい、ひらがなを用い、1頁400字で行をあけずに楷書横書きとし、ページ数を入れること。

英文はA4用紙にdouble spaceでタイプし、ページ数を入れること。
 - 6) 外国人名、和訳しにくい用語のほかは日本医学会医学用語委員会編「医学用語事典(南山堂)」「耳鼻咽喉科学用語集(金芳堂)」による和文を原則とする。
 - 7) 原著論文は300字以内の和文要約および3~5語の日本語キーワード、200~300語の英文抄録(対象、方法、結果、結論を明確に含んだもの)とその和訳、日本語キーワードに対応する英語のキーワードを添えること。
 - 8) 原著論文以外は300字以内の和文要約および3~5語の日本語キーワードとそれに対応する英語のキーワードを添えること。
 - 9) 1頁目に題名、略題、英文タイトル、著者名(日本語および英語)、所属(日本語および英語)、連絡先、メールアドレス、筆頭者の生年月日(著者の生年月日は奨励賞の選考に際し必要となる)、別刷希望部数、別刷請求先を記載すること、英語表記の著者名は語頭を大文字、フルネームとすること。

2頁目に和文要約とキーワード、3頁目に英文抄録とキーワード、および和訳を記載すること。

4頁目より本文とし、原著は原則として「目的」「対象」「方法」「結果」「考察」「結論」を明確に記載し、「謝辞」「付記」「文献」「図」「表」「図表のタイトルおよび説明」の順に原稿を整えること、原著以外はこの限りではない。
 - 10) 図(写真を含む)・表の掲載はモノクロームを原則とし、グラフは平面図とし、そのまま製版できるよう明確にすること。なお、図表は学会発表等で使用したpower pointでの作図表そのままではなく、投稿原著として適切な字体を用い、背景や陰影などは消去したうえで提出すること。

また、上下を明示し、一連の番号をつけて本文と別に添付すること。

カラー掲載(著者負担)を希望の場合はその旨明記すること。

他誌の図表を引用する時は、著作権のある出版社から転載許可を受けること。
 - 11) 引用した文献は、本文中において該当箇所の右肩に順次番号をつけ、文献の欄にその番号を引用順に列挙すること。

(例) 後藤ら¹、睡眠時無呼吸症候群^{5,7,9-12}
 - 12) 引用文献の記載は以下の形式による。

共著者多数の場合は、著者の数は3名まで記し、それ以上は、邦文では「他」欧文では「et al」を用いて省略すること。電子文献の記載については、「SIST参考文献の書き方(http://sist-jst.jp/handbook/sist02_2007/main.htm)」を参照すること。

・原著の場合

(例) 濱田奈緒子, 増田 毅, 関根大喜, 他: 多発性肺転移と骨転移をきたした顎下腺多形腺腫例. 口咽科 2011; 24: 97-101.

(例) Winkler E, Goldan O, Regev E, et al: Stensen duct rupture (sialocele) and other complication of the Aptos thread technique. Plast Reconstr Surg 2006; 118: 1468-1471.

・単行本の場合

著者名: 題名. 編集者名, 書籍名. 発行地, 発行社名; 発行年度 (西暦), p. 初めの頁-終わりの頁.

(例) 猪 初男: 扁桃の免疫臓器としての位置づけ. 野坂保次, 猪 初男, 斎藤英雄 監, 扁桃. 東京, 日本医事新報社; 1985, p. 465-477.

(例) Brodsky T: Tonsillitis, tonsillectomy and adenoidectomy. Bailey BJ, Johnson JT, Kohut RI, eds. Head & Neck Surgery-Otolaryngology, Philadelphia, JB Lippincott Co.; 1993, p. 833-847.

13) 原稿作成に当たっては, その内容の倫理性に十分配慮する. 人を対象とする医学系研究についてはヘルシンキ宣言を遵守するとともに, 内容に応じてインフォームド・コンセントを明記する. また, 個人情報保護法に抵触しないように十分配慮し, 当該研究が各施設内の倫理審査委員会あるいは治験審査委員会等の承認のもとにおこなわれたことならびにその承認番号を明記する. 動物を用いた研究については, 当該施設における動物の保護および管理に関する規定を満たすことならびにその承認番号を明記する. 症例報告においても, 必要に応じて同様に対応する.

4. 投稿論文の採否, 掲載順などは査読の上編集委員会で決定する.

5. 校正は初校正を著者校正とする.

6. 別刷は, 希望部数を原稿表紙に朱記すること. 発刊後の増刷は行わない.

7. 掲載実費は下記による.

1) 論文印刷費は 40,000 円まで学会負担とし, それを超える分は著者負担とする.

2) 図版, 表組, カラー, その他特殊印刷に要した費用は著者負担とする.

3) 別刷を希望する場合は 30 部単位で費用は著者負担とする.

4) 英文抄録の校閲費用は著者負担とする.

8. 投稿原稿は原則として返却しない.

9. 本誌に掲載された論文の著作権は日本口腔・咽頭科学会に帰属する.

10. 利益相反に関しては, 日本耳鼻咽喉科学会が定める規定に準じて, 投稿時に有無について明記すると共に, 日本口腔・咽頭科学会の所定の様式により提出すること.

11. 投稿および校正原稿は下記宛に, 簡易書留等, 配達記録が残るものにて送付すること.

E-mail では受け付けない.

送付先: 日本口腔・咽頭科学会事務局

〒 135-0033 東京都江東区深川 2-4-11 一ツ橋印刷 (株) 学会事務センター内

TEL: 03-5620-1953 FAX: 03-5620-1960

編集担当理事: 阪上雅史・兵頭政光

編集委員長: 山村幸江

編集委員: 木村百合香・嶋原俊太郎・中島逸男・橋口一弘
藤本保志・松延 毅

原 稿 募 集

口腔・咽頭科 Vol. 34 2021 の原稿を募集します。

〒 135-0033 東京都江東区深川 2-4-11 一ツ橋印刷 (株) 学会事務センター内

日本口腔・咽頭科学会事務局

TEL 03-5620-1953 FAX 03-5620-1960

E-mail: jssp @ onebridge.co.jp URL: <http://www.jssp.umin.jp/>

日本口腔・咽頭科学会誌「口腔・咽頭科」投稿票

(本票をご記入の上、原稿に同封してお送りください)

1. 論文種別 原 著 症 例 総 説 手 技 ノート
(該当する種別に を入れてください)

2. タイトル _____

略 題

(タイトルは原則 20 字以内、略題は 10 字前後)

3. 著 者 名
- | | |
|---------|---------|
| ① _____ | ② _____ |
| ③ _____ | ④ _____ |
| ⑤ _____ | ⑥ _____ |
| ⑦ _____ | ⑧ _____ |
| ⑨ _____ | ⑩ _____ |

4. 図 表

カラー掲載希望なし

カラー掲載希望あり (カラー希望図表番号: _____)

5. 別刷部数 _____ 部 (30 部単位でのご注文となります)

6. 連絡先 氏 名 _____
所 属 _____
T E L (_____) - _____ 内線 (_____)
E-mail _____

7. 別刷請求先 (連絡先と異なる場合はご記入ください)

氏 名 _____
所 属 _____
T E L (_____) - _____ 内線 (_____)
E-mail _____

・不備事項のご連絡、査読結果の送付はメールで行います。メールアドレスは必ずご記載ください。

利益相反 (conflict of interest) に関する申告書

日本口腔・咽頭科学会 御中

- 論文種別： 原 著
 症 例
 総 説
 手 技
 ノート

論 文 名：

I. 投稿論文の内容, 結論, 意義, 或いは意見について他者との利害関係はありません.

年 月 日

代表著者名 (署名) _____ 印

II. 投稿論文の内容についての利益相反 (conflict of interest) に関しては、共著者を含めて以下の通り申告します.

(研究費の助成, その他の人的・経済的支援, 一企業につき1年間で100万円以上の講演料や原稿料などについて下記に記載してください. あわせて, 論文中にもその内容を記載してください)

[記載欄]

年 月 日

代表著者名 (署名) _____ 印

複写される方へ

本誌に掲載された著作物を複写したい方は、著作権者から複写権等の行使の委託を受けている団体から許諾を受けて下さい。

尚、著作物の転載・翻訳のような、複写以外の許諾は、直接本学会事務局へご連絡下さい。

既刊学会誌（バックナンバー）の入手先

前年度までのバックナンバーは下記へ譲渡し取り扱っておりますので、直接お問い合わせください。

株式会社 東亜ブック

〒178-0061 東京都練馬区大泉学園町 5-27-11

Tel : 03-5947-4781 Fax : 03-3923-4539

E-mail : st@toabook.com <http://www.toabook.com>

口腔・咽頭科 第33巻 第3号

2020年8月10日 発行

編集・発行 日本口腔・咽頭科学会
〒135-0033
東京都江東区深川2丁目4番11号
一ツ橋印刷(株)学会事務センター内
TEL 03-5620-1953
FAX 03-5620-1960
E-mail : jssp@onebridge.co.jp
URL : <http://www.jssp.umin.jp/>

印刷 一ツ橋印刷株式会社
〒135-0033
東京都江東区深川2丁目4番11号
TEL 03-5620-1953
FAX 03-5620-1960

日本口腔・咽頭科学会賛助会員

小 野 薬 品 工 業 株 式 会 社
キ ッ セ イ 薬 品 工 業 株 式 会 社
日 本 メ ド ト ロ ニ ッ ク 株 式 会 社
ノ ー ベ ル フ ァ ー マ 株 式 会 社
H O Y A 株 式 会 社
株 式 会 社 名 優

以上6社
(2020年5月20日現在)



気管支喘息治療剤 季節性アレルギー性鼻炎治療剤
慢性蕁麻疹治療剤

(ヒト化抗ヒトIgEモノクローナル抗体製剤) 薬価基準収載

ゾレア[®]皮下注

75mg/150mgシリンジ

Xolair

オマリズマブ(遺伝子組換え)注射剤

生物由来製品

劇薬

処方箋医薬品

注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

 **NOVARTIS**

製造販売 (文献請求先及び問い合わせ先)
ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティス ダイレクト

TEL: 0120-003-293

販売情報提供活動に関するご意見

TEL: 0120-907-026

受付時間: 月～金 9:00～17:30 (祝祭日及び当社休日を除く)

2020年1月作成

二〇二〇年八月一日印刷
二〇二〇年八月十日発行

日本口腔・咽頭科学会

（本誌記載論文、記事の
無断転載を禁ずる）

編集兼
発行人

東京都江東区深川二丁目四番十二号
一ツ橋印刷(株)学会事務センター内
日本口腔・咽頭科学会
理事長 三輪 高喜

印刷者

東京都江東区深川二丁目四番十一号
一ツ橋印刷株式会社
中村 延雄

学会事務
編集所

(〒一三五〇〇三三)
東京都江東区深川二丁目四番十一号
一ツ橋印刷(株)学会事務センター内
日本口腔・咽頭科学会
(電)〇三―五六二〇―一九五三