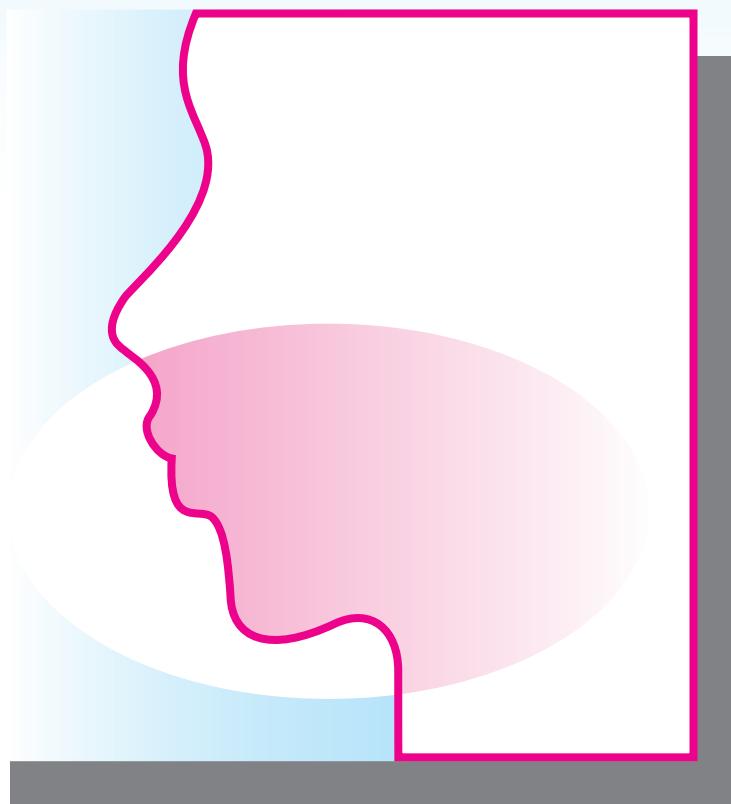


口腔・咽頭科

Stomato-pharyngology



Vol. 38 No. 2 2025

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



ご挨拶



会長 高野 賢一
札幌医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

このたび、第38回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会を、札幌医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座にて担当することとなりました。この機会を賜りましたことを大変光栄に存じ、教室を代表して役員ならびに会員の先生方に厚く御礼を申し上げます。会期は2025年（令和7年）9月11日（木）、12日（金）の両日に、場所は日耳鼻関連学会としては初開催地となる函館市になります。

本学術講演会のテーマは「試される口腔咽頭科学」としました。口腔・咽頭領域は、睡眠、口腔がん、咽頭がん、唾液腺、嚥下、摂食、味覚、発話、アレルギーといった多彩な疾患や病態を扱い、臨床医、研究医にとって大変魅力的な領域であると同時に、耳鼻咽喉科頭頸部外科医がより深く関わっていく必要がある領域であります。近年新たな治療、診断、疾患概念が相次いでいる口腔・咽頭領域をあらためて見つめ直し、われわれ耳鼻咽喉科医たちが本領域の重要性について自らに、そして世に問いかけ、本領域の未来に挑戦していく意味を込めています。

北海道の道南に位置する函館は、新鮮な海の幸に恵まれるグルメの街で、その街並みは異国情緒に溢れ、豊富な観光資源に恵まれた観光都市になります。函館山からの100万ドルの夜景をはじめ、魅力あるスポットが盛り沢山です。函館の地から本学会の発展に貢献すべく、教室員一丸となって鋭意準備を進めております。北海道の爽やかな新秋の季節に、全国各地から多くの皆様のご参加をお待ち申します。

ご案内

1. 会期

【現地開催】

2025年9月11日（木）・12日（金）

※ライブ配信、オンデマンド配信はございません。

2. 会場

プレミアホテル-CABIN PRESIDENT- 函館（函館市）

〒 040-0063 北海道函館市若松町 14-10 TEL : 0138-22-0111

3. 参加登録、参加方法

参加費：一般（会員）：13,000円

一般（非会員）：13,000円

医学部学生・研修医：無料

参加登録期間：2025年7月1日（火）正午～9月12日（金）正午※予定

※本学会の参加登録は受付での混雑緩和のため、学会ホームページからのオンライン参加登録のみとなっています。当日、現地では現金での参加登録を行いませんので、必ず事前にオンラインにて参加登録を完了してからお越しください。

※参加証明書および領収書は参加登録完了メールよりダウンロードいただけます。

※初期臨床研修医および医学部学生は無料でご参加いただけます。オンライン参加登録の上、身分証明書の提出が必要です。

●ネームカード配布方法・日時・場所

| 日時 | 受付場所 |
|--------------------|------------------|
| 9月11日（木）8:00～18:00 | 総合受付 (3F ロビー) |
| 9月12日（金）8:00～14:30 | |

ネームカードは当日、参加受付にてお渡しいたします。参加登録システム個人ページ上で発行するQRコードを当日ご持参いただき、受付に設置しているQRコードリーダーにかざしてネームカードを発券してください。

※ネームカードの事前発送はいたしません。

4. 学会誌（抄録集）

抄録集は、日本口腔・咽頭科学会事務局デスクにて販売いたします。

価格：4,000円（税込）

5. 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード（ICカード）の受付と単位について

《登録システム》

2019年より、学会参加登録と日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定耳鼻咽喉科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。

現地参加でのご登録には「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 会員カード (IC カード)」をご持参ください。



(1) 「IC カード」による登録方法

- ①学会参加登録：学会会場に来場時（総合受付付近で行います）
- ②専門医講習受講登録：耳鼻咽喉科領域講習の受講の入退室時
なお、②に先立ち、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所有者名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

ご案内用紙をお渡ししますので、総合案内（3F ロビー）までお越しください。

(4) 講習開始以降の入室、または途中退出の場合、単位は取得できません。

(5) 専門医の単位について

本学会は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定専門医制度の認可を受けた学会です。

学術講演会に参加（総合受付での日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード (IC カード) の受付）することで、学術業績・診療以外の活動実績として 2 単位、耳鼻咽喉科領域講習（領域講習マークの付いたプログラム）の受講で 1 時間 1 単位（上限 2 単位）を取得できます。

(6) 検査に関する実技講習について

本学会は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定専門医制度の認可を受けた学会です。

2025 年度以降に専門研修を開始した者は、専門医の取得条件の一つとして専門研修の期間に、日耳鼻が認定する「検査に関する実技講習」に 1 回以上参加していることが必須となりました。

検査講習マークの付いたプログラムが対象となります。

学会参加登録の受付について（学術業績・診療以外の活動実績）

| 学術集会名 | 取得単位 | 受付方法等 | 受付日 | 受付時間 |
|--|------|---|----------|--------------|
| 第 38 回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会 (日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード (IC カード) 受付) | 2 単位 | まず、参加受付を済ませ、ネームカードをご着用の上、参加受付近くの「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード (IC カード) 受付」にて IC カードの受付をお願いします。 | 9月11日(木) | 8:00 ~ 18:00 |
| | | | 9月12日(金) | 8:00 ~ 14:30 |

上記以外は受付できませんのであらかじめご了承ください。

その他の単位付与講習について

| 講習名 | 単位取得 | 受付方法等 |
|--|--|--|
| 耳鼻咽喉科領域講習 日程表で 領域講習 マークの付いたプログラム | 領域講習 上限 2 単位 | 事前の参加登録は行いません。当日、先着順で、満席になり次第、締め切らせていただきます。 学会参加登録の受付を総合受付で済ませた後、入室ならびに、退出時に、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード（IC カード）の受付を行ってください。講習開始 5 分以降の IC カードの受付はできません。 |
| 検査に関する実技講習 日程表で 検査講習 マークの付いたプログラム | 専攻医： 検査に関する 実技講習への 参加 1 回 専門医： 領域講習として 上限 2 単位 | 本講習会は、「検査に関する実技講習」に該当し、専門医認定試験の取得条件となります。受講者は、日耳鼻会員マイページの「受講履歴一覧」で確認し、専門研修記録簿に記載していただきます。また、専門医は領域講習の単位をご取得いただけます。 ハンズオンセミナーとして、事前の参加登録を受け付けております。定員に達し次第、締め切らせていただきます。 学会参加登録の受付を総合受付で済ませた後、入室ならびに、退出時に、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード（IC カード）の受付を行ってください。講習開始 5 分以降の IC カードの受付はできません。 |

※講習受講にあたっては、ネームカードが必要となりますので必ずご着用ください。

6. クローク

日時：9月 11 日（木）8：00～18：30

9月 12 日（金）8：00～17：00

場所：3F ロビー

7. ランチョンセミナー

ランチョンセミナーではお弁当をご用意しておりますが、数に限りがございますので、あらかじめご了承ください。

※整理券の配布はございません。

8. ハンズオンセミナー

ハンズオンセミナー 1 **検査講習 領域講習**

「もう困らない無呼吸検査」

日時：9月 11 日（木）10：00～11：00

会場：ハンズオンセミナー会場（4F 写真室）

ハンズオンセミナー 2

「上咽頭擦過療法のコツとピットフォール」

日時：9月 11 日（木）14：50～16：20

会場：ハンズオンセミナー会場（4F 写真室）

ハンズオンセミナー 3

「コブレーターを用いた PIT (Powered Intracapsular Tonsillectomy) ハンズオンセミナー」

日時：9月 11 日（木）17：00～18：00

会場：ハンズオンセミナー会場（4F 写真室）

ハンズオンセミナー 4 検査講習 領域講習

「強みにしたい味覚検査」

日時：9月12日（金）9:00～10:00

会場：ハンズオンセミナー会場（4F写真室）

ハンズオンセミナー 5

「マイクロデブリッダーを用いたPIT（Powered Intracapsular Tonsillectomy）ハンズオンセミナー」

日時：9月12日（金）10:30～11:30

会場：ハンズオンセミナー会場（4F写真室）

ハンズオンセミナー 6

「上咽頭擦過療法のコツとピットフォール」

日時：9月12日（金）13:25～14:55

会場：みはら耳鼻咽喉科（〒041-0806 函館市美原1丁目17番20号）

第6回唾液腺内視鏡ハンズオンセミナー

日時：9月12日（金）13:20～16:20

会場：ハンズオンセミナー会場（4F写真室）

主催：日本口腔・咽頭科学会

※セミナー内容の詳細および、参加申込等については学会HPの案内をご確認ください。

9. MED-EL ホスピタリティルーム&カフェ

日時：9月11日（木）9:00～17:00

9月12日（金）9:00～14:00

場所：4F デイジーI+II

10. 企業展示・書籍展示

日時：9月11日（木）9:00～17:00

9月12日（金）9:00～14:00

会場：3F カメリアI

11. 総会

日時：9月12日（木）11:10～11:40

会場：3F カメリアII

12. 役員会

理事会

日時：9月10日（水）14:30～16:30

場所：3F ラベンダーI

評議員会

日時：9月10日（水）16:40～18:10

場所：3F ラベンダーII

13. 休憩スペース

場所：3F カメリア I

14. 会員懇親会

日時：9月11日（木）19:00～

場所：ホテル函館ロイヤル シーサイド

15. 参加スタイル

ご参加の際はクールビズにご協力ください。ノーネクタイのカジュアルな服装でのご参加を推奨しております。

16. その他

- (1) 講演会場内の携帯電話のご使用（通話はご遠慮ください）
マナーモードに切り替えのうえ、ご入場ください。
- (2) 会場内での許可なき録音・録画・写真撮影は固く禁止いたします。

司会・座長・発表者へのご案内

1. 企画セッション、一般演題の司会・座長の方へ

- (1) ご担当セッションの開始予定時刻の15分前までに各会場の右手前方の「次座長席」にご着席ください。司会・座長受付はございません
- (2) 発表時間は下記の通りです。プログラムの円滑な進行をお願いいたします。
 - ・一般演題（オーラル） 1題10分（発表7分、質疑3分）
 - ・一般演題（ポスター） 1題7分（発表5分、質疑2分）
 - ・企画セッション個別にご案内
- (3) 発表の終了1分前に黄色のランプが点灯、発表終了時に赤色のランプが点灯します。時間内でセッションを進行していただきますよう、お願ひいたします。

2. 企画セッション、一般演題の発表者の方へ

- (1) ご担当セッションの開始予定時刻の15分前までに各会場の左手前方の「次演者席」にご着席ください。
- (2) 発表時間は下記の通りです。
 - ・一般演題（オーラル） 1題10分（発表7分、質疑3分）
 - ・一般演題（ポスター） 1題7分（発表5分、質疑2分）
 - ・企画セッション個別にご案内
- (3) 発表の終了1分前に黄色のランプが点灯、発表終了時に赤色のランプが点灯します。時間内でご発表をお願いいたします。また、司会・座長の進行により発表・討論を行ってください。
- (4) 発表形式・データ受付
 - ①発表はすべてコンピュータを用いた形式とします。
 - ②各会場にはコンピュータ Windows10 (Microsoft365/解像度はフル HD: 1920 × 1080, 16:9 のワイドサイズです。4:3 のサイズの場合、スクリーンの左右が一部黒色で投影されますが、発表は可能です。) を準備いたします。
 - ③発表データは、USBメモリに保存してご持参ください。
 - ④フォントは文字化けや改行ズレなどを防ぐため、下記フォントに限定します。

- ⑤日本語…MSゴシック, MS Pゴシック, MS明朝, MSP明朝, メイリオ, MeiryoUI, 游ゴシック・游明朝
- ⑥英語…Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
- ⑦プレゼンテーションに他のデータ（静止画・グラフ等）をリンクさせている場合は必ず「図」として挿入してください。元のデータから「リンク」させることはトラブルの原因となりますので、避けてください。
- ⑧PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。会場では印刷できません。
- ⑨事前に必ず作成に使用されたパソコン以外でのチェックを行ってください。
- ⑩動画を使用する場合はバックアップとして自身のパソコンもご持参ください。
- ⑪Macintoshを使用する場合は、必ずご自身のパソコンをお持ち込みください
- ⑫すべてのご発表について、音声の使用が可能です。
- ⑬PCデータ受付
- 日時：9月11日（木）8:00～18:00
9月12日（金）8:00～14:30
- 場所：3F ロビー
- ・発表の30分前までに、PCデータ受付へデータをご持参ください。
 - ・受付終了後、PCオペレーター立ち会いのもとで動作確認（試写）を行ってください。
 - ・PCオペレーターがデータを受け取り、サーバーにコピーします。コピーされたデータは発表会場に転送されます。発表の15分前までに会場にお越し頂き、次演者席でお待ちください。なお、コピーしたデータは会期終了後、主催者事務局にて責任をもって消去いたします。
 - ・ノートパソコンをお持ち込みの場合は、PCデータ受付で映像出力を確認し、発表者ご自身で会場内左前方のPC操作席に発表の15分前までにご持参ください。ノートパソコンは講演終了後、PC操作席で返却いたしますので、忘れずにお持ち帰りください。
- ⑭ノートパソコンお持ち込みの注意点
- ・ノートパソコンお持ち込みの場合でもバックアップ用データとしてUSBメモリをご持参ください。またパソコンのACアダプターは必ずご用意ください。
 - ・会場で用意する映像出力端子はHDMIです。パソコンにHDMI端子がついていることをご確認ください。ついていない場合は接続用の変換ケーブルをご準備ください。
 - ・スクリーンセーバー、省電力設定、ならびにパスワードはあらかじめ解除してください。
 - ・PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。会場では印刷できません。

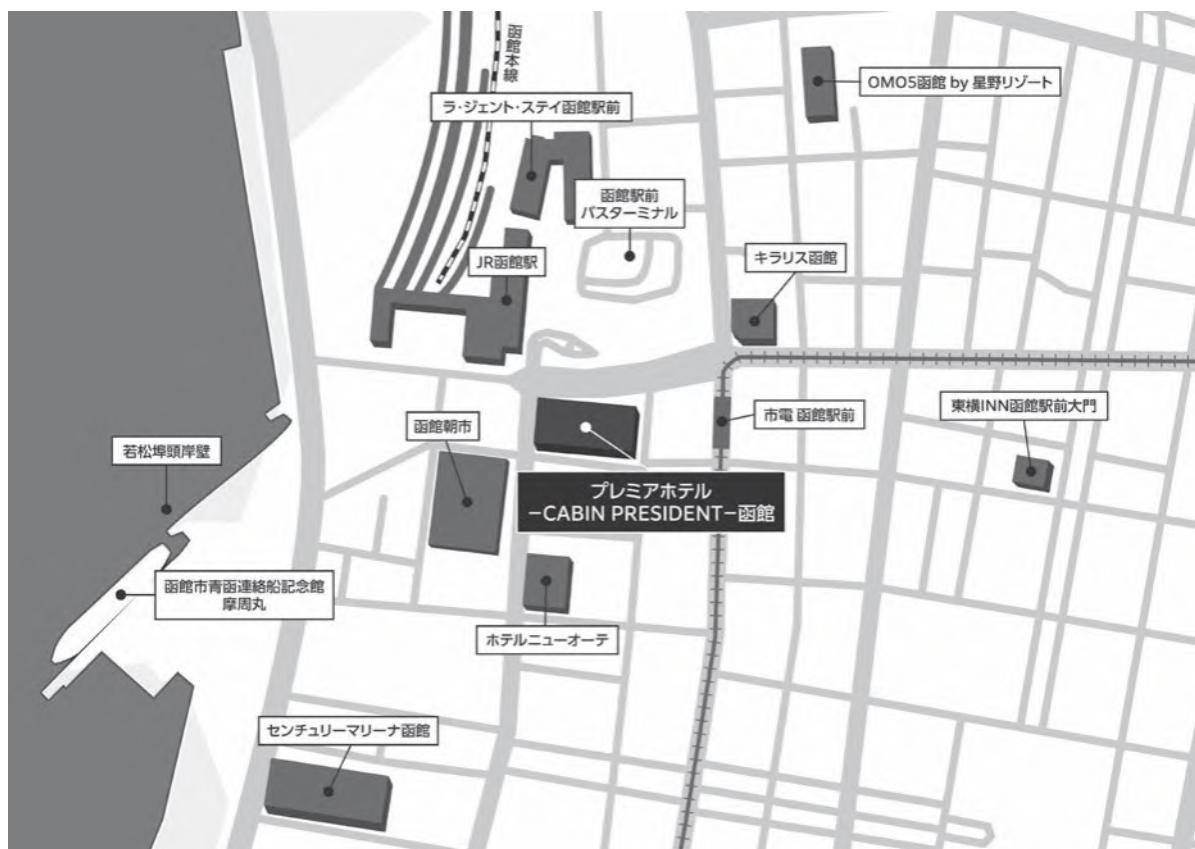
【事務局】

札幌医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座
〒060-8556 北海道札幌市中央区南1条西17丁目

【運営事務局】

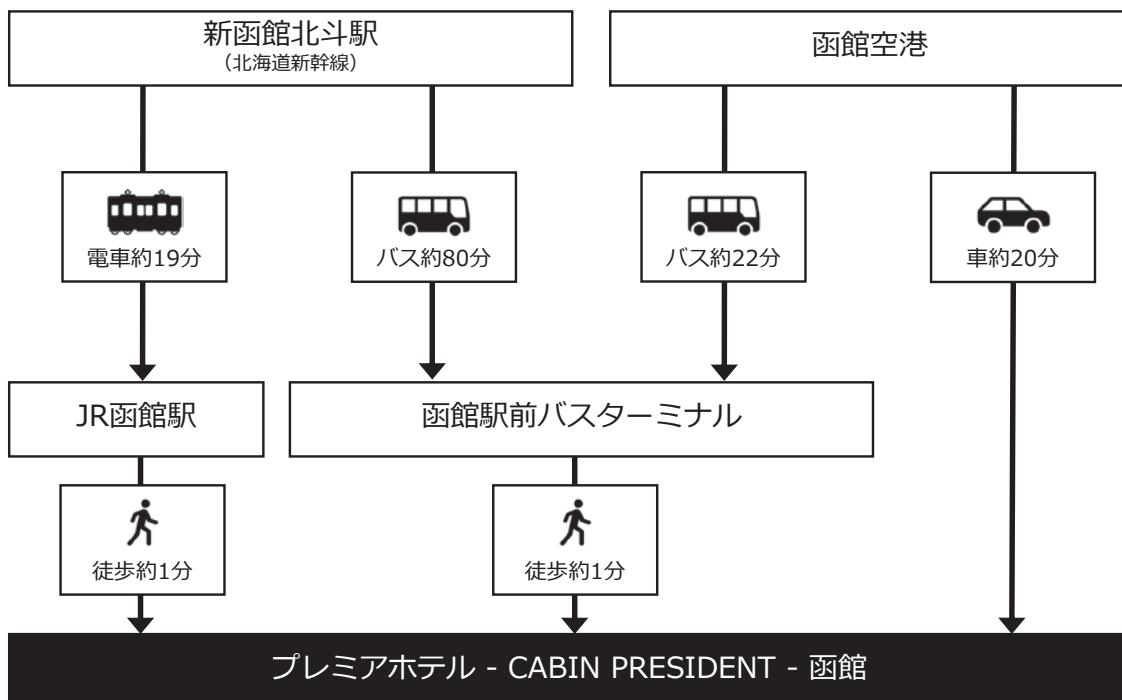
コングレ北海道支社
〒060-0807 北海道札幌市北区北7条西5丁目5番地3 札幌千代田ビル4F
TEL: 011-839-9260 / FAX: 050-1702-1620
E-Mail: jssp2025@congre.co.jp

交通案内

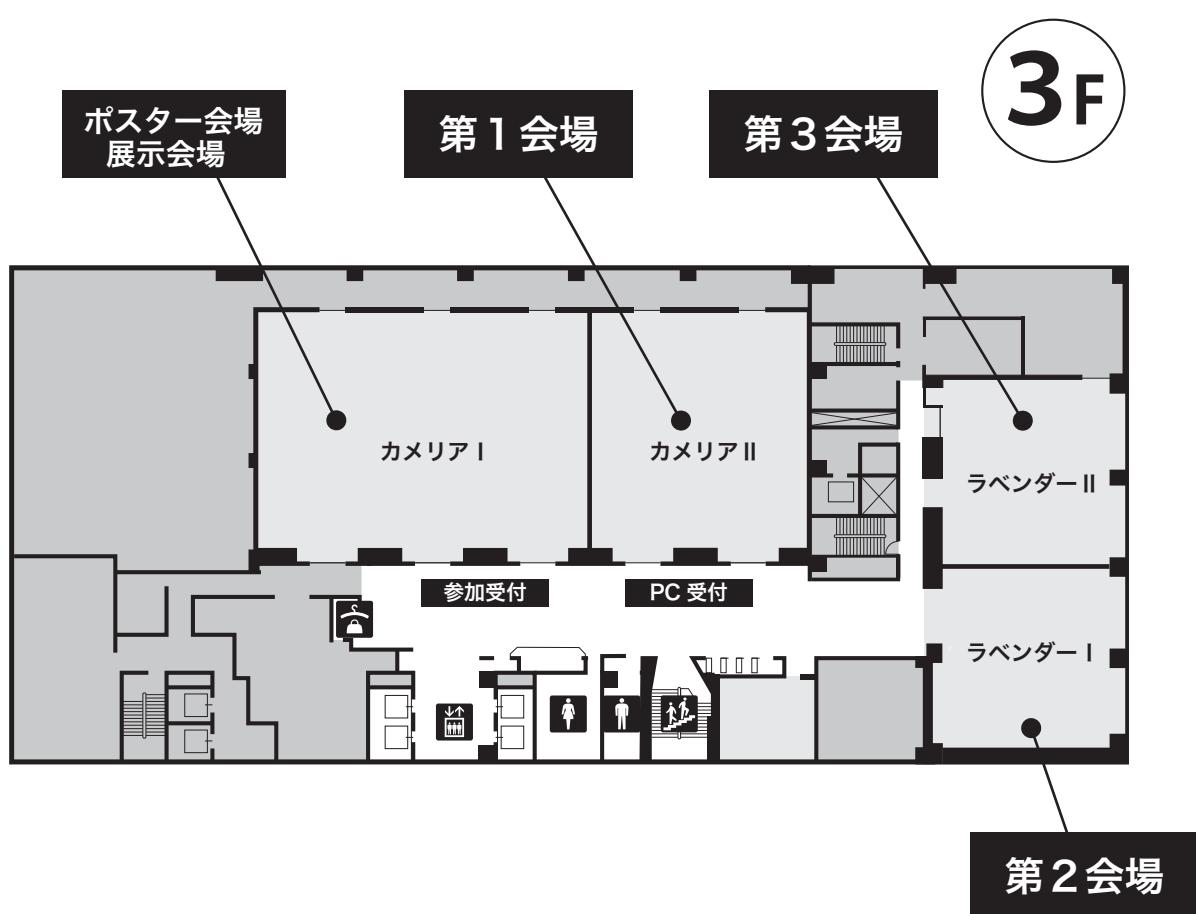
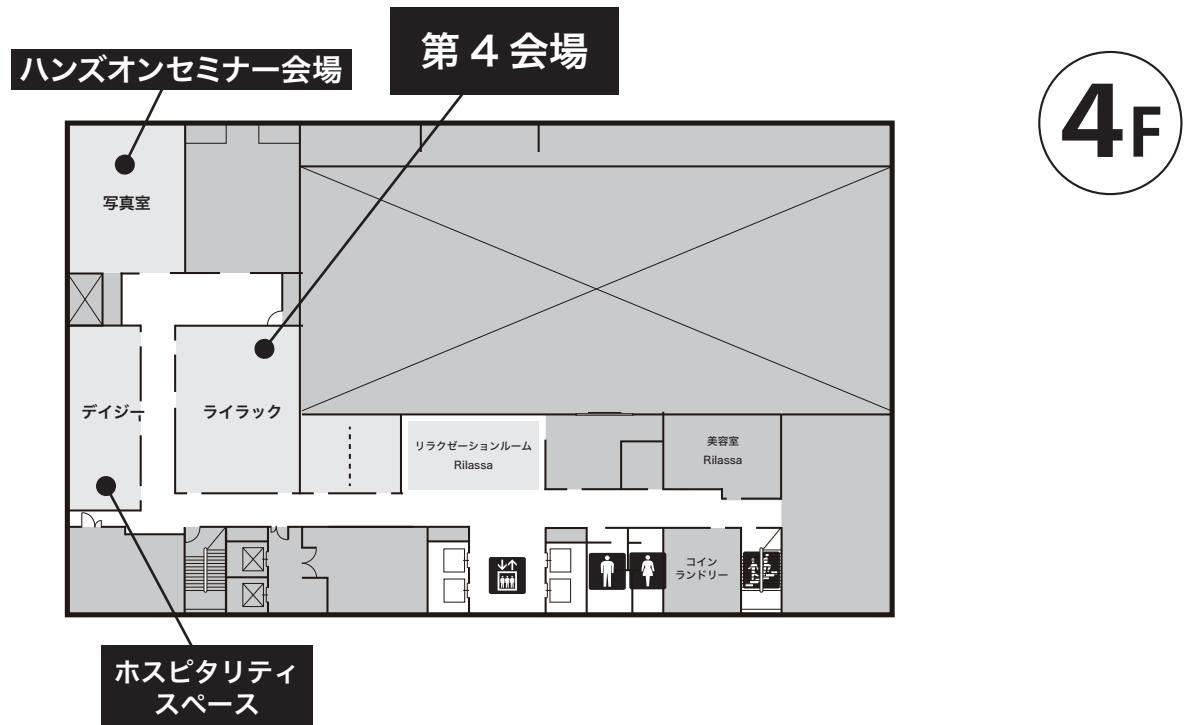


■ プレミアホテル- CABIN PRESIDENT - 函館
〒040-0063 北海道函館市若松町14番10号

- ・JR函館駅、市電「函館駅前」、函館駅前バスターミナルまで徒歩約1分
- ・函館空港よりバスで約22分
- ・函館朝市、コンビニまで徒歩約1分



会場案内



第1日目 9月11日(木) 日程表

| 第1会場 | 第2会場 | 第3会場 | 第4会場 |
|--|--|--|--|
| カメリアⅡ(3階) | ラベンダーⅠ(3階) | ラベンダーⅡ(3階) | ライラックⅠ+Ⅱ(4階) |
| 8:00 | | | |
| 9:00 開会式 8:50-9:00 | 9:00-9:50 第4群 頭頸部症例① 座長:北村 嘉章(徳島大学) 畠山 博充(横浜市立大学附属市民総合医療センター) | 9:00-9:50 第7群 頭頸部癌 座長:松本 文彦(順天堂大学) 藤原 和典(鳥取大学) | 9:00-10:00 第10群 感染症① 座長:堤 刚(東京科学大学) 大谷 真喜子(和歌山県立医科大学) |
| 10:00 パネルディスカッション1 9:00-10:15 BeReal!扁桃研究 扁桃における炎症・免疫の多様性に挑む 司会:保富 宗城(和歌山県立医科大学) 高原 幹(旭川医科大学) 演者:菅谷 泰樹(札幌医科大学) 藤代 抱(ひだか病院) 熊井 琢美(旭川医科大学) 岸川 敏博(大阪大学) 領域講習 | 9:55-11:00 パネルディスカッション2 ダブルライセンサーの本音と提言 司会:香取 幸夫(東北大学) 猪原 秀典(大阪大学) 演者:萬 顯(札幌医科大学) 山崎 知子(埼玉医科大学国際医療センター) 河邊 浩明(市立青梅総合医療センター) | 10:00-11:00 教育講演1 TORS—目からウロコのコツとピットフォール— 司会:橋谷 一郎(藤田医科大学) 演者:塚原 清影(東京医科大学) 黒瀬 誠(札幌医科大学) | 10:10-11:00 教育講演2 試される診断力~この病変、診断でできますか? 司会:塙谷 彰浩(防衛医科大学校) 演者:林 達哉(旭川医科大学) 余田 敬子(東京女子医科大学) |
| 11:00 第1群 10:20-11:00 扁桃① 座長:曾根 三千彦(名古屋大学) 山田 武千代(秋田大学) | | | |
| 12:00 総会 11:10-11:40 | | | |
| 13:00 学会奨励賞授賞式・受賞講演 11:40-12:20 | | | |
| 14:00 ランチョンセミナー1 12:30-13:30 低侵襲手術の現在地~咽頭・甲状腺領域におけるデバイス活用~ 司会:市村 恵一(東京みみ・はな・のど サージクリニック) 演者:小森 学(聖マリアンナ医科大学) 黒瀬 誠(札幌医科大学) | 12:30-13:30 ランチョンセミナー2 コブレーターによる低侵襲な扁桃手術を目指して:Coblation Intracapsular tonsillectomy 司会:村上 信五(一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会) 演者:河野 正充(和歌山県立医科大学) | 12:30-13:30 ランチョンセミナー3 再発転移頭頸部癌のICIを中心とした治療戦略:エビデンスと現場の架け橋を目指して 司会:河田 了(洛和会音羽病院) 演者:小川 武則(岐阜大学) | |
| 15:00 特別講演 13:40-14:40 限界に挑み続けて ~「我以外皆我師」の教え~ 司会:大森 孝一(京都大学) 演者:清水 宏保(元スピードスケート金メダリスト) | | | |
| 16:00 第2群 14:50-15:30 摂食嚥下・構音① 座長:梅野 博仁(久留米大学) 齋藤 康一郎(杏林大学) | 14:50-16:05 シンポジウム2 試される唾液腺癌治療 —スペシャリストに学ぶ新戦略— 司会:本間 明宏(北海道大学) 小澤 宏之(慶應義塾大学) 演者:御子柴 卓彌(慶應義塾大学) 八木 正夫(関西医科大学) 加納 里志(北海道大学) 小林 謙也(東京大学) 領域講習 | 14:50-15:40 第8群 下咽頭 座長:山下 勝(鹿児島大学) 辻川 敬裕(京都府立医科大学) | 14:50-15:50 第11群 PITA 座長:堀井 新(新潟大学) 和田 弘太(東邦大学) |
| 17:00 シンポジウム1 15:35-16:50 試される摂食・嚥下診療 —診療の引き出しを増やす— 司会:熊井 良彦(長崎大学) 藤本 保志(愛知医科大学) 演者:田中 加緒里(愛媛大学) 西山 耕一郎(西山耳鼻咽喉科医院) 杉山 扉一郎(佐賀大学) 末廣 篤(京都大学) 領域講習 | 16:15-17:05 第5群 唾液腺癌 座長:安松 隆治(近畿大学) 増淵 達夫(千葉西総合病院) | 15:45-16:45 スイーツセミナー HMEによる下気道の保護とProvoxの挿入・交換手技 司会:吉原 俊雄(東京医科大学/東京工科大学) 演者:神山 寛介(がん研究会明病院) | 15:55-16:25 教育講演3 扁桃・アデノイド手術—後出血ゼロ作戦— 司会:守本 優子(国立成育医療研究センター) 演者:伊藤 真人(自治医科大学) |
| 18:00 第3群 17:00-17:30 摂食嚥下・構音② 座長:兵頭 政光(細木病院) | 17:05-17:55 第6群 唾液腺 座長:加納 里志(北海道大学) 岸部 幹(旭川医科大学) | 16:55-17:55 第9群 唾石 座長:山下 拓(北里大学) 松延 納(日本医科大学) | 16:30-17:20 第12群 扁桃② 座長:太田 伸男(東北医科薬科大学) 櫻井 大樹(山梨大学) |
| | | | 17:20-18:00 第13群 口腔 座長:荒木 幸仁(防衛医科大学校) 齊藤 祐毅(東京大学) |

第1日目 9月11日(木) 日程表

| 展示・ポスター会場 | | ハンズオンセミナー会場 | |
|-------------|---|--|--|
| カメリア I (3階) | | 写真室 (4階) | |
| 8:00 | | | |
| 9:00 | | | |
| 10:00 | | | 10:00-11:00 |
| 11:00 | | ハンズオンセミナー 1 もう困らない無呼吸検査 講師：中田 誠一（名鉄病院） | 検査講習 / 領域講習 |
| 12:00 | | | |
| 13:00 | | | |
| 14:00 | | | |
| 15:00 | | | 14:50-16:20 |
| 16:00 | | | 14:50-16:20 |
| 17:00 | P1群 口腔癌 座長：小川 洋（福島県立医科大学会津医療センター） 小幡 和史（東海大学付属病院） | P3群 頭頸部腫瘍① 座長：花澤 豊行（千葉大学） 手島 直則（高知大学） | P5群 頭頸部腫瘍② 座長：菅原 一真（山口大学） 西尾 直樹（名古屋大学） |
| 18:00 | P2群 感染症 座長：小林 正佳（三重大学） 木村 百合香（昭和医科大学江東豊洲病院） | P4群 睡眠時呼吸障害 座長：片田 彰博（旭川赤十字病院） 長尾 明日香（高知大学） | P6群 口腔・咽頭① 座長：木村 文美（藤田医科大学ばんたぬ病院） 平野 愛（東北大学病院） |

第2日目 9月12日(金) 日程表

| 第1会場 | 第2会場 | 第3会場 | 第4会場 |
|--|---|---|---|
| カメリアⅡ(3階) | ラベンダーⅠ(3階) | ラベンダーⅡ(3階) | ライラックⅠ+Ⅱ(4階) |
| 8:00 | | | |
| 9:00 教育講演4 シェーグレン症候群をどこまで理解していますか? 司会: 小森 学 (聖マリアンナ医科大学) 演者: 山村 幸江 (東京女子医科大学) 小森 香 (高知大学) | モーニングセミナー 8:30-8:50 本題イラストレーターによる口腔・咽頭手術イラストことはじめ 司会: 岩龍介 (佳慈医科大学), 演者: 井上 里奈 (手術解説イラストスタジオ URGIC) | 第15群 9:00-9:30 上咽頭① 座長: 生駒 亮 (横浜南共済病院) | 第18群 9:00-9:40 睡眠時呼吸障害① 座長: 酒井 あや (金沢医科大学) 本間 あや (北海道大学) |
| 10:00 第14群 味覚 座長: 阪上 雅史 (兵庫医科大学) 北原 純 (奈良県立医科大学) | パネルディスカッション3 上咽頭の不思議 司会: 藤枝 重治 (福井大学) 吉崎 智一 (金沢大学) 演者: 小笠原 徳子 (札幌医科大学) 西 恵花 (西耳鼻咽喉科医院) 楠山 敏行 (東京ボイスクリニック) 溝上 晴恵 (金沢大学) | 第19群 9:35-10:50 舌下神経電気刺激装置 座長: 池園 哲郎 (埼玉医科大学) 中島 逸男 (獨協医科大学) | 第24群 9:00-9:50 口腔癌① 座長: 松浦 一登 (国立がん研究センター東病院) 安藤 瑞生 (岡山大学) |
| 11:00 学術講演 味覚と健康: 薬剤性味覚障害の発症機構と全身における味覚機能 司会: 岩井 大 (関西医大) 演者: 重村 憲徳 (九州大学) | 第16群 11:00-11:40 上咽頭② 座長: 河野 正充 (和歌山県立医科大学) 大越 明 (東北大) | 第20群 10:25-11:05 睡眠時呼吸障害② 座長: 鈴木 雅明 (帝京大学ちば総合医療センター) 工 稔 (信州大学) | 教育講演5 9:55-10:25 高齢者の口腔癌~あなたならどう治しますか? 司会: 丹生 健一 (神戸大学) 演者: 折田 賴尚 (熊本大学) |
| 12:00 領域講習 | | | 第25群 10:30-11:30 口腔癌② 座長: 朝霧 孝宏 (東京科学大学) 三澤 清 (浜松医科大学) |
| 13:00 ランチョンセミナー4 超音波振動を使いこなす: FUSE取得医師が伝える Harmonic Focusの真価 司会: 原渕 保明 (旭川医科大学) 演者: 対馬 那由多 (北海道大学) | ランチョンセミナー5 12:15-13:15 CRSwNP~手術/薬物療法update~ 司会: 三輪 高喜 (金沢医科大学) 演者: 大國 節 (札幌医科大学) 近藤 健二 (東京大学) | ランチョンセミナー6 12:15-13:15 頭頸部アルミニックス治療の出番! ~活用タイミングとシチュエーション~ 司会: 岸本 曜 (京都大学医学部附属病院) 演者: 辻川 敬裕 (京都府立医科大学附属病院) 垣内 晃人 (札幌医科大学附属病院) | ランチョンセミナー7 12:15-13:15 好酸球動態から読み解く mepolizumabの真価 司会: 都築 建三 (兵庫医科大学) 演者: 平野 康次郎 (昭和医科大学) |
| 14:00 シンポジウム3 理事長特別企画: 試される睡眠医療 —耳鼻咽喉科睡眠科としての役割— 司会: 原 浩貴 (川崎医科大学) 千葉 伸太郎 (太田睡眠科学センター) 演者: 北村 拓朗 (産業医科大学) 井下 級子 (順天堂大学) 安達 美佳 (東北大) 小森 正博 (川崎医科大学) | 第17群 13:25-14:25 頭頸部症例② 座長: 鈴木 正志 (大分大学) 鈴木 幹男 (琉球大学) | 第22群 13:25-14:15 光免疫療法・BNCT 座長: 萩森 伸一 (大阪医科大学) 岡本 伊作 (東京医科大学) | 第26群 13:25-14:15 感染症② 座長: 竹野 幸夫 (広島大学) 小笠原 徳子 (札幌医科大学) |
| 15:00 閉会式 14:50-15:00 | | | |
| 16:00 SleepSurgery研究会 | | | |
| 17:00 | | | |
| 18:00 | | | |

第2日目 9月12日(金) 日程表

| 展示・ポスター会場 | | ハンズオンセミナー会場 | ハンズオンセミナー |
|--|---|--|--|
| カメリア I (3階) | | 写真室 (4階) | みはら耳鼻咽喉科 |
| 8:00 | | | |
| 9:00 | | 9:00-10:00 ハンズオンセミナー4 強みにしたい味覚検査 講師：任 智美（兵庫医科大学） 検査講習 / 領域講習 | |
| 10:00 | | | |
| 11:00 | | ハンズオンセミナー5 10:30-11:30 マイクロデブリッダーを用いたPIT (Powered Intracapsular Tonsillectomy) ハンズオンセミナー 講師：横山 葉悠（聖マリアンナ医科大学） ハンズオン講師：小森 学（駒沢大学） 野田 昌生（自治医科大学） 伊藤 真人（金沢大学） | |
| 12:00 | | | |
| 13:00 | | | |
| P7群 13:25-14:00 口腔・咽頭② 座長：田渕 紹司（筑波大学） 池田 このみ（聖マリアンナ医科大学） | P9群 13:25-14:07 扁桃 座長：森田 由香（富山大学） 島田 茉莉（自治医科大学） | P11群 13:25-14:07 異物・外傷 座長：中山 次久（獨協医科大学） 岸本 曜（京都大学） | 13:20-16:20 ハンズオンセミナー6 上咽頭擦過療法のコツと ピットフォール |
| P8群 14:10-14:52 摂食嚥下・構音・味覚 座長：工藤 直美（弘前大学） 田中 真琴（東京都立広尾病院） | P10群 14:10-14:45 唾液腺腫瘍① 座長：高橋 邦行（宮崎大学） 和佐野 浩一郎（東海大学） | P12群 14:10-14:38 唾液腺腫瘍② 座長：志賀 英明（金沢医科大学） 橋本 香里（四国がんセンター） | 13:25-14:55 第6回唾液腺内視鏡 ハンズオンセミナー 司会：新谷 朋子（とも耳鼻科クリニック） アシスタント： 新谷 朋子（とも耳鼻科クリニック） 竹澤 裕之（たけざわ耳鼻咽喉科） 講師：大野 芳裕（大野耳鼻咽喉科） |
| 14:00 | | | |
| 15:00 | | | |
| 16:00 | | | |
| 17:00 | | | |
| 18:00 | | | |

第1日 9月11日 (木)
第1会場

領域講習

パネルディスカッション1 (9:00 ~ 10:15)

司会：保 富 宗 城 (和歌山県立医科大学)
高 原 幹 (旭川医科大学)

「BeReal! 扁桃研究 扁桃における炎症・免疫の多様性に挑む」

1. 慢性炎症と IgA 腎症：病態解明へのアプローチ
菅谷 泰樹, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)
2. IgA 腎症の遺伝子的特徴と口蓋扁桃摘出術によってもたらされる遺伝子変化
藤代 拓 (ひだか病院 耳鼻咽喉科)
金子富美恵 (済生会有田病院 耳鼻咽喉科)
今福 匠司, 橋本 真一 (和歌山県立医科大学 分子病態解析)
河野 正充, 保富 宗城 (和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
3. 扁桃病巣疾患とマイクロバイオーム
熊井 琢美 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座)
4. 扁桃におけるウイルス感染と局所発癌メカニズム
岸川 敏博 (大阪大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第1群 扁桃① (10:20 ~ 11:00)

座長：曾 根 三 千 彦 (名古屋大学)
山 田 武 千 代 (秋田大学)

- O1-1. 口蓋扁桃摘出術の安全性を高めるための取り組み
西田 幸平, 乙田 愛美 (国立病院機構 三重中央医療センター 耳鼻咽喉科)
- O1-2. 安全性の高い口蓋扁桃摘出術の伝承の取り組み
乙田 愛美, 西田 幸平 (国立病院機構三重中央医療センター 耳鼻咽喉科)
- O1-3. 扁桃摘出術後出血における病理組織標本のマルチレベルロジスティック回帰分析
馬越 優征, 上村 広希, 竹内 一隆, 石田航太郎, 三澤 清
(浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
- O1-4. 両側口蓋扁桃摘出術が著効した扁桃炎に伴う反応性関節炎
加藤 幸宣, 足立 直人, 菅野 真史, 高林 哲司, 藤枝 重治
(福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

ランチョンセミナー1 (12:30 ~ 13:30)

司会：市 村 恵 一 (東京みみ・はな・のどサージクリニック)

「低侵襲手術の現在地～咽頭・甲状腺領域におけるデバイス活用～」

1. 「全部取らない」という選択：PITA が目指す小児 OSA 治療の新潮流
小森 学 (聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科)
2. 内視鏡・ロボット甲状腺手術におけるリガチュアTMXP の有用性
黒瀬 誠, 高野 賢一 (札幌医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

特別講演 (13:40 ~ 14:40)

司会：大森孝一（京都大学）

限界に挑み続けて～「我以外皆我師」の教え～

清水 宏保（元スピードスケート金メダリスト）

第2群 摂食嚥下・構音① (14:50 ~ 15:30)

座長：梅野博仁（久留米大学）

齋藤康一郎（杏林大学）

O2-1. 日本人男性における口唇閉鎖力と舌圧の解析

平野康次郎、秦美遙、鄭裕華、北嶋達也、嶋根俊和
(昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座)

O2-2. 明らかな誘因を認めず喉頭蓋が退縮した高齢女性の一例

井上なつき、山口宗太、吉川衛（東邦大学 医療センター大橋病院 耳鼻咽喉科）

O2-3. 気管切開後患者に対する頸部装着型電子聴診器を用いた観察研究

松本信、和田哲郎、福澤智、清水如代、田渕経司（筑波大学）

O2-4. 当院摂食嚥下チームによる嚥下診療の現状と課題

津田潤子、坂本めい、篠原秀平、山本陽平、菅原一真
(山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学)

領域講習

シンポジウム1 (15:35 ~ 16:50)

司会：熊井良彦（長崎大学）

藤本保志（愛知医科大学）

「試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—」

1. 嚥下内視鏡所見の伝え方—解釈のポイントと、多職種連携に活かす言語化の工夫—

田中加緒里（愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科）

2. 耳鼻咽喉科外来での嚥下指導～びまん性嚥下性細気管支炎が外来を受診している～

西山耕一郎（西山耳鼻咽喉科医院、東海大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

和佐野浩一郎、大上研二（東海大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

3. 嚥下を助ける電気刺激療法—神経筋電気刺激療法の理論と応用

杉山庸一郎（佐賀大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科講座）

岡村誠司（祐愛会 織田病院 耳鼻咽喉科）

樋渡亮子、大塚拓実、宮崎知子、福地里奈、久保美咲、吉村義誠

（祐愛会 織田病院 リハビリテーション科）

4. 耳鼻咽喉科医がすべき栄養管理

末廣篤（京都大学大学院 医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

第3群 摂食嚥下・構音② (17:00 ~ 17:30)

座長：兵頭政光（細木病院）

- O3-1. 全身麻酔手術後に発症した両側声帯麻痺を伴う Tapia 症候群の1例

飯塚 和奏, 田中 英基, 丸山 謙, 清水 顕, 塚原 清彰
(東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)

- O3-2. 免疫関連有害事象 (irAE) として重症筋無力症, 嘉下障害, 声帯開大障害をきたした1例

河辺 隆誠, 細川 清人, 猪原 秀典 (大阪大学 医学部 医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O3-3. 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う声帯萎縮を認めた1例

辻土名 貢, 佐々木彩花, 小口 慶悟, 新田 清一 (済生会宇都宮病院)

第1日 9月11日 (木)

第2会場

第4群 頭頸部症例① (9:00 ~ 9:50)

座長：北村嘉章（徳島大学）

畠山博充（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

- O4-1. 診断に苦慮した顔面下頸皮下・頬粘膜下腫瘍

木村 直幹, 家根 且有 (ベルランド総合病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科)
北原 純 (奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学)

- O4-2. 経口腔法により摘出した副咽頭間隙腫瘍の一例

長井健一郎, 宇野 光祐, 坪井 秀之, 平野 正大, 古川 勝己, 塩谷 彰浩, 荒木 幸仁
(防衛医科大学耳鼻咽喉科学講座)

- O4-3. ELPS を応用し切除した副咽頭間隙神経鞘腫の1例

中川世来生, 鈴木 健介, 林 慶和, 阪上 智史, 藤澤 琢郎, 岩井 大, 八木 正夫
(関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O4-4. 下歯槽神経由來の神経鞘腫に対して内視鏡下口内法アプローチを試みた1例

明石 健, 菅澤 正 (亀田総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

- O4-5. 咽後浮腫を契機に診断された上大静脈症候群例

佐々木彩花 (済生会宇都宮病院, 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)
辻土名 貢, 小口 慶悟, 新田 清一 (済生会宇都宮病院)
高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

パネルディスカッション2 (9:55 ~ 11:00)

司会：香取幸夫（東北大学）

猪原秀典（大阪大学）

「ダブルライセンサーの本音と提言」

1. 医科歯科連携の今後

萬 顕, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

2. 医科と歯科のダブルライセンスを持つものとしての希望

山崎 知子 (埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科・耳鼻咽喉科)

3. 頭頸部外科医にとってのダブルライセンスの意義について

河邊 浩明 (市立青梅総合医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

ランチョンセミナー 2 (12:30 ~ 13:30)

司会：村上信五

(一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会)

コブレーターによる低侵襲な扁桃手術を目指して：Coblation Intracapsular tonsillectomy

河野 正充 (和歌山県立医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

領域講習

シンポジウム 2 (14:50 ~ 16:05)

司会：本間明宏 (北海道大学)

小澤宏之 (慶應義塾大学)

「試される唾液腺癌治療—スペシャリストに学ぶ新戦略—」

1. MRI による耳下腺内顔面神経の描出と手術への応用

御子柴卓弥, 甲能武幸, 関水真理子, 小澤宏之
(慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

2. 耳下腺癌手術の最前線：根治性と機能温存をどう両立するか？—外視鏡 ORBEYE を用いて—

八木正夫, 藤澤琢磨, 鈴木健介, 阪上智史
(関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

3. 唾液腺癌の薬物治療 唾液腺導管癌を中心に

加納里志 (北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

4. 先端ゲノム解析で紐解く腺様囊胞癌における二相性分化と Notch・Myb シグナルの関係

小林謙也 (東京大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第5群 唾液腺癌 (16:15 ~ 17:05)

座長：安松隆治 (近畿大学)

増淵達夫 (千葉西総合病院)

O5-1. 耳下腺粘表皮癌の術前悪性度診断

東野正明

(大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 大阪医科大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
木下一太, 神人彪, 粟飯原輝人, 寺田哲也, 萩森伸一
(大阪医科大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
谷内政崇 (大阪鉄道病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
河田了 (洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O5-2. 耳下腺癌患者における組織型悪性度および予後と骨格筋量の関連について

笠原健, 御子柴卓弥, 関水真理子, 小澤宏之

(慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

O5-3. 耳下腺腺様囊胞癌の診断および手術におけるMRI画像の有用性について

木下一太, 神人彪, 粟飯原輝人, 寺田哲也, 萩森伸一
(大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

東野正明

(大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
河田了
(大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O5-4. 唾液腺原発扁平上皮癌の治療成績に関する多施設後方視的解析

佐藤遼介, 井上貴博, 山木英聖, 熊井琢磨, 高原幹

(旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

05-5. 耳下腺多房性囊胞性病変として生じた MALT リンパ腫の 1 例

本郷 由比, 御子柴卓弥, 関水真理子, 甲能 武幸, 松居 祐樹, 笠原 健, 小澤 宏之
(慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

第 6 群 唾液腺 (17:05 ~ 17:55)

座長: 加納 里志 (北海道大学)

岸部 幹 (旭川医科大学)

06-1. 木村氏病に対する低線量放射線治療成績の検討

孔 憲和 (富山大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科), 新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
馬場 洋徳, 堀井 新 (新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
森田 由香 (富山大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

06-2. 良性耳下腺腫瘍における D-β-アスパラギン酸とペリオスチンの免疫組織化学的局在

館田 豊, 鈴木 貴博, 佐藤 輝幸, 太田 伸男 (東北医科大学 医学部 耳鼻咽喉科)

06-3. 耳下腺アミロイドーシスの一例

笠井 仁貴, 多田 紘恵, 倉品 芽衣, 小川由希子, 永田ゆりの, 近松 一郎
(群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

06-4. IgG4 関連疾患の病態形成における濾胞外リンパ球の役割

酒本 博史, 亀倉 隆太, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

06-5. IgG4 関連疾患の病態形成における制御性 T 細胞サブセットの役割

田中 紀久, 亀倉 隆太, 高柳 心, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

第 1 日 9月 11 日 (木)

第 3 会場

第 7 群 頭頸部癌 (9:00 ~ 9:50)

座長: 松本文彦 (順天堂大学)

藤原和典 (鳥取大学)

07-1. 甲状腺癌に対しエンコラフェニブ・ビニメチニブ開始直後に漿液性網膜剥離を生じた 1 例

吉川 桃花, 田中 英基, 塚原 清彰 (東京医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

07-2. 根治治療不能な局所進行頭頸部癌における QUAD shot 施行症例の経験

小口 慶悟, 辺土名 貢, 佐々木彩花, 新田 清一 (済生会宇都宮病院 耳鼻咽喉科)

07-3. 中咽頭癌症例の臨床的検討

山田 貴裕, 孔 憲和, 大井祐太朗, 中里 瑛, 森田 由香
(富山大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

07-4. 切除断端評価から考える咽頭表在癌の術後治療

阪上 智史, 鈴木 健介, 藤澤 琢郎, 八木 正夫 (関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

07-5. 咽喉頭腫瘍に対する経口的手術における Quality of Life についての検討

小幡 和史, 渡邊 嶺, 山内 麻由, 飯島 宏章, 大上 研二, 和佐野浩一郎
(東海大学医学部医学科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

教育講演 1 (10:00 ~ 11:00)

司会：樋 谷 一郎 (藤田医科大学)

「TORS—目からウロコのコツとピットフォール—」

1. 実臨床で役立つ TORS テクニック

塚原 清彰 (東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)

2. TORS における実践的コツとピットフォール

黒瀬 誠, 垣内 晃人, 山本 圭佑, 高柳 心, 大柳 政彦, 萬 顕, 高野 賢一
(札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

ランチョンセミナー 3 (12:30 ~ 13:30)

司会：河 田 了 (洛和会音羽病院)

再発転移頭頸部癌の ICI を中心とした治療戦略：エビデンスと現場の架け橋を目指して

小川 武則 (岐阜大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)

第 8 群 下咽頭 (14:50 ~ 15:40)

座長：山 下 勝 (鹿児島大学)

辻 川 敬 裕 (京都府立医科大学)

08-1. 当院における下咽頭癌に対する経口的咽頭癌手術の検討

上田 勉, 樽谷 貴之, 濱本 隆夫, 竹野 幸夫 (広島大学)

08-2. 下咽頭癌術後に生じた総頸動脈出血に対して血管内ステント留置を施行し救命した 1 例

北嶋 達也 (昭和医科大学 頭頸部腫瘍センター)

平野康次郎, 秦 美遙, 鄭 裕華 (昭和医科大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座)

嶋根 俊和 (昭和医科大学 頭頸部腫瘍センター, 昭和医科大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座)

08-3. 複数回の機能温存手術を行った下咽頭高分化型脂肪肉腫の 2 症例

村山 公介, 秋定 直樹, 富岡 利文, 松浦 一登 (国立がん研究センター東病院 頭頸部外科)

08-4. 進行下咽頭癌に対する術前下部消化管内視鏡検査で得られた同時重複大腸癌の検出率

石田航太郎, 馬越 優征, 竹内 一隆, 三澤 清 (浜松医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

08-5. 蒸留水は Underwater 併用 ELPS に明瞭な視野をもたらすか

竹本 啓子, 阪上 智史, 鈴木 健介, 藤澤 琢郎, 八木 正夫

(関西医大 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

スイーツセミナー (15:45 ~ 16:45)

司会：吉 原 俊 雄 (東京医科大学 / 東京工科大学)

HME による下気道の保護と Provox の挿入・交換手技

神山 亮介 (がん研究会有明病院)

第9群 唾石 (16:55 ~ 17:55)

座長：山 下 拓（北里大学）
松 延 毅（日本医科大学）

O9-1. 頸下腺移行部唾石摘出後の唾液分泌能の変化

鈴木 貴博, 館田 豊, 太田 伸男（東北医科薬科大学 耳鼻咽喉科）

O9-2. CT ナビゲーションを併用して頸部小切開で摘出した耳下腺腺内唾石の一例

江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 有馬菜千枝, 岩崎 真一
(名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

O9-3. 当科における頸下腺唾石症の検討

山木 英聖, 井上 貴博, 佐藤 遼介, 熊井 琢美, 岸部 幹, 高原 幹
(旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O9-4. 中等大（≥5mm）唾石に対する Ho-YAG レーザーを併用した唾液腺内視鏡手術

齋藤 陽元, 志茂田 裕, 村上 瑛, 折田 賴尚（熊本大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O9-5. 当院における耳下腺唾石の手術と課題

大塚雄一郎（千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科）
花澤 豊行（千葉大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O9-6. MRI-CT Fusion 画像を用いた移行部唾石の術前術式選択についての検討

濱中 啓祐, 松延 毅, 後藤 穂（日本医科大学付属病院）

第1日 9月11日（木）

第4会場

第10群 感染症① (9:00 ~ 10:00)

座長：堤 剛（東京科学大学）
大谷 真喜子（和歌山県立医科大学）

O10-1. 当院の梅毒例に関する検討

飯島 宏章, 山内 麻由, 小幡 和史, 芦田 裕士, 谷水 宏圭, 寺邑 勇信, 和佐野浩一郎,
大上 研二（東海大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O10-2. 頸部リンパ節結核に対する Coreneedle biopsy (CNB) の有用性

篠原 宏, 清水 啓成（河北総合病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O10-3. COVID-19 大流行に伴うアデノイド増殖症の初診 / 手術患者数の月次推移

小川 真（大阪市立総合医療センター）

O10-4. 鼻洗浄が鼻腔・上咽頭・口腔の細菌叢動態に及ぼす影響

木村 翔一

（福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野, 福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室）
西 憲祐, 山野 貴史（福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野）

O10-5. 小児の伝染性单核球症に合併した扁桃周囲膿瘍の一例

藤井 宗孝（順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座, 越谷市立病院 耳鼻咽喉科）
安齋 崇, 松本 文彦（順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座）

O10-6. 扁桃周囲膿瘍の入院期間延長に関する臨床的因子の検討

齊原 衣里, 上田 航毅（三重大学 大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科）

教育講演 2 (10:10 ~ 11:00)

司会：塩 谷 彰 浩 (防衛医科大学校)

「試される診断力～この病変、診断できますか？」

1. クイズで学ぶ口腔・咽頭粘膜病変

林 達哉

(旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学病院医療安全管理部, 旭川医科大学手術部)

2. 口腔・咽頭の粘膜病変

余田 敬子 (東京女子医科大学附属足立医療センター 耳鼻咽喉科)

第 11 群 PITA (14:50 ~ 15:50)

座長：堀 井 新 (新潟大学)

和 田 弘 太 (東邦大学)

O11-1. マイクロデブリッダーを用いた被膜内口蓋扁桃摘出術の実際

増井 智基 (信州大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科, 諏訪赤十字病院耳鼻咽喉科頭頸部外科)

兒島 大貴, 工 穂 (信州大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科)

O11-2. PITA WG 報告 2：本邦の PITA の現状と、普及に向けて—全国アンケート調査—

島田 茉莉, 伊藤 真人 (自治医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

河野 正充 (和歌山県立医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

浜本 真一 (川崎医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

O11-3. 当院における小児睡眠時無呼吸症に対する PITA 施行例の検討・配慮点

青木 由宇 (市立敦賀病院 耳鼻いんこう科)

O11-4. PITA WG 報告 1：全国データにみる扁桃・アデノイド手術の変遷

横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

島田 茉莉, 伊藤 真人 (自治医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

河野 正充 (和歌山県立医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

浜本 真一 (川崎医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG)

O11-5. PITA の安全性に関する単盲検前向き検討

小森 学, 野村 憲吾, 横山 菜悠 (聖マリアンナ医科大学)

O11-6. 小児 OSA に対する PITA と従来法の周術期成績に関する 2 年間比較

野村 憲吾, 横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科)

教育講演 3 (15:55 ~ 16:25)

司会：守 本 倫 子 (国立成育医療研究センター)

「扁桃・アデノイド手術—後出血ゼロ作戦—」

内視鏡下パワーデバイス口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術 (PITA) の勧め

伊藤 真人 (自治医科大学 小児耳鼻咽喉科 耳鼻咽喉科学教室)

第12群 扁桃② (16:30 ~ 17:20)

座長：太田伸男（東北医科薬科大学）

櫻井大樹（山梨大学）

O12-1. アデノイド切除・扁桃摘出術後に凝固異常を伴う出血を繰り返した症例

坂本 理恵（福島県立医科大学 耳鼻咽喉科、公益財団法人 星総合病院 耳鼻いんこう科）

室野 重之（福島県立医科大学 耳鼻咽喉科）

O12-2. 口蓋扁桃摘出術の術前口腔内環境について

山野 貴史（福岡歯科大学 総合医学講座 耳鼻咽喉科学分野）

西 憲祐（福岡歯科大学口腔医学研究センター）

杉本 清楓（福岡歯科大学歯科衛生士部）

O12-3. ショックバイタルを呈した扁桃摘出術後出血例

橋口 直人、生駒 亮（国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院）

O12-4. 口蓋扁桃摘出術後に咽頭狭窄を生じた成人の1例

高木 康平、羽藤 直人（愛媛大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

山名 悠太（愛媛大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、市立宇和島病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O12-5. 当科におけるBizact導入後の口蓋扁桃摘出後後出血について

角 恵理子、角田 篤信（順天堂大学練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科）

第13群 口腔 (17:20 ~ 18:00)

座長：荒木幸仁（防衛医科大学校）

齊藤祐毅（東京大学）

O13-1. 診断に難渋した尋常性天疱瘡の1例

澤口 未来、松井 秀仁、増澤 実亜、玉木 京、山口 裕聖、中村 允人、和田 弘太

（東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科）

O13-2. 経時的な舌萎縮と舌線維側攣縮を観察した筋萎縮性側索硬化症症例

平田 成未（川崎医科大学 良医育成支援センター）

福田裕次郎、小森 正博、假谷 伸、原 浩貴（川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学）

O13-3. 全身症状をきたした豆乳による花粉-食物アレルギー症候群(PFAS)の4例

本間 あや、本間 明宏（北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）

鈴木 正宣、中丸 裕爾

（北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室、北海道大学病院 アレルギーセンター）

O13-4. 山梨県における花粉-食物アレルギー症候群の実態調査と啓発活動

櫻井 大樹、島村 歩美、小佐野雅識、石井 裕貴、松岡 伴和

（山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

第1日 9月11日(木)
展示・ポスター会場

P1群 口腔癌 (16:25 ~ 17:07)

座長：小川洋（福島県立医科大学会津医療センター）
小幡和史（東海大学付属病院）

P1-1. 気管切開部に再発を認めた進行下歯肉癌の一例

荻野 裕平, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 八木 正夫（関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P1-2. Micropapillary Pattern を有する舌原発 Intraductal Carcinoma の一例

服部 晋弥, 福田裕次郎, 前田祐一郎, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴
(川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学)

P1-3. AIDS 患者における再建手術を要した進行舌癌に関する一考察

嘉陽 祐紀, 石川 航大, 真栄田裕行, 鈴木 幹男
(琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座)

P1-4. 骨髄移植歴のある舌癌の治療経験の一例

坪岡 涼太, 吉岡 巍, 立花 愛響（帯広厚生病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）
高野 賢一（札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座）

P1-5. 舌弁による再建を行った口唇癌の一例

角木 拓朗（岐阜大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科）
小林 義明, 花井 信広（愛知県がんセンター 頭頸部外科）
鍋谷 峻矢, 鈴木 寛久（愛知県がんセンター 形成外科）

P1-6. 演題取り下げ

P3群 頭頸部腫瘍① (16:25 ~ 17:07)

座長：花澤豊行（千葉大学）
手島直則（高知大学）

P3-1. 中咽頭癌に対する経口的ロボット支援手術に対する再発様式の検討

清水 順, 田中 英基, 羽生 健治, 下野友太郎, 塚原 清彰
(東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)

P3-2. 進行下咽頭癌の周術期 CTCs 数の変化について

志茂田 裕, 村上 瑛, 斎藤 陽元, 折田 賴尚（熊本大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科）

P3-3. ニボルマブ投与と外科的切除により長期生存が得られた下咽頭癌症例の病理組織学的検討

村上 瑛, 志茂田 裕, 斎藤 陽元, 折田 賴尚（熊本大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P3-4. 導入PCE療法およびサイバーナイフにて治療を行った独居高齢進行中咽頭癌の1例

小佐野雅識, 松岡 伴和, 櫻井 大樹（山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P3-5. 導入PCE療法開始時に重篤なインフュージョンリアクションを起こした中咽頭癌の1例

松岡 伴和, 小佐野雅識, 石井 裕貴, 櫻井 大樹（山梨大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P3-6. 中咽頭癌の臨床的検討

坂東 伸幸, 後藤 孝, 有馬 涼太, 中牟田航希（北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P5群 頭頸部腫瘍② (16:25 ~ 17:07)

座長：菅原一真（山口大学）
西尾直樹（名古屋大学）

P5-1. 治療に難渋している甲状腺管囊胞の一例

清水目奈美（八戸市立市民病院）

P5-2. 頭頸部癌におけるHRAS遺伝子変異の検討

大嶋秀美（黒部市民病院 耳鼻いんこう科、金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

小林英士、吉崎智一（金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P5-3. 経口的ロボット手術で摘出した扁桃原発 Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma の1例

川寄洋平、山田武千代（秋田大学 医学部 耳鼻咽喉科）

P5-4. 当科における下咽頭癌の治療の検討

山本祐輝、安場雅高、亀井優嘉里、角南貴司子（大阪公立大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P5-5. 診断に難渋した節外性NK/Tリンパ腫、鼻型の1例

宇留間周平、野澤皓貴、鍋山新、大氣采女、中筋康太、野垣岳稔

（昭和医科大学横浜市北部病院 耳鼻咽喉科）

手口翔太（昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科）

小林斉（昭和医科大学藤が丘病院 耳鼻咽喉科）

木村百合香（昭和医科大学江東豊洲病院 耳鼻咽喉科）

P5-6. 当科における口腔癌N0に対する予防的頸部郭清の有用性の検討

宇野大祐、吉崎智一（金沢大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P2群 感染症 (17:10 ~ 17:45)

座長：小林正佳（三重大学）
木村百合香（昭和医科大学江東豊洲病院）

P2-1. 巨大頸部瘻孔を主訴に来院し診断に苦慮した外歯瘻の一例

秦美遙、平野康次郎、鄭裕華、北嶋達也、嶋根俊和

（昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P2-2. 小児扁桃周囲膿瘍に対する膿瘍扁桃摘出術の検討

塚田弥生（黒部市民病院）

P2-3. 当科における小児頸部膿瘍の手術適応に関する因子の検討と機械学習の活用

甲州亮太、野田昌生、伊藤真人

（自治医科大学 耳鼻咽喉科、自治医科大学 とちぎ子ども医療センター 耳鼻咽喉科）

P2-4. 頸部腫瘍を契機に判明した梅毒の1例

後藤謙太、有岡駿、山下恵司（市立函館病院 耳鼻咽喉科）

P2-5. ナビゲーションシステムの使用により安全に排膿可能であった小児咽後膿瘍の一例

木津有美、橋本馨、梅本真吾、立山香織、川野利明、平野隆

（大分大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P4群 睡眠時呼吸障害 (17:10 ~ 17:52)

座長：片田彰博（旭川赤十字病院）
長尾明日香（高知大学）

P4-1. 名鉄病院における舌下神経電気刺激療法の現状と睡眠検査技師の取り組み

平田正敏（名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 中央臨床検査部）

中田誠一（名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 耳鼻咽喉科 睡眠障害センター）

P4-2. 当科における OSA に対する CWICKs2 症例の検討

矢島 謙人, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

P4-3. 当科で CWICKs を施行した閉塞性睡眠時無呼吸症例の検討

佐藤慎太郎, 江崎 伸一, 勝見さち代, 有馬菜千枝

(名古屋市立大学病院 睡眠医療センター, 名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

岩崎 真一 (名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

P4-4. Empty Nose Syndrome を合併した SAS に対し CPAP が有効であった症例

樋口 良太, 宮本 雄介, 中川 尚志 (九州大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

P4-5. 小児閉塞性睡眠時無呼吸に対する被膜内扁桃摘出術およびアデノイド切除術の長期成績

野田 昌生, 甲州 亮太, 伊藤 真人 (自治医科大学 小児耳鼻咽喉科)

P4-6. 当院における小児睡眠時無呼吸症の検討

酒井 あや, 三輪 高喜, 志賀 英明 (金沢医科大学)

P6 群 口腔・咽頭① (17:10 ~ 17:45)

座長:木 村 文 美 (藤田医科大学ばんたね病院)

平 野 愛 (東北大学病院)

P6-1. 咽頭経口の手術後狭窄に対する細胞シートの予防効果: ラットモデルを用いた基礎検討

平野 正大, 宇野 光祐, 塩谷 彰浩, 荒木 幸仁 (防衛医科大学校病院)

P6-2. 上咽頭擦過療法により頸部皮下気腫を生じた一例

片岡 俊貴, 中西わか子 (JR 東京総合病院 耳鼻咽喉科)

P6-3. 難治性の咽喉頭炎を呈した水疱性類天疱瘡の一例

大氣 采女, 野澤 皓貴, 鍋山 新, 矢野 真衣, 中筋 康太, 宇留間周平, 野垣 岳稔
(昭和医科大学横浜市北部病院)

P6-4. IgA 抗体単独陽性を示した口腔咽喉頭の粘膜類天疱瘡例

高岡 獨, 佐藤 豪, 川淵 海翔, 近藤 英司, 北村 嘉章
(徳島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

P6-5. 健常人における外耳道カプサイシン刺激とサブスタンス P 濃度変化

近藤 英司, 川淵 海翔, 高岡 獨, 佐藤 豪, 北村 嘉章
(徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第1日 9月11日（木）
ハンズオンセミナー会場

検査講習 領域講習

ハンズオンセミナー1 (10:00 ~ 11:00)

「もう困らない無呼吸検査」

講師：中田 誠一（名鉄病院）

ハンズオンセミナー2 (14:50 ~ 16:20)

司会：原 渕 保 明（旭川医科大学）

新 谷 朋 子（とも耳鼻科クリニック）

アシスタント：新 谷 朋 子（とも耳鼻科クリニック）

竹 澤 裕 之（たけざわ耳鼻咽喉科）

「上咽頭擦過療法のコツとピットフォール」

内視鏡下上咽頭擦過療法（Endoscopic EAT : E-EAT）の標準的手技と実践ポイント

講師：西 憲祐（西耳鼻咽喉科医院）

田中 亜矢樹（田中耳鼻咽喉科）

萩野 仁志（はぎの耳鼻咽喉科）

ハンズオンセミナー3 (17:00 ~ 18:00)

「コブレーターを用いたPIT（Powered Intracapsular Tonsillectomy）ハンズオンセミナー」

講師：河野 正充（和歌山県立医科大学）

ハンズオン講師：濱本 真一（川崎医科大学）

島田 茉莉（自治医科大学）

原 浩貴（川崎医科大学）

第2日9月12日(金)

第1会場

教育講演4 (9:00 ~ 9:50)

司会: 小森 学 (聖マリアンナ医科大学)

「シェーグレン症候群をどこまで理解していますか?」

1. シェーグレン症候群の早期発見のために耳鼻咽喉科医ができること

山村 幸江 (東京女子医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

2. シェーグレン患者の現状と実際

小森 香 (高知大学医学部 環境医学教室)

第14群 味覚 (9:55 ~ 10:55)

座長: 阪上 雅史 (兵庫医科大学)

北原 純 (奈良県立医科大学)

O14-1. 口腔乾燥症を併発している味覚障害患者に関する臨床検討

船山さおり, 伊藤加代子 (新潟大学医歯学総合病院 口腔リハビリテーション科)

井上 誠 (新潟大学医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

O14-2. 慢性鼻副鼻腔炎症例における苦味受容体の機能発現と鼻腔NO測定による評価

竹野 幸夫, 上田 勉, 濱本 隆夫, 榎谷 貴之

(広島大学大学院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学)

O14-3. 亜鉛補充療法が普及し以前よりも難治な症例が紹介される嗅覚・味覚センターの現状

柴田 美雅 (産業医科大学病院 嗅覚・味覚センター, 産業医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外
科, 産業医科大学病院 産業医臨床研修等指導教員)

堀 龍介

(産業医科大学病院 嗅覚・味覚センター, 産業医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

O14-4. 一般地域住民を対象とした味覚機能と抑うつ状態との関連についての検討

山内 一崇, 出石 りさ, 清水目奈美, 工藤 玲子, 後藤 真一

(弘前大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座)

宮崎 明子, 小濱 佑介 (ハウス食品グループ本社株式会社 研究開発本部)

川端 二功 (弘前大学農学生命科学部)

川端 由子, 實松 敬介, 高井 信吾, 重村 憲徳

(九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野)

山添 淳一 (九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科)

O14-5. ろ紙ディスク検査用の味質溶液を用いた全口腔法味覚検査の検討

田中 真琴 (東京都立広尾病院 耳鼻咽喉科)

平野 良, 野村 泰之, 大島 猛史 (日本大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

O14-6. 濾紙ディスク法用の溶液を用いた全口腔法の有用性

任 智美, 春名 威範, 都築 建三 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

領域講習

学術講演 (11:05 ~ 12:05)

司会: 岩井 大 (関西医科大学)

味覚と健康: 薬剤性味覚障害の発症機構と全身における味覚機能

重村 憲徳 (九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野)

ランチョンセミナー 4 (12:15 ~ 13:15)

司会：原 渕 保 明 (旭川医科大学)

超音波振動を使いこなす：FUSE 取得医師が伝える Harmonic Focus の真価

対馬那由多 (北海道大学 大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

領域講習

シンポジウム 3 (13:25 ~ 14:40)

司会：原 浩 貴 (川崎医科大学)

千葉伸太郎 (太田睡眠科学センター)

「理事長特別企画：試される睡眠医療—耳鼻咽喉科睡眠科としての役割—」

1. 耳鼻咽喉科医による CPAP 診療と鼻科手術の役割

北村 拓朗 (産業医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

2. 閉塞性睡眠時無呼吸に対する咽頭手術の適応・効果・限界

井下 綾子 (順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座)

3. 閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) の総合的診療における舌下神経刺激療法 (HNS)

安達 美佳 (東北大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

4. 小児 OSA と子どもの成長を見守る耳鼻咽喉科診療 (鼻呼吸の重要性)

小森 正博 (川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

梶山 泰平, 長尾明日香 (高知大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科)

第 2 日 9月 12 日 (金)

第 2 会場

モーニングセミナー (8:30 ~ 8:50)

司会：堀 龍介 (産業医科大学)

本職イラストレーターによる口腔・咽頭手術イラストことはじめ

井上 星奈 (手術専門イラストスタジオ・URGIC)

第 15 群 上咽頭① (9:00 ~ 9:30)

座長：生駒 亮 (横浜南共済病院)

O15-1. 慢性上咽頭炎の EAT による自覚症状改善因子の検討

大野 芳裕 (大野耳鼻咽喉科)

O15-2. 上咽頭炎モデルマウスにおける塩化亜鉛の抗炎症効果についての検討

井上 貴博, 大湊 久貴, 佐藤 遼介, 岸部 幹, 高原 幹

(旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

熊井 琢美, 大原 賢三

(旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座, 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座)

O15-3. 上咽頭腺扁平上皮癌の一例

永田ゆりの, 近松 一朗 (群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科)

關 麻衣 (群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学)

久永 悅子 (群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科)

領域講習

パネルディスカッション3 (9:35 ~ 10:50)

司会：藤枝重治（福井大学）
吉崎智一（金沢大学）

「上咽頭の不思議」

1. 上咽頭組織に潜む免疫の守護者たち—細胞の多様性と機能に迫る—

小笠原徳子

(札幌医科大学医学部感染学講座微生物学分野、札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

2. 空間的遺伝子発現解析で描く上咽頭と Long COVID の病態地図

西憲祐（西耳鼻咽喉科医院、福岡歯科大学 口腔医学研究センター）

3. 上咽頭炎と音声障害

楠山敏行（東京ボイスクリニック、国立音楽大学 音楽学部）

中川秀樹（東京ボイスクリニック、聖母病院 耳鼻咽喉科）

池田俊也（国際医療福祉大学 医学部 公衆衛生学）

熊井琢美（旭川医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学）

4. EBV 感染が誘導する上咽頭癌のエピゲノム異常

溝上晴恵（金沢大学大学院医薬保健総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、千葉大学大学院医学研究院 分子腫瘍学、厚生連高岡病院 耳鼻咽喉科）

近藤悟、吉崎智一（金沢大学大学院医薬保健総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

第16群 上咽頭② (11:00 ~ 11:40)

座長：河野正充（和歌山県立医科大学）

大越明（東北大学）

O16-1. シスプラチナ + エトポシド療法と化学放射線療法を施行した上咽頭神経内分泌癌の一例

倉品芽衣、内田美帆、笠井仁貴、小川由希子、永田ゆりの、近松一朗
(群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O16-2. 扁摘後に再燃した IgA 腎症例への維持療法としての上咽頭擦過療法—2年予後—

土井彰、小桜謙一（高知医療センター耳鼻咽喉科）
出原悠子、土山芳徳（高知医療センター腎臓内科）
赤木博文（岡山市）

O16-3. 上咽頭癌の滲出性中耳炎に関する検討

天野晟人、川崎博人、日高浩史、阪上智史、鈴木健介、藤澤琢郎、八木正夫
(関西医科大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O16-4. 脳脊髄液漏出症、体位性頻脈症候群 (POTS) に対する上咽頭擦過療法

縫郁美、新谷朋子（とも耳鼻科クリニック）

ランチョンセミナー5 (12:15 ~ 13:15)

司会：三輪高喜（金沢医科大学）

「CRSwNP～手術／薬物療法 update」

1. 好酸球性鼻副鼻腔炎に対する一貫した治療戦略における内視鏡下鼻内手術の役割

大國毅（札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座）

2. CRSwNP における嗅覚障害 update

近藤健二（東京大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学）

第17群 頭頸部症例② (13:25 ~ 14:25)

座長：鈴木正志（大分大学）

鈴木幹男（琉球大学）

- O17-1. 先天性後鼻孔閉鎖症 31 例における呼吸管理

今村香菜子、齋川智弘、三好直人、鈴木法臣、守本倫子
(国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科)

- O17-2. Facelift 法による副咽頭腫瘍摘出術

太田伸男、鈴木貴博、館田豊、山崎宗治、佐藤輝幸、東海林史（東北医科大学）

- O17-3. 舌下神経管頭蓋外開口部周囲の骨棘が原因と考えられた舌下神經単独麻痺の一例

木村有佐（洛和会丸太町病院 耳鼻咽喉科、京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）
辻川敬裕、平野滋（京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）

- O17-4. 経口的切除した小児咽頭筋線維芽細胞腫の1例

武田ちなみ、樽谷貴之、濱本隆夫、上田勉、竹野幸夫
(広島大学病院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学教室)

- O17-5. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した咽頭アミロイドーシスの一例

深瀬裕之、松本文彦（順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座）
肥後隆三郎、伊藤伸
(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座、順天堂大学 医学部附属浦安病院)

- O17-6. 顎下腺腫瘍を疑われた舌神経鞘腫の1例

青木悠伍、志賀清人（いわき市医療センター 耳鼻咽喉科）
金澤丈治（自治医科大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科）

第2日 9月12日（金）

第3会場

第18群 睡眠時呼吸障害① (9:00 ~ 9:40)

座長：酒井あや（金沢医科大学）

本間あや（北海道大学）

- O18-1. 小児睡眠時呼吸障害における咽頭手術の適応

菊池淳
(菊池医院、愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、愛媛大学病院 睡眠医療センター)
羽藤直人（愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

- O18-2. 夜尿症児の PSG 上の特徴について

有馬菜千枝、江崎伸一、佐藤慎太郎
(名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科、名古屋市立大学病院睡眠医療センター)
勝見さち代、岩崎伸一（名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科）

- O18-3. 当科におけるいびき治療：口蓋垂軟口蓋咽頭形成術（UPPP）の検討

古館佐起子、岡晋一郎、岩崎聰（国際医療福祉大学三田病院 耳鼻咽喉科）

- O18-4. 頭頸部癌患者の睡眠中における閉塞性睡眠時無呼吸症と嚥下の検討

石水瑛理奈、井下綾子
(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座、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)
大峠慎一、松本文彦（順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座）

第19群 舌下神経電気刺激装置 (9:40～10:20)

座長：池 園 哲 郎 (埼玉医科大学)

中 島 逸 男 (獨協医科大学)

- O19-1. 舌下神経電気刺激療法の1年以上経過例を含む治療効果と患者満足度の検討

井下 紗子, 石水瑛理奈

(順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座, 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)

大嶋 慎一, 松本 文彦 (順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座)

- O19-2. CPAP 不耐症・不忍容における舌下神経電気刺激療法の現状

中田 誠一 (名鉄病院 耳鼻咽喉科 / 睡眠障害センター)

平田 正敏 (名鉄病院 睡眠障害センター)

- O19-3. 当科における舌下神経電気刺激療法導入の初期経験と展望

吉松 葉奈, 北村 拓朗, 堀 龍介 (産業医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)

- O19-4. 手術用顕微鏡システム ORBEYE を用いた舌下神経電気刺激装置植込み術

大嶋 慎一, 井下 紗子, 石水瑛理奈, 松本 文彦 (順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座)

第20群 睡眠時呼吸障害② (10:25～11:05)

座長：鈴 木 雅 明 (帝京大学ちば総合医療センター)

工 穂 (信州大学)

- O20-1. 睡眠医療センター開設20年のOSA治療の検討

添田 弘之, 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)

中山 次久 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

- O20-2. 術後咽頭狭窄による気道狭窄感に対する咽頭形成術 (RL-CHOKY)

千葉伸太郎 (太田睡眠科学センター)

- O20-3. PSG検査以外の多角的検査指標を用いたOSAの重症度予測についての試み

松下 豊, 小島 博己 (東京慈恵会医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

千葉伸太郎 (東京慈恵会医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科, 太田睡眠科学センター 耳鼻咽喉科)

- O20-4. 自然睡眠内視鏡による上気道評価の有用性

齊藤 吉紀, 千葉伸太郎 (太田睡眠科学センター, 東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科学教室)

第21群 異物・外傷 (11:10～12:00)

座長：近 松 一 朗 (群馬大学)

室 野 重 之 (福島県立医科大学)

- O21-1. WEERDA型直達喉頭鏡下で経口腔的に摘出し得た咽頭腔外魚骨異物

松下 大樹 (JCHO神戸中央病院 耳鼻いんこう科)

柴田 敏章 (JCHO神戸中央病院 耳鼻いんこう科, 京都第一赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O21-2. 全身麻酔下に施行した咽頭・食道異物摘出術の検討

和泉佐季子, 加藤 久幸, 楠谷 一郎 (藤田医科大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

吉岡 哲志, 柴田 采佳 (藤田医科大学岡崎医療センター 耳鼻いんこう科)

- O21-3. 当科における8年間の口腔・咽喉頭・食道異物症例100例の検討

平林 瑛子, 油井 健史 (東京都立荏原病院 耳鼻咽喉科, 昭和医科大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科)

木村百合香 (昭和医科大学 江東豊洲病院 耳鼻咽喉科)

O21-4. 当科における咽頭および鼻腔異物の臨床的検討：過去 10 年間の後方視的解析

谷水 宏圭, 飯島 宏章, 芦田 裕士, 山内 麻由, 寺邑 堅信, 小幡 和史, 和佐野浩一郎,
大上 研二 (東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O21-5. 気腫、膿瘍形成を認めた歯ブラシ外傷による口腔、咽頭外傷の 3 例

長濱 宗嗣, 高橋 邦行 (宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

ランチョンセミナー 6 (12:15 ~ 13:15)

司会：岸 本 曜 (京都大学医学部附属病院)

「頭頸部アルミノックス治療の出番！～活用タイミングとシチュエーション～」

1. シークエンシャルな頭頸部がん治療戦略における頭頸部アルミノックス治療の位置付け
辻川 敬裕 (京都府立医科大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
2. 自施設の考える咽頭癌への頭頸部アルミノックス治療の出番
垣内 晃人 (札幌医科大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第 22 群 光免疫療法・BNCT (13:25 ~ 14:15)

座長：萩 森 伸一 (大阪医科大学)

岡 本 伊 作 (東京医科大学)

O22-1. 下咽頭癌に対して頭頸部アルミノックス治療を施行した一例の喉頭浮腫・嚥下機能の経過

下野友太郎, 塚原 清彰, 岡本 伊作 (東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O22-2. 光免疫療法における下咽頭病変への照射法についての検討

木村 透, 藤原 和典 (鳥取大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

O22-3. 下咽頭癌に対するサイドファイヤーディフューザーを用いた光免疫療法の治療経験

石田 芳也 (北見赤十字病院)

O22-4. 口腔癌 BNCT における放射線性口内炎発症頻度とそのリスク因子の解析

粟飯原輝人, 萩森 伸一

(大阪医科大学関西 BNCT 共同医療センター, 大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

O22-5. 口腔病変への頭頸部アルミノックス治療における気道管理の検討

伊藤 智咲, 辻川 敬裕, 菅谷 翔太, 吉澤 宏一, 木村 有佐, 佐分利純代, 永尾 光,
平野 澄 (京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室)

第 23 群 手術支援機器 (14:15 ~ 14:45)

座長：角 南 貴 司 子 (大阪公立大学)

O23-1. Gungrasp forceps の検討

枇杷田美沙 (東京警察病院 耳鼻咽喉科)

O23-2. 耳鼻咽喉科における VISERA ELITE III の使用経験

渡邊 昭仁 (恵佑会札幌病院)

O23-3. Semantic segmentation モデルを用いた AI による咽喉頭表在癌の術中切除範囲評価

柚木 稲平, 藤村真太郎, 大森 孝一 (京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

橋谷 一郎 (藤田医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

第2日9月12日(金)
第4会場

第24群 口腔癌① (9:00 ~ 9:50)

座長：松浦一登(国立がん研究センター東病院)
安藤瑞生(岡山大学)

- O24-1. 口腔癌における予後因子としてのCD151の有用性

竹内一隆, 石田航太郎, 馬越優征, 三澤清
(浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O24-2. 当科における口腔癌の治療の検討

安場雅高, 山本祐輝, 亀井優嘉里, 角南貴司子
(大阪公立大学 医学部 耳鼻咽喉病態学教室)

- O24-3. 口腔癌広範囲切除再建症例における経口摂取機能の回復と予後因子の検討

川淵海翔, 近藤英司, 高岡獎, 佐藤豪, 北村嘉章
(徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O24-4. 舌癌胸骨上リンパ節転移に対して外科的切除を施行した一例

安田大成, 中平光彦(埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科)

- O24-5. 下顎骨区域切除以上を要した口腔癌に関する検討

真栄田裕行, 石川航大, 嘉陽祐紀, 鈴木幹男
(琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座)

教育講演5 (9:55 ~ 10:25)

司会：丹生健一(神戸大学)

「高齢者の口腔癌～あなたならどう治しますか？」

高齢者の口腔癌に対する治療戦略

折田頼尚(熊本大学大学院生命科学研究部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

第25群 口腔癌② (10:30 ~ 11:30)

座長：朝蔭孝宏(東京科学大学)
三澤清(浜松医科大学)

- O25-1. 遺伝子発現データと臨床情報の統合解析による舌癌の予後予測モデルの探索

足立直人, 菅野真史, 加藤幸宣, 藤枝重治(福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- O25-2. 舌転移が初発症状であった胆管癌多発転移の一例

舛尾陽菜, 根本俊光(成田赤十字病院)

- O25-3. 表皮水疱症に再建術を実施した舌がんの1例

山本朗子, 牧野琢丸, 藤本将平, 安藤瑞生(岡山大学 耳鼻咽喉頭頸部外科)

- O25-4. 審美性・機能性の保持を意図した上口唇腺癌に対するABBE flapの利用

石川航大, 嘉陽祐紀, 真栄田裕行, 鈴木幹男

(琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座)

- O25-5. 当科における口腔咽頭癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の検討

木村隆幸, 梅本匡弘, 小池智, 宮本一宏, 安倍大輔, 佐藤満雄, 若崎高裕,

北野睦三, 安松隆治(近畿大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

- O25-6. 妊娠性温存経て実際に妊娠に至ったAYA世代女性舌癌の一例

小泉麻里子, 角木拓朗, 松原眞人, 飯沼亮太, 寺澤耕祐, 小川武則

(岐阜大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

ランチョンセミナー 7 (12:15 ~ 13:15)

司会：都 築 建 三（兵庫医科大学）

好酸球動態から読み解く mepolizumab の真価

平野康次郎（昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座）

第 26 群 感染症② (13:25 ~ 14:15)

座長：竹 野 幸 夫（広島大学）

小 笠 原 德 子（札幌医科大学）

O26-1. 外頸静脈に血栓を形成した非典型的なレミエール症候群の一例

玉木 京, 和田 弘太（東邦大学 医学部 耳鼻咽喉科）

山口 裕聖, 大平 真也

（東邦大学 医学部 耳鼻咽喉科, 医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 耳鼻咽喉科）

O26-2. 当科における扁桃周囲膿瘍症例の検討

相川 遂夫, 石川 竜司（焼津市立総合病院）

O26-3. 当科における深頸部膿瘍 80 例の臨床的検討

山内 麻由, 谷水 宏圭, 芦田 裕士, 飯島 宏章, 寺邑 基信, 和佐野浩一郎, 大上 研二

（東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O26-4. 急性扁桃炎に続発しレミエール症候群をきたした一例

寺山 泰輔, 中澤 圭史（東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

O26-5. 深頸部膿瘍の咽頭皮膚瘻に対する陰圧閉鎖療法施行の工夫

上田 航毅, 石神 瑛亮（三重大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科）

第 2 日 9 月 12 日 (金)

展示・ポスター会場

P7 群 口腔・咽頭② (13:25 ~ 14:00)

座長：田 渕 経 司（筑波大学）

池 田 このみ（聖マリアンナ医科大学）

P7-1. 術中に発生した口蓋瘻孔に対し口腔側と鼻腔側から閉鎖した1例

鄭 裕華（昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座, 昭和医科大学 江東豊洲病院）

嶋根 俊和, 平野康次郎, 北嶋 達也, 平林 瑛子, 秦 美遙

（昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座）

P7-2. 口腔内から摘出した口腔底リンパ管腫の一例

島田ひかる（春日井市民病院 耳鼻咽喉科）

江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 有馬菜千枝, 岩崎 真一（名古屋市立大学大学院 耳鼻咽喉・頭頸部外科）

P7-3. Pierre Robin Sequence 児の気道管理に関する検討

三好 直人, 斎川 智弘, 今村香菜子, 鈴木 法臣, 守本 倫子

（国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科）

P7-4. 仮性顔面動脈瘤により上気道狭窄をきたした一例

内田 晶子, 新井 志帆, 五十嵐丈之, 島田 茉莉, 伊藤 真人, 金澤 丈治

（自治医科大学 医学部 耳鼻咽喉科）

P7-5. 経口で用いるフロントシュノーケルの競泳練習によって運動誘発性喉頭閉塞症が再発した競泳選手の一例

大谷真喜子, 河野 正充, 保富 宗城

（和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

P9 群 扁桃 (13:25 ~ 14:07)

座長：森 由 香 (富山大学)
島 田 茉 莉 (自治医科大学)

- P9-1. ウイルス機能解析に向けたヒト初代咽頭扁桃上皮細胞の延命化法の確立

高柳 夢, 小笠原徳子

(札幌医科大学 医学部 感染学講座 微生物学分野, 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)
高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)

- P9-2. 小児の口蓋扁桃摘出術における凝固能検査異常の検討

増田 葉菜, 福田裕次郎, 斎藤 沖真, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴
(川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学)

- P9-3. コロナ禍前後のインフルエンザウイルスワクチン接種後口蓋扁桃内免疫誘導の比較検討

橋本 馨 (大分大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 独立行政法人国立病院機構別府医療センター)
川野 利明, 岩田 美咲, 吉永 和弘, 平野 隆 (大分大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
上尾 綾子 (独立行政法人国立病院機構別府医療センター)

- P9-4. 口蓋扁桃摘出術後合併症の検討

落合 祐之, 北野 陸三, 安松 隆治 (近畿大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

- P9-5. 当科における関節炎を合併した掌蹠膿疱症の臨床検討

大堀純一郎, 山下 勝 (鹿児島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- P9-6. COVID-19 前後 10 年間における扁桃周囲膿瘍の症例動向

芦田 裕士, 飯島 宏章, 山内 麻由, 寺邑 壽信, 谷水 宏佳, 小幡 和史, 和佐野浩一郎,
大上 研二 (東海大学 医学部)

P11 群 異物・外傷 (13:25 ~ 14:07)

座長：中 山 次 久 (獨協医科大学)
岸 本 曜 (京都大学)

- P11-1. 自殺企図による頸部切創・開放性咽喉頭外傷の一例

田中 智規, 永野 広海, 松元 隼人, 山下 勝

(鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野)

藤崎 亮 (鹿児島医療センター 耳鼻咽喉科)

- P11-2. 咽頭異物（義歯）に対して意図的指掻き出し法が有効であった一例

長尾明日香, 手島 直則 (高知大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科)

土井 彰, 小桜 謙一 (高知医療センター 耳鼻咽喉科)

- P11-3. 当院における咽頭異物症例の検討

有岡 駿, 山下 恵司, 後藤 謙太 (市立函館病院 耳鼻咽喉科)

- P11-4. 齒根充填材の上顎洞迷入による歯性上顎洞炎に対し鼻副鼻腔手術を行った一例

増澤 実亜, 中村 充人, 澤口 未来, 玉木 京, 山口 裕聖, 松井 秀仁, 和田 弘太
(東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科)

- P11-5. 抜管時の次没食子酸ビスマス誤嚥により呼吸困難を起こした小児例

川野 利明, 橋本 馨, 岩田 美咲, 平野 隆 (大分大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

- P11-6. 外切開での摘出が必要になった食道穿孔異物の 2 例

楊 量雅, 中村 宏舞, 丸尾 貴志, 藤本 保志 (愛知医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

P8 群 摂食嚥下・構音・味覚 (14:10 ~ 14:52)
座長：工 藤 直 美 (弘前大学)
田 中 真 琴 (東京都立広尾病院)

- P8-1. 当院で施行した誤嚥防止術の術後合併症と栄養・摂食状況変化の検討
坂本 めい, 津田 潤子, 篠原 秀平, 山本 陽平, 菅原 一真
(山口大学大学院 医学系研究科 耳鼻咽喉科学)
- P8-2. 稀な構音障害を初発とし舌萎縮を呈した慢性炎症性脱髓性多発神経炎例
佐藤 豪, 川淵 海翔, 高岡 燐, 近藤 英司, 北村 嘉章
(徳島大学大学院 医歯薬学研究部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)
- P8-3. COVID-19 既往の有無が耳鼻咽喉科手術周術期味覚に及ぼす影響
川添 韶, 木村 翔一, 坂田 俊文 (福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室)
- P8-4. 味覚障害を主訴に受診し診断に至ったペーチェット病の一例
春名 威範, 任 智美, 都築 建三 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
- P8-5. 口腔・中咽頭癌再建術前の高解像度マノメトリー検査を含めた嚥下機能評価
高島寿美恵, 熊井 良彦 (長崎大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科)
- P8-6. 当院の摂食嚥下チーム介入についての検討
篠原 秀平, 坂本 めい, 山本 陽平, 津田 潤子, 菅原 一真
(山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学)

P10 群 唾液腺腫瘍① (14:10 ~ 14:45)
座長：高 橋 邦 行 (宮崎大学)
和佐野 浩一郎 (東海大学)

- P10-1. 顎下部に生じた濾胞樹状細胞肉腫の1例
角田 篤信, 炭田 芝穂, 角 恵理子 (順天堂大学 練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科)
- P10-2. 気道狭窄を来たした耳下腺癌多発転移例
川崎 泰士 (静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
- P10-3. 慢性反復性唾液腺炎から小児シェーグレン症候群の診断に至った一例
多田 紫布, 福田裕次郎, 假谷 伸, 小森 正博, 原 浩貴
(川崎医科大学附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科)
- P10-4. 口腔底に発生した巨大多形腺腫の一例
曾 由布, 杉尾雄一郎 (独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院)
- P10-5. 高齢者・進行例を含む耳下腺癌の治療経験
福田裕次郎, 斎藤 沖真, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴
(川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学)

P12 群 唾液腺腫瘍② (14:10 ~ 14:38)
座長：志 賀 英 明 (金沢医科大学)
橋 本 香 里 (四国がんセンター)

- P12-1. 頬粘膜小唾液腺由来の clear cell carcinoma の一例
三輪奈都美, 中平 光彦, 安田 大成 (埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科)
- P12-2. 術前評価で良性が疑われた副耳下腺分泌癌の1例
永井 遼斗 (慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 東京都済生会中央病院)
笠原 健, 御子柴卓弥, 関水真理子, 小澤 宏之
(慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

P12-3. 軟口蓋に生じた多形腺腫を内視鏡下で摘出した一例

松尾聰一郎, 西尾 直樹, 曾根三千彦 (名古屋大学 医学部 耳鼻咽喉科)

P12-4. 当院における唾液腺癌の治療の検討

亀井優嘉里, 山本 祐輝, 安場 雅高, 角南貴司子 (大阪公立大学 耳鼻咽喉科)

第2日 9月12日 (金)
ハンズオンセミナー会場

検査講習 領域講習

ハンズオンセミナー4 (9:00 ~ 10:00)

「強みにしたい味覚検査」

講師：任 智美 (兵庫医科大学)

ハンズオンセミナー5 (10:30 ~ 11:30)

「マイクロデブリッダーを用いた PIT (Powered Intracapsular Tonsillectomy) ハンズオンセミナー」

講師：横山 菜悠 (聖マリアンナ医科大学)

ハンズオン講師：小森 学 (聖マリアンナ医科大学)

野田 昌生 (自治医科大学)

伊藤 真人 (自治医科大学)

第6回唾液腺内視鏡ハンズオンセミナー (13:20 ~ 16:20)

講師：松延 育 (日本医科大学)

江崎 伸一 (名古屋市立大学)

大塚雄一郎 (千葉県立海浜病院)

小林 泰輔 (鷹の子病院)

斎藤 陽元 (熊本大学)

鈴木 貴博 (東北医科大学)

高原 幹 (旭川医科大学)

寺田 哲也 (大阪医科大学)

第2日 9月12日 (金)

みはら耳鼻咽喉科

ハンズオンセミナー6 (13:25 ~ 14:55)

司会：新 谷 朋 子 (とも耳鼻科クリニック)

アシスタント：新 谷 朋 子 (とも耳鼻科クリニック)

竹澤 裕之 (たけざわ耳鼻咽喉科)

「上咽頭擦過療法のコツとピットフォール」

講師：大野 芳裕 (大野耳鼻咽喉科)

口腔・咽頭科 第38卷 第2号

Stomato-pharyngology Vol. 38 No. 2

第38回 日本口腔・咽頭科学会総会号

令和7年9月11日（木）・12日（金）

プレミアホテル-CABIN PRESIDENT- 函館

担当：札幌医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

日本口腔・咽頭科学会

Japan Society of Stomato-pharyngology

目 次

特別講演

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 限界に挑み続けて～「我以外皆我師」の教え～ | 清水 宏保 (元スピードスケート金メダリスト) 113 |
|-----------------------|-----------------------------------|

学術講演

| | |
|-------------------------------|---|
| 味覚と健康：薬剤性味覚障害の発症機構と全身における味覚機能 | 重村 憲徳 (九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野) 114 |
|-------------------------------|---|

教育講演 1

| | |
|--|--|
| 「TORS—目からウロコのコツとピットフォール—」 | |
| 1. 実臨床で役立つ TORS テクニック | |
| 塚原 清彰 (東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野) 115 | |
| 2. TORS における実践的コツとピットフォール | |
| 黒瀬 誠, 垣内 晃人, 山本 圭佑, 高柳 心, 大柳 政彦, 萬 顯, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 115 | |

教育講演 2

| | |
|--|--|
| 「試される診断力～この病変、診断できますか？」 | |
| 1. クイズで学ぶ口腔・咽頭粘膜病変 | |
| 林 達哉 (旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学病院医療安全管理部, 旭川医科大学手術部) 116 | |
| 2. 口腔・咽頭の粘膜病変 | |
| 余田 敬子 (東京女子医科大学附属足立医療センター 耳鼻咽喉科) 116 | |

教育講演 3

| | |
|---|--|
| 「扁桃・アデノイド手術—後出血ゼロ作戦—」 | |
| 内視鏡下パワーデバイス口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術 (PITA) の勧め | |
| 伊藤 真人 (自治医科大学 小児耳鼻咽喉科 耳鼻咽喉科学教室) 117 | |

教育講演 4

| | |
|--|--|
| 「シェーグレン症候群をどこまで理解していますか？」 | |
| 1. シェーグレン症候群の早期発見のために耳鼻咽喉科医ができること | |
| 山村 幸江 (東京女子医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 118 | |
| 2. シェーグレン患者の現状と実際 | |
| 小森 香 (高知大学医学部 環境医学教室) 118 | |

教育講演 5

| | |
|---|--|
| 「高齢者の口腔癌～あなたならどう治しますか？」 | |
| 高齢者の口腔癌に対する治療戦略 | |
| 折田 賴尚 (熊本大学大学院生命科学研究部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 119 | |

シンポジウム 1

「試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—」

| | |
|--|-----|
| 司会のことば | 120 |
| 熊井 良彦（長崎大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科） | |
| 藤本 保志（愛知医科大学耳鼻咽喉科頭頸部外科） | |
| 1. 嚥下内視鏡所見の伝え方—解釈のポイントと、多職種連携に活かす言語化の工夫— | |
| 田中加緒里（愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科） | 120 |
| 2. 耳鼻咽喉科外来での嚥下指導～びまん性嚥下性細気管支炎が外来を受診している～ | |
| 西山耕一郎（西山耳鼻咽喉科医院、東海大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | |
| 和佐野浩一郎、大上 研二（東海大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 121 |
| 3. 嚥下を助ける電気刺激療法—神経筋電気刺激療法の理論と応用 | |
| 杉山庸一郎（佐賀大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科講座） | |
| 岡村 誠司（祐愛会 織田病院 耳鼻咽喉科） | |
| 樋渡 亮子、大塚 拓実、宮崎 知子、福地 里奈、久保 美咲、吉村 義誠 | |
| （祐愛会 織田病院 リハビリテーション科） | 121 |
| 4. 耳鼻咽喉科医がすべき栄養管理 | |
| 末廣 篤（京都大学大学院 医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 122 |

シンポジウム 2

「試される唾液腺癌治療—スペシャリストに学ぶ新戦略—」

| | |
|--|-----|
| 司会のことば | 123 |
| 本間 明宏（北海道大学） | |
| 小澤 宏之（慶應義塾大学） | |
| 1. MRIによる耳下腺内顔面神経の描出と手術への応用 | |
| 御子柴卓弥、甲能 武幸、関水真理子、小澤 宏之 | |
| （慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室） | 123 |
| 2. 耳下腺癌手術の最前線：根治性と機能温存をどう両立するか？—外視鏡 ORBEYE を用いて— | |
| 八木 正夫、藤澤 琢郎、鈴木 健介、阪上 智史 | |
| （関西医大 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） | 124 |
| 3. 唾液腺癌の薬物治療 唾液腺導管癌を中心に | |
| 加納 里志（北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室） | 124 |
| 4. 先端ゲノム解析で紐解く腺様囊胞癌における二相性分化と Notch・Myb シグナルの関係 | |
| 小林 謙也（東京大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 125 |

シンポジウム 3

「理事長特別企画：試される睡眠医療—耳鼻咽喉科睡眠科としての役割—」

| | |
|--|-----|
| 司会のことば | 126 |
| 原 浩貴（川崎医科大学） | |
| 千葉伸太郎（太田睡眠科学センター） | |
| 1. 耳鼻咽喉科医による CPAP 診療と鼻科手術の役割 | |
| 北村 拓朗（産業医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） | 126 |
| 2. 閉塞性睡眠時無呼吸に対する咽頭手術の適応・効果・限界 | |
| 井下 綾子（順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座） | 127 |
| 3. 閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）の総合的診療における舌下神経刺激療法（HNS） | |
| 安達 美佳（東北大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科） | 127 |

| | |
|---|-----|
| 4. 小児 OSA と子どもの成長を見守る耳鼻咽喉科診療（鼻呼吸の重要性） 小森 正博（川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科） 梶山 泰平, 長尾明日香（高知大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科） | 128 |
| パネルディスカッション 1 | |
| 「BeReal！扁桃研究 扁桃における炎症・免疫の多様性に挑む」 司会のことば 保富 宗城（和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） 高原 幹（旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 129 |
| 1. 慢性炎症と IgA 脾症：病態解明へのアプローチ 菅谷 泰樹, 高野 賢一（札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） | 129 |
| 2. IgA 脾症の遺伝子的特徴と口蓋扁桃摘出術によってもたらされる遺伝子変化 藤代 拓（ひだか病院 耳鼻咽喉科） 金子富美恵（済生会有田病院 耳鼻咽喉科） 今福 匠司, 橋本 真一（和歌山県立医科大学 分子病態解析） 河野 正充, 保富 宗城（和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 130 |
| 3. 扁桃病巣疾患とマイクロバイオーム 熊井 琢美 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座) | 130 |
| 4. 扁桃におけるウイルス感染と局所発癌メカニズム 岸川 敏博（大阪大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 131 |
| パネルディスカッション 2 | |
| 「ダブルライセンサーの本音と提言」 司会のことば 香取 幸夫（東北大学） 猪原 秀典（大阪大学） | 132 |
| 1. 医科歯科連携の今後 萬 顕, 高野 賢一（札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） | 132 |
| 2. 医科と歯科のダブルライセンスを持つものとしての希望 山崎 知子（埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科・耳鼻咽喉科） | 133 |
| 3. 頭頸部外科医にとってのダブルライセンスの意義について 河邊 浩明（市立青梅総合医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 133 |
| パネルディスカッション 3 | |
| 「上咽頭の不思議」 司会のことば 藤枝 重治（福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） 吉崎 智一（金沢大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） | 134 |
| 1. 上咽頭組織に潜む免疫の守護者たち—細胞の多様性と機能に迫る— 小笠原徳子（札幌医科大学医学部感染学講座微生物学分野, 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） | 134 |
| 2. 空間的遺伝子発現解析で描く上咽頭と Long COVID の病態地図 西 憲祐（西耳鼻咽喉科医院, 福岡歯科大学 口腔医学研究センター） | 135 |

| | |
|---|-----|
| 3. 上咽頭炎と音声障害 | |
| 楠山 敏行 (東京ボイスクリニック、国立音楽大学 音楽学部) | |
| 中川 秀樹 (東京ボイスクリニック、聖母病院 耳鼻咽喉科) | |
| 池田 俊也 (国際医療福祉大学 医学部 公衆衛生学) | |
| 熊井 琢美 (旭川医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学) | 135 |
| 4. EBV 感染が誘導する上咽頭癌のエピゲノム異常 | |
| 溝上 晴恵 (金沢大学大学院医薬保健総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 千葉大学大学院医学研究院 分子腫瘍学, 厚生連高岡病院 耳鼻咽喉科) | |
| 近藤 悟, 吉崎 智一 (金沢大学大学院医薬保健総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 136 |
| ハンズオンセミナー 1 | |
| もう困らない無呼吸検査 | |
| 中田 誠一 (名鉄病院 耳鼻咽喉科 / 睡眠障害センター) | |
| 平田 正敏 (名鉄病院 睡眠障害センター) | 137 |
| ハンズオンセミナー 2 | |
| 「上咽頭擦過療法のコツとピットフォール」 | |
| 内視鏡下上咽頭擦過療法 (Endoscopic EAT : E-EAT) の標準的手技と実践ポイント | |
| 西 憲祐 (日本口腔・咽頭科学会 上咽頭擦過療法検討委員会, 西耳鼻咽喉科医院, 福岡歯科大学 口腔医学研究センター) | |
| 田中亜矢樹 (日本口腔・咽頭科学会 上咽頭擦過療法検討委員会, 田中耳鼻咽喉科) | |
| 萩野 仁志 (日本口腔・咽頭科学会 上咽頭擦過療法検討委員会, はぎの耳鼻咽喉科) | 138 |
| ハンズオンセミナー 4 | |
| 強みにしたい味覚検査 | |
| 任 智美 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 139 |
| ランチョンセミナー 1 | |
| 「低侵襲手術の現在地～咽頭・甲状腺領域におけるデバイス活用～」 | |
| 1. 「全部取らない」という選択 : PITA が目指す小児 OSA 治療の新潮流 | |
| 小森 学 (聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科) | 140 |
| 2. 内視鏡・ロボット甲状腺手術におけるリガシュア TM XP の有用性 | |
| 黒瀬 誠, 高野 賢一 (札幌医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 140 |
| ランチョンセミナー 2 | |
| コブレーターによる低侵襲な扁桃手術を目指して : Coblation Intracapsular tonsillectomy | |
| 河野 正充 (和歌山県立医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 141 |
| ランチョンセミナー 3 | |
| 再発転移頭頸部癌の ICI を中心とした治療戦略 : エビデンスと現場の架け橋を目指して | |
| 小川 武則 (岐阜大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野) | 142 |

ランチョンセミナー4

超音波振動を使いこなす：FUSE 取得医師が伝える Harmonic Focus の真価

対馬那由多（北海道大学 大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室） 143

ランチョンセミナー5

「CRSwNP～手術／薬物療法 update」

1. 好酸球性鼻副鼻腔炎に対する一貫した治療戦略における内視鏡下鼻内手術の役割

大國 肇（札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座） 144

2. CRSwNP における嗅覚障害 update

近藤 健二（東京大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科） 144

ランチョンセミナー7

好酸球動態から読み解く mepolizumab の真価

平野康次郎（昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座） 145

スイーツセミナー

HME による下気道の保護と Provox の挿入・交換手技

神山 亮介（がん研究会有明病院） 146

一般演題

第1群 扁桃①

- O1-1. 口蓋扁桃摘出術の安全性を高めるための取り組み
西田 幸平, 乙田 愛美 (国立病院機構 三重中央医療センター 耳鼻咽喉科) 149
- O1-2. 安全性の高い口蓋扁桃摘出術の伝承の取り組み
乙田 愛美, 西田 幸平 (国立病院機構三重中央医療センター 耳鼻咽喉科) 149
- O1-3. 扁桃摘出術後出血における病理組織標本のマルチレベルロジスティック回帰分析
馬越 優征, 上村 広希, 竹内 一隆, 石田航太郎, 三澤 清
(浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 150
- O1-4. 両側口蓋扁桃摘出術が著効した扁桃炎に伴う反応性関節炎
加藤 幸宣, 足立 直人, 菅野 真史, 高林 哲司, 藤枝 重治
(福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 150

第2群 摂食嚥下・構音①

- O2-1. 日本人男性における口唇閉鎖力と舌圧の解析
平野康次郎, 秦 美遙, 鄭 裕華, 北嶋 達也, 嶋根 俊和
(昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座) 151
- O2-2. 明らかな誘因を認めず喉頭蓋が退縮した高齢女性の一例
井上なつき, 山口 宗太, 吉川 衛 (東邦大学 医療センター大橋病院 耳鼻咽喉科) 151
- O2-3. 気管切開後患者に対する頸部装着型電子聴診器を用いた観察研究
松本 信, 和田 哲郎, 福澤 智, 清水 如代, 田渕 経司 (筑波大学) 152
- O2-4. 当院摂食嚥下チームによる嚥下診療の現状と課題
津田 潤子, 坂本 めい, 篠原 秀平, 山本 陽平, 菅原 一真
(山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学) 152

第3群 摂食嚥下・構音②

- O3-1. 全身麻酔手術後に発症した両側声帯麻痺を伴う Tapia 症候群の 1 例
飯塚 和奏, 田中 英基, 丸山 謙, 清水 顕, 塚原 清彰
(東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野) 153
- O3-2. 免疫関連有害事象 (irAE) として重症筋無力症, 嚥下障害, 声帯開大障害をきたした 1 例
河辺 隆誠, 細川 清人, 猪原 秀典
(大阪大学 医学部 医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 153
- O3-3. 抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う声帯萎縮を認めた 1 例
辻土名 貢, 佐々木彩花, 小口 慶悟, 新田 清一 (済生会宇都宮病院) 154

第4群 頭頸部症例①

- O4-1. 診断に苦慮した顔面下顎皮下・頬粘膜下腫瘍
木村 直幹, 家根 且有 (ペルランド総合病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科)
北原 純 (奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学) 154
- O4-2. 経口腔法により摘出した副咽頭間隙腫瘍の一例
長井健一郎, 宇野 光祐, 坪井 秀之, 平野 正大, 古川 勝己, 塩谷 彰浩, 荒木 幸仁
(防衛医科大学校 耳鼻咽喉科学講座) 155
- O4-3. ELPS を応用し切除した副咽頭間隙神経鞘腫の 1 例
中川世来生, 鈴木 健介, 林 慶和, 阪上 智史, 藤澤 琢郎, 岩井 大, 八木 正夫
(関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 155

| | |
|--|---|
| O4-4. 下歯槽神経由來の神経鞘腫に対して内視鏡下口内法アプローチを試みた1例 | 明石 健, 菅澤 正(亀田総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 156 |
| O4-5. 咽後浮腫を契機に診断された上大静脈症候群例 | 佐々木彩花(済生会宇都宮病院, 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 辻土名 貢, 小口 慶悟, 新田 清一(済生会宇都宮病院) 高野 賢一(札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 156 |

第5群 唾液腺癌

| | |
|---|--|
| O5-1. 耳下腺粘表皮癌の術前悪性度診断 | 東野 正明 (大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 大阪医科大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 木下 一太, 神人 鮎, 粟飯原 輝人, 寺田 哲也, 萩森 伸一 (大阪医科大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 谷内 政崇(大阪鉄道病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 河田 了(洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 157 |
| O5-2. 耳下腺癌患者における組織型悪性度および予後と骨格筋量の関連について | 笠原 健, 御子柴卓弥, 関水真理子, 小澤 宏之 (慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) 157 |
| O5-3. 耳下腺腺様囊胞癌の診断および手術におけるMRI画像の有用性について | 木下 一太, 神人 鮎, 粟飯原輝人, 寺田 哲也, 萩森 伸一 (大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 東野 正明 (大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 河田 了 (大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 158 |
| O5-4. 唾液腺原発扁平上皮癌の治療成績に関する多施設後方視的解析 | 佐藤 遼介, 井上 貴博, 山木 英聖, 熊井 琢美, 高原 幹 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 158 |
| O5-5. 耳下腺多房性囊胞性病変として生じたMALTリンパ腫の1例 | 本郷 由比, 御子柴卓弥, 関水真理子, 甲能 武幸, 松居 祐樹, 笠原 健, 小澤 宏之 (慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) 159 |

第6群 唾液腺

| | |
|---|--|
| O6-1. 木村氏病に対する低線量放射線治療成績の検討 | 孔 憲和(富山大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 馬場 洋徳, 堀井 新(新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 森田 由香(富山大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 159 |
| O6-2. 良性耳下腺腫瘍におけるD-β-アスパラギン酸とペリオスチンの免疫組織化学的局在 | 館田 豊, 鈴木 貴博, 佐藤 輝幸, 太田 伸男 (東北医科大学 医学部 耳鼻咽喉科) 160 |
| O6-3. 耳下腺アミロイドーシスの一例 | 笠井 仁貴, 多田 紗恵, 倉品 芽衣, 小川由希子, 永田ゆりの, 近松 一郎 (群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 160 |
| O6-4. IgG4関連疾患の病態形成における濾胞外リンパ球の役割 | 酒本 博史, 亀倉 隆太, 高野 賢一(札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 161 |

O6-5. IgG4 関連疾患の病態形成における制御性 T 細胞サブセットの役割

田中 紀久, 亀倉 隆太, 高柳 心, 高野 賢一

(札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 161

第7群 頭頸部癌

O7-1. 甲状腺癌に対しエンコラフェニブ・ビニメチニブ開始直後に漿液性網膜剥離を生じた1例

吉川 桃花, 田中 英基, 塚原 清彰 (東京医科大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科) 162

O7-2. 根治治療不能な局所進行頭頸部癌における QUAD shot 施行症例の経験

小口 慶悟, 辺土名 貢, 佐々木彩花, 新田 清一 (済生会宇都宮病院 耳鼻咽喉科) 162

O7-3. 中咽頭癌症例の臨床的検討

山田 貴裕, 孔 憲和, 大井祐太朗, 中里 瑛, 森田 由香

(富山大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科) 163

O7-4. 切除断端評価から考える咽頭表在癌の術後治療

阪上 智史, 鈴木 健介, 藤澤 琢郎, 八木 正夫

(関西医大 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 163

O7-5. 咽喉頭腫瘍に対する経口的手術における Quality of Life についての検討

小幡 和史, 渡邊 嶺, 山内 麻由, 飯島 宏章, 大上 研二, 和佐野浩一郎

(東海大学医学部医学科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学) 164

第8群 下咽頭

O8-1. 当院における下咽頭癌に対する経口的咽頭癌手術の検討

上田 勉, 樽谷 貴之, 濱本 隆夫, 竹野 幸夫 (広島大学) 164

O8-2. 下咽頭癌術後に生じた総頸動脈出血に対して血管内ステント留置を施行し救命した1例

北嶋 達也 (昭和医科大学 頭頸部腫瘍センター)

平野 康次郎, 秦 美遙, 鄭 裕華

(昭和医科大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座)

嶋根 俊和

(昭和医科大学 頭頸部腫瘍センター, 昭和医科大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座) 165

O8-3. 複数回の機能温存手術を行った下咽頭高分化型脂肪肉腫の2症例

村山 公介, 秋定 直樹, 富岡 利文, 松浦 一登

(国立がん研究センター東病院 頭頸部外科) 165

O8-4. 進行下咽頭癌に対する術前下部消化管内視鏡検査で得られた同時重複大腸癌の検出率

石田航太郎, 馬越 優征, 竹内 一隆, 三澤 清

(浜松医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 166

O8-5. 蒸留水は Underwater 併用 ELPS に明瞭な視野をもたらすか

竹本 啓子, 阪上 智史, 鈴木 健介, 藤澤 琢郎, 八木 正夫

(関西医大 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 166

第9群 唾石

O9-1. 顎下腺移行部唾石摘出後の唾液分泌能の変化

鈴木 貴博, 館田 豊, 太田 伸男 (東北医科薬科大学 耳鼻咽喉科) 167

O9-2. CT ナビゲーションを併用して頬部小切開で摘出した耳下腺腺内唾石の一例

江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 有馬菜千枝, 岩崎 真一

(名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 167

| | | |
|---|--|-----|
| O9-3. 当科における顎下腺唾石症の検討 | 山木 英聖, 井上 貴博, 佐藤 遼介, 熊井 琢美, 岸部 幹, 高原 幹 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 168 |
| O9-4. 中等大 ($\geq 5\text{mm}$) 唾石に対する Ho-YAG レーザーを併用した唾液腺内視鏡手術 | 齋藤 陽元, 志茂田 裕, 村上 瑛, 折田 賴尚 (熊本大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 168 |
| O9-5. 当院における耳下腺唾石の手術と課題 | 大塚 雄一郎 (千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科) 花澤 豊行 (千葉大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 169 |
| O9-6. MRI-CT Fusion 画像を用いた移行部唾石の術前術式選択についての検討 | 濱中 啓祐, 松延 育, 後藤 穂 (日本医科大学付属病院) | 169 |

第10群 感染症①

| | | |
|---|---|-----|
| O10-1. 当院の梅毒例に関する検討 | 飯島 宏章, 山内 麻由, 小幡 和史, 芦田 裕士, 谷水 宏圭, 寺邑 売信, 和佐野浩一郎, 大上 研二 (東海大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 170 |
| O10-2. 頸部リンパ節結核に対する Core needle biopsy (CNB) の有用性 | 篠原 宏, 清水 啓成 (河北総合病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 170 |
| O10-3. COVID-19 大流行に伴うアデノイド増殖症の初診 / 手術患者数の月次推移 | 小川 真 (大阪市立総合医療センター) | 171 |
| O10-4. 鼻洗浄が鼻腔・上咽頭・口腔の細菌叢動態に及ぼす影響 | 木村 翔一 (福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野, 福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室) 西 憲祐, 山野 貴史 (福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野) | 171 |
| O10-5. 小児の伝染性单核球症に合併した扁桃周囲膿瘍の一例 | 藤井 宗孝 (順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座, 越谷市立病院 耳鼻咽喉科) 安齋 崇, 松本 文彦 (順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座) | 172 |
| O10-6. 扁桃周囲膿瘍の入院期間延長に関する臨床的因子の検討 | 斎原 衣里, 上田 航毅 (三重大学 大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科) | 172 |

第11群 PITA

| | | |
|---|--|-----|
| O11-1. マイクロデブリッダーを用いた被膜内口蓋扁桃摘出術の実際 | 増井 智基 (信州大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科, 諏訪赤十字病院耳鼻咽喉科頭頸部外科) 兒島 大貴, 工 穂 (信州大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科) | 173 |
| O11-2. PITA WG 報告 2 : 本邦の PITA の現状と、普及に向けて—全国アンケート調査— | 島田 茉莉, 伊藤 真人 (自治医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 河野 正充 (和歌山県立医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 浜本 真一 (川崎医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) | 173 |
| O11-3. 当院における小児睡眠時無呼吸症に対する PITA 施行例の検討・配慮点 | 青木 由宇 (市立敦賀病院 耳鼻いんこう科) | 174 |
| O11-4. PITA WG 報告 1 : 全国データにみる扁桃・アデノイド手術の変遷 | 横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 島田 茉莉, 伊藤 真人 (自治医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 河野 正充 (和歌山県立医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) 浜本 真一 (川崎医科大学, 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG) | 174 |

| | |
|---|-----|
| O11-5. PITA の安全性に関する単盲検前向き検討 | |
| 小森 学, 野村 憲吾, 横山 菜悠 (聖マリアンナ医科大学) | 175 |
| O11-6. 小児 OSA に対する PITA と従来法の周術期成績に関する 2 年間比較 | |
| 野村 憲吾, 横山 菜悠, 小森 学 (聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科) | 175 |

第 12 群 扁桃②

| | |
|--|-----|
| O12-1. アデノイド切除・扁桃摘出術後に凝固異常を伴う出血を繰り返した症例 | |
| 坂本 理恵 (福島県立医科大学 耳鼻咽喉科, 公益財団法人 星総合病院 耳鼻いんこう科) | |
| 室野 重之 (福島県立医科大学 耳鼻咽喉科) | 176 |
| O12-2. 口蓋扁桃摘出術の術前口腔内環境について | |
| 山野 貴史 (福岡歯科大学 総合医学講座 耳鼻咽喉科学分野) | |
| 西 憲祐 (福岡歯科大学口腔医学研究センター) | |
| 杉本 清楓 (福岡歯科大学歯科衛生士部) | 176 |
| O12-3. ショックバイタルを呈した扁桃摘出術後出血例 | |
| 橋口 直人, 生駒 亮 (国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院) | 177 |
| O12-4. 口蓋扁桃摘出術後に咽頭狭窄を生じた成人の 1 例 | |
| 高木 康平, 羽藤 直人 (愛媛大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | |
| 山名 悠太 (愛媛大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 市立宇和島病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 177 |
| O12-5. 当科における Bizact 導入後の口蓋扁桃摘出後後出血について | |
| 角 惠理子, 角田 篤信 (順天堂大学練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科) | 178 |

第 13 群 口腔

| | |
|--|-----|
| O13-1. 診断に難渋した尋常性天疱瘡の 1 例 | |
| 澤口 未来, 松井 秀仁, 増澤 実亜, 玉木 京, 山口 裕聖, 中村 允人, 和田 弘太 (東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科) | 178 |
| O13-2. 経時的な舌萎縮と舌線維側攣縮を観察した筋萎縮性側索硬化症症例 | |
| 平田 成未 (川崎医科大学 良医育成支援センター) | |
| 福田裕次郎, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴 (川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学) | 179 |
| O13-3. 全身症状をきたした豆乳による花粉 - 食物アレルギー症候群 (PFAS) の 4 例 | |
| 本間 あや, 本間 明宏 (北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) | |
| 鈴木 正宣, 中丸 裕爾 (北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室, 北海道大学病院 アレルギーセンター) | 179 |
| O13-4. 山梨県における花粉 - 食物アレルギー症候群の実態調査と啓発活動 | |
| 櫻井 大樹, 島村 歩美, 小佐野雅識, 石井 裕貴, 松岡 伴和 (山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 180 |

第 14 群 味覚

| | |
|---|-----|
| O14-1. 口腔乾燥症を併発している味覚障害患者に関する臨床検討 | |
| 船山さおり, 伊藤加代子 (新潟大学医歯学総合病院 口腔リハビリテーション科) | |
| 井上 誠 (新潟大学医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野) | 180 |

| | |
|--|-----|
| O14-2. 慢性鼻副鼻腔炎症例における苦味受容体の機能発現と鼻腔 NO 測定による評価 竹野 幸夫, 上田 勉, 濱本 隆夫, 榎谷 貴之 (広島大学大学院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学) | 181 |
| O14-3. 亜鉛補充療法が普及し以前よりも難治な症例が紹介される嗅覚・味覚センターの現状 柴田 美雅 (産業医科大学病院 嗅覚・味覚センター, 産業医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 産業医科大学病院 産業医臨床研修等指導教員) 堀 龍介 (産業医科大学病院 嗅覚・味覚センター, 産業医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 181 |
| O14-4. 一般地域住民を対象とした味覚機能と抑うつ状態との関連についての検討 山内 一崇, 出石 りさ, 清水目奈美, 工藤 玲子, 後藤 真一 (弘前大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 宮崎 明子, 小濱 佑介 (ハウス食品グループ本社株式会社 研究開発本部) 川端 二功 (弘前大学農学生命科学部) 川端 由子, 實松 敬介, 高井 信吾, 重村 憲徳 (九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野) 山添 淳一 (九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科) | 182 |
| O14-5. ろ紙ディスク検査用の味質溶液を用いた全口腔法味覚検査の検討 田中 真琴 (東京都立広尾病院 耳鼻咽喉科) 平野 良, 野村 泰之, 大島 猛史 (日本大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野) | 182 |
| O14-6. 濾紙ディスク法用の溶液を用いた全口腔法の有用性 任 智美, 春名 威範, 都築 建三 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 183 |

第15群 上咽頭①

| | |
|---|-----|
| O15-1. 慢性上咽頭炎のEATによる自覚症状改善因子の検討 大野 芳裕 (大野耳鼻咽喉科) | 183 |
| O15-2. 上咽頭炎モデルマウスにおける塩化亜鉛の抗炎症効果についての検討 井上 貴博, 大湊 久貴, 佐藤 遼介, 岸部 幹, 高原 幹 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 熊井 琢美, 大原 賢三 (旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座, 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座) | 184 |
| O15-3. 上咽頭腺扁平上皮癌の一例 永田ゆりの, 近松 一朗 (群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 關 麻衣 (群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学) 久永 悅子 (群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科) | 184 |

第16群 上咽頭②

| | |
|--|-----|
| O16-1. シスプラチニン+エトボシド療法と化学放射線療法を施行した上咽頭神経内分泌癌の一例 食品药品 茅衣, 内田 美帆, 笠井 仁貴, 小川由希子, 永田ゆりの, 近松 一朗 (群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 185 |
| O16-2. 扁摘後に再燃したIgA腎症例への維持療法としての上咽頭擦過療法—2年予後— 土井 彰, 小桜 謙一 (高知医療センター耳鼻咽喉科) 出原 悠子, 土山 芳徳 (高知医療センター腎臓内科) 赤木 博文 (岡山市) | 185 |

| | |
|---|-----|
| O16-3. 上咽頭癌の滲出性中耳炎に関する検討 | |
| 天野 晟人, 川崎 博人, 日高 浩史, 阪上 智史, 鈴木 健介, 藤澤 琢郎, 八木 正夫 (関西医大附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 186 |
| O16-4. 脳脊髄液漏出症, 体位性頻脈症候群(POTS)に対する上咽頭擦過療法 | |
| 縫 郁美, 新谷 朋子(とも耳鼻科クリニック) | 186 |

第17群 頭頸部症例②

| | |
|---|-----|
| O17-1. 先天性後鼻孔閉鎖症31例における呼吸管理 | |
| 今村香菜子, 斎川 智弘, 三好 直人, 鈴木 法臣, 守本 優子 (国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科) | 187 |
| O17-2. Facelift法による副咽頭腫瘍摘出術 | |
| 太田 伸男, 鈴木 貴博, 館田 豊, 山崎 宗治, 佐藤 輝幸, 東海林 史 (東北医科大学) | 187 |
| O17-3. 舌下神経管頭蓋外開口部周囲の骨棘が原因と考えられた舌下神経単独麻痺の一例 | |
| 木村 有佐(洛和会丸太町病院 耳鼻咽喉科, 京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) 辻川 敬裕, 平野 滋(京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) | 188 |
| O17-4. 経口的切除した小児咽頭筋線維芽細胞腫の1例 | |
| 武田ちなみ, 樽谷 貴之, 濱本 隆夫, 上田 勉, 竹野 幸夫 (広島大学病院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学教室) | 188 |
| O17-5. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した咽頭アミロイドーシスの一例 | |
| 深瀬 裕之, 松本 文彦(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座) 肥後隆三郎, 伊藤 伸 (順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座, 順天堂大学 医学部附属 浦安病院) | 189 |
| O17-6. 頸下腺腫瘍を疑われた舌神経鞘腫の1例 | |
| 青木 悠伍, 志賀 清人(いわき市医療センター 耳鼻咽喉科) 金澤 丈治(自治医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 189 |

第18群 睡眠時呼吸障害①

| | |
|--|-----|
| O18-1. 小児睡眠時呼吸障害における咽頭手術の適応 | |
| 菊池 淳(菊池医院, 愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 愛媛大学病院 睡眠医療センター) 羽藤 直人(愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 190 |
| O18-2. 夜尿症児のPSG上の特徴について | |
| 有馬菜千枝, 江崎 伸一, 佐藤慎太郎 (名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科, 名古屋市立大学病院睡眠医療センター) 勝見さち代, 岩崎 伸一(名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科) | 190 |
| O18-3. 当科におけるいびき治療: 口蓋垂軟口蓋咽頭形成術(UPPP)の検討 | |
| 古館佐起子, 岡 晋一郎, 岩崎 聰(国際医療福祉大学三田病院 耳鼻咽喉科) | 191 |
| O18-4. 頭頸部癌患者の睡眠中における閉塞性睡眠時無呼吸症と嚥下の検討 | |
| 石水瑛理奈, 井下 綾子(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座, 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) 大峠 慎一, 松本 文彦(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座) | 191 |

第19群 舌下神経電気刺激装置

- O19-1. 舌下神経電気刺激療法の1年以上経過例を含む治療効果と患者満足度の検討
井下 紗子, 石水瑛理奈
(順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座, 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)
大塙 慎一, 松本 文彦 (順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座) 192
- O19-2. CPAP 不耐症・不忍容における舌下神経電気刺激療法の現状
中田 誠一 (名鉄病院 耳鼻咽喉科 / 睡眠障害センター)
平田 正敏 (名鉄病院 睡眠障害センター) 192
- O19-3. 当科における舌下神経電気刺激療法導入の初期経験と展望
吉松 葉奈, 北村 拓朗, 堀 龍介 (産業医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学) 193
- O19-4. 手術用顕微鏡システム ORBEYE を用いた舌下神経電気刺激装置植込み術
大塙 慎一, 井下 紗子, 石水瑛理奈, 松本 文彦
(順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座) 193

第20群 睡眠時呼吸障害②

- O20-1. 睡眠医療センター開設20年のOSA治療の検討
添田 弘之, 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)
中山 次久 (獨協医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科) 194
- O20-2. 術後咽頭狭窄による気道狭窄感に対する咽頭形成術 (RL-CHOKY)
千葉伸太郎 (太田睡眠科学センター) 194
- O20-3. PSG検査以外の多角的検査指標を用いたOSAの重症度予測についての試み
松下 豊, 小島 博己 (東京慈恵会医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科)
千葉伸太郎
(東京慈恵会医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科, 太田睡眠科学センター 耳鼻咽喉科) 195
- O20-4. 自然睡眠内視鏡による上気道評価の有用性
齊藤 吉紀, 千葉伸太郎 (太田睡眠科学センター, 東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科学教室) 195

第21群 異物・外傷

- O21-1. WEERDA型直達喉頭鏡下で経口腔的に摘出し得た咽頭腔外魚骨異物
松下 大樹 (JCHO 神戸中央病院 耳鼻いんこう科)
柴田 敏章
(JCHO 神戸中央病院 耳鼻いんこう科, 京都第一赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 196
- O21-2. 全身麻酔下に施行した咽頭・食道異物摘出術の検討
和泉佐季子, 加藤 久幸, 楠谷 一郎 (藤田医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
吉岡 哲志, 柴田 采佳 (藤田医科大学 岡崎医療センター 耳鼻いんこう科) 196
- O21-3. 当科における8年間の口腔・咽喉頭・食道異物症例100例の検討
平林 瑛子, 油井 健史 (東京都立荏原病院 耳鼻咽喉科, 昭和医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
木村百合香 (昭和医科大学 江東豊洲病院 耳鼻咽喉科) 197
- O21-4. 当科における咽頭および鼻腔異物の臨床的検討: 過去10年間の後方視的解析
谷水 宏圭, 飯島 宏章, 萩田 裕士, 山内 麻由, 寺邑 堅信, 小幡 和史, 和佐野浩一郎,
大上 研二 (東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 197
- O21-5. 気腫、膿瘍形成を認めた歯ブラシ外傷による口腔、咽頭外傷の3例
長濱 宗嗣, 高橋 邦行 (宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 198

第 22 群 光免疫療法・BNCT

- O22-1. 下咽頭癌に対して頭頸部アルミノックス治療を施行した一例の喉頭浮腫・嚥下機能の経過
下野友太郎, 塚原 清彰, 岡本 伊作 (東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 198
- O22-2. 光免疫療法における下咽頭病変への照射法についての検討
木村 透, 藤原 和典 (鳥取大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野) 199
- O22-3. 下咽頭癌に対するサイドファイアディフューザーを用いた光免疫療法の治療経験
石田 芳也 (北見赤十字病院) 199
- O22-4. 口腔癌 BNCT における放射線性口内炎発症頻度とそのリスク因子の解析
粟飯原輝人, 萩森 伸一
(大阪医科大学関西 BNCT 共同医療センター, 大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 200
- O22-5. 口腔病変への頭頸部アルミノックス治療における気道管理の検討
伊藤 智咲, 辻川 敬裕, 菅谷 翔太, 吉澤 宏一, 木村 有佐, 佐分利純代, 永尾 光,
平野 滋 (京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室) 200

第 23 群 手術支援機器

- O23-1. Gungrasp forceps の検討
枇杷田美沙 (東京警察病院 耳鼻咽喉科) 201
- O23-2. 耳鼻咽喉科における VISERA ELITE III の使用経験
渡邊 昭仁 (恵佑会札幌病院) 201
- O23-3. Semantic segmentation モデルを用いた AI による咽喉頭表在癌の術中切除範囲評価
袖木 稜平, 藤村真太郎, 大森 孝一 (京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
橋谷 一郎 (藤田医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 202

24 群 口腔癌①

- O24-1. 口腔癌における予後因子としての CD151 の有用性
竹内 一隆, 石田航太郎, 馬越 優征, 三澤 清
(浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 202
- O24-2. 当科における口腔癌の治療の検討
安場 雅高, 山本 祐輝, 亀井優嘉里, 角南貴司子
(大阪公立大学 医学部 耳鼻咽喉病態学教室) 203
- O24-3. 口腔癌広範囲切除再建症例における経口摂取機能の回復と予後因子の検討
川淵 海翔, 近藤 英司, 高岡 奨, 佐藤 豪, 北村 嘉章
(徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 203
- O24-4. 舌癌胸骨上リンパ節転移に対して外科的切除を施行した一例
安田 大成, 中平 光彦 (埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科) 204
- O24-5. 下顎骨区域切除以上を要した口腔癌に関する検討
真栄田裕行, 石川 航大, 嘉陽 祐紀, 鈴木 幹男
(琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座) 204

第 25 群 口腔癌②

- O25-1. 遺伝子発現データと臨床情報の統合解析による舌癌の予後予測モデルの探索
足立 直人, 菅野 真史, 加藤 幸宣, 藤枝 重治 (福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 205
- O25-2. 舌転移が初発症状であった胆管癌多発転移の一例
舛尾 陽菜, 根本 俊光 (成田赤十字病院) 205

| | |
|---|---|
| O25-3. 表皮水疱症に再建術を実施した舌がんの1例 | 山本 朗子, 牧野 琢丸, 藤本 将平, 安藤 瑞生 (岡山大学 耳鼻咽喉頭頸部外科) 206 |
| O25-4. 審美性・機能性の保持を意図した上口唇腺癌に対するABBE flapの利用 | 石川 航大, 嘉陽 祐紀, 真栄田裕行, 鈴木 幹男 (琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座) 206 |
| O25-5. 当科における口腔咽頭癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の検討 | 木村 隆幸, 梅本 匠弘, 小池 智, 宮本 一宏, 安倍 大輔, 佐藤 満雄, 若崎 高裕, 北野 瞳三, 安松 隆治 (近畿大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 207 |
| O25-6. 妊孕性温存経て実際に妊娠に至ったAYA世代女性舌癌の一例 | 小泉麻里子, 角木 拓朗, 松原 真人, 飯沼 亮太, 寺澤 耕祐, 小川 武則 (岐阜大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 207 |

第26群 感染症②

| | |
|-------------------------------------|--|
| O26-1. 外頸静脈に血栓を形成した非典型的なレミエール症候群の一例 | 玉木 京, 和田 弘太 (東邦大学 医学部 耳鼻咽喉科) 山口 裕聖, 大平 真也 (東邦大学 医学部 耳鼻咽喉科, 医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 耳鼻咽喉科) 208 |
| O26-2. 当科における扁桃周囲膿瘍症例の検討 | 相川 遂夫, 石川 竜司 (焼津市立総合病院) 208 |
| O26-3. 当科における深頸部膿瘍80例の臨床的検討 | 山内 麻由, 谷水 宏圭, 芦田 裕士, 飯島 宏章, 寺邑 勇信, 和佐野浩一郎, 大上 研二 (東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 209 |
| O26-4. 急性扁桃炎に続発しレミエール症候群をきたした一例 | 寺山 泰輔, 中澤 圭史 (東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 209 |
| O26-5. 深頸部膿瘍の咽頭皮膚瘻に対する陰圧閉鎖療法施行の工夫 | 上田 航毅, 石神 瑛亮 (三重大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 210 |

P1群 口腔癌

| | |
|--|---|
| P1-1. 気管切開部に再発を認めた進行下歯肉癌の一例 | 荻野 裕平, 藤澤 琢郎, 阪上 智史, 八木 正夫 (関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 211 |
| P1-2. Micropapillary Pattern を有する舌原発Intraductal Carcinomaの一例 | 服部 晋弥, 福田裕次郎, 前田祐一郎, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴 (川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学) 211 |
| P1-3. AIDS患者における再建手術を要した進行舌癌に関する一考察 | 嘉陽 祐紀, 石川 航大, 真栄田裕行, 鈴木 幹男 (琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座) 212 |
| P1-4. 骨髄移植歴のある舌癌の治療経験の一例 | 坪岡 涼太, 吉岡 巖, 立花 愛響 (帯広厚生病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 212 |
| P1-5. 舌弁による再建を行った口唇癌の一例 | 角木 拓朗 (岐阜大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科) 小林 義明, 花井 信広 (愛知県がんセンター 頭頸部外科) 鍋谷 峻矢, 鈴木 寛久 (愛知県がんセンター 形成外科) 213 |
| P1-6. 演題取り下げ | |

P2群 感染症

- P2-1. 巨大頸部瘻孔を主訴に来院し診断に苦慮した外歯瘻の一例
秦 美遙, 平野康次郎, 鄭 裕華, 北嶋 達也, 嶋根 俊和
(昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科) 214
- P2-2. 小児扁桃周囲膿瘍に対する膿瘍扁桃摘出術の検討
塚田 弥生 (黒部市民病院) 214
- P2-3. 当科における小児頸部膿瘍の手術適応に関する因子の検討と機械学習の活用
甲州 亮太, 野田 昌生, 伊藤 真人
(自治医科大学 耳鼻咽喉科, 自治医科大学 とちぎ子ども医療センター 耳鼻咽喉科) 215
- P2-4. 頸部腫瘍を契機に判明した梅毒の1例
後藤 謙太, 有岡 駿, 山下 恵司 (市立函館病院 耳鼻咽喉科) 215
- P2-5. ナビゲーションシステムの使用により安全に排膿可能であった小児咽後膿瘍の一例
木津 有美, 橋本 馨, 梅本 真吾, 立山 香織, 川野 利明, 平野 隆
(大分大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 216

P3群 頭頸部腫瘍①

- P3-1. 中咽頭癌に対する経口的ロボット支援手術に対する再発様式の検討
清水 顕, 田中 英基, 羽生 健治, 下野友太郎, 塚原 清彰
(東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野) 216
- P3-2. 進行下咽頭癌の周術期 CTCs 数の変化について
志茂田 裕, 村上 瑛, 斎藤 陽元, 折田 賴尚 (熊本大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科) 217
- P3-3. ニボルマブ投与と外科的切除により長期生存が得られた下咽頭癌症例の病理組織学的検討
村上 瑛, 志茂田 裕, 斎藤 陽元, 折田 賴尚
(熊本大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 217
- P3-4. 導入PCE療法およびサイバーナイフにて治療を行った独居高齢進行中咽頭癌の1例
小佐野雅識, 松岡 伴和, 櫻井 大樹 (山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 218
- P3-5. 導入PCE療法開始時に重篤なインフルージョンリアクションを起こした中咽頭癌の1例
松岡 伴和, 小佐野雅識, 石井 裕貴, 櫻井 大樹
(山梨大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 218
- P3-6. 中咽頭癌の臨床的検討
坂東 伸幸, 後藤 孝, 有馬 涼太, 中牟田航希 (北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 219

P4群 睡眠時呼吸障害

- P4-1. 名鉄病院における舌下神経電気刺激療法の現状と睡眠検査技師の取り組み
平田 正敏 (名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 中央臨床検査部)
中田 誠一 (名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 耳鼻咽喉科 睡眠障害センター) 219
- P4-2. 当科におけるOSAに対するCWICKs2症例の検討
矢島 諒人, 高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 220
- P4-3. 当科でCWICKsを施行した閉塞性睡眠改時無呼吸症例の検討
佐藤慎太郎, 江崎 伸一, 勝見さち代, 有馬菜千枝
(名古屋市立大学病院 睡眠医療センター, 名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学)
岩崎 真一 (名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学) 220
- P4-4. Empty Nose Syndromeを合併したSASに対しCPAPが有効であった症例
樋口 良太, 宮本 雄介, 中川 尚志
(九州大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 221

| | | |
|-------------------|---|-----|
| P4-5. | 小児閉塞性睡眠時無呼吸に対する被膜内扁桃摘出術およびアデノイド切除術の長期成績 野田 昌生, 甲州 亮太, 伊藤 真人 (自治医科大学 小児耳鼻咽喉科) | 221 |
| P4-6. | 当院における小児睡眠時無呼吸症の検討 酒井 あや, 三輪 高喜, 志賀 英明 (金沢医科大学) | 222 |
| P5群 頭頸部腫瘍② | | |
| P5-1. | 治療に難渋している甲状腺嚢胞の一例 清水目奈美 (八戸市立市民病院) | 222 |
| P5-2. | 頭頸部癌におけるHRAS遺伝子変異の検討 大嶋 秀美 (黒部市民病院 耳鼻いんこう科, 金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 小林 英士, 吉崎 智一 (金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 223 |
| P5-3. | 経口的ロボット手術で摘出した扁桃原発 Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma の1例 川㟢 洋平, 山田武千代 (秋田大学 医学部 耳鼻咽喉科) | 223 |
| P5-4. | 当科における下咽頭癌の治療の検討 山本 祐輝, 安場 雅高, 亀井優嘉里, 角南貴司子 (大阪公立大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 224 |
| P5-5. | 診断に難渋した節外性NK/Tリンパ腫, 鼻型の1例 宇留間周平, 野澤 皓貴, 鍋山 新, 大氣 采女, 中筋 康太, 野垣 岳稔 (昭和医科大学横浜市北部病院 耳鼻咽喉科) 手口 翔太 (昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科) 小林 齊 (昭和医科大学藤が丘病院 耳鼻咽喉科) 木村百合香 (昭和医科大学江東豊洲病院 耳鼻咽喉科) | 224 |
| P5-6. | 当科における口腔癌N0に対する予防的頸部郭清の有用性の検討 宇野 大祐, 吉崎 智一 (金沢大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 225 |
| P6群 口腔・咽頭① | | |
| P6-1. | 咽頭経口的手術後狭窄に対する細胞シートの予防効果: ラットモデルを用いた基礎検討 平野 正大, 宇野 光祐, 塩谷 彰浩, 荒木 幸仁 (防衛医科大学校病院) | 225 |
| P6-2. | 上咽頭擦過療法により頸部皮下気腫を生じた一例 片岡 俊貴, 中西わか子 (JR 東京総合病院 耳鼻咽喉科) | 226 |
| P6-3. | 難治性の咽喉頭炎を呈した水疱性類天疱瘡の一例 大氣 采女, 野澤 皓貴, 鍋山 新, 矢野 真衣, 中筋 康太, 宇留間周平, 野垣 岳稔 (昭和医科大学横浜市北部病院) | 226 |
| P6-4. | IgA抗体単独陽性を示した口腔咽頭の粘膜類天疱瘡例 高岡 瑞, 佐藤 豪, 川淵 海翔, 近藤 英司, 北村 嘉章 (徳島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 227 |
| P6-5. | 健常人における外耳道カプサイシン刺激とサブスタンスP濃度変化 近藤 英司, 川淵 海翔, 高岡 瑞, 佐藤 豪, 北村 嘉章 (徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 227 |

P7群 口腔・咽頭②

- P7-1. 術中に発生した口蓋瘻孔に対し口腔側と鼻腔側から閉鎖した1例
鄭 裕華（昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座, 昭和医科大学 江東豊洲病院）
嶋根 俊和, 平野康次郎, 北嶋 達也, 平林 瑛子, 秦 美遙
(昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座) 228
- P7-2. 口腔内から摘出した口腔底リンパ管腫の一例
島田ひかる（春日井市民病院 耳鼻咽喉科）
江崎 伸一, 佐藤慎太郎, 有馬菜千枝, 岩崎 真一
(名古屋市立大学大学院 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 228
- P7-3. Pierre Robin Sequence 児の気道管理に関する検討
三好 直人, 斎川 智弘, 今村香菜子, 鈴木 法臣, 守本 優子
(国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科) 229
- P7-4. 仮性顔面動脈瘤により上気道狭窄をきたした一例
内田 晶子, 新井 志帆, 五十嵐丈之, 島田 茉莉, 伊藤 真人, 金澤 文治
(自治医科大学 医学部 耳鼻咽喉科) 229
- P7-5. 経口で用いるフロントシュノーケルの競泳練習によって
運動誘発性喉頭閉塞症が再発した競泳選手の一例
大谷真喜子, 河野 正充, 保富 宗城
(和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 230

P8群 摂食嚥下・構音・味覚

- P8-1. 当院で施行した誤嚥防止術の術後合併症と栄養・摂食状況変化の検討
坂本 めい, 津田 潤子, 篠原 秀平, 山本 陽平, 菅原 一真
(山口大学大学院 医学系研究科 耳鼻咽喉科学) 230
- P8-2. 稀な構音障害を初発とし舌萎縮を呈した慢性炎症性脱髓性多発神経炎例
佐藤 豪, 川淵 海翔, 高岡 獨, 近藤 英司, 北村 嘉章
(徳島大学大学院 医歯薬学研究部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野) 231
- P8-3. COVID-19 既往の有無が耳鼻咽喉科手術周術期味覚に及ぼす影響
川添 韶, 木村 翔一, 坂田 俊文 (福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室) 231
- P8-4. 味覚障害を主訴に受診し診断に至ったベーチェット病の一例
春名 威範, 任 智美, 都築 建三 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 232
- P8-5. 口腔・中咽頭癌再建術前の高解像度マノメトリー検査を含めた嚥下機能評価
高島寿美恵, 熊井 良彦 (長崎大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科) 232
- P8-6. 当院の摂食嚥下チーム介入についての検討
篠原 秀平, 坂本 めい, 山本 陽平, 津田 潤子, 菅原 一真
(山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学) 233

P9群 扁桃

- P9-1. ウィルス機能解析に向けたヒト初代咽頭扁桃上皮細胞の延命化法の確立
高柳 夢, 小笠原徳子
(札幌医科大学 医学部 感染学講座 微生物学分野, 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座)
高野 賢一 (札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座) 233
- P9-2. 小児の口蓋扁桃摘出術における凝固能検査異常の検討
増田 莉菜, 福田裕次郎, 斎藤 沖真, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴
(川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学) 234

| | | |
|-------|---|-----|
| P9-3. | コロナ禍前後のインフルエンザウイルスワクチン接種後口蓋扁桃内免疫誘導の比較検討 橋本 馨 (大分大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 独立行政法人国立病院機構別府医療センター) 川野 利明, 岩田 美咲, 吉永 和弘, 平野 隆 (大分大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 上尾 綾子 (独立行政法人国立病院機構別府医療センター) | 234 |
| P9-4. | 口蓋扁桃摘出術後合併症の検討 落合 祐之, 北野 陸三, 安松 隆治 (近畿大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科) | 235 |
| P9-5. | 当科における関節炎を合併した掌蹠膿疱症の臨床検討 大堀純一郎, 山下 勝 (鹿児島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 235 |
| P9-6. | COVID-19 前後 10年間における扁桃周囲膿瘍の症例動向 芦田 裕士, 飯島 宏章, 山内 麻由, 寺邑 壽信, 谷水 宏佳, 小幡 和史, 和佐野浩一郎, 大上 研二 (東海大学 医学部) | 236 |

P10群 唾液腺腫瘍①

| | | |
|--------|---|-----|
| P10-1. | 頸下部に生じた濾胞樹状細胞肉腫の1例 角田 篤信, 炭田 芝穂, 角 恵理子 (順天堂大学 練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科) | 236 |
| P10-2. | 気道狭窄を来した耳下腺癌多発転移例 川崎 泰士 (静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 237 |
| P10-3. | 慢性反復性唾液腺炎から小児シェーグレン症候群の診断に至った一例 多田 紫布, 福田裕次郎, 假谷 伸, 小森 正博, 原 浩貴 (川崎医科大学附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科) | 237 |
| P10-4. | 口腔底に発生した巨大多形腺腫の一例 曾 由布, 杉尾雄一郎 (独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院) | 238 |
| P10-5. | 高齢者・進行例を含む耳下腺癌の治療経験 福田裕次郎, 斎藤 沖真, 小森 正博, 假谷 伸, 原 浩貴 (川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学) | 238 |

P11群 異物・外傷

| | | |
|--------|---|-----|
| P11-1. | 自殺企図による頸部切創・開放性咽喉頭外傷の一例 田中 智規, 永野 広海, 松元 隼人, 山下 勝 (鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野) 藤崎 亮 (鹿児島医療センター 耳鼻咽喉科) | 239 |
| P11-2. | 咽頭異物(義歯)に対して意図的指掻き出し法が有効であった一例 長尾明日香, 手島 直則 (高知大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 土井 彰, 小桜 謙一 (高知医療センター 耳鼻咽喉科) | 239 |
| P11-3. | 当院における咽頭異物症例の検討 有岡 駿, 山下 恵司, 後藤 謙太 (市立函館病院 耳鼻咽喉科) | 240 |
| P11-4. | 歯根充填材の上顎洞迷入による歯性上顎洞炎に対し鼻副鼻腔手術を行った一例 増澤 実亜, 中村 充人, 澤口 未来, 玉木 京, 山口 裕聖, 松井 秀仁, 和田 弘太 (東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科) | 240 |
| P11-5. | 抜管時の次没食子酸ビスマス誤嚥により呼吸困難を起こした小児例 川野 利明, 橋本 馨, 岩田 美咲, 平野 隆 (大分大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 241 |

| | |
|---|-----|
| P11-6. 外切開での摘出が必要になった食道穿孔異物の2例 | |
| 楊 量雅, 中村 宏舞, 丸尾 貴志, 藤本 保志 | |
| (愛知医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 241 |
| P12群 唾液腺腫瘍② | |
| P12-1. 頬粘膜小唾液腺由来の clearcellcarcinoma の一例 | |
| 三輪奈都美, 中平 光彦, 安田 大成 (埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科) | 242 |
| P12-2. 術前評価で良性が疑われた副耳下腺分泌癌の1例 | |
| 永井 遼斗 (慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 東京都済生会中央病院) | |
| 笠原 健, 御子柴卓弥, 関水真理子, 小澤 宏之 | |
| (慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) | 242 |
| P12-3. 軟口蓋に生じた多形腺腫を内視鏡下で摘出した一例 | |
| 松尾聰一郎, 西尾 直樹, 曽根三千彦 (名古屋大学 医学部 耳鼻咽喉科) | 243 |
| P12-4. 当院における唾液腺癌の治療の検討 | |
| 亀井優嘉里, 山本 祐輝, 安場 雅高, 角南貴司子 (大阪公立大学 耳鼻咽喉科) | 243 |

企画セッション

特別講演 限界に挑み続けて ～「我以外皆我師」の教え～

清水 宏保

元スピードスケート金メダリスト

私は 2010 年 5 月に株式会社 two. seven を立ち上げましたが、競技生活引退後はスポーツ選手のセカンドキャリアという課題にぶつかり悩んでおりました。30 年余り競技を続けその経験を次のステージで活かせないのは、「今までの人生が何だったのか?」という自問自答にも繋がりました。その結果、競技スポーツで培った経験を元に、医療 & 健康のコンシェルジュとして地域医療やリハビリテーションといった健康産業において、健康新命延伸の為の企業をつくるという考えで会社を立ち上げました。

私をはじめ、運動経験がある人が運動のリハビリ指導をすることで質の高い運動リハビリになります。なぜならば、スポーツ選手は現役時に必ず怪我をして、自らの身体に対してリハビリテーションを行っていくという経験が豊富にあるからだと考えました。その経験を活かさずスポーツの現場から退いてしまうことが多い中で、自らの身体で体験してきたその豊富な経験を活かさないわけにはいかないと感じingおりました。

スポーツ選手が地元に戻り、自らが行ってきたスポーツの経験を子供達に指導しながら、地域の方々に治療やケア・メンテナンス等のサポートを行い、指導とケアの一体型によりスポーツの裾野が育ち、怪我の少ない選手や子供たちを育てる地域環境を作りたいと考えました。スポーツ選手自身が「医療・福祉・介護」の業界に関わっていくことは、國の人材的財産となりうるかもしれません。医療・介護とスポーツの架け橋になれるように活動する事が今、私にできることではないかと考えています。

学術講演

口咽科 2025; 38(2): 114 (総会号)

学術講演

味覚と健康：薬剤性味覚障害の発症 機構と全身における味覚機能

重村 憲徳

九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野

学
術
講
演

味覚は、口腔内の化学物質が生体に有益かまたは有害かを識別し、食物摂取の最終決定をリードするための重要な感覚である。近年、超高齢社会を迎え、国の施策として健康寿命の延伸が謳われており、「Quality of Life: QOL」の維持、つまり、人々の健康や豊かな生活環境をいかに維持させるかということが喫緊の課題となっている。この状況下においてQOL維持の中心的な役割を担う「味覚」に多くの関心が寄せられるようになってきた。

美味しく食べて健康を維持するためには、食嗜好を決定する味覚の受容・伝達・障害機構の分子基盤を解明し、その理解に基づく手段の開発が重要である。味覚の受容や情報伝達、その破綻機構の研究は、近年の分子生物学の発展に伴いダイナミックに展開しており、それに関わる多くの謎が急速に解き明かされようとしている。

本発表では、摂食に直接的に影響する可能性がある味覚障害、その中でも比較的発症率の高い薬剤性味覚障害の発症メカニズムについて、我々の研究を中心として紹介させて頂く。加えて、味覚受容体が口腔のみならず、気管、副鼻腔、腸など様々な臓器で発現して、独自の機能を発揮していることを紹介し、味覚障害は口腔だけに留まらず全身で生じており、体内栄養・免疫バランス不全と考えられる生活習慣病（肥満・糖尿病、高血圧）や感染症等の発症と関与している可能性についても考察する。本発表を通して味覚機能が全身の健康維持に貢献していることを感じて頂ければ幸いである。

教育講演 1 TORS—目からウロコのコツとピットフォール—

口 咽 科 2025; 38(2): 115 (総会号)

教育講演 1-1

実臨床で役立つ TORS テクニック

塚原 清彰

東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

TORS (Transoral robotic surgery) が本邦で保険適応になってから数年が経過し、累積症例数も増えてきた。一方ロボット手術ではいわゆる外切開手術や鏡視下手術とは異なった技術が必要となる。本講演では実臨床で役立つ TORS テクニックについて述べる。

まずは姿勢である。筆者も、いわゆる外切開手術や顎微鏡下手術では手ぶれを抑えるため、「姿勢を正して、脇を閉める」と教わってきた。しかし、これはロボットに手術にとって悪癖となる。試しに、姿勢を正しくして、脇を閉めて PC キーボードが打っていただきたい。窮屈で、不自由を感じるであろう。ロボット手術は「指先とリストの自由度」が重要で、手ぶれし易い状況が大事となる。つまり、前傾姿勢で脇を開けるのである。テレビゲームが得意な人は、この姿勢で行っている。

次に切除方向である。特に中咽頭前壁癌で注意が必要となる。中咽頭前壁癌に対する TORS では舌骨付近まで切除可能である。しかし、舌骨方向進む場合、最初は不安になるほど垂直方向に切除を進めなければならぬ。迷った場合、頸部外側がら舌骨を押してもらうと位置間隔のイメージがつきやすい。

最後にテクノロジーの恩恵である。口蓋扁桃摘出術であっても、右に比べ、左の方がやりにくく感じるであろう。左手に撮子、右手に電気メス等を持つ場合、左口蓋扁桃摘出では手が交叉するために起きる現象である。しかし、ロボット手術では「術者の右手操作」を「ロボットの左手」に変換することができる。これを利用し、カメラを 180 度回転、両手の動きをスイッチすると、左口蓋扁桃手術を手（アーム）の交差なく行えるようになる。これはロボットでなくてはあり得ない技術である。

基本の解剖知識が必要なことは言うまでもないが、ロボット手術では従来の手術テクニックと異なるものも多い。そういう意味で、若手医師へのロボット術者拡大が必要である。

教育講演 1-2

TORS における実践的コツとピットフォール

黒瀬 誠・垣内 晃人・山本 圭佑・高柳 心
大柳 政彦・萬 顯・高野 賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

教育
講
演

経口的ロボット手術 (TORS : transoral robotic surgery) は、整容性と機能温存を両立可能な低侵襲手術として注目されており、とくに早期中咽頭癌の治療選択肢としての地位を確立しつつある。一方で、国内においては限られた導入にとどまっており、安全な施行のためには解剖学的理解に加え、術前準備・機器展開・チーム形成など、多くの要素を総合的に習得する必要がある。本講演では、TORS の実施における術野展開、ポート配置、鉗子操作に関する具体的な技術的工夫、症例選択の基準、術中に起こりやすいトラブルとその対応策について、実例をもとに解説する。また、導入初期に陥りやすいピットフォール、教育体制の構築と人材育成の実際にについても言及し、参加者が明日からの臨床に活かせる実践的知見を提供したい。さらに、近年国内で普及が進みつつある da Vinci SP システムによる TORS の特性と有用性、従来機種との比較を踏まえた適応の考え方について紹介する。展望として、経口的術の概念は咽頭領域にとどまらず、経腋窩アプローチによるロボット支援下甲状腺手術など、頭頸部領域におけるロボット支援手術のさらなる発展にもつながる可能性があり、その広がりについても併せて考察したい。

教育講演 2 試される診断力～この病変、診断できますか？

口咽科 2025; 38(2): 116 (総会号)

教育講演 2-1

クイズで学ぶ口腔・咽頭粘膜病変

林 達哉¹⁾²⁾³⁾

1) 旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 旭川医科大学病院医療安全管理部

3) 旭川医科大学手術部

教育
講
演

口腔・咽頭の粘膜病変の診断に苦手意識を持っていらっしゃる方も多いのではないでしょうか。

本講演では多彩な口腔・咽頭粘膜病変にクイズ形式でチャレンジしていただきます。

知っている所見、知らない所見、よく見る所見、稀な所見、見逃してはいけない所見、病的意義の低い所見さて、どのくらいわかるでしょうか？

すべての粘膜病変はよく見ることが基本です。一方確定診断には肉眼所見に加えて別の手段が必要になることもあります。

本講演で楽しく学んで、知らず知らずのうちに知識を整理、会場を出る頃にはめでたく免許皆伝。

そんな体験をしてみませんか。

皆さんのご来場をお待ちしています。

教育講演 2-2

口腔・咽頭の粘膜病変

余田 敬子

東京女子医科大学附属足立医療センター 耳鼻咽喉科

口腔・咽頭の粘膜病変は、耳鼻咽喉科の日常診療においてよく遭遇するものの一つである。そして口腔・咽頭に粘膜病変を生じる疾患は多種多様で、細菌・ウイルス・真菌による感染症以外に、ベーチェット病・クローグン病などの自己免疫疾患、扁平苔癬・天疱瘡などの皮膚粘膜疾患、貧血などの血液疾患、悪性腫瘍など、指定難病や難治性で重篤な全身性疾患が背景に潜んでいる可能性があることを常に考慮しながら診察する必要がある。従来、口腔・咽頭は視診・触診が容易な領域であるため、病変の形状・部位・硬さなど、口腔・咽頭の診察から得られる情報が粘膜病変の診断の糸口となる。

口腔・咽頭の主な粘膜病変として、水疱・アフタ・びらん・潰瘍、白苔・偽膜・白斑・白板、腫瘍、紅斑・出血斑が挙げられる。水疱は口腔・咽頭に生じるとすぐに破れて、径の小さいものはアフタに、径が大きいものはびらんや潰瘍になる。顕微鏡的に粘膜上皮の変性や壊死による欠損が上皮層内にとどまるものがびらん、上皮下まで及ぶものが潰瘍で、粘膜上皮の変性や壊死による欠損は白苔や偽膜となる。そのような粘膜病変の病理組織学的所見は疾患毎に特徴があるため、演者は視診・触診から得られた病変の特徴から病理組織学的所見を推察できるようになることが、鑑別すべき疾患の絞り込みに有用であると考えている。その推察と併せて、口腔・咽頭症状の経過、年齢、性別、口腔以外の部位の症状や病変の有無、などの必要な臨床情報を問診することでさらに鑑別疾患を絞り込み、必要な検査を実施していく。

本講演では、当科で実際に経験した症例を提示しながら、クイズ形式で口腔・咽頭の粘膜病変を生じる疾患の鑑別診断について、診断に際してのピットフォールも加えて概説する。

教育講演 3

内視鏡下パワーデバイス口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術 (PITA) の勧め

伊藤 真人

自治医科大学 小児耳鼻咽喉科 耳鼻咽喉科学教室

扁桃手術は、小児睡眠時無呼吸症、反復性扁桃炎、滲出性中耳炎などの病変に対して、口蓋扁桃摘出術とアデノイド切除術が適宜組み合わせて行われている。これらはワルダイエルリンパ輪を形成する同類の組織であるが、アデノイド切除術の歴史はたかだか200年程度であるのに対して、口蓋扁桃手術には3000年の長い歴史があることが知られている。

口蓋扁桃手術の3000年の歴史を俯瞰すると、今から1500年前 (AD500年頃) にはすでに今日行われているような被膜外での扁桃摘出手術が完成していた。しかしこの手術式が広く受け入れられたのは、ここ最近の100年間であり、実は長らく口蓋扁桃切除術が行われていたのである。1900年代初頭には口蓋扁桃摘出術は最も日常的な手術のひとつとなつたが、次第にこの手術は後出血のリスクを回避できない「危険な手術」ではないかと考えられるようになってきた。演者自身、耳鼻咽喉科医になって間もない頃、この手術を習得している頃から「口蓋扁桃摘出術は誰が執刀しても後出血が2~5%と高い確率で起り、時として生命予後を脅かすものであり、とても完成された手術とは言い難いのではないか」という疑問を持ち続けていた。

2000年以後には、被膜ごと摘出する従来型の被膜外扁桃摘出術に代わって、様々なパワーデバイスを用いた被膜内口蓋扁桃摘出術 (PITA) が行われるようになってきた。これは、被膜内で80~90%以上の扁桃実質を切除するものであり、近年その有用性と安全性のエビデンスが集積されている。この手術法の導入によって、我々は「扁桃手術、後出血ゼロ」の理想に一歩近づいたのである。

扁桃手術の歴史を紐解くと、直近100年間に行われてきた口蓋扁桃摘出術は決して完成された手術法ではなかったことを示している。歴史を知ることは刻々と変化しつつある未来を予測する道標となる。岡倉天心の言葉の通り「歴史の中にわれわれの未来の秘密がよこたわっている」のである。

教育講演 4 シエーグレン症候群をどこまで理解していますか？

口 咽 科 2025; 38(2): 118 (総会号)

教育講演 4-1

シェーグレン症候群の早期発見のために耳鼻咽喉科医ができること

山村 幸江

東京女子医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

教育
講
演

シェーグレン症候群の診断の遅れは、患者の QOL を著しく損なう。早期発見・早期介入を実現するには、専門診療科以外の臨床現場における「気づき」が重要である。なかでも耳鼻咽喉科は、口腔乾燥や反復性耳下腺炎といった初期兆候に日常的に接する診療科であり、診断の端緒を担う立場にある。

本疾患では、小児や若年成人において乾燥症状が乏しく、耳下腺の反復性腫脹を主訴に受診するケースが多い。とくに女児や若年女性の耳下腺腫脹例では、口内炎、口臭、齶歯の増加など唾液分泌低下を示唆する症状に加え、関節痛、皮疹、不明熱、倦怠感といった腺外症状の有無を確認することが重要である。これらの臨床所見を踏まえ、抗 SS-A 抗体・SS-B 抗体などの自己抗体測定に加えて、唾液腺エコーや MRI を適切に活用することで、診断精度の向上が期待できる。

耳下腺エコーでは、腺内にモザイク状の低エコー域や点状高エコーが多発するのが特徴である。MRI では、“salt and pepper” パターンや点状の囊胞性高信号 (punctate sialectasis) が T2 強調像で認められる。さらに、MRI シアログラフィーでは、造影剤を用いることなく唾液腺導管の構造異常を描出でき、点状・囊状の導管拡張や導管走行の不整を評価可能である。これらの画像所見は唾液分泌機能とも相關しており、病期評価や他疾患との鑑別に有用である。

超音波検査はベッドサイドでのスクリーニングや経過観察に適しており、MRI は腺組織の微細構造を評価する手段として有効である。耳鼻咽喉科医が早期からシェーグレン症候群を念頭に置いて鑑別診断に臨むことで、リウマチ専門医との連携が促進され、不可逆的な腺組織変化の予防にもつながる。

教育講演 4-2

シェーグレン患者の現状と実際

小森 香

高知大学医学部 環境医学教室

シェーグレン患者の主症状はドライアイ、ドライマウスであるが、乾燥症状より倦怠感や痛みが生活上大きな問題を感じている患者が多い。しかしながら、一般にはシェーグレンは未だに「目と口の乾燥の病気」でそれほど深刻な病気だとは思われていないことが多い。この誤解に対して世界中のシェーグレンの患者が一緒になって活動して来た。

シェーグレンが広く正しく社会に認知されるためには、病名が示す社会的イメージを変える必要があると考え、欧米の患者会が中心となって運動し、2024 年国際シェーグレン学会で病名変更の提言がなされ、Sjogren's disease となった。2025 年日本リウマチ学会でも「シェーグレン病」が承認され、現在、我が国でも用語変更の動きが進んでいるところである。

アメリカの患者会 (Sjogren's Foundation) の調査では、診断までの期間は 2011 年に 6 年かかっており、2018 年には 2.8 年まで短縮されたものの、シェーグレンの診断にはまだかなりの時間を要している。2019 年の我々の調査では、日本での初診から診断までの平均期間は 3.47 年、発症から診断までの平均期間は 8.7 年であった。早期治療には診断までの時間短縮が不可欠であり、そのための普及啓発と医療者の病気の知識に対するブラッシュアップを期待したい。

関節リウマチが関節破壊前に治療可能になったように、シェーグレンも唾液腺涙腺の破壊前に治療できるようになるためには、唾液腺涙腺破壊前の状態についての検討がなされなければならないと考えており、そのためには小児シェーグレンの研究が鍵になってくると考えている。

また、ドライアイ、ドライマウスの対処法としての様々な医薬品の使用時に、浸透圧を考える必要性があり、濃度の濃いものは水を奪うために余計に乾燥症状を悪化させる危険性があることをお伝えしたい。

教育講演 5 高齢者の口腔癌～あなたならどう治しますか？

口咽科 2025; 38(2): 119 (総会号)

教育講演 5

高齢者の口腔癌に対する治療戦略

折田 賴尚

熊本大学大学院生命科学部研究科・耳鼻咽喉科・頭頸部外科
学講座

教
育
講
演

日本の高齢化社会は急速に進行しており、総人口1億2435万人のうち75歳以上が2008万人を占める。高齢化が進むと当然癌発生率も高まり、耳鼻科病棟の多くを高齢頭頸部癌患者が占めるのは当然のことと思われる。以前であればbest supportive care (BSC) となったような高齢頭頸部癌患者も、近年、経口腔的手術や強度変調放射線治療 (IMRT) の進歩、免疫チェックポイント阻害薬や光免疫療法などの登場により治療対象となる機会が増えている。また、最近は80歳を超えていてもある程度の治療に耐えられると思われる、“元気な”高齢患者が増えているのも事実であろう。その一方で、最近医療連携システムが進化し、以前より急性期病院でお看取りをする機会が減少し、患者がどのような最期を辿るのかをイメージできない若手の医師が増えており、比較的あっさりとBSCが提案される傾向も見受けられる。高齢頭頸部癌患者において大切なのは、延命以上にBSCとなった期間も含めた死に至るまでのQOLではないかと思われる。そのために個々の患者に何ができるのかを検討することになるが、口腔癌は早期から疼痛や出血を伴い、摂食、嚥下、発声に直接に関わってくるのみならず、進行してくると見た目や臭いなども問題となってくるため、できる限りの手段を尽くすべきと思われる。本セッションでは、当科で経験した最近の症例を幾つか紹介しながら高齢者の口腔癌に対する治療戦略について述べさせて頂く。

シンポジウム 1 試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—

口咽科 2025; 38(2): 120 (総会号)

司会のことば

熊井 良彦¹⁾・藤本 保志²⁾

1) 長崎大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

2) 愛知医科大学耳鼻咽喉科頭頸部外科

シンポジウム

嚥下障害を呈する患者の基礎疾患は多岐にわたり、嚥下5期のどの時期の障害であるか、つまり病態の正確な把握とそれに基づく適切な治療法選択が求められる。嚥下診療が特に若手医師に「とっつきにくい領域」と捉えられる所以は、この“嚥下診療の多面性”によると思われる。そこで今回、「試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—」と銘打って、専攻医、若手医師、そして、嚥下障害診療に対する苦手意識を持たれるすべての会員の先生がたに、嚥下診療の基本、特に治療について知識をさらに深めていただき、嚥下障害診療の魅力を感じていただきたく、4名の実戦経験豊富なエキスパートに御登壇いただく。まず愛媛大学田中加緒里先生には外来嚥下診療の基本である嚥下内視鏡検査について、実際の症例をもとに分かりやすくご解説いただく。西山耳鼻咽喉科の西山耕一郎先生には外来での嚥下指導について、これも実際の症例を通じて分かりやすくお話を頂く。さらに佐賀大学の杉山庸一郎先生には近年エビデンス集積がすすむトピックスである電気刺激療法について最新の基礎的知見を踏まえたご解説をいただく。最後に京都大学の末廣篤先生からは嚥下障害診療に欠かせない、耳鼻咽喉科医がすべき栄養管理について、基本から分かりやすくご解説をいただく。この4名のエキスパートのお話を聞かれて、「嚥下って意外と面白い領域だな」あるいは、「明日から使える有効な武器を手にできただな」などと思っていたとき、会員の先生がたの嚥下障害診療のすそ野を広げることに貢献できれば望外の喜びである。

シンポジウム 1-1

嚥下内視鏡所見の伝え方—解釈のポイントと、多職種連携に活かす言語化の工夫—

田中加緒里

愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

嚥下内視鏡検査(VE)では、咽頭・喉頭の器質的異常の有無、検査食使用時の早期咽頭流入、嚥下反射のタイミング、咽頭残留、喉頭侵入および誤嚥の有無を直接観察することが可能である。VEは簡便かつ低侵襲な検査であり、ベッドサイドや訪問診療にも対応可能という利点から、多くの医療施設で広く実施されている。

嚥下とは、嚥下物を口腔に取り込んでから胃へ送り込むまでの一連の過程を指し、口腔準備期・口腔期は随意運動、咽頭期は反射運動、食道期は蠕動運動と、それぞれ異なる運動様式を有する。なかでも咽頭期嚥下は、延髄の嚥下中枢により制御された一定の運動パターンを持ち、咽頭から頸部食道にかけて連続する嚥下圧の発生と、嚥下反射開始に伴う食道入口部の開大により特徴づけられる。

「飲み込みにくさ」を訴える患者に対しては、口腔から食道に至る各段階のうち「どこ」に「どのような」障害があるかを的確に見極めることが重要である。正確な病態および病因の把握は、適切な治療法の選択、食形態の調整、リハビリテーション手技の選定、さらには嚥下機能改善手術の適応判断に直結する。VEは主に咽頭期を評価対象とするが、より正確な診断を行うためには、嚥下造影検査(VF)や嚥下圧検査(high-resolution manometry: HRM)など、他の検査との併用が求められる場合もある。

本講では、VE所見の解釈からVFや嚥下圧検査など精査を検討すべきポイントについて述べるとともに、VEの所見をいかに臨床に応用するかという視点から、多職種連携を円滑に進めるために不可欠な「VE結果の言語化」についても取り上げる。

シンポジウム 1 試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—

口咽科 2025; 38(2): 121 (総会号)

シンポジウム 1-2

耳鼻咽喉科外来での嚥下指導～びまん性嚥下性細気管支炎が外来を受診している～

西山耕一郎¹⁾²⁾・和佐野浩一郎²⁾・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・頭頸部外科

【はじめに】 我国は超高齢社会となり高齢者嚥下障害例は急増し、医師は嚥下障害の対応を避けて通れない。学会で通説とされていたことが必ずしも正しくないことが判ってきた。数年前まで誤嚥性肺炎（嚥下性肺炎）は「唾液誤嚥が主因」とされ、その治療は「口腔ケアと胃瘻造設」が主流で、嚥下訓練は「口腔期（舌の体操、パタカラ体操等）」が中心だった。しかしながら臨床の現場を診ていると、誤嚥性肺炎の主因は唾液誤嚥もあるが、「食物誤嚥」が原因であることが多い、重要なのは「咽頭期」の対応で、「胃食道逆流」による肺炎もある。

誤嚥性肺炎を防ぐために口腔ケアは重要であるが、口腔ケアのみでは「誤嚥を防ぐ」ことはできない。誤嚥性肺炎を防ぐために大事な嚥下機能は、口腔ケアでは維持できない。咽頭期の訓練（嚥下おでこ体操と顎持ち上げ体操）が必要である。

【誤嚥を減らす食形態の変更と、びまん性嚥下性細気管支炎】かつては「胃瘻」が安易に造設され、一度でも誤嚥性肺炎を発症すると、二度と発症しないよう口から食べることを禁止され胃瘻造設…という時代もあった。しかしながら兵頭スコアを活用して嚥下機能を適切に評価し、個々の症例の嚥下機能に対応した食形態に変更すれば（米飯→全粥→ミキサー食→ゼリー食）禁食にする必要は無く、口から食べさせて栄養管理ができる場合もある。さらに誤嚥性肺炎を発症する前段階である、びまん性嚥下性細気管支炎（Diffuse Aspiration Bronchiolitis: DAB）例が外来をしばしば受診している。

【嚥下指導と嚥下訓練】 嚥下指導として、飲み込む瞬間は“軽くおじぎする（頸部前屈嚥下）”，“意識してゴックン”と飲み込む，“一口量は少なめに”，“ムセたら十分に咳をして”喀出する等を行えば、食物誤嚥をある程度減すことが可能である。“嚥下おでこ体操”，“顎持ち上げ体操”と呼吸機能訓練を各30回／日行うことが推奨されており、これは医師でも簡単に指導できる。

シンポジウム 1-3

嚥下を助ける電気刺激療法—神経筋電気刺激療法の理論と応用

杉山庸一郎¹⁾・岡村 誠司²⁾・樋渡 亮子³⁾・大塚 拓実³⁾
宮崎 知子³⁾・福地 里奈³⁾・久保 美咲³⁾・吉村 義誠³⁾

1) 佐賀大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科講座

2) 祐愛会 織田病院 耳鼻咽喉科

3) 祐愛会 織田病院 リハビリテーション科

摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションには様々な手法がある。食形態調整や代償姿勢を用いた直接訓練に加え、頭部拳上訓練などの間接訓練は多くの嚥下障害症例に有効だが、嚥下診療の引き出しを増やすという点では電気刺激療法も一つの選択肢である。

電気刺激療法は刺激条件や刺激強度により様々な効果が期待出来る。矩形波型を用いた低周波刺激や高電圧パルス刺激では筋収縮効果を、干渉波電流を用いた中周波振幅変調刺激では感覚刺激効果が可能となる。筋収縮を目的とした電気刺激療法では主に舌骨上筋群をターゲットとし、喉頭拳上、食道入口部開大の改善のために使用することが多い。一方では干渉波電流をもちいた頸部干渉波感覚刺激では咽頭・喉頭感覚を刺激し、咽頭期嚥下の惹起性改善効果をもたらす。最近では、干渉波電流を用いて神経筋電気刺激を行うことで、痛みが少なく、有効な筋収縮効果が可能となるデバイスも使用できるようになった。それぞれの刺激法には運動・感覚刺激における理論的背景が存在する。理論を理解し、適切な症例に適応することで、嚥下診療において電気刺激療法を有効に使用することが出来る。その適応、効果について実際の症例を提示し解説する。

シンポジウム

シンポジウム 1 試される摂食・嚥下診療—診療の引き出しを増やす—

口咽科 2025; 38(2): 122 (総会号)

シンポジウム 1-4 耳鼻咽喉科医がすべき栄養管理

末廣 篤

京都大学大学院 医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

低栄養状態は標準治療実施時の合併症の発現を高めることが知られており、癌治療時に適切な栄養介入を行うことは ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) の癌患者に対する栄養介入のガイドラインでも強く推奨されている。

頭頸部癌患者では、早期より経口摂取が制限されていることが多い、治療開始前にすでに低栄養状態にある患者が少なくない。例えば、我々が外来でしばしば遭遇する、『3ヵ月前からごはんが通りにくくて、麺類とゼリーばかり食べてます。体重は5キロ減りました…』というような進行下咽頭癌患者は、治療が始まる前からすでに悪液質に分類されることとなる。さらにこの低栄養状態は、頭頸部癌の治療が進めば進むほど、治療の副作用、合併症に起因する摂食困難などのためにますます悪化することとなる。よって、頭頸部癌の治療においては、癌そのものに対する治療はもちろんのこと、栄養障害に対する治療も同時並行で行われなければならないと考える。

我々の施設では、頭頸部癌患者のみを対象とする個別の栄養管理チームを作り、活動を行っている。NST 実施資格を有する頭頸部外科医がチームの中心を担っているため、治療の phase によって日々変化する嚥下機能に応じた栄養の投与法と投与内容の決定にリアルタイムで介入することができる。これまでの調査で、当科を初診した鼻副鼻腔、口腔・咽頭癌の T4 症例の約半数が低栄養状態であったが、外来から栄養介入を行うことで体重を維持できることが分かった。また、化学放射線療法を施行した患者では、治療開始前から栄養介入を行うことで、ほとんどの症例で血中蛋白質値の維持・改善を得ることができた。本セッションでは、実際に栄養介入を行う際のコツや注意点について述べる。

シンポジウム 2 試される唾液腺癌治療—スペシャリストに学ぶ新戦略—

口咽科 2025; 38(2): 123 (総会号)

司会のことば

本間 明宏¹⁾・小澤 宏之²⁾

1) 北海道大学

2) 慶應義塾大学

シンポジウム 2-1

MRIによる耳下腺内顔面神経の描出と手術への応用

御子柴卓弥・甲能 武幸・関水真理子・小澤 宏之

慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

唾液腺癌は、頭頸部領域に発生する腫瘍の中でも極めて多様な組織型と臨床的振る舞いを示す疾患であり、その診断および治療においては、常に高い専門性と柔軟な対応力が求められてきた。良性腫瘍と異なり、悪性唾液腺腫瘍はその発生頻度が低い上に組織型における病態のばらつきが大きく、さらに顔面神経、顎関節、頸動脈など重要な解剖学的構造が周囲にあるため、治療方針を立てる際には機能面と根治性とを鑑みた緻密な治療方針の設定が求められる。さらに、近年になり新しい治療手段が加わることで、手術、放射線治療、薬物療法について劇的な変化が訪れている。

本シンポジウム「試される唾液腺癌治療—スペシャリストに学ぶ新戦略—」では、そうした唾液腺癌の複雑性と不確実性に対し、最前線で診療と研究を実践している若手頭頸部外科医4名が登壇し、それぞれの専門的視点から最新の知見と治療アプローチを紹介する予定である。MRIを活用した耳下腺内顔面神経の描出と手術計画への応用、外視鏡機器ORBEYEを用いた低侵襲かつ高精度な切除手技、唾液腺導管癌に対する分子標的薬の実地使用、そして腺様囊胞癌におけるNotchおよびMybシグナル経路の空間トランスクリプトミクス解析に至るまで、各発表は極めて示唆に富み、実臨床にも直結する内容である。

本セッションは、単なる知識の共有にとどまらず、異なる視点を持つ耳鼻咽喉科頭頸部外科医が知見を交わし合い、より洗練された唾液腺癌診療の在り方とともに構築することを目指している。本シンポジウムが、唾液腺癌治療に携わるすべての医療者にとって、新たな気づきと実践的知見をもたらす契機となることを期待し、演者による熱意あふれる発表と、参加者との活発な議論が生まれることを心より願っている。

耳下腺手術において術後顔面神経麻痺は患者のQOLに大きく影響を与える重要な合併症である。良性腫瘍では腫瘍の摘出と同時に顔面神経の温存に努めるのはいうまでもない。一方、悪性腫瘍では腫瘍の制御が優先され、顔面神経の切断が避けられない場面もある。特に術前に顔面神経麻痺をきたしていない症例においては、顔面神経温存の可否を判断するのが難しい場合も少なくない。

近年、MRI技術の進歩により、耳下腺内を走行する顔面神経の描出が可能となりつつある。我々は術前MRIにおいて、FIESTA-C (fast imaging employing steady state precession cycled phases) と MENSA (multi-echo in steady-state acquisition) といった2つの撮像方法を併用し、耳下腺内の顔面神経の走行を直接描出する試みを行っている。顔面神経は耳下腺に対してFIESTA-Cでは低信号に、MENSAでは高信号に描出される。これらを相補的に用いて耳下腺内の顔面神経の描出を行い、さらに3Dモデルを作成することで、腫瘍と顔面神経の立体的な位置関係を術前にシミュレーションしている。

このように、術前に顔面神経の走行を把握することで、良性腫瘍では術後顔面神経麻痺のリスク低減を図っている。一方、悪性腫瘍においても顔面神経描出の可否により術中の顔面神経温存の可否を予測しうる。特に、顔面神経が腫瘍に近接する部位で描出困難な場合は、腫瘍による神経への癒着・浸潤が示唆される。これらを術前に評価することは患者説明や顔面神経再建の準備において有用である。

本シンポジウムでは、顔面神経描出の実際につき、具体的な症例を提示しながらご紹介したい。

シンポジウム

シンポジウム 2 試される唾液腺癌治療—スペシャリストに学ぶ新戦略—

口 咽 科 2025; 38(2): 124 (総会号)

シンポジウム 2-2

耳下腺癌手術の最前線：根治性と機能温存をどう両立するか？—外視鏡 ORBEYE を用いて—

八木 正夫・藤澤 琢郎・鈴木 健介・阪上 智史

関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

シンポジウム

耳下腺癌は多彩な組織型を有し、それぞれの腫瘍特性が異なるため、標準的な治療指針の確立が困難である。また、術前の細胞診ではしばしば組織型の確定が困難であり、診断・治療の両面で専門的な判断が求められる。本講演では、当科における耳下腺癌に対する外科的治療の取り組みについて紹介する。

とりわけ、外視鏡 ORBEYE を用いた精度な手術手技により、顔面神経の温存を目指した治療戦略を展開しており、根治性と機能温存の両立を追求している。また、術後放射線治療を積極的に併用することで、局所制御率の向上を図っている。

さらに、まれではあるが転移性耳下腺癌の治療についても、原発巣を受け持つ診療科との集学的治療の観点から当院での実践例を共有する予定である。

講演内では、ORBEYE を用いた実際の手術動画を供覧し、術中の視野、解剖学的ランドマークの把握、顔面神経の温存の工夫などについて具体的に解説する。本発表が耳下腺癌治療に携わる臨床医の一助となれば幸いである。

シンポジウム 2-3

唾液腺癌の薬物治療 唾液腺導管癌を中心に

加納 里志

北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

近年、唾液腺癌における病理組織型ごとの特徴的な遺伝子異常やタンパク質の過剰発現が次々と解明されている。これらの分子生物学的特徴は、病理診断を補助するだけでなく、疾患の予後予測や治療標的としても注目されている。なかでも、高悪性度癌の一つである唾液腺導管癌は、ヒト上皮増殖因子受容体 2 型 (HER2) およびアンドロゲン受容体 (AR) の過剰発現を特徴とし、本邦においても抗 HER2 薬および抗 AR 薬の使用が可能となった。

HER2 陽性症例に対しては、現在、抗 HER2 薬トラスツズマブとドセタキセルの併用療法 (Tmab + DTX 療法) が保険適用されている。トラスツズマブの使用には、所定のコンパニオン診断薬による HER2 陽性の確認が必須であり、また、心毒性のリスクがあるため、投与開始前には心機能の評価が求められる。

一方、AR 陽性症例に対しては、LHRH アゴニストであるリュープロレリンと、抗アンドロゲン薬であるビカルタミドの併用による複合アンドロゲン遮断 (CAB) 療法が使用可能である。CAB 療法は Tmab + DTX 療法と比較して奏効率はやや劣るもの、ホルモン療法であるため有害事象が少なく、高齢者や PS の低い症例にも比較的安全に使用できる。

このように、唾液腺導管癌に対する薬物療法の選択肢は拡大しているが、HER2 陽性かつ AR 陽性症例においてどの治療を先行すべきか、あるいは HER2 陰性かつ AR 陰性症例における最適な治療選択は何か、といった臨床上の課題が残されている。さらに、現在では新たな抗 HER2 薬や抗 AR 薬に関する臨床試験も進行中である。本講演では、最も予後不良でありながら、最も薬物療法の進歩が著しい唾液腺導管癌について、これまでに明らかとなった最新のエビデンスに基づき、最適な薬物療法の選択について解説する。

シンポジウム 2-4

先端ゲノム解析で紐解く腺様囊胞癌における二相性分化と Notch・Myb シグナルの関係

小林 謙也

東京大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

腺様囊胞癌は病理組織学的に上皮と筋上皮からなる二相性腫瘍である。治療不応例は長期に渡り再発を繰り返し、最終的には癌死に至る。組織学的には、篩状型、管状型、充実型の三つの増殖パターンを呈し、しばしば複雑な移行像を示す。篩状型では、上皮と筋上皮が並置する様に配列し、上皮に存在する Notch 受容体と筋上皮に存在する Notch リガンドの接触によるパラクライン相互作用が腫瘍増殖に関与する。一方、充実型では NOTCH1 機能獲得型変異が生じリガンド非依存性 Notch シグナルにより上皮優位となり予後不良となる。

腺様囊胞癌のドライバー変異は MYB の再配列であり、この構造異常による MYB プロモーターとスーパーエンハンサーの相互作用にて Myb が過剰発現する。さらに Myb は、異なる細胞系譜制御プログラムを駆動するエンハンサーにも結合し、筋上皮における TP63 や、上皮における Notch プログラムとも協調する。近年、Notch 及び Myb シグナルが治療標的として有望視されている。しかしながら、Notch 阻害薬は Phase II 試験にて有効性を示すも、重篤な治療関連合併症が生じた。現在、MYB スプライシング修飾薬の Phase I 試験が進行中である。

我々はこれまで、腺様囊胞癌の臨床コホート及び、樹立した PDX モデルを用いて、上皮・筋上皮の分化、高悪性化メカニズムを様々なゲノム解析手法により解明を試みてきた。本講演では、腺様囊胞癌の腫瘍内不均一性に焦点をあて、空間トランスクリプトミクスを用いた Notch 及び Myb シグナルの二相性構造変化・高悪性化に伴う発現変化を解説する。空間解析では組織学的に移行像を認めた切片における in-site での領域毎に異なる遺伝子発現プロファイルの可視化に成功し、統合解析では上皮優位領域ほど MYB 高発現を認めた。これらの知見は、MYB を標的とした進行中の臨床試験に貴重な示唆を提供する。

シンポジウム 3 理事長特別企画：試される睡眠医療—耳鼻咽喉科睡眠科としての役割—

口 咽 科 2025; 38(2): 126 (総会号)

司会のことば

原 浩貴¹⁾・千葉伸太郎²⁾

1) 川崎医科大学

2) 太田睡眠科学センター

シンポジウム 3-1

耳鼻咽喉科医による CPAP 診療と 鼻科手術の役割

北村 拓朗

産業医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

2025年3月、日本睡眠学会は、医療機関の診療科名に「睡眠障害」を追加するよう厚生労働省に要望しました。これは、睡眠に悩む人が受診する医療機関を選びやすくするためにあります。要望では、「睡眠障害内科」や「睡眠障害精神科」など、既存の診療科と組み合わせて表記できるようにすることを求めていました。

睡眠時無呼吸症候群の治療を行う耳鼻咽喉科でも、「睡眠障害耳鼻咽喉科」「耳鼻咽喉科・睡眠障害科」などの組み合わせが考えられます。

標榜が可能となった場合、「睡眠障害耳鼻咽喉科」「耳鼻咽喉科・睡眠障害科」を掲げる耳鼻咽喉科医には良質な睡眠診療を提供できることが求められます。そこで、日本口腔・咽頭科学会では、耳鼻咽喉科における睡眠医療の質の担保と向上を目的に、耳鼻咽喉科睡眠認定医制度を設立することになりました。

本シンポジウムでは、耳鼻咽喉科睡眠認定医に求められる（目標とすべき）睡眠医療の各領域の内容を4名のシンポジストからプレゼンしてもらいます。今後、他科との連携が求められる睡眠医療領域で、耳鼻咽喉科医の診療レベルの向上を図ると共に、どのようにイニシアティブを取るべきかを含め、講演を拝聴して学んでいただきたいと思います。

閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）に対する持続陽圧呼吸療法（CPAP）は、重症例を中心に標準的治療として確立されているが、その導入と継続には患者ごとの病態に応じた多角的支援が不可欠である。特に、CPAP装着時の不快感や治療離脱の要因となる鼻閉をはじめとする鼻腔通気障害に対して、耳鼻咽喉科医の関与が極めて重要である。耳鼻咽喉科医は上気道の構造と機能に精通しており、解剖学的・病態生理学的評価を通じて保存的・外科的アプローチを選択・実施することで、CPAP療法の成功率を高められる。

本講演では、耳鼻咽喉科医がCPAP診療に果たす役割を紹介する。初診時の問診、鼻腔内視鏡評価、アレルギー性鼻炎・慢性副鼻腔炎に対する薬物療法、さらに症例に応じた鼻中隔矯正術、下鼻甲介手術、内視鏡下副鼻腔手術（ESS）などが、CPAPの装着感や使用時間、治療継続率に与える影響を示す。また、CPAP導入時の患者教育、治療不耐例への再介入、多職種連携による支援体制にも触れる。

高齢者や合併症を有する患者では、個別の配慮が不可欠であり、耳鼻咽喉科的介入の有無が治療成功に直結することもある。最近の研究では、鼻閉の改善がCPAP使用時間を有意に延長し、アドヒアランス向上に寄与することが報告されており、耳鼻咽喉科的介入の有効性を支持するエビデンスが蓄積しつつある。今後は多施設共同研究や前向き試験を通じたデータ蓄積と診療プロトコルの標準化が求められる。

睡眠医療の質的向上には、耳鼻咽喉科の専門性が重要であり、より多くの患者のQOL向上に資する。また、睡眠耳鼻咽喉科の認定制度や診療科標榜の整備、専門人材の育成と社会的認知の確立も重要課題である。本セッションでは、耳鼻咽喉科睡眠認定医に求められる知識と実践水準を提示し、他科との連携・競合のなかで耳鼻咽喉科医が果たすべき役割とリーダーシップの在り方を模索したい。

司会のことば

保富 宗城¹⁾・高原 幹²⁾

1) 和歌山県立医科大学 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

パネルディスカッション 1-1

慢性炎症と IgA 腎症：病態解明へのアプローチ

菅谷 泰樹・高野 賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

本セッション「BeReal !扁桃研究 扁桃における炎症・免疫の多様性に挑む」では、扁桃という一見限局的に見える器官が、実はミステリアスな臓器であり、その多面的な機能と臨床的意義に迫ります。IgA 腎症などの病巣疾患から、ウイルス感染と発癌に関する最新の研究成果まで、基礎・臨床の垣根を越えた多角的なアプローチが展開されます。

最初の演題では、札幌医科大学の菅谷泰樹先生より、IgA 腎症扁桃における濾胞性ヘルパー T 細胞 (Tfh 細胞) の機能に着目した研究をご紹介いただきます。Tfh 細胞の増加と腎機能障害との相関が示され、扁桃から全身への免疫連鎖を証明する重要な知見が報告されます。

続く和歌山県立医科大学の藤代拓先生の演題では、扁桃摘出が IgA 腎症患者に与える遺伝子レベルでの変化が明らかにされます。末梢血や扁桃組織を用いた包括的な解析により、新たな診断・治療指標の確立につながる可能性を提示いただきます。三演題目では、旭川医科大学の熊井琢美先生により、扁桃病巣疾患における免疫応答と常在菌叢の関係に焦点を当て、宿主と微生物の相互作用が病態に与える影響について先見的な研究結果をご紹介いただきます。最後に、大阪大学の岸川敏博先生からのウイルス感染と扁桃における発癌メカニズムについてのご講演にて本セッションを締めて頂きます。HPVなどの感染因子と局所免疫環境の変化が、発癌にどのように関与するかを、深く掘り下げていただきます。

本セッションは、免疫、炎症、感染、そして腫瘍形成に至るまで、扁桃を中心に展開される多様な病態を「リアル」に捉え直し、臓器横断的な疾患理解を深める貴重な機会です。扁桃研究は、日本が世界をリードしてきた分野でもあり、本シンポジウムを介して本法の扁桃研究がさらに発展することを願います。ご参加の皆様には、ぜひ活発なご議論を通して、本分野のさらなる発展にご協力いただければ幸いです。

慢性炎症とは、通常は一時的に収束する炎症反応が長期にわたり持続し、慢性化した状態を指す。扁桃に関与する慢性炎症性疾患には、反復性扁桃炎や IgA 腎症、掌蹠膿疱症などの病巣性扁桃炎がある。反復性扁桃炎は細菌・ウイルス感染に加え、慢性病巣の存在や扁桃の構造的要因が加わることで急性炎症が繰り返される。一方、病巣性扁桃炎は口腔や咽頭に存在する常在菌への免疫寛容が破綻し、慢性的な抗原刺激により過剰な免疫応答が誘導される。これにより、活性化 T 細胞による直接的な組織障害や、活性化 B 細胞からの自己抗体由来する免疫複合体による組織障害が病態を形成すると考えられている。

当研究室では、B 細胞の抗体産生を制御する CD4?T 細胞サブセットの一つである濾胞ヘルパー T 細胞 (Tfh 細胞) に注目している。Tfh 細胞は全身性エリテマトーデスや関節リウマチなどの慢性炎症性の自己免疫疾患の病態に関与していることが知られている。しかし、ヒト扁桃にも多く存在するものの、IgA 腎症での機能的意義は不明であり、当研究室で解析を開始した。

まず、IgA 腎症、反復性扁桃炎、掌蹠膿疱症、扁桃肥大の扁桃 Tfh 細胞を解析したところ、IgA 腎症では PD-1 と CXCR5 を中間程度に発現する Tfh 細胞 (int Tfh 細胞) が有意に増加していた。この int Tfh 細胞は BUN や eGFR といった腎機能障害のマーカーと有意に相關した。int Tfh 細胞と Memory B 細胞を単離して共培養し、上清中の糖鎖異常 IgA1 (Gd-IgA1) 抗体を測定すると、Gd-IgA1 產生する検体が確認でき、さらにその產生量は int Tfh 細胞の活性化マーカーである ICOS の発現と優位に相關した。

以上より、IgA 腎症の病態には int Tfh 細胞が関与する可能性が示唆された。

口咽科 2025; 38(2): 130 (総会号)

パネルディスカッション 1-2 IgA腎症の遺伝子的特徴と口蓋扁桃摘出術によってもたらされる遺伝子変化

藤代 拓¹⁾・金子富美恵³⁾・今福 匠司²⁾・河野 正充⁴⁾
保富 宗城⁴⁾・橋本 真一²⁾

- 1) ひだか病院 耳鼻咽喉科
- 2) 和歌山県立医科大学 分子病態解析
- 3) 済生会冨田病院 耳鼻咽喉科
- 4) 和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

口蓋扁桃には常在細菌叢に対する多様な免疫細胞集団が存在しており、過剰免疫応答が臓器に影響を及ぼし、「扁桃病巣感染症」を誘発することが知られている。その代表的な疾患である IgA 腎症は、糸球体メサンギウム領域に IgA を主成分とする免疫複合体が沈着することを特徴とし、世界で最も一般的な糸球体腎炎である。IgA 腎症は、血尿や尿蛋白を呈し、約 30 ~ 40% は、発症から 20 年以内に末期腎不全に移行するといわれているが、その病態生理は未だ完全には解明されていない。

口蓋扁桃は IgA 腎症における異常な免疫応答において中心的な役割を果たすと考えられている。そのため扁桃摘出は治療効果をもたらすと期待されており、これまでの研究でも、扁桃摘出が血尿と蛋白尿を改善することが示されているが、その作用機序は不明のままである。今回、IgA 腎症の特徴的な遺伝子、口蓋扁桃摘出によってもたらされる遺伝子変化を調べることで、IgA 腎症の病態生理を解明し、新たな治療マーカーを見出すことを目的とした。

本研究では IgA 腎症患者由来の摘出扁桃、慢性扁桃炎患者由来の摘出扁桃、IgA 腎症患者の術前後の末梢血、健常人の末梢血を収集し、フローサイトメーターによる細胞集団解析、ELISA 法によるガラクトース欠損型 IgA1 測定、RNA シークエンスによる遺伝子発現解析を行った。IgA 腎症患者における口蓋扁桃摘出前の末梢血単核球を、扁桃摘出後または健常人の末梢血単核球と比較することで IgA 腎症の血中における特徴的な遺伝子と口蓋扁桃摘出によってもたらされる変化を見出した。また IgA 腎症と慢性扁桃炎の扁桃組織を比較することで、IgA 腎症の扁桃組織における特徴的な遺伝子を同定し、またその遺伝子発現が血液中にどのような影響を及ぼしているかを推察した。これらの結果は IgA 腎症の発病機序の理解および治療経過のマーカーとなりうる。この研究が、本学会が先導する扁桃研究の発展に寄与することができれば幸いである。

パネルディスカッション 1-3 扁桃病巣疾患とマイクロバイオーム

熊井 琢美¹⁾²⁾

- 1) 旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座

ヒポクラテスの時代より、口腔疾患が全身疾患と関連することが示唆されていた。20世紀以降、扁桃が関与する全身疾患についての症例蓄積や病態論が活発に討議され、IgA 肾症や掌蹠膿疱症などの全身疾患と扁桃との関与は「扁桃病巣疾患」という疾患概念として既知のものとなった。現在ではそれぞれの疾患のガイドラインや扁桃病巣疾患診療の手引きにおいて、扁桃摘出が扁桃病巣疾患の治癒もしくは寛解を誘導する治療法として明記されており、本邦を中心に積極的な手術加療がなされている。扁桃摘出が有効な以上、扁桃が扁桃病巣疾患の病態に密接に関与していることは疑う余地もないが、その病態の完全な解明は未だなされておらず、扁桃病巣疾患における扁桃摘出の基礎的エビデンス確立は急務である。

我々の研究室ではこれまで、IgA 肾症患者では扁桃からの BAFF や APRIL といった B 細胞増殖因子が過剰産生されることや、掌蹠膿疱症患者の扁桃由来 T 細胞では活性化マーカーや血管接着因子であるインテグリン発現が増加していることを明らかにしてきた。興味深いことに、IgA 肾症患者では扁桃リンパ球が Toll 様受容体 9 リガンドである CpG-ODN に過剰応答することを突き止めている。このことから、扁桃免疫細胞の口腔内常在菌への過剰応答が扁桃病巣疾患の病態として想定される。常在菌への過剰応答は宿主因子と微生物学的因子のいずれか、もしくは複合的に引き起こされる。本講演では、扁桃免疫細胞について扁桃病巣疾患とそれ以外の疾患での相違（宿主因子）および、16S rRNA を含む扁桃細菌叢解析（微生物学的因子）の結果について概説する。

パネルディスカッション 1-4 扁桃におけるウイルス感染と局所発癌メカニズム

岸川 敏博

大阪大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

近年、欧米を中心にヒトパピローマウイルス（HPV）陽性中咽頭癌の発症率が増加している。口蓋扁桃は、非連続な網目状扁平上皮や基底膜の不完全性、リンパ組織を含む特殊構造により、HPV 感染の好発部位とされる。これらの構造的特性により、粘膜損傷を介さずにウイルスが基底層の幹細胞に到達し、感染が成立しやすい。感染初期において、HPV はエピソームとして細胞内に潜伏し、宿主の DNA 複製機構を利用して低コピー数のまま潜伏を継続する。その後の発癌過程に関して、子宮頸癌では何らかのウイルス DNA 増殖を契機に E6 および E7 タンパクの発現が更新し、前癌病変が進行、さらに染色体不安定化や宿主ゲノムへのインテグレーションによって発癌に至ると考えられている。HPV 陽性中咽頭癌でも約 70%でインテグレーションが報告されており、我々の解析でも同様の結果が得られている。一方、扁桃では子宮頸癌のような明確な前癌病変が認められず、中咽頭特有の発癌機構が示唆されてきた。そこで、我々は HPV 感染が確認された非悪性疾患患者の摘出扁桃から全連続切片を作製し、HPVDNA を含む切片周辺の組織学的な評価を実施した。その結果、世界で初めて HPV 関連中咽頭前癌病変の同定に至った。少ない症例数ではあるが、異型の程度とうがい液中の HPV mRNA 発現との間に相関がある可能性が示唆され、バイオマーカーとしての応用が期待される。また、HPV 関連癌の発症には、ウイルス遺伝子の発現だけでなく、宿主側のがん関連遺伝子や抑制遺伝子の変異の蓄積も必要と考えられる。近年では、APOBEC3 によるウイルス遺伝子への変異や、宿主遺伝子である PIK3CA や TRAF3 などの変異も報告されており、ウイルス因子と宿主因子の双方が複雑に関与する発癌機構が明らかになりつつある。今後は前癌病変の意義の解明を含め、HPV 関連中咽頭癌の 2 次予防の実現を目指していく。

パネルディスカッション 2 ダブルライセンサーの本音と提言

口咽科 2025; 38(2): 132 (総会号)

司会のことば

香取 幸夫¹⁾・猪原 秀典²⁾

1) 東北大学

2) 大阪大学

パネルディスカッション 2-1

医科歯科連携の今後

萬 顯・高野 賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

耳鼻咽喉科頭頸部外科は、口腔咽頭科学会が関与する臓器ならびに疾病において、歯科と重複することが多い。具体的には口腔癌、摂食嚥下、構音、睡眠、味覚、唾液腺などの治療において、施設により協力して、あるいは別個に診療を行っている。

これに關係して歯科の診療範囲に関しては、平成8年5月に行われた厚生労働省（旧厚生省）の「歯科口腔外科に関する検討会」が最近の公的な記載がなされており、次のように取りまとめられている。「標榜診療科としての歯科口腔外科の診療領域の対象は、原則として口唇、頬粘膜、上下歯槽、硬口蓋、舌前3分の2、口腔底に、軟口蓋、顎骨（顎関節を含む）、唾液腺（耳下腺を除く）を加える部位とする」。しかし一定数の歯科医師がこの範囲を超えて診療を行い、組織損傷、出血、機能障害などの合併症が生じることがある。一方で医科歯科の連携は、お互いの長所を活かして、疾病的早期診断や患者の機能改善に有益なことが多い。

それゆえ境界領域において患者さんに安全な医療を提供し、かつQOLの向上をもたらすためには、医科（耳鼻咽喉科頭頸部外科）と歯科の連携は不可欠である。多くの病院、地域で連携が進むためには、医科歯科双方をよく理解して橋渡しの役割を果たせる、医師資格・歯科医師資格のダブルライセンサーの活躍と、医師への啓発が望まれる。

今回のパネルディスカッションでは、基礎研究に従事し歯科診療も行っている札幌医科大学の萬 顯先生、頭頸部領域の腫瘍内科医として活躍している埼玉医科大学の山崎知子先生、頭頸部外科医として活躍している市立青梅総合医療センターの河邊浩明先生に、ダブルライセンスを活かした経験を講演していただく。聴講する方が歯科の長所をよく理解し、医科歯科連携を進める機会にしていただければ幸甚である。

ダブルライセンサーからの提言とは恐縮であるが、僭越ながら私の拙い経験を紹介させていただければ幸いである。私が北海道大学歯学部に入学した平成14年は市立札幌病院で起きた歯科医師による救急救命研修の医師法違反事件を受け、歯科医師の医科研修ガイドラインが策定された年であった。歯科医行為の範囲が明文化されるなど、歯科医療とりわけ歯科口腔外科を取り巻く環境が大きく変化している時代に歯学部学生時代を過ごした。その後、歯科口腔外科で卒後臨床研修を受けたことから全身についての学びを深めたいと思い、医学部再受験を決心したことを思い出す。札幌医科大学医学部に入学してからは授業の傍ら歯科口腔外科の客員臨床医として歯科治療や口腔外科手技の修練を積ませていただいた。医学部高学年になると市中の歯科クリニックで夜診のバイトに精を出した。かつては、医師および歯科医師のダブルライセンスを取得し、口腔外科学の分野において卓越した実績を残された先生がおられたが、現在では医師免許取得後も歯科臨床に専念し続けるケースはない。現在私は基礎研究に主軸を置いた活動しており、教室の理解をいただき歯科勤務を継続している。そこで一般歯科医師また歯科口腔外科医としての立場から日常診療での医科歯科連携についての現状をご紹介する。特に医科・歯科を含む多職種連携が重要な嚥下障害診療については歯科医の取り組みを紹介することで耳鼻科医としての関わり方を考える一助になれば幸いである。耳鼻咽喉科医として役に立った歯科の知識としてビスホスホネート製剤特有の副作用として発生する顎骨壊死症例をご紹介する。

パネルディスカッション 2 ダブルライセンサーの本音と提言

口 咽 科 2025; 38(2): 133 (総会号)

パネルディスカッション 2-2 医科と歯科のダブルライセンスを持つものとしての希望

山崎 知子

埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科・耳鼻咽喉科

私は医学部と歯学部の両方を卒業し、現在は大学病院で腫瘍内科医として、主に頭頸部と甲状腺領域のがん治療に携わっています。医師と歯科医師、両方の資格を持つ立場から、抗がん薬治療と支持療法のみならず、すべてのがん患者さんに適切な口腔管理が届く医療を実現したいと願いながら、日々の診療にあたっています。

現場では、医科と歯科の役割や立ち位置について、時にすれ違いがあることも実感しています。とくに、口腔外科医が薬物療法や手術に関わることに対して、耳鼻科領域の先生方の中には戸惑いを感じておられる方もいらっしゃると聞きます。

本発表では、ダブルライセンスを持つ立場から、医科と歯科のあいだに立って見えてくること、患者さんの利益を第一に考えたときに必要だと感じる連携のかたちについて、率直にお話ししたいと思います。

専門領域が違っていても、目指すゴールは共通しているはずです。お互いの強みを尊重しながら、連携のなかで新たな可能性を築いていけたらと願っています。私は、そんな“橋”のような役割を担える存在でありたいと考えています。

短い時間ではありますが、皆様と一緒に考えるきっかけになれば幸いです。

パネルディスカッション 2-3 頭頸部外科医にとってのダブルライセンスの意義について

河邊 浩明

市立青梅総合医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

アメリカの口腔外科医は歯科医師免許だけではなく、医師免許も必要となっている。外科手術を行うためには、医学の知識を元に術前評価や術後管理に関して全身状態を見なくてはならないからである。しかし日本では医師免許がなくても口腔外科医になることができる。歯科の治療のためであれば、皮弁採取など口腔以外の部位への手術も認められている。そのため本来歯科と医科が協力すべき症例でも、日本では連携せずに歯科独自で口腔外科治療を行っているところもある。

では反対に頭頸部外科医には歯科医師免許が必要なのであるか。歯科医師免許を取得すると、う蝕治療で歯の切削、欠損したところの補綴、歯周病の歯石除去や、抜歯ができるようになる。これらの処置は頭頸部外科医にとって普段の診療内で行うことは難しい。しかし、歯科知識があると診療に役立つこともある。例えば耳痛や鼻痛で受診された患者に対して、外耳、中耳、鼻腔内には特に所見は認めず、原因として歯科疾患を認めることがある。知識があれば診断して、すぐに的確に歯科受診を勧めることができる。また、下顎骨区域切除時の抜歯や上顎部分切除時の閉鎖方法、歯肉の縫合方法など、歯科医師の知識を用いて手術すると、手術の効率化や不要な処置の削減など得られることもある。

本シンポジウムでは日本の体制下での歯科医師と医師との連携課題への考察、耳鼻咽喉科や頭頸部外科の医師にとって手術の手技や診察に有用な歯科知識について紹介する。

パネルディスカッション

パネルディスカッション 3 上咽頭の不思議

口咽科 2025; 38(2): 134 (総会号)

司会のことば

藤枝 重治¹⁾・吉崎 智一²⁾

1) 福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 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 3-1

上咽頭組織に潜む免疫の守護者たち —細胞の多様性と機能に迫る—

小笠原徳子¹⁾²⁾

1) 札幌医科大学医学部感染学講座微生物学分野

2) 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

正常の上咽頭をファイバーで見ると、薄いピンク色をして表面平滑なとてもきれいな場合もあれば、同じ色でも敷石状にボコボコしている場合もあり、様々な顔をしている。上咽頭は鼻汁の排出路になっており、1日約500mlから1Lの鼻汁を飲むことで、潤いを保っている。その表面には、おそらく多数の免疫担当細胞が存在し、粘膜バリアーを張り巡らしていると考えられる。一方で子供のアデノイドはもっこりとなんとも言えない柔らかさを示している。その上咽頭でひとたび感染が起これば、粘膜は発赤し、膿性の鼻汁や粘液が付着して、体が反応しているのだなあと推測できる状態になる。我々が確実に見ることができる炎症部位といえば、上咽頭ではないだろうか。

上咽頭における免疫担当細胞の防御および制御を *in vitro* でのウイルス感染モデルで再現し、上咽頭免疫環境を遺伝子発現の変化で表現する試みを小笠原先生に発表していただきます。現在、最新の実験手法として試みられている Visium HD を用いた空間的トランスクリプトームで上咽頭を解析した結果を西先生に述べていただきます。お二人には、上咽頭の免疫反応の奥深さをたっぷりと見せていただきます。3番目には、共鳴器に加え、喉頭潤滑という機能に着目した上咽頭炎の影響について楠山先生に、そして最後は上咽頭癌発癌機構におけるエピジェネティックな調節機構について溝上先生にご発表いただきます。

気道の番人とも言える咽頭扁桃への急性感染、感染遷延化、潜伏感染など様々な感染様式が引き起こす多彩な上咽頭疾患の病態、そして、近年臨床効果に注目が集まる上咽頭擦過療法の効果に関する報告など、非常に興味深い内容のパネルです。皆様のご参加を心よりお待ちしています。

上咽頭に位置する咽頭扁桃（アデノイド）は、乳幼児期に顕著な発達を示す特殊な免疫組織であり、その役割は「呼吸器の門番」にとどまらず、粘膜免疫の形成に深く関与していると考えられています。しかしながら、その内部には未解明の細胞ネットワークと複雑な免疫制御機構が存在し、今なお多くの“謎”を抱える「免疫のフロンティア」ともいえる組織です。

本ワークショップでは、近年注目を集めている咽頭扁桃の免疫学的意義と Respiratory Syncytial Virus (RSV) 感染との関連について、分子生物学的視点から最新の知見を紹介します。特に、我々のグループが独自に確立した小児咽頭扁桃由来初代上皮細胞 (pediatric adenoid-derived primary epithelial cells : pAPE 細胞) に着目し、その不思議な免疫機能と RSV 応答性について議論します。

我々のグループではさらに、摘出組織から単離した pAPE 細胞に hTERT または SV40T 抗原を導入して延命化を試み、HEp-2 細胞や pAPE 細胞と比較しながら RSV 感染モデルとしての特性を評価しました。加えて、RSV 感染 48 時間後に 10x Genomics プラットフォームを用いたシングルセル RNA シーケンス解析を行い、感染応答に関わる細胞多様性を可視化しました。

その結果、RSV 感染により咽頭扁桃内では炎症性サイトカインや IgA 関連因子の発現に変化が生じ、上皮細胞を含む複数の免疫細胞群において顕著な遺伝子発現変動が観察されました。とりわけ、感染に伴って特定の細胞亜集団において抗ウイルス応答経路の活性化がみられ、咽頭扁桃組織が単なるリンパ性組織を超えた「能動的な免疫制御センター」であることが浮かび上がりました。

本発表では、これまで見過ごされがちであった上咽頭免疫環境の“奥深さ”に光をあてるとともに、RSV 初期感染に対する新たな理解を提示する予定です。ワクチン開発や局所免疫戦略における次なる展望への道標として、本発表がその一助となることを期待します。

パネルディスカッション 3-2 空間的遺伝子発現解析で描く上咽頭 と Long COVID の病態地図

西 憲祐^{1,2)}

- 1) 西耳鼻咽喉科医院
2) 福岡歯科大学 口腔医学研究センター

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後も、耳鼻咽喉科領域の症状を含む多彩な症状が長期にわたり持続する「Long COVID」は、世界的に深刻な健康課題であり、その病態解明と治療法の確立は急務である。耳鼻咽喉科領域の症状も高頻度で報告されており、感染のターゲット部位である上咽頭の関与が注目されている。

本講演では、Long COVIDにおける上咽頭の分子病態を明らかにするために、空間的遺伝子発現解析技術である Visium HD を用いた最新の研究成果を紹介する。Visium HD は、組織内の遺伝子発現情報を高解像度で空間的に可視化できる先進的な解析手法である。本研究では、Long COVID 患者および非感染者の上咽頭組織を対象に解析を実施した。その結果、感染から数ヵ月を経過した Long COVID 患者の上咽頭においても、SARS-CoV-2 の RNA が検出され、特に線毛上皮細胞、形質様樹状細胞、B 細胞においてウイルス関連シグナル経路の持続的な活性化が確認された。これらの所見は、感染性を失ったウイルス成分が上咽頭局所における免疫応答を刺激し続け、慢性的な炎症状態の維持に寄与している可能性を示唆するものである。

さらに、EAT 後には、ウイルス RNA の除去とともに、炎症性サイトカインの発現が有意に低下し、上皮構造の再構築、ならびに免疫細胞の活性化に関与する遺伝子群の抑制が認められた。EAT が単なる対症療法ではなく、局所免疫の調整を介して病態そのものに影響を及ぼしうる治療である可能性を示す結果である。

本セッションでは、空間的遺伝子発現解析の結果を通じて、上咽頭という局所における Long COVID の分子病態を視覚的かつ機能的に捉える新たな視点を提示する。本研究の知見が、Long COVID の理解と今後の治療戦略に貢献することを期待している。

パネルディスカッション 3-3 上咽頭炎と音声障害

楠山 敏行^{1,2)}・中川 秀樹^{1,3)}・池田 俊也⁴⁾・熊井 琢美⁵⁾

- 1) 東京ボイスクリニック
2) 国立音楽大学 音楽学部
3) 聖母病院 耳鼻咽喉科
4) 国際医療福祉大学 医学部 公衆衛生学
5) 旭川医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

【はじめに】われわれは音声障害の原因としての上咽頭炎に注目して検討を行ってきた。過去の検討では、歌唱者における上咽頭炎による音声障害と思われる症例に対し、上咽頭擦過療法を行った結果、内視鏡検査、主訴の経過、最長発声持続時間、自覚的評価が有意に改善した。

今回、旭川医科大学倫理委員会の承認を受け、非歌唱者の上咽頭炎による音声障害症例を検討に加え、上咽頭擦過療法を行い、治療効果を上咽頭擦過療法検討委員会の評価法による後ろ向き研究により検討した。

【対象と方法】対象は2021年3月から2022年8月の間に、上咽頭炎による音声障害と診断した症例のうち、治療前後の音声検査が可能であった66例（歌唱者41例、非歌唱者25例）である。上咽頭擦過療法は原則的に週1回施行し、治療終了時、または約6ヵ月後に評価を行った。評価は主症状スケール、内視鏡スコアに、空気力学的発声機能検査、音響分析、および自覚的評価を加えて検討した。

【結果】歌唱者では主症状スケール、内視鏡スコア、声域、最長発声持続時間、周期変動指数、および自覚的評価において、非歌唱者では主症状スケール、内視鏡スコア、最長発声持続時間、振幅変動指数、喉頭雜音、および自覚的評価において有意な改善を認めた。

【考察および結論】先行研究により上咽頭炎には自律神経を介した反射が関与することが示されている。また、喉頭潤滑と音声の関連性については過去より多くの報告があり、いずれも喉頭潤滑の低下が音声障害を引き起こす事を説明している。一方、上咽頭は共鳴器官の一部であるため、上咽頭炎による粘膜腫脹や分泌物の付着などが直接共鳴に影響をきたすと考えられる。今回の検討では歌唱者、非歌唱者ともに、より多くのパラメーターで有意な改善を認めた。上咽頭炎は音声障害の原因疾患の一つであり、声帯に所見を認めない音声障害症例の診断において念頭に置くべき疾患である。

パネルディスカッション 3 上咽頭の不思議

口 咽 科 2025; 38(2): 136 (総会号)

パネルディスカッション 3-4 EBV 感染が誘導する上咽頭癌のエピゲノム異常

溝上 晴恵¹⁾²⁾³⁾・近藤 悟¹⁾・吉崎 智一¹⁾

- 1) 金沢大学大学院医薬保健総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 千葉大学大学院医学研究院 分子腫瘍学
- 3) 厚生連高岡病院 耳鼻咽喉科

種々の遺伝子発現は、遺伝子変異や染色体転座などのゲノム異常だけでなく、DNA メチル化やヒストン修飾、クロマチン構造変化などのエピゲノム異常も調節している。近年、次世代シーケンサーの発展とともに様々な癌種でエピゲノム解析が進んできた。しかし、Epstein-Barr ウィルス (EBV) が潜伏感染している上咽頭癌では、癌細胞内に異種ゲノムが存在することで誘導されるエピゲノム異常について未解明である。そこで、EBV ゲノムが誘導する上咽頭癌宿主のエピゲノム変化を網羅的に解析した。まず、EBV ゲノムが近接する宿主ゲノム領域 (EBV interacting region, EBVIR) を、EBV 陽性上咽頭癌細胞株で 50 カ所 (16Mb) 同定した。この領域は AT 配列が豊富で遺伝子数が少なく、89% が非活性コンパートメントであった。つまり、EBV ゲノムは転写活性が抑制されたヘテロクロマチンと相互作用していると考えられる。活性系ヒストン修飾 (H3K4me1, H3K4me3, H3K27ac) の ChIP-seq 解析では、EBVIR は正常上皮細胞株で有意に低いシグナルを示し、癌細胞株でシグナルが有意に上昇し、遺伝子発現を増強するエンハンサーが異常に活性化されていた。次に、このエピゲノム異常により制御される遺伝子の抽出を試みた。ゲノムは相互に影響しあう領域が近接したドメイン構造 (topologically associated domain, TAD) を形成している。そこで、EBVIR と TAD が重なる領域から遺伝子を抽出し RNA-seq 解析を行うと、正常細胞株と比較して癌細胞株で 14 遺伝子が発現上昇していた。その 1 つの *PLA2G4A* 遺伝子は、近傍の EBVIR 内でエンハンサー領域の異常活性化と、そのエンハンサーとプロモーターの異常近接化を、癌細胞株でのみ特異的に認めた。さらに siRNA でのノックダウンにより、癌細胞株の有意な増殖低下を認めた。以上から、EBV ゲノムは宿主ヘテロクロマチンに作用しエンハンサーを活性化することで、*PLA2G4A* を介して上咽頭癌の悪性化に寄与することが示唆された。

ハンズオンセミナー1 もう困らない無呼吸検査

中田 誠一¹⁾・平田 正敏²⁾

1) 名鉄病院 耳鼻咽喉科 / 睡眠障害センター

2) 名鉄病院 睡眠障害センター

今回の「閉塞性睡眠時無呼吸」のハンズオンセミナーは PSG 検査と CPAP 機器治療について行います。PSG 検査・CPAP 機器共にその機器の概要とその使い方を、また PSG 検査については出てきた Data の読み方についてもお話しします。PSG 検査は睡眠、呼吸、心電図などを多チャンネル記録し総合的に判定する検査であり睡眠中の生体情報をより多く、正確に知るために睡眠医療には不可欠な検査となっています。その PSG 検査においての睡眠の質については脳波、眼電図、オトガイ筋筋電図により判定します。睡眠は REM (rapid eye movement) 睡眠と NREM (non rapid eye movement) 睡眠にわかれます。NREM は stage 1 ~ 4 まであり、3, 4 は深睡眠となる REM 睡眠は急速眼球運動とオトガイ筋筋電図の減弱を伴う睡眠であり、ほとんどの場合夢をみています。呼吸に関しては無呼吸も REM 睡眠中に増悪、低酸素血症も高度になることが多いです。覚醒反応 (arousal) は脳波上の短時間覚醒であり、無呼吸によっても引き起こされ、頻回であれば分断睡眠となり、深睡眠や REM 睡眠は減少し、浅睡眠は増加します。鼻と口の気流を測定するのに温度センサー、鼻圧センサーの両タイプがあります。温度センサーは無呼吸の検出に優れ、鼻圧センサーは低呼吸、気流制限などの検出に優れています。呼吸努力は呼吸インダクタンス法を用いた RIP (respiratory inductance plethysmography) が換気量を定量的に測定するために推奨されています。他、フル装備の PSG 検査機器は心電図、前脛骨筋筋電図、いびき音、体位 のセンサーが装備されています。今回の PSG 機器は通常の入院のフル装備のタイプを場合によっては家に持ち帰ってもできるように一部簡便化した機器を使い勉強していただきます。また CPAP 機器についてもタイプの違う機器を数種類用意し、実際手にとっていただき、その空気圧やそれらの特性、扱い方の注意点等について学んでいただく予定です。

口咽科 2025; 38(2): 138 (総会号)

ハンズオンセミナー2 内視鏡下上咽頭擦過療法 (Endoscopic EAT: E-EAT) の標準的手技と実践ポイント

西 憲祐¹⁾²⁾³⁾・田中亜矢樹¹⁾⁴⁾・萩野 仁志¹⁾⁵⁾

- 1) 日本口腔・咽頭科学会 上咽頭擦過療法検討委員会
- 2) 西耳鼻咽喉科医院
- 3) 福岡歯科大学 口腔医学研究センター
- 4) 田中耳鼻咽喉科
- 5) はぎの耳鼻咽喉科

『上咽頭擦過療法のコツとピットフォール』というテーマの下、受講者が標準的な考え方を理解した上でハンズオンに臨めるよう、本ミニレクチャーを導入として位置づける。特に内視鏡下上咽頭擦過療法 (Endoscopic Epipharyngeal Abrasive Therapy : E-EAT) の基本手技と実践ポイントについて解説する。EAT は慢性上咽頭炎に対し有効な治療法として耳鼻咽喉科外来で広く施行されており、特に内視鏡下で行う E-EAT は視認性に優れ、安全かつ精密な処置が可能となる。EAT, E-EAT が全国で広く実践されるなか、その品質を保ち、臨床効果を均質化するために、委員会では標準手技の策定と普及に取り組んでいる。本レクチャーでは、日本口腔・咽頭科学会上咽頭擦過療法検討委員会（原渕保明委員長）が提案する標準手技をもとに、実臨床に即した形で体系的に紹介する。標準手技は以下の通りである。①必要に応じて 4% キシロカイン直錠による局所麻酔、② 1% 塩化亜鉛溶液の使用、③ 経鼻錠棒法を行った後に経口捲綿子法を行う、④ 経鼻錠棒はルーツェ式金属軸またはディスポートブルアルミ軸を使用、⑤ 経鼻錠棒は弱彎曲を基本とし、擦過が不十分な部位には強彎曲を用いる、⑥ 経鼻法の所要時間は 3 ~ 4 分、⑦ 経鼻法 + 経口法の所要時間は 5 ~ 6 分である。基本的な E-EAT 手技解説に加え、EAT に使用する物品紹介や、処置効果の評価指標としてのスコアリング法にも言及し、EAT の実践的な理解を深める。ハンズオンセミナーでは、E-EAT の開発者である田中耳鼻咽喉科 田中亜矢樹先生、ならびに E-EAT のエキスパートである、はぎの耳鼻咽喉科 萩野仁志先生から、手技を直接習得でき、熟練者の高度なテクニックも学ぶ貴重な機会となる。すでに EAT を実施している医師はもちろん、導入を検討している医師にも広く参加を推奨したい。

ハンズオンセミナー 4 強みにしたい味覚検査

任 智美

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

電気味覚検査、濾紙ディスク法は、本邦で保険適用をもつ味覚機能検査である。前者は定量評価に有用で検知機能を反映し、後者は定性評価に優れ、認知機能を反映する。電気味覚検査の刺激は「金属をなめたような味」や「酸味」「塩味」と表現され、単一である。段階数が多いいため、術前術後の神経障害の評価においては、濾紙ディスク法と比較して変化の検出感度に優れている。正常値は、鼓索神経領域が $0 \pm 8\text{dB}$ 、舌咽神経領域が $4 \pm 14\text{dB}$ 、大錐体神経領域が $10 \pm 22\text{dB}$ である。左右差は 6dB 以内が正常範囲とされるが、年齢によって閾値は高くなる。特に手術や抜歯などによる神経障害は訴訟につながることもあるため、再現性の確認など慎重な対応が必要である。

神経障害以外では、濾紙ディスク法のほうが情報量が多い。原則として電気味覚検査と関連するが、解離する例もあり、そこにも診断的意義が存在する。現時点では、濾紙ディスク法の検査キットである「テーストディスク」は販売中止となっており、各施設で味溶液を作製する必要がある。各味溶液の作製方法は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会のホームページにて参照可能である(https://www.jibika.or.jp/uploads/files/committees/hoken_td_chosei.pdf)。労災や自賠責の後遺障害認定には、濾紙ディスク法の施行が定められている。厚労省からは、「濾紙ディスク法による味覚定量検査における味覚液の標準的な調製方法」に基づいて院内調剤で作成した場合、保険請求および労災申請が可能である旨が発出されている。

現状、味覚検査の実施率は高いとは言えない。2019年に当学会が主導した味覚障害診療に関する全国調査では、2003年時より実施率は有意に低下していた。しかし、味覚障害診療において、障害部位の推定や病態の把握には味覚検査が不可欠である。味覚障害診療の標準化と質の向上を目指して、味覚検査の普及および簡便化、臨床的有用性の発信と啓発が求められる。

ランチョンセミナー 1 低侵襲手術の現在地～咽頭・甲状腺領域におけるデバイス活用～

口 咽 科 2025; 38(2): 140 (総会号)

ランチョンセミナー 1-1

「全部取らない」という選択:PITA が目指す小児OSA治療の新潮流

小森 学

聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科

小児の閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)は、日常生活の質(QOL)や成長・発達に大きな影響を及ぼす疾患であり、早期の診断と治療が重要である。なかでも、扁桃肥大やアデノイド肥大が主因となる場合、外科的治療が第一選択とされてきた。従来広く行われてきた被膜外扁桃摘出術は、病変組織を確実に除去できる反面、術後の疼痛や出血、摂食困難などの合併症が問題となってきた。

このような課題を背景に注目されているのが、Powered Intracapsular Tonsillectomy and Adenoidectomy(PITA)である。PITAは、扁桃の被膜を一部温存しつつ内部のみを切除する低侵襲手術であり、マイクロデブリッダーなどのデバイスを用いて実施される。「全部取らない」という新しいアプローチにより、術後合併症のリスクを軽減し、回復期間の短縮が可能となる。

海外を中心にPITAの有効性を示すエビデンスは増加しており、疼痛スコアの低下、術後出血の減少といった臨床成績が報告されている。こうした実績を受け、標準術式として採用する施設も増えている。一方、日本国内では認知度がまだ低く、導入例も限定的である。

本講演では、従来術式の課題を再確認したうえで、PITAの理論的背景と手術手技の詳細を紹介する。マイクロデブリッダーの設定、止血管理、アデノイド切除との併用方法など、実際の臨床応用に必要な知見を共有する予定である。また、本学会のワーキンググループで進行中の研究活動や教育的取り組みにも触れ、若手医師への技術継承や診療報酬制度への対応といった課題についても検討する。

PITAは、小児OSA治療における「次なるスタンダード」となり得る可能性を秘めており、その普及には多方面からの取り組みが求められる。

ランチョンセミナー 1-2

内視鏡・ロボット甲状腺手術におけるリガシュアTMXPの有用性

黒瀬 誠・高野 賢一

札幌医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】低侵襲かつ整容性に優れる内視鏡補助下およびロボット支援下甲状腺手術は、特に若年女性を中心に高い需要がある。一方で、狭小な術野での安全な操作が求められるこれらの術式においては、止血・剥離・切開を担うエネルギーデバイスの性能が手術の質を左右する。

【目的】本演題では、リガシュアTMXP (LigaSureTM XP Maryland Jaw) の操作性・安全性・有用性を、内視鏡・ロボット手術それぞれの観点から検討・報告する。

【方法・結果】従来法では、器具の持ち替えによる操作効率の低下や、熱損傷の制御困難、止血不良による視野不良が課題であった。リガシュアTMXPは、曲面鉗子構造を活かした一器具での把持・剥離・シール・切開が可能で、術中の操作性が向上し、特に反回神経周囲や副甲状腺周囲での安全性向上に寄与した。ロボット支援下では、da Vinci SP システムとの親和性が高く、術者主導による繊細な操作が可能であった。

【まとめ】リガシュアTMXPは、従来の標準術式と比較して操作効率および安全性に優れ、内視鏡およびロボット甲状腺手術において非常に有用なデバイスである。本セミナーでは、自験例や術中動画を交え、術式ごとの利点と工夫を具体的に提示する。

ランチョンセミナー2 コブレーターによる低侵襲な扁桃手術を目指して：Coblation Intracapsular tonsillectomy

河野 正充

和歌山県立医科大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

小児の閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）は身体的・精神的成长に様々な影響を及ぼす、有病率の高い疾患であり、耳鼻咽喉科医の積極的な関与が重要です。口蓋扁桃摘出術は、耳鼻咽喉科医が最初に経験する基本的な手術の一つであり、小児OSAに対する標準的な治療法として広く行われています。一方で、術後の疼痛や出血、それに伴うADLの低下は依然として大きな課題です。

これらの課題に対し、近年注目されているのが、被膜内扁桃摘出術です。この術式は扁桃の被膜を温存し、内部組織のみをパワーデバイスで切除する方法（Powered intracapsular tonsillectomy : PIT）で、従来の被膜を含めた扁桃摘出術に比べて痛みや出血が少なく、回復も早いと報告されています。すでに北欧では標準術式として定着しており、米国でも徐々に普及が進んでいます。現在、日本口腔・咽頭科学会でも、ワーキンググループを立ち上げ、本邦での普及活動を行っています。

Coblationは、40～70℃の低温で組織を切除・凝固できる低侵襲デバイスであり、周囲組織への熱損傷が少ないことが特長です。アブレーション（切除）・凝固・吸引の3機能を備えた専用ワンドにより、手技の効率性と安全性が向上し、術者の負担軽減にも大きく寄与します。従来の口蓋扁桃摘出術だけではなく、PITにおけるデバイスとしても非常に有用です。

本講演では、来場された先生方に簡単なアンケートにご協力いただきながら、従来の口蓋扁桃摘出術（Coblation Extracapsular tonsillectomy）と被膜内扁桃摘出術（Coblation Intracapsular tonsillectomy）の動画をご覧いただき、それぞれ手術の特徴やコツ、ピットフォールについて、臨床現場での経験をもとに解説させていただきます。今後的小児OSAに対する手術法の選択肢のひとつとして、参考になれば幸いです。

ランチョンセミナー 3

口 咽 科 2025; 38(2) : 142 (総会号)

ランチョンセミナー 3

再発転移頭頸部癌の ICI を中心とした治療戦略：エビデンスと現場の架け橋を目指して

小川 武則

岐阜大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学
分野

再発・転移頭頸部癌に対する薬物療法は近年、免疫チェックポイント阻害剤（ICI）など、さまざまな薬剤の登場により大きく変化している。ICIは単剤療法および化学療法との併用療法で様々な治療選択肢が開発され、実臨床での使用が増えてきている。そのような状況下において、全国の施設で頭頸部癌の患者に、均てん化された薬物療法を実施できることが理想となる。特に、頭頸部癌診療ガイドライン 2025 では、CQ12-3~4 にかけて、再発・転移頭頸部扁平上皮癌に対する ICI の治療選択についての記載が存在する。特に今回解説するペムプロリズマブに関しては、CQ12-3 で、プラチナ製剤感受性の再発・転移頭頸部癌扁平上皮癌に対してペムプロリズマブを用いた治療を考慮する際には、治療開始前に PD-L1 発現（CPS）を確認することが強く推奨されている。ただ一方で、実臨床では臨床試験に含まれていたような条件だけでなく、さまざまな背景を持つ患者に投与を検討することが多々ある。その中で患者さんのベネフィットを最大化するためには、ガイドライン・エビデンスを正しく理解していることに加え、多施設の実臨床経験やデータ、院内外の各診療科との連携が必要である。カギとなる臨床試験に加え、数ある実臨床データを正しく解釈し、自施設で経験したことのない有害事象やその対応、連携の実態に目を向けることが求められる。本講演では上記内容を中心として、若手の先生や、これから再発・転移頭頸部癌に対する治療を行う方などに向けて、改めて知っておきたい基本の知識・エビデンスをお話ししつつ、自施設での治療方針や診療連携、AE マネジメントのポイントなど、蓄積した経験を踏まえ実臨床に即した治療戦略を議論したい。

ランチョンセミナー 4

超音波振動を使いこなす：FUSE 取得医師が伝える Harmonic Focus の真価

対馬那由多

北海道大学 大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外
科学教室

耳鼻咽喉科・頭頸部外科の手術において、電気メスやバイポーラに加え、凝固と切離を兼ね備えたエネルギーデバイスの役割は着実に定着しつつある。

なかでも Harmonic Focus は、超音波振動によって凝固と切離を同時に使う点で、ラジオ波やマイクロ波といった電磁波を用いるデバイスとは一線を画す存在である。

電磁波を用いたデバイスは、イオンの移動や水分子の回転運動に起因する組織内の加熱により凝固させる。一方で Harmonic Focus は物理的な振動によるエネルギーで熱を発生させ組織の凝固を引き起こす。さらに、ブレードの接触面に発生するせん断力により、同時に切離を可能とする。

この仕組みにより、Harmonic Focus はブレードに特別な機構を必要とせず、先端を細く設計できる。そのため、ワーキングスペースが限られる頭頸部の術野で操作が容易である。また、ブレードの先端まで切離でき、一度で切離できずにもう一度行う、いわゆる“二度切り”を避けられる。

Harmonic Focus のブレード先端は摩擦により加熱されるため、術者にとって高温に感じられることもある。しかし、実際に組織に伝わる熱はラジオ波を使用したデバイスに比べて穏やかである。各デバイスで熱の発生機序が異なるため、“どこが熱くなるのか”，“どこに熱が伝わるのか”を理解することが、副損傷を防ぐ鍵となる。

本セミナーでは、Harmonic Focus の物理的原理をわかりやすく解説するとともに、頭頸部手術においてどのような強みを發揮するのかを手術動画を用いて紹介する。特に頸部郭清術における IB 領域や VI 領域といった、経験上 Harmonic Focus が有利と考えている場面をご覧いただきたい。また，“Max”と“Min”におけるブレードの動きの違いなど、普段あまり意識されない事項についてもお伝えし、日頃から使用している術者はもちろん、他のエネルギーデバイスを使用している医師にとつても、新たな視点を得られるセミナーにしたい。

ランチョンセミナー 5 CRSwNP～手術／薬物療法 update～

口咽科 2025; 38(2): 144 (総会号)

ランチョンセミナー 5-1

好酸球性鼻副鼻腔炎に対する一貫した治療戦略における内視鏡下鼻内手術の役割

大國 育

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

近年、難治性炎症性疾患の病態解明が進み、特異的な治療標的を有するバイオ製剤の開発が加速している。2型炎症の関与が示唆される難治性喘息やアトピー性皮膚炎では、従来使用されていた経口ステロイド薬から生物学的製剤に切り替わりつつある。経口ステロイド薬は、たとえ短期投与であっても累積効果により骨粗鬆症等の有害事象発症リスクを高め、さらに死亡率上昇との関連性も報告されており長期的な使用が見直されている。

好酸球性鼻副鼻腔炎 (Eosinophilic chronic rhinosinusitis; ECRS) は著明な好酸球浸潤、両側性・多発性の鼻茸形成、ニカワ様の粘調な鼻汁、篩骨洞優位の陰影を呈し、気管支喘息を高頻度に合併する。重度の嗅覚障害、風味障害、味覚障害により患者 QOL は著しく損なわれる。ECRS も 2 型炎症が背景にあり、コントロール不良例では生物学的製剤が導入される。導入後、早期から鼻茸縮小、嗅覚改善が期待される。一方で、他の慢性炎症性疾患と異なり、保存的治療に抵抗する症例ではバイオ製剤に先行して内視鏡下鼻内手術が行われる。手術は、鼻腔形態の是正、鼻副鼻腔単洞化、嗅裂部や上鼻道の気流改善、術後処置の効率化といった局所制御に寄与する。また、手術検体の病理学的検討により、ECRS 類似疾患との鑑別も可能である。ただし、炎症が強く術中出血も多い傾向にあり、非好酸球性鼻副鼻腔炎と比して手術難易度が高い。さらに、嗅裂部の操作による瘢痕形成は嗅覚障害を残存させる。

保存的治療、手術療法、バイオ製剤を段階的に組み合わせた一貫した ECRS 治療戦略の中で、内視鏡下鼻内手術は局所制御における重要な役割を果たしている。本講演ではその意義と課題について概説したい。

ランチョンセミナー 5-2

CRSwNP における嗅覚障害 update

近藤 健二

東京大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎の臨床上の特徴の一つに、高率に合併する嗅覚障害がある。嗅覚障害は一般に視覚障害や聴覚障害と比べて社会的なハンディキャップが小さいため軽視されているが、患者は香りの賞味が出来ない、ガス漏れや火事に気づかない、職業上必要なにおいを感じることができないなど様々な悩みを抱えている。嗅覚障害はその想定される病態生理によって気導性、嗅神経性、中枢性に大別される。一般に慢性鼻副鼻腔炎による嗅覚障害は粘膜浮腫や粘液分泌過多、鼻茸形成による嗅裂気流の障害による気導性嗅覚障害が主体と考えられている。このような物理的な閉塞に対しては手術療法が有効であり、日本鼻科学会の嗅覚障害診療ガイドラインにおいても内視鏡下副鼻腔手術は嗅覚障害の改善に有用と位置付けられている。当科の鼻腔気流コンピュータシミュレーションを用いた研究では、嗅裂気流の入口（吸気においては嗅裂前方）に閉塞があると嗅裂気流は激減し、一方嗅裂気流の出口（吸気においては上鼻道周囲）の閉塞があっても嗅裂気流が減少することが示された。さらに手術においては前後篩骨蜂巣の開放に加えて上鼻道を大きく開放することで、嗅裂気流が増加する可能性が示唆された。しかしながら、他の主症状である鼻閉が手術で改善が得られやすいとの対照的に、嗅覚障害は術後も改善が限定的であり、また術後にいったん回復した嗅覚が悪化する率も高いことが報告されている。さらに長期罹患の患者においては慢性炎症に伴う神経上皮の変性で嗅神経性嗅覚障害も加わると想定されている。このような観点で従来副腎皮質ステロイド剤の投与が行われてきたが、副作用の観点から長期的に連用することは難しい。本邦で既存治療で効果不十分な鼻茸のある慢性副鼻腔炎に保険適用となった抗 IL4 受容体抗体デュペルマブは嗅覚障害に対して安定した効果を示しており、長期的に本課題を解決しうる薬剤として期待されている。

ランチョンセミナー7 好酸球動態から読み解く mepolizumab の真価

平野康次郎

昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座

鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎 (CRSwNP) は、好酸球を中心とした Type 2 炎症が関与することで再発性・難治性の病態を呈しやすい。IL-5 は好酸球の分化・成熟・生存において中心的な役割を担うサイトカインであり、抗 IL-5 抗体である mepolizumab (ヌーカラ[®]) はこの経路を選択的に阻害することで、好酸球性炎症の制御を可能とする。

本講演では、mepolizumab の作用機序に加え、SYNAPSE 試験や MERIT 試験を中心としたエビデンスをもとに、CRSwNP に対する治療効果を解説する。また、気管支喘息や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) など、すでに本薬が適応を有する他の好酸球関連疾患における報告も参考にし、好酸球動態との関連を通じてその治療応用の広がりについて考察する。CRSwNP に対する mepolizumab の効果に関するリアルワールドデータがいくつか報告されてきている。これらを紹介し、実臨床における効果や、血中好酸球数、嗅覚障害などの症状評価指標、ならびに併存疾患の有無を踏まえた実践的治療戦略についても具体的に共有したい。

近年の基礎研究では、IL-5 受容体を発現する形質細胞や ILC2 など、好酸球以外の細胞に対する mepolizumab の影響も報告されており、本講演ではこれらを踏まえた新たな作用機序の可能性についても考察する。

本講演を通じて、好酸球性炎症疾患としての CRSwNP に対する治療のパラダイムシフトと、mepolizumab の臨床的意義について再考する機会となれば幸いである。

スイーツセミナー

口 咽 科 2025; 38(2) : 146 (総会号)

スイーツセミナー HMEによる下気道の保護とProvox の挿入・交換手技

神山 亮介

がん研究会有明病院

喉頭摘出後の代用音声の一つとして、ボイスプロステーシスを用いた気管食道シャント発声がある。シャント発声は、実用的で自然な発声が比較的容易に習得でき、音声獲得率も約90%と高く、欧米では代用音声の第一選択として広く普及している。現在本邦で使用できるボイスプロステーシスはProvox Vegaとなり、喉頭摘出と同時に一期的挿入術と、待機的に行う二期的挿入術がある。当科では、放射線治療歴のある喉頭全摘症例や下咽頭喉頭全摘術で咽頭再建を伴う症例は、全身麻酔下に二期的挿入術を原則としている。二期的挿入は、気管支ファイバースコープと気管内チューブ、パンクチャーセットを用いて行い、初回挿入時は最もシャフト長のある12.5mm（シャフト外径：22.5Fr）を使用している。交換はProvox Vega インサーションシステムを用いて行い、交換間隔は平均3-4カ月となっている。

また喉頭摘出後は、加温や加湿、防塵などの機能を担う鼻腔・口腔を通らずに、気管孔から直接吸気が入るため、下気道の乾燥や炎症から咳嗽・喀痰増加の誘因となる。加湿器、ネブライザーの使用を指導し、気管孔にはエプロンでの被覆またはHME（喉頭摘出者用人工鼻）の装着を推奨している。気管孔での呼吸は気道抵抗の低下による肺活量減少や呼吸機能低下をきたすことがあり、HMEの装着は気道抵抗を上げて肺機能の維持にもつながる。喉頭摘出者用のHMEが2020年9月より特定保険医療材料として保険適用となり、以後普及がすすんでいる。さらに、2025年より加湿性・通気性が改良され、活動レベルに応じた選択が可能なHME（Provox Life）も導入となっており、当科では喉頭摘出術直後から病棟にてHMEの使用をすすめている。

一般演題

O1-1. 口蓋扁桃摘出術の安全性を高めるための取り組み

○西田幸平・乙田愛美

国立病院機構 三重中央医療センター 耳鼻咽喉科

【はじめに】 口蓋扁桃摘出術（以下扁摘）は耳鼻咽喉科専攻医が多く行う手術の一つであるが、毎年のように医療事故報告があり、令和6年度も日耳鼻手術中に非絶縁のバイポーラを使用したことによる口角熱傷や術後出血に対する全身麻酔導入時の窒息事例の新規事例報告があった。当院では、これまで、耳鼻科10年目以上の専門医のみで口蓋扁桃摘出術を行っていたが、専攻医が派遣されることが決まったのを機に、安全な手術を行うための手術のセットアップおよび手術方法により術後出血を減らすことが出来るかの検討、術後の患者指導の見直しを行ったので報告する。**【対象】** 2019年1月から2023年4月までの4年4ヵ月に当科で口蓋扁桃摘出術を行った138例。**【方法】** 手術のセットアップは、口唇にワセリンを塗布した後、アングルワイダーを装着した後、デービス開口器で視野を確保した。穴あきオイフで、術野以外を被覆するようにした。手術方法は、術者により異なり、剥離子を多用した鈍的剥離で摘出する方法と針状電気メスを多用し、バイポーラで血管を電気凝固後に扁桃被膜に沿って忠実に鋭的切離して摘出する方法で行っている。この鈍的剥離と鋭的剥離で術中出血量、術後出血の頻度、手術時間について比較した。また、術後出血例で出血の契機について聞き取りを行った。**【結果】** 術後出血は16例で、術後24時間以内の出血例は無く、術後4日目から17日目の晚期出血であった。14例は自宅退院後であり、出血の契機は不明のことが多かったが、咳嗽時、含嗽時、入浴時、食事中に出血を来たした例があった。摘出方法は鋭的摘出が、手術時間は長くなるものの出血量は少なく、術後出血の割合が低かった。術後出血のリスク因子は多変量解析で、男性であること、鈍的摘出による摘出、術中出血量が多いという結果であった。**【結論】** 術中出血量が少なくなるように慎重に被膜に沿って鋭的摘出するのが良いと考えられた。

O1-2. 安全性の高い口蓋扁桃摘出術の伝承の取り組み

○乙田愛美・西田幸平

国立病院機構三重中央医療センター 耳鼻咽喉科

【はじめに】 口蓋扁桃摘出術は耳鼻咽喉科専攻医が最初に取り組む手術の一つである。手術の執刀経験が少ない医師が取り組むため、医療事故が起こりやすい環境であると言える。医療安全・医事問題委員会全国会議でも、毎年のように手術中の電気メスやバイポーラなどのエネルギーデバイスの使用に起因した医療事故事例が報告されている。当科でこれまで行った口蓋扁桃摘出術例の検討では、術後出血を減らすためには術中出血量が少なくなるように被膜に沿って慎重に鋭的摘出するのが良いという結果であった。口蓋扁桃摘出術の術野は口腔内深部であり、指導医と専攻医が術野を共有するにはヘッドライトカメラや内視鏡のようなモニター装置が必要である。1年にわたり、内視鏡を使用して、口蓋扁桃摘出術の術野を指導医と専攻医が共有してきた。教育効果について有用性と課題について検討したので報告する。**【方法】** 2019年1月から2024年3月までに、指導医単独で施行した88例と2024年4月から2025年4月までに、指導医と専攻医で施行した35例。手術は1.6倍拡大ルーペを装用して行った。専攻医は指導医と同様の手順で手術操作をすすめた。口蓋扁桃摘出周囲直外側粘膜を針状電気メスの混合切開モードで切開後、扁桃周囲の血管をバイポーラで電気凝固し、凝固部分を針状電気メスで扁桃被膜に沿って切離し摘出した。指導医単独施行群と指導医と専攻医で施行した群で、手術時間や術中出血量、術後出血の頻度について検討した。**【結果】** 手術時間は指導医単独群と比較して、専攻医と指導医で行った群で有意に長かったが、術中出血量や術後出血の頻度は有意差を認めなかった。**【結論】** 内視鏡による口蓋扁桃摘出術の術野共有は安全性の高い口蓋扁桃摘出術の伝承に有用と考えられた。**【展望と課題】** 内視鏡は術者の使用機器と干渉することがあるため、今後外視鏡のようなモニター装置の有用性についても検討したい。

O1-3. 扁桃摘出術後出血における病理組織標本のマルチレベルロジスティック回帰分析

○馬越優征・上村広希・竹内一隆・石田航太郎
三澤 清

浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】我々は術後扁桃病理組織標本の扁桃床より深層の組織量（被膜外組織）を計測して比較することで口蓋扁桃摘出術後出血のリスクを予測できないか検討している。出血例とそうでない例の比較（Mann-Whitney の U 検定）において被膜外組織面積は有意差を認めたことを報告した（第 36 回学術講演会）。今回は、被膜外組織の大きさがその他の患者因子と比較して出血に寄与するか追加解析を行ったため報告する。【方法】2017 年 1 月から 2022 年 9 月までの間に口蓋扁桃摘出術を行なった 311 例の扁桃病理組織標本をデータ化し、被膜外組織面積を測定して年齢や性別といった患者因子と比較した。5 つの患者因子（年齢、性別、BMI、喫煙、飲酒）を説明変数、出血（有り、無し）を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った上で、説明変数に被膜外組織面積を追加したマルチレベルロジスティック回帰分析を行った。さらに、出血を Windfuhr の分類を元に 0,1,2,3 としたマルチレベル順序ロジスティック回帰分析を行った。【結果】マルチレベルロジスティック回帰分析およびマルチレベル順序ロジスティック回帰分析の両方において、被膜外組織面積の大きさが術後出血に寄与するという結果となった（それぞれ OR = 1.03 ; 95% CI : 1.00-1.07 ; p < 0.05, OR = 1.02 ; 95% CI : 1.01-1.07 ; p < 0.05）。【考察】今回の追加検討では、被膜外組織面積の大きさが術後出血に寄与し、さらに Grade の高い出血への関連が示唆された。これにより、口蓋扁桃摘出術においてより被膜に沿った摘出が出血率を下げるにつながるという従来の定説を統計学的に裏付けることができた。

O1-4. 両側口蓋扁桃摘出術が著効した扁桃炎に伴う反応性関節炎

○加藤幸宣・足立直人・菅野真史・高林哲司
藤枝重治

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

扁桃病巣疾患とは「扁桃が原病巣となり、扁桃から離れた臓器に反応性の器質性または機能性障害を引き起こす疾患」をいう。代表的な扁桃病巣疾患は、IgA 脊症、掌蹠膿疱症、胸肋鎖骨過形成症であり、口蓋扁桃摘出術の高い有効性が示されている。その他にも尋常性乾癥、PFAPA 症候群、溶連菌感染後系球体腎炎などでも口蓋扁桃摘出術が著効した症例が報告されている。今回我々は、扁桃炎後に伴う反応性関節炎に対して、両側口蓋扁桃摘出術が著効した症例を経験したので報告する。42 歳男性。幼少期より時折急性扁桃炎に罹患していた。X 年 3 月急性扁桃炎に罹患し、耳鼻咽喉科を受診。CTRX と PSL の点滴を施行。扁桃炎は徐々に改善してきたが、その頃より左手首の発赤を認めた。当初は軽度蜂窩織炎の疑いで抗菌薬内服をしていたが、急速に悪化、左手首の著明な腫脹と疼痛、38 度以上の発熱を認めた。関節痛が強く、整形外科を受診。扁桃炎に伴う反応性関節炎が疑われた。PSL 内服にて腫脹は速やかに改善した。数ヵ月後に急性扁桃炎に罹患後、今度は左肘関節の腫脹・疼痛を認めた。やはり PSL 内服が著効し、反応性関節炎の再燃と考えられた。その後も時折軽い扁桃炎と左肘関節の腫脹を繰り返していた。X + 1 年 6 月に扁桃炎に伴い、左肘関節の著明な腫脹・疼痛と 38 度以上の発熱を認めた。PSL 内服で疼痛は軽減したものの、37 度前後の微熱、左肘関節の軽度腫脹と可動域制限が残存した。扁桃炎の頻度上昇、PSL の頻回使用、関節炎の増悪、後遺症などから、仕事にも支障をきたすようになり、口蓋扁桃摘出術が望ましいと考えられた。同年 8 月に手術を施行。手術 2 週間後に発熱と左肘関節の腫脹疼痛が出現したが、PSL 内服で改善。以後、左肘関節の可動域は完全に改善し、一度も腫脹疼痛を認めず経過している。

O2-1. 日本人男性における口唇閉鎖力と舌圧の解析

○平野康次郎・秦 美遙・鄭 裕華・北嶋達也
嶋根俊和

昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座

【目的】唇や舌のさまざまな動きは、咀嚼や嚥下などの口腔機能にとどまらず、日常生活動作や認知機能にも関与している。口唇閉鎖力と舌圧は、発音、嚥下、歯の維持において重要な役割を果たす。高齢になると口腔周囲の筋力（舌圧および口唇閉鎖力）が低下し、オーラルフレイルに陥ることが報告されている。本研究では、日本人男性における口唇閉鎖力と舌圧の年齢による変化や相互関係を明らかにし、加齢による変化を把握することで、口腔リハビリテーション介入方法の発展につなげることを目的とした。**【方法】**対象は日本人成人男性454名（20～70代）。参加者の年齢、飲酒習慣、喫煙習慣、BMIなどの情報を収集するとともに、口唇閉鎖力と舌圧を測定し、年齢層ごとに比較・相關関係を分析した。

【結果】20代では他の年代と比較して、口唇閉鎖力および舌圧が有意に低かった。口唇閉鎖力は加齢とともに上昇傾向を示し、舌圧は30代をピークにその後は緩やかに減少した。口唇閉鎖力と舌圧の間には、全世代で有意な正の相関が認められ（ $r = 0.403$, $p < 0.001$ ），特に20代では強い相関を示した（ $r = 0.50$, $p < 0.001$ ）。さらに、口唇閉鎖力および舌圧は、いくつかの年齢層でBMIと有意な正の相関を示した。**【結論】**20代男性は他の年代に比べて、口唇閉鎖力および舌圧が低い傾向があり、30代以降では舌圧が加齢とともに徐々に低下する傾向があった。若年者における食習慣の変化や生活スタイルの影響が、口腔機能の低下に関与している可能性が示唆され、早期介入の重要性が示された。また、加齢の影響も認められた。口唇閉鎖力および舌圧は、オーラルフレイルの早期発見や予防の指標として有用である可能性がある。

O2-2. 明らかな誘因を認めず喉頭蓋が退縮した高齢女性の一例

○井上なつき・山口宗太・吉川 衛

東邦大学 医療センター大橋病院 耳鼻咽喉科

【はじめに】喉頭蓋は嚥下運動の中で食塊の気道侵入を防ぐ役割を担っている。喉頭蓋の形態異常は稀であり、後天的な退縮の原因としては、急性炎症の反復や慢性炎症に伴う変形、外傷、化学熱傷、手術による切除などが知られている。しかし、明らかな誘因がないまま喉頭蓋の退縮を認めた症例はほとんど報告されていない。今回、特記すべき誘因なく徐々に喉頭蓋が退縮した高齢女性に嚥下機能評価を行い得た一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。

【既往】卵巣囊腫術後（66歳）、肺非結核性抗酸菌症（71歳）、右網膜靜脈閉塞症（硝子体内注射加療中）、頸椎症（保存的加療中）。

【現病歴】数年前から咽頭違和感を自覚し、近医耳鼻咽喉科にて数回の投薬加療を受けていた。症状は持続するも悪化はなく、日常生活に支障はなかった。1年ぶりに近医を再診した際、喉頭内視鏡検査で喉頭蓋の退縮が疑われ、精査目的にて当院を紹介受診した。

【検査所見】喉頭内視鏡検査では喉頭蓋に相当する構造は確認できず、披裂喉頭蓋ひだの内側偏位および代償的な肥大が認められた。CT検査では喉頭蓋以外に特記すべき異常を認めなかった。明らかな誤嚥歴はなかったが、嚥下機能評価として嚥下内視鏡検査（VE）および嚥下造影検査（VF）を施行した。VEおよびVFでは、咳嗽反射の軽度低下と、左梨状窩優位の咽頭残留を認めた。患者は咽頭残留を自覚しており、普段より交互嚥下を行っていた。なお、14年前に当院で施行された頭部MRIでは、喉頭蓋に相当する構造が確認されていた。

【考察】過去の画像所見をもとに、60歳代以降に年単位で喉頭蓋の退縮が進行した可能性が示唆された。現在のところ明らかな誤嚥はないものの、今後さらに咽喉頭の形態が変化し、誤嚥や気道狭窄のリスクが高まる可能性があるため、引き続き慎重な経過観察が必要である。

O2-3. 気管切開後患者に対する頸部装着型電子聴診器を用いた観察研究

○松本 信・和田哲郎・福澤 智・清水如代
田渕経司

筑波大学

【背景】嚥下活動には、意識下の嚥下（cued swallowing）と無意識下の嚥下（spontaneous swallowing）という異なる筋活動が存在することが示唆されている。無意識下の嚥下反射には誤嚥を防止する役割があり、気道防御反射の一つであるという考え方がある。気管切開術後の患者は、気道感覚閾値が上昇することにより気道防御反射が低下することが示唆されている。今回我々は、頸部装着型電子聴診器を用いて、気管切開術後患者の無意識下の嚥下に関して調査した。**【方法】**2024年8月下旬～2025年4月上旬にかけて、頸部装着型電子聴診器（GOKURI™）を用いて嚥下評価を行った患者のうち、気管切開がある全患者を対象とした。任意のタイミングで頸部装着型電子聴診器を装着し、10分間の安静状態で無意識下の嚥下運動についてモニタリングを行った。無意識下の嚥下回数（回／分）および咳嗽回数（回／分）を算出し、その傾向についてMann-Whitney U検定を行った。**【結果】**10名（男性7名、女性3名）、年齢中央値71.5歳（68～87歳）に対して合計17回の検査を行った。患者の状態として、FOIS 3以上（ $p = 0.093$ ）、FOIS 4以上（ $p = 0.006$ ）、気管切開カニューレのカフがない状態（「decuff」と呼称； $p = 0.088$ ）、で、無意識下の平均嚥下回数が増加する傾向にあった。また、FOIS 4以上（ $p = 0.006$ ）で、無意識下の咳嗽回数が増加する傾向にあった。**【考察】**直接訓練を開始している状態およびdecuffの状態で、無意識下の嚥下回数が増加している傾向があった。研究デザインとして交絡を排除できないが、頸部装着型電子聴診器を用いて無意識下の嚥下回数を測定することが可能であり、この回数増加は咽喉頭の知覚の改善を反映している可能性が示唆された。本研究はpilot studyであり、無意識下の嚥下回数を利用した何らかの臨床判断が可能であるか、現在検討を進めている。より多くのデータの収集と、研究デザインのプラッシュアップが必要である。

O2-4. 当院摂食嚥下チームによる嚥下診療の現状と課題

○津田潤子・坂本めい・篠原秀平・山本陽平
菅原一真

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

【はじめに】嚥下障害に対するリハビリテーションは多職種が連携するチーム医療が不可欠であり、現在多くの病院やクリニックで摂食嚥下チームやセンターが開設されている。急性期病院である当院では、摂食嚥下チームは2009年4月に発足し、本邦では比較的早い時期から取り組みを開始している。チームの構成は、耳鼻咽喉科医師、歯科口腔外科医師、摂食嚥下認定看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士からなる。入院患者を対象とし、累計で2,000例を超える症例に介入を行ってきた。その中で摂食状況レベルの改善を得ることができる症例を経験する一方で、介入前後で有意な変化がない、あるいは増悪する症例も経験する。症例を振り返ることにより、安全で有効な介入方法を検討することとした。**【方法】**2022年4月から2024年12月までの2年8ヶ月間にチームが介入を行った症例は385症例であった。これらの症例に対して、診療科や介入時期や日数、介入方法、介入前後での摂食レベルについて検討を行った。**【結果】**介入が多い診療科は脳神経内科、呼吸器内科、耳鼻咽喉科、脳神経外科であった。平均年齢は71.2歳（0歳～103歳）。介入日数は平均23.2日（最長189日）、1症例あたりのカンファレンス回数の平均は3.4回（最大24回）。介入前後のFILSは、介入開始時は平均5.2、終了時は平均6.2、介入前後のFOISは介入開始時は平均3.7、終了時は平均4.6であった。**【考察】**当院の摂食嚥下チーム介入は各診療科の主治医からの紹介が主体となるため、診療科に偏りがみられ、またより早期からの介入が望ましい症例もあるなど、院内における誤嚥スクリーニングの施行やチームの啓蒙活動が重要である。

O3-1. 全身麻酔手術後に発症した両側声帯麻痺を伴う Tapia 症候群の1例

○飯塚和奏・田中英基・丸山 諒・清水 顕
塚原清彰

東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

Tapia 症候群は、同側の反回神経麻痺および舌下神経麻痺を特徴とする症候群であり、混合性喉頭麻痺の一亜型に分類される。症例は67歳男性。全身麻酔下にて低侵襲心臓手術による僧帽弁形成術を施行された。手術はダブルルーメンチューブを用い、右口角に固定した状態で行われた。術後はICUに帰室し、術後1日に拔管されたが、その間の口角固定は一貫して右側であった。拔管後より嗄声および嚥下機能障害を認め、術後4日目に当科へ紹介された。耳鼻咽喉科的所見では、両側声帯麻痺および左側舌下神経麻痺を認めた。ペーシングリード装着中のためMRIは施行困難であり、代わりに頭部CTを施行したが、脳卒中を示唆する所見は認められなかった。さらに造影CTを施行したが、反回神経麻痺の原因となるような占拠性病変も認められず、Tapia 症候群と診断した。両側声帯麻痺については、保存的加療により約1ヵ月で改善を認めた。また嚥下障害もリハビリにより改善した（兵頭スコア6点→2点）。一方、左側舌下神経麻痺については現在も遷延しており、経過観察中である。本症例では、右側からの気管挿管により舌体が左側へ偏位し、左側の歯列あるいは頬粘膜との間に過度な圧迫力が加わったことで、舌の圧排を介した左側舌下神経麻痺を来た可能性が示唆される。加えて、挿管チューブやそのカフによる機械的圧迫あるいは牽引が、両側反回神経障害の原因となったと考えられる。本症例は全身麻酔時の気管挿管の手技により両側声帯麻痺を伴う Tapia 症候群をきたした一例と考えられた。

O3-2. 免疫関連有害事象 (irAE) として重症筋無力症、嚥下障害、声帯開大障害をきたした1例

○河辺隆誠・細川清人・猪原秀典

大阪大学 医学部 医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】免疫関連有害事象 (immune-related adverse events: 以下 irAE) とは、免疫チェックポイント阻害薬投与後に発現する自己免疫疾患・炎症性疾患様の副作用である。今回、irAE として重症筋無力症、嚥下障害、声帯開大障害をきたした症例を経験したので、その経過を報告する。【症例】75歳女性。胆管癌に対してデュルバルマブ3回投与後、労作時の息切れや嚥下困難感を自覚し入院した。irAE 筋炎、irAE 重症筋無力症（軽症）の診断でステロイド内服が開始された。その後眼瞼下垂や関節痛が増悪し、内服開始2日後に夜間唾液が嚥下できないと呼吸困難の訴えあり、喘鳴が出現していた。声帯の開大障害を認め、緊急気管切開を行った。栄養は中心静脈からの投与となり、当センター紹介となった。改訂水飲みテストではムセと湿性嗄声あり、兵頭スコアは唾液貯留と咽頭クリアランスの中程度低下あり4点であった。声帯開大障害も残存していた。言語聴覚士により嚥下調整食やとろみ水での直接訓練を行い、紹介から11日後に代替栄養を離脱した。その後、デュルバルマブを除いたレジメンで化学療法を再開し、常食で50日後に退院となった。【考察】本症例はirAE 重症筋無力症に対するステロイド導入後初期増悪としてのクリーゼと考えられた。神経筋合併症の場合は、急激な嚥下機能低下や声帯麻痺の出現に注意する必要がある。

O3-3. 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う声帯萎縮を認めた1例

○辻土名貢・佐々木彩花・小口慶悟・新田清一

済生会宇都宮病院

皮膚筋炎 (dermatomyositis: DM) は、体幹や四肢近位筋、咽頭筋の筋力低下や筋痛を主症状とし、典型的な皮疹を呈する特発性炎症性筋疾患である。咽喉頭症状として嚥下障害や嗄声を認めることがあるが、その程度や経過はさまざまである。また、DMに特異的な自己抗体である抗MDA5抗体陽性例では、筋症状が軽微あるいは欠如する例も多く、急速進行性間質性肺炎が予後を規定することが多いとされる。今回、抗MDA5抗体陽性DM症例において、声帯萎縮を認めた1例を経験したので報告する。症例は60歳女性。初診4カ月前より上下肢の脱力感、3カ月前より顔面および手指の皮疹と咳嗽、2カ月前より嗄声を認めた。前医にて胸部X線で肺炎像を認め、抗菌薬が投与されたが奏功せず、その後酸素需要が出現した。CTで両側肺野に浸潤影を認め、KL-6およびSP-Dの上昇も伴っていたため、当院呼吸器内科へ紹介となった。急速進行性間質性肺炎を伴うDMと診断し、初診翌日よりステロイドパルス療法と免疫抑制薬（シクロスボリンA+シクロホスファミド）の3剤併用療法を3日間実施、その後プレドニゾロン（1mg/kg）と血漿交換療法を継続した。遷延する嗄声に対し、初診2日後に当科を受診した。嗄声（G2R0B2A2S1）を認め、喉頭ファイバーにて両側の声帯萎縮に伴う声門閉鎖不全を確認した（MPT2秒）。嚥下障害は目立たなかった（兵頭スコア2点）。加療開始後1カ月後には、嗄声は著明に改善し（G1R0B1A0S0）、声帯萎縮もほぼ消失していた（MPT13秒）。治療期間を通じて経口摂取は良好であり、誤嚥も伴わず、嚥下造影検査でも異常所見は認めなかった。本症例では、特徴的な皮疹を認めたものの筋症状が軽度であったためにDMの診断に至るまで時間を要したと考えられる。症例によっては、他症状が軽微かつ咽喉頭症状のみが先行する中で病状が進行する可能性もあるため、耳鼻咽喉科領域外の症状や所見にも留意し、総合的な評価を行うことが重要である。

O4-1. 診断に苦慮した顔面下頸皮下・頬粘膜下腫瘤

○木村直幹¹⁾・家根且有¹⁾・北原 紘²⁾

1) ベルランド総合病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

2) 奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

【症例】40歳代男性1カ月前からの右下頸皮下腫瘤で紹介受診された。下頸皮下および頬粘膜下に小豆大の疼痛を伴わない可動不良な硬結腫瘍を触知した。皮膚および頬粘膜に浸潤を疑う異常所見は認めなかった。超音画像は境界明瞭が一部不整な辺縁は整の均一なlow echo腫瘍を認めた。造影CT画像で右頬粘膜下に造影効果を示す9mm大の結節を認めた。造影MRI画像では結節はT1強調で高信号、T2強調で低信号を示し、結節および周囲に淡い造影効果を認めた。穿刺吸引細胞診結果は組織球を伴う炎症性背景に、腺系細胞を推定する異型の乏しい細胞集塊を少数認めた。穿刺より2週間後の診察で穿刺部よりの排膿および周囲皮膚の硬結を認め、皮膚腫瘍の皮膚浸潤を疑う所見であった。小唾液腺悪性腫瘍の皮膚浸潤疑いと診断し、全身麻酔下に腫瘍摘出とした。変色した皮膚および結節の一部を術中迅速病理検査するも炎症性変化のみとの診断を得たのちに腫瘍摘出へ移り、その際に腫瘍からの瘻管が下頸骨へ連なることを確認した。ようやく外歯瘻が鑑別診断に上がり、瘻管を結札し腫瘍摘出し手術終了とした。幸いにも術後合併症は認めず、退院後の歯科で原因歯を加療し完解に至った。【考察】外歯瘻は、歯に関する自覚症状を呈することが少なく、下頸や頬部などの顔面に発生することが多いため皮膚科や耳鼻咽喉科頭頸部外科に受診することが多い。口腔内症状が乏しいことが診断に難渋する理由であるが、鑑別疾患に上がるとCT画像および超音波で容易に診断は可能である。本症例においても超音波、CT画像より診断は容易に可能であった。疾患啓蒙の目的で症例報告する。

O4-2. 経口腔法により摘出した副咽頭間隙腫瘍の一例

○長井健一郎・宇野光祐・坪井秀之・平野正大
古川勝己・塙谷彰浩・荒木幸仁

防衛医科大学校 耳鼻咽喉科学講座

副咽頭間隙腫瘍に対する手術には経口腔法、経頸部法、経頸部耳下腺法、下顎骨離断法などのアプローチがあり、腫瘍の局在や大きさに加え、侵襲度や審美面を考慮して術式を選択する必要がある。

症例は57歳女性。近医で右軟口蓋の腫脹を指摘され、X-9年に当科紹介となった。自覚症状はなく、右前口蓋弓から翼突下顎縫線の粘膜下に表面平滑な腫瘍を認めた。造影CTでは右副咽頭間隙から口腔内に突出する内部に不均一な強い濃染を示す最大径4cm程度の腫瘍性病変を認めた。穿刺吸引細胞診では血球成分や組織球を認め、悪性所見がないことから、class 2の診断となり、日常生活に支障がないことから、経過観察の方針とした。X-3年頃から緩徐な増大傾向を認め、将来的な摘出が困難になると予想されたことからX年に手術の方針とした。X年3月の造影MRIで腫瘍は49×33×46mm大に増大しており、T1強調画像で低信号、T2強調画像で不均一な高信号を示し、神経鞘腫を疑った。

腫瘍は可動性良好であり、内頸動脈より内側に位置し、腫瘍下端が硬口蓋、hamulusよりも下方に位置することから、経口的に摘出できると判断し、X年4月にTransoral videolaryngoscopic surgeryで腫瘍を摘出することとした。Davis開口器で術野を展開した上で、翼突下顎縫線に沿って粘膜切開し、被膜間摘出の要領で腫瘍被膜周囲を剥離した。牽引により被膜が損傷し、内容物漏出を認めたため、適宜吸引しつつ減量し、腫瘍を摘出した。摘出した腫瘍は45×42×27mm大であった。

術後は神経脱落症状を認めず、3PODの嚥下造影検査では口腔期における移送の不良を軽度認めたが、Penetration aspiration scale 1であり、経口摂取開始とした。その後も神経脱落症状や、嚥下機能の増悪はなく、創部腫脹が改善したため7PODで退院とした。病理組織診断は多形腺腫の診断であったため、術後は経過観察を継続し、再発を認めた場合には再度、経口腔法での摘出を検討する方針としている。

O4-3. ELPS を応用し切除した副咽頭間隙神経鞘腫の1例

○中川世来生・鈴木健介・林 慶和・阪上智史
藤澤琢郎・岩井 大・八木正夫

関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】副咽頭間隙腫瘍は頭頸部腫瘍の約0.5%とまれであるが、そのうち神経鞘腫の割合は約45%とされている。ELPS (Endoscopic laryngo-pharyngeal surgery) は咽喉頭表在癌の治療方法として本邦で開発された手技であり、従来の外科的手術・放射線療法と比べ低侵襲であることから、近年その有用性が高まっている。今回、我々は副咽頭間隙に発生した神経鞘腫に対し、ELPS を応用し切除を行った1例を経験したので報告する。
【臨床経過】症例は66歳女性。咽頭違和感を主訴に近医を受診し投薬治療を受けていたが、改善しないため当科に紹介となった。初診時、喉頭内視鏡で右中咽頭後壁粘膜下の膨隆があり、MRI検査では右副咽頭間隙に頭尾側方向22mmの境界明瞭・辺縁整の腫瘍がみられた。確定診断のためELPSによる生検を計画し、可能であれば摘出の方針とした。全身麻酔下に佐藤式彎曲型咽喉頭直達鏡を用いて咽喉頭を展開し、上部消化管内視鏡観察下に中咽頭後壁の粘膜を切開したところ、咽頭収縮筋の筋層外に表面平滑な腫瘍が確認された。腫瘍の一部を術中迅速病理診断に提出したところ spindle cell proliferation の範疇で悪性像はないとの診断であり、腫瘍の可動性が良好であったためELPSにて摘出を行った。病理組織診断では神経鞘腫と診断された。術後神経脱落症状や創部感染等の合併症は認めず、経口摂取も良好であり術後11日目に退院された。術後3ヵ月で再発を認めていない。
【結語】神経鞘腫は副咽頭間隙にしばしば発生するが、経口的切除についての報告は限られている。ELPSは主に咽喉頭表在癌に対して行われるが、咽頭粘膜外腫瘍に対しても咽頭穿孔に伴う合併症に注意して行えば、有用な術式として選択肢になり得ると考えられた。

O4-4. 下歯槽神経由来の神経鞘腫に 対して内視鏡下口内法アプローチを試みた1例

○明石 健・菅澤 正

亀田総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【緒言】下歯槽神経は三叉神経第3枝由来し、卵円孔を通過後に下顎枝内面を縦走し、舌神経と分かれたのちに下顎孔より下顎骨内に入る。下顎孔付近へのアプローチは、下顎骨に阻まれるため体表からは容易ではなく、下顎骨の部分的切除や離断を要することもある。今回われわれは、下顎孔付近に生じた神経鞘腫に対して、内視鏡を用いて口内法アプローチを試みたので報告する。

【症例提示】41歳女性。X-1年7月に右下顎部に疼痛を自覚して近医歯科を受診し、X線で下顎骨に透亮像を認めたため当院口腔外科を紹介受診。CT, MRIで下顎骨内に腫瘍性病変を認めたため、当科紹介受診となった。MRIではモザイク状に造影される充実成分と囊胞成分から構成される最大径35mmの腫瘍を認め神経鞘腫が疑われた。穿刺吸引細胞診では紡錘形細胞を認め、神経鞘腫として矛盾しない所見であった。X年3月に内視鏡下に口内法による被膜間摘出術を施行した。内側翼突筋の裏に腫瘍を確認し、内側翼突筋の一部を切断して腫瘍を露出した。神経上膜、神経周膜を切開して腫瘍被膜を確認した。腫瘍被膜に沿って剥離しながら腫瘍を分割で摘出していったが、下顎骨内の部分については操作野が制限されたため一部残存した。神経脱落症状は認めなかった。腫瘍の再増大が認められた場合、下顎骨の離断も含めた被膜間全摘出を検討している。【考察】下歯槽神経由來の神経鞘腫に対して内視鏡下に口内法アプローチでの被膜間摘出術を施行した。内視鏡下に行うこととで良好な視野は得られたが、術操作が片手となることで手術操作や止血に難渋する場面も認められた。内視鏡固定装置や開創器など工夫が今後の課題である。操作野が制限されたため完全摘出はできず減量という結果となつたが、良性腫瘍に対しては選択肢の1つとなりうる。

O4-5. 咽後浮腫を契機に診断された 上大静脈症候群例

○佐々木彩花^{1,2)}・辺土名貢¹⁾・小口慶悟¹⁾・高野賢一²⁾
新田清一¹⁾

1) 済生会宇都宮病院

2) 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【はじめに】咽頭後间隙に腫脹を認めた場合、鑑別疾患として咽後膿瘍が挙げられるが、その他の病態として咽後浮腫も鑑別に加える必要がある。発症初期の咽頭所見および画像所見のみでは両者の鑑別が困難なこともあります。咽後浮腫についてはその病態や原因疾患を十分に理解しておくことが重要である。上大静脈症候群は咽後浮腫の原因となり得る疾患の一つだが、顔面や頸部の症状を主訴として耳鼻咽喉科を受診し、咽頭所見から診断に至る症例は稀である。今回、我々は咽後浮腫を契機として上大静脈症候群と診断された一例を経験したため、報告する。【症例】64歳、男性。5日前より急速に進行した痛みを伴わない顔面および頸部の腫脹を主訴に他院を受診し、単純CTで咽頭後部の腫脹を指摘され当科に紹介となった。診察では、両眼瞼から顔面、頸部皮膚にかけて紅潮と著明な腫脹を認め、喉頭内視鏡では咽頭後壁の腫脹が確認された。造影CTでは、咽頭後间隙にring enhancementを伴わない低吸収域が認められた。また、上大静脈内血栓および心囊液貯留も認められ、上大静脈症候群による咽後浮腫と診断した。抗血小板薬を開始したところ、一時的に身体所見の改善が見られたが、約1週間で再燃した。再度実施したCT検査で縦隔腫瘍を認め、これが上大静脈血栓の原因と考えられた。その後、精査中に交通事故により死亡した。【考察】咽頭後间隙に腫脹を認める症例では、咽頭以外の全身症状や所見が診断の手がかりとなる場合がある。特に、皮膚の紅潮を伴う顔面・頸部の腫脹があり、咽頭痛を伴わない場合には、上大静脈症候群による咽後浮腫を念頭に置き、その原因として上大静脈の狭窄や血栓形成、縦隔の腫瘍性病変の有無を確認することが重要であると考えられた。

O5-1. 耳下腺粘表皮癌の術前悪性度診断

○東野正明¹⁾²⁾・木下一太²⁾・神人 彪²⁾・谷内政崇³⁾
栗飯原輝人²⁾・寺田哲也²⁾・河田 了⁴⁾・萩森伸一²⁾

- 1) 大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 2) 大阪医科大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 3) 大阪鉄道病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 4) 洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】粘表皮癌は1945年に唾液腺上皮由来の良性 mucoepidermoid tumorとして初めて報告されたが、WHO分類で1991年に悪性腫瘍に分類され、2005年に3つにgrade分類された。粘表皮癌は耳下腺癌のうち、最も有病率が高く、5年生存率は低／中悪性度が95.5%に対し、高悪性度で53.8%であり、耳下腺粘表皮癌の治療では、術前悪性度診断が重要である。このたび、耳下腺粘表皮癌の悪性度診断について検討した。【対象と方法】2010年から2023年に大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科で治療した耳下腺粘表皮癌46例を対象とした。後方視的に、術前のMRI画像、穿刺吸引細胞診(FNAC)、術中迅速病理診断(FS)それぞれの悪性度診断率を検討した。MRIでは頸部リンパ節の評価は行わず、原発巣の単純MRI像のみで診断した。MRIでの検討項目は、最大径、形状、囊胞成分、辺縁、被膜形成、壊死の有無、DWI、ADC値とした。【結果】MRI所見の单变量解析では、腫瘍最大径、形状、囊胞成分、辺縁、壊死の有無の5項目で低／中悪性と高悪性の間に差があった。そこで、それらを点数化したところ、低悪性は21例中15例、中悪性は8例中4例、高悪性は17例中15例で正診となり、MRIによる悪性度正診率は74%であった。一方、FNACによる悪性度正診率は46例中8例(17%)であり、悪性度別では、低悪性21例中4例、中悪性8例中0例、高悪性17例中4例で悪性度正診であった。FSによる悪性度正診率は44例中22例(50%)であり、悪性度別では、低悪性19例中13例、中悪性8例中0例、高悪性17例中9例で悪性度正診であった。【考察】耳下腺粘表皮癌における悪性度診断において、MRIはFNACやFSよりも有用と考えられた。

O5-2. 耳下腺癌患者における組織型悪性度および予後と骨格筋量の関連について

○笠原 健・御子柴卓弥・関水真理子・小澤宏之

慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

【背景】様々な癌腫においてサルコペニアの合併は予後不良因子との報告があるが、頭頸部癌領域、とりわけ耳下腺癌ではその希少性からサルコペニアとの関連を検討した報告は非常に少ない。今回我々は、耳下腺癌患者において、サルコペニアが予後に及ぼす影響、および耳下腺癌の組織型悪性度と骨格筋量の関連につき後方視的に検討した。【対象と方法】対象は2006年11月～2024年2月の期間に、当院で治療を行った耳下腺癌患者60例とした。治療前画像データのない症例は除外した。サルコペニアの診断は、治療前に施行したMRI画像からImageJを用いて第3頸椎の傍脊柱筋断面積を算出し、その値より腰部骨格筋指数(Lumber Skeletal Muscle Index, 以下LSMI)を推定することで行った。サルコペニアが予後に及ぼす影響、および耳下腺癌の組織型悪性度とLSMIとの関連につき单変量解析および多変量解析を行った。【結果】男性35例、女性25例、年齢の中央値は57歳であった。T1, T2, T3, T4症例はそれぞれ22例、16例、7例、15例であった。N0, N1, N2, N3症例はそれぞれ48例、2例、8例、2例であった。組織型は低中悪性度が31例、高悪性度が29例であった。サルコペニアを認めた症例は38例(63.3%)であり、非サルコペニア症例(22例、36.7%)と比較し有意に全生存期間が短い結果であった($p = 0.025$)。また、多変量解析においてはサルコペニアの存在が独立した予後不良因子であった($p = 0.041$)。さらに、耳下腺癌患者60例を低・中悪性度群と高悪性度に分類しLSMIを比較したところ、高悪性度群において有意にLSMIが低値の結果となった($p = 0.016$)。【結論】耳下腺癌患者においてサルコペニアの有無は予後の推定に役立つとともに、悪性度の推定にも役立つ可能性が示唆された。

O5-3. 耳下腺腺様囊胞癌の診断および手術におけるMRI画像の有用性について

○木下一太¹⁾・東野正明¹⁾⁽²⁾・神人彪¹⁾・栗飯原輝人¹⁾
寺田哲也¹⁾・河田了¹⁾⁽³⁾・萩森伸一¹⁾

1) 大阪医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 大阪府済生会中津病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

3) 洛和会音羽病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】耳下腺腺様囊胞癌（AdCC）は充実成分の割合にて悪性度に差があり、神経周囲に浸潤しやすいため、手術で顔面神経の温存が困難なことも少なくない。また疼痛を有する症例が多く、疼痛を伴う耳下腺腫瘍の場合に鑑別に挙がる。したがって患者への説明や神経再建への備えのために術前評価は重要である。今回は耳下腺 AdCC の MRI に着目し、悪性度や神経温存可否での比較、および疼痛を伴う多形腺腫と比較検討した。【方法】過去 15 年間に当科で手術加療を行った耳下腺 AdCC24 症例を対象とした。24 症例を悪性度（充実成分 30% 以上を高悪性、30% 未満を低悪性）および手術時の顔面神経温存可否に着目し、それぞれ 2 群に分類した。顔面神経温存の可否での比較では、術前に顔面神経麻痺を認めた 6 例を除外して検討した。また、疼痛を認めた AdCC は 21 例（87.5%）であり、同期間に疼痛を伴った多形腺腫 32 例と比較した。腫瘍の形状、囊胞成分の有無、腫瘍境界の明瞭度、腫瘍被膜の有無を検討項目とした。【結果】悪性度の比較では高悪性が 4 例、低悪性が 20 例であり、患者背景（年齢、性別、腫瘍の大きさ）に有意差がなかった。各評価項目で有意差を認めないものの、高悪性では全例に MRI で腫瘍被膜を認めなかつた。顔面神経温存可能であった症例が 11 例、神経切除となった症例が 7 例であった。顔面神経温存の可否で患者背景や MRI の所見に有意差はなかつた。疼痛のある AdCC と多形腺腫の比較では、患者背景に有意差はなかつたが、AdCC の方が腫瘍の境界が不明瞭な症例と腫瘍被膜を欠く症例が有意に多かつた。【まとめ】高悪性の AdCC は MRI で腫瘍被膜はみられず、MRI による悪性度診断に鑑別に有用と考えられた。AdCC の顔面神経温存の可否は、術前 MRI で診断は困難であった。AdCC は疼痛のある多形腺腫と比較して、被膜を欠き、境界が不明瞭な症例が多く、MRI での鑑別診断が有用であった。

O5-4. 唾液腺原発扁平上皮癌の治療成績に関する多施設後方視的解析

○佐藤遼介・井上貴博・山木英聖・熊井琢美
高原幹

旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【目的】唾液腺原発扁平上皮癌（SCC）は稀な疾患であり、その頻度は唾液腺悪性腫瘍のうち 0.3-10.4% 程度である。そのため、臨床像や治療成績、予後について多くはわかっていない。本研究では、多施設共同後方視的解析により、唾液腺原発 SCC の臨床経過と予後因子について検討した。【方法】2012 年 1 月～2022 年 12 月に参加 13 施設で唾液腺原発 SCC と診断された症例を対象とした。なお他臓器からの転移例は除外した。生存率についてログランク検定と Cox 比例ハザードモデルで解析を行った。【結果】検討期間中に診断に至った唾液腺原発悪性腫瘍 723 例中、唾液腺原発 SCC は 63 例（8.7%）で、うち 58 例が解析対象となった。初回治療は、手術が 35 例（60.3%）、化学放射線療法（CRT）が 16 例（27.6%）、放射線療法単独が 5 例（8.6%）、化学療法単独が 2 例（3.4%）であった。CRT に対する完全奏効率は 62.5%，客観的奏効率は 93.8% であった。全体の 5 年 PFS および OS は、それぞれ 30.1%，60.1% であった。治療法別の 5 年 PFS は手術群が 37.7%，CRT 群が 33.0%，放射線単独および化学療法群が 0% であった。5 年 OS は手術群が 71.5%，CRT 群が 39.5%，放射線療法群が 53.3%，化学療法群が 0% であった。多変量解析において、年齢 70 歳以上、N1 以上、手術の施行が PFS および OS の独立した予後因子であった（ハザード比 PFS : 3.75, 2.46, 0.33 / OS : 3.11, 6.24, 0.32）。ステージ IV または断端陽性例において、術後放射線療法は PFS および OS を有意に改善した。【結論】本検討から唾液腺原発 SCC に対する手術療法の有用性が明らかとなった。一方で CRT も一定の奏効率を示し、手術不能例における治療選択肢となり得ると考えられた。

O5-5. 耳下腺多房性囊胞性病変として生じたMALTリンパ腫の1例

○本郷由比・御子柴卓弥・関水真理子・甲能武幸
松居祐樹・笠原 健・小澤宏之

慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

耳下腺に発生する囊胞性病変は多彩であり、良悪性を含む腫瘍性病変や腫瘍以外の疾患が鑑別となる。囊胞性病変は画像検査や穿刺吸引細胞診では診断が困難な場合が多い。一方、MALTリンパ腫は粘膜関連リンパ組織を発生母地としたリンパ腫であり、シェーグレン症候群症例に好発する。特異的な画像所見はなく、術後の病理組織検査で確定診断に至ることも少なくない。今回、耳下腺内に多房性囊胞性病変として生じたMALTリンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は74歳女性。耳下部腫瘍の精査加療目的に当科を受診した。触診上、耳下部に弾性硬の腫瘍を触知し、超音波検査では多房性の無エコー域を認め内部に隔壁を伴っていた。MRI検査ではT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を呈する45mm大の多房性囊胞性病変を認めた。耳下腺実質は両側とも不均一であり、耳下腺内にびまん性に小囊胞や網状・点状の信号を示す病変を認めた。さらに、両側頸下腺・涙腺の萎縮が認められ、シェーグレン症候群が背景疾患として示唆された。穿刺吸引細胞診では、液体成分を主体とし、リンパ球や角化物が認められたものの、組織型の推定は困難であった。診断的治療目的に手術を提示したが、手術合併症リスクを懸念され患者希望により経過観察の方針となった。初診から半年後のMRIでは腫瘍はやや増大しており、患者の手術希望を確認し、耳下腺腫瘍摘出術を施行した。手術所見上、耳下腺はびまん性に硬かった。腫瘍は浅葉に位置し、周囲との瘻着は見られたが顔面神経からの剥離は可能であった。術後合併症は認めなかった。病理結果はMALTリンパ腫であり、今後血液内科で精査加療予定である。本症例から、耳下腺内に生じる多房性囊胞性病変の鑑別としてMALTリンパ腫を念頭に置く必要がある。特にシェーグレン症候群が背景に示唆される場合は、組織診断を兼ねた手術を考慮すべきである。

O6-1. 木村氏病に対する低線量放射線治療成績の検討

○孔 憲和¹⁾²⁾・馬場洋徳²⁾・森田由香¹⁾・堀井 新²⁾

1) 富山大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2) 新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】木村氏病は軟部好酸球性肉芽腫症とも呼ばれる慢性炎症性疾患であり、20-40歳代の男性に好発し、頭頸部の皮下腫瘍として出現する。治療上の課題として、ステロイドでは長期連用による副作用や休薬後の再発、手術では完全摘出が困難な症例が多いことが挙げられる。本研究では、ステロイド抵抗性または手術困難例に対する放射線治療の有効性と安全性を検討した。

【方法】対象は、2011年4月から2024年9月に新潟大学医歯学総合病院にて、ステロイド治療後の再発あるいは手術による完全摘出が困難と判断され、放射線治療を行った木村氏病7例である。治療は3次元原体照射法を行い、1回1.8Gy、週5回、総線量30.6Gyで施行した。評価項目は、MRI計測による腫瘍径、末梢血好酸球数の推移、および有害事象とした。

【結果】患者背景は全例男性、治療開始時の年齢中央値は37歳（24-55歳）であった。病変は全て頭頸部領域の皮下に存在し、片側5例、両側2例であった。腫瘍径（最大値）は治療前 $10 \pm 3.9\text{cm}$ （平均値 \pm SD）から、治療1年後に $4.1 \pm 1.9\text{cm}$ へと有意に縮小した（ $p = 0.0012$ ）。末梢血好酸球数も $2,435 \pm 241/\mu\text{L}$ から $1,106 \pm 411/\mu\text{L}$ へと有意に減少した（ $p = 0.0023$ ）。中央値99ヵ月（29-155ヵ月）の観察期間中、全例で局所再発は認めなかった。1例に照射範囲外で新規病変を認めたが、病変出現前には好酸球数の上昇を伴っていた。急性期有害事象はGrade 1の皮膚炎、咽頭炎、脱毛であり、いずれも数ヵ月以内に消失した。放射線誘発癌などの晚期有害事象は確認されなかった。

【結論】低線量放射線治療は、ステロイド抵抗性または手術困難な木村氏病に対し、安全かつ高い局所制御効果を有する治療選択肢となり得る。また、末梢血好酸球数は病勢を反映する有用なバイオマーカーとなる可能性が示唆された。

O6-2. 良性耳下腺腫瘍における D- β -アスパラギン酸とペリオスチンの免疫組織化学的局在

○館田 豊・鈴木貴博・佐藤輝幸・太田伸男

東北医科大学 医学部 耳鼻咽喉科

【背景】体内的すべての蛋白質は L-アミノ酸で構成されているが、加齢や紫外線により、通常は存在しないはずの D-アミノ酸が一部の臓器で増加すると報告されている。体のさまざまな部分における D- β -アスパラギン酸 (D β Asp) の免疫組織化学的局在は、主要な研究対象とされ、高齢者のさまざまな組織の蛋白質で D β Asp が見つかっており、老化の有用なマーカーとなっている。また、ペリオスチンは線維化とコラーゲン沈着の調節因子であり、種々の癌でペリオスチンが癌の浸潤、転移、予後など悪性化・進行度に密接な関係があることが明らかにされ、良性耳下腺腫瘍においてもペリオスチンの発現が報告されている。**【目的】**唾液腺腫瘍における D β Asp の発現はこれまで研究されておらず、今回良性耳下腺腫瘍における D β Asp の免疫組織化学的局在を調査することを目的とし、良性耳下腺腫瘍におけるペリオスチン発現との免疫組織化学的局在も検討した。**【方法】**良性耳下腺腫瘍と診断された 36 例 (38 検体) を対象とした。手術標本から H-E 染色に加え、抗 D β Asp 抗体と抗ペリオスチン抗体による免疫染色を行い、D β Asp とペリオスチンの発現・存在形式について評価した。**【結果・考察】**男性 16 例、女性 20 例；年齢 26 ~ 82 歳、平均年齢 59.2 歳であった。良性耳下腺腫瘍の上皮と間質で D β Asp の発現亢進を認めた。間質における D β Asp の表現パターンと組織学的分類との間に統計学的に有意差を認めた。腫瘍間質のペリオスチン表現型は、陰性型、表在型、浸潤型、びまん性型の 4 つ観察され、ペリオスチンの表現型と間質における D β Asp の表現パターンとの間に統計学的に有意差を認めた。**【結論】**耳下腺腫瘍の病態に D β Asp とペリオスチンが関与している可能性が示唆された。

O6-3. 耳下腺アミロイドーシスの一例

○笠井仁貴・多田紘恵・倉品芽衣・小川由希子
永田ゆりの・近松一郎

群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

56 歳男性。2 年前春頃より右耳下部腫瘍を自覚し、X 年 Y 月に総合病院耳鼻科を受診した。右耳下腺腫瘍の診断にて、X 年 Y + 1 月に手術予定であったが、麻酔導入時にアナフィラキシーショック疑いとなり手術中止となった。その後 X 年 Y + 2 月に当院麻酔科を受診し精査されたが、原因薬剤の特定には至らなかった。X 年 Y + 4 月に当科を初診され、耳下腺細胞診で壞死成分背景の Atypical Cytology の診断だったため再度手術による摘出の方針となった。X + 1 年 Z 月に当院にて全身麻酔下に右耳下腺腫瘍摘出術を施行した。最終病理組織診断にて、好酸性無構造物質の結節状沈着を認め、Congo red 染色では赤橙色、偏光顕微鏡下ではアップルグリーンを呈したことから、唾液腺アミロイドーシスの診断となった。現在内科での全身性病変の有無について精査中である。アミロイドーシスは、アミロイドがさまざまな臓器に沈着し、機能障害を引き起こす疾患で、全身性と限局性に大別される。唾液腺アミロイドーシスはまれな疾患で、多くは一側性発症であるが両側性の報告もあり、非特異的な臨床像のため診断に難渋する。Congo red 染色によるアミロイドの特徴的な病理所見があれば診断は可能であるが、頭頸部領域ではコロイドやケラチン、ヒアリン変性、壞死病変などの鑑別が難しく、多くの場合、本症例のように組織診断が必要となる場合も多い。本症例においては、MRI 検査において被膜構造が明らかでなかった点や多形腺腫やワルチン腫瘍などに特徴的な画像所見を呈していない点、細胞診で壞死性成分が主体であった点などから、唾液腺アミロイドーシスを鑑別として考慮すべきであった。今回我々は、耳下腺アミロイドーシスを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

O6-4. IgG4関連疾患の病態形成における濾胞外リンパ球の役割

○酒本博史・亀倉隆太・高野賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【目的】IgG4関連疾患 (IgG4-RD) は全身の諸臓器の腫大を認め時に臓器の機能障害をもたらす疾患であり、その病態形成メカニズムについては不明な点が多い。IgG4-RD の病理学的特徴の一つに異所性リンパ組織の形成が知られている。今回我々は異所性リンパ組織形成に関与する末梢ヘルパーT (Tph) 細胞と主に濾胞外に存在して自己抗体の産生に関与することが知られている CD11c陽性B細胞に着目し、IgG4-RD の病態形成における役割について検討した。

【方法】対象は札幌医科大学附属病院にて IgG4-RD と診断された症例で、診断には 2020 改訂 IgG4 関連疾患包括診断基準を用いた。各症例の治療開始前に採取した末梢血から分離した末梢血単核球をフローサイトメトリーで解析した。年齢をマッチさせた健常者群を対照群とした。Tph (CD3⁺CD4⁺CD45RA⁻CXCR5⁻PD-1^{hi}) 細胞は CXCR3 と CCR6 の発現に基づいて 3 つのサブセット (Tph1, CXCR3⁺CCR6⁻Tph ; Tph2, CXCR3⁻CCR6⁻Tph ; Tph17, CXCR3⁻CCR6⁺Tph) に分類した。CD11c 陽性 B 細胞は CD3⁻CD19⁺CD11c⁺CD21⁻細胞と定義した。解析結果と臨床パラメータとの関係、Tph 細胞と CD11c 陽性 B 細胞との相互関係について統計学的検討を行った。

【結果】IgG4-RD 患者では健常者と比較して Tph2 細胞、CD11c 陽性 B 細胞の割合が増加していた。また、IgG4-RD 患者の Tph2 細胞と CD11c 陽性 B 細胞の割合はそれぞれ、血清 IgG4 値、血清 IgG4/IgG 比、血清可溶性 IL-2 受容体値、罹患臓器数との間に有意な正の相関関係を認めた。さらに Tph2 細胞の割合と CD11c 陽性 B 細胞の割合の間に有意な正の相関関係を認めた。

【結論】今回の検討結果より Tph 細胞と CD11c 陽性 B 細胞それが IgG4-RD の病態形成へ関与している可能性に加えて、Tph 細胞と CD11c 陽性 B 細胞のクロストークが IgG4-RD の病態の背景に存在している可能性が示唆された。

O6-5. IgG4関連疾患の病態形成における制御性T細胞サブセットの役割

○田中紀久・亀倉隆太・高柳心・高野賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【目的】IgG4関連疾患 (IgG4-RD) は、全身の臓器に腫大と線維化を引き起こす慢性炎症性疾患であり、血清 IgG4 高値や病変部位への IgG4 陽性形質細胞の浸潤が特徴である。近年、IgG4-RD の病態形成におけるヘルパー T 細胞の関与が注目されているが、その詳細なメカニズムは未解明である。本研究ではヘルパー T 細胞に分類される制御性 T (Treg) 細胞サブセットに着目し、IgG4-RD の病態形成における役割について検討した。

【方法】IgG4-RD と診断された患者群および年齢をマッチさせた健常者を対象とし、治療前に採取した血液由来の末梢血単核球を用いてフローサイトメトリー解析を行った。Treg (CD4⁺CD25^{hi}CD127^{low}CD45RA⁻) 細胞は過去の報告 (*Cell Rep* 20, 757-770, 2017) に従って Treg1 (CCR4⁺CCR6⁻CXCR3⁺), Treg2 (CCR4⁺CCR6⁻CXCR3⁻), Treg17 (CCR4⁺CCR6⁺CXCR3⁻) 細胞と定義した。各 Treg 細胞サブセットの割合と患者の臨床指標との相関を統計的に解析した。

【結果】IgG4-RD 患者では健常者と比較して Treg2 細胞の割合が有意に増加していた。また、Treg2 細胞の割合は、血清 IgG4 濃度と正の相関を示した。

【結論】Treg2 細胞は、IL-10 に加えて、IL-4 および IL-13 を産生する Treg 細胞であり、Treg2 細胞の存在は B 細胞の IgG4 クラススイッチと関連している可能性が示唆された。今後 Treg2 細胞の機能的役割の解明を進め、IgG4-RD の新たな治療標的としての可能性について検討していきたい。

O7-1. 甲状腺癌に対しエンコラフェニブ・ビニメチニブ開始直後に漿液性網膜剥離を生じた1例

○吉川桃花・田中英基・塚原清彰

東京医科大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

転移再発甲状腺乳頭癌の治療として、まず放射性ヨウ素内用療法（RAI）が考慮される。しかし、RAI不応あるいは急速な病勢進行に対しては、分子標的薬が選択される。分子標的薬はレンバチニブが治療の中心であるが、近年コンパニオン診断薬による分子標的薬の有効性が報告されている。2024年5月に新たにエンコラフェニブ（BRAF阻害薬）・ビニメチニブ（MEK阻害薬）併用療法が保険承認され、臨床での使用が可能となった。今回、エンコラフェニブ・ビニメチニブ併用療法開始直後に漿液性網膜剥離Grade3を発症した症例を経験したので報告する。症例は78歳女性である。甲状腺乳頭癌に対し甲状腺左葉切除（pT1aN1）の一年後に多発肺転移と左頸部および右気管傍リンパ節転移を認めた。そのため、RAIの方針となり、残存甲状腺右葉切除、中心領域郭清、左頸部郭清を施行した。しかし、縦隔リンパ節転移・肺転移の急速な増大があったため、分子標的薬治療の方針となった。縦隔リンパ節の気管浸潤が否定できず、レンバチニブは出血ハイリスクと考えた。そのため甲状腺癌オノコマインDX^Rを施行し、BRAF V 600 E 遺伝子変異を認めため、エンコラフェニブ（450mg/日）・ビニメチニブ（90mg/日）併用療法の方針となった。治療開始4時間後に視野障害が出現したため、当院眼科を受診した。視力検査にて右0.4/左0.7と、治療開始前（右0.9/左1.2）から視力低下を認め、眼底検査にて漿液性網膜剥離（CTCAEv5.0にてGrade 3）の所見を認めた。直ちに両剤を休薬の上、経過観察を行い、投与後11日目に、視力回復および漿液性網膜剥離の所見がGrade2まで改善したため、両剤を減量の上治療を再開した。本症例は、近年承認されたエンコラフェニブ・ビニメチニブ併用療法の有害事象について注意喚起とマネジメントの一助になると考えられる。

O7-2. 根治治療不能な局所進行頭頸部癌におけるQUAD shot施行症例の経験

○小口慶悟・辺土名貢・佐々木彩花・新田清一

済生会宇都宮病院 耳鼻咽喉科

高齢や全身状態が不良な進行頭頸部癌患者では、手術や化学放射線療法などの根治治療が適応困難な場合が多い。こうした症例に対しては、生存期間延長ではなく、疼痛緩和などのQOL（生活の質）向上を主目的とした緩和照射が行われる。従来の緩和照射は1日3Gyを10日間連続で施行する方法が一般的だが、近年緩和照射の一つの方法として、2日間で4回照射を1コースとし、1ヶ月ごとに最大3コース施行するQUAD shotが注目されている。総線量は3Gyを10日間連続照射する従来法と大きな差はないが、正常組織の回復期間が確保されることで、有害事象の頻度が低減する可能性が報告されている。今回我々は、2020/4/1-2024/11/1の期間で緩和照射（3Gy10日間照射とQUAD shot）を行った局所進行頭頸部癌患者を対象に、後方視的な検討を行った。緩和照射は6症例で施行されており、その内QUAD shotは96歳女性の原発不明癌頭部リンパ節転移および90歳女性の耳下腺癌の2症例で施行された。両例とも腫瘍が皮膚より露出をしており、腫瘍からの出血、疼痛、滲出液によりQOL低下を生じていた。両例とも短期間の入院でQUAD shotを施行し、腫瘍縮小や出血消失、滲出液減少による処置の簡便化などQOLの改善が得られた。有害事象としてG2以上の皮膚炎・粘膜炎は認めず、従来照射と比較しても腫瘍縮小効果は同等で、治療完遂率は高かった。体表面に近い進行頭頸部癌患者で、高齢などの理由で特にPS（Performance Status）が低下している例において、QUAD shotは有害事象が少なく短期間でQOL向上が期待できる有用な緩和的を選択肢と考えられた。

O7-3. 中咽頭癌症例の臨床的検討

○山田貴裕・孔憲和・大井祐太朗・中里瑛
森田由香

富山大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

中咽頭癌は、p16過剰発現によってHPV関連癌と非関連癌に大別され、両者で臨床病態や予後が大きく異なることが知られている。特にp16陽性例では比較的若年発症で治療反応性が高く、近年は治療強度の低減(de-escalation)の可能性も議論されている。一方で、p16陰性例では依然として不良な予後を示すことが多く、治療選択や予後予測の点で課題が残る。今回、当科で経験した中咽頭癌症例を後方視的に検討したので報告する。

2016年11月から2024年9月までに当科を受診した中咽頭癌49例を対象とした。年齢は31~86歳（平均64.6歳）、性別は男性41例、女性8例であった。亜部位は側壁25例51.0%，前壁14例28.6%，後壁6例12.2%，上壁2例4.1%，不明2例4.1%であり、p16陽性が38.8%，p16陰性が40.8%と未検査が20.4%であった。病期(UICC/AJCCTMN分類第8版)はp16陽性がI期52.6%，II期31.6%，III期15.8%，IV期0%であり、p16陰性・未検査がI期3.3%，II期6.7%，III期13.3%，IV期10.0%，IV期63.3%，不明3.4%であった。

当科を受診した中咽頭癌患者の内、放射線単独治療を行った症例が6例(12.3%)、化学放射線治療を行った症例が28例(57.1%)、根治治療を行わなかった、もしくは完遂できなかった症例は15例(30.6%)であった。また根治治療を行った症例の内、リンパ節転移に対して頸部郭清を行っている症例は5例であった。根治治療を行った中咽頭癌患者34例において、3年全生存率はp16陽性群がI期、II期、III期全て100%であった。一方でp16陰性・未検査群がII期50.0%，III期100%，IV期62.5%であった。3年無病生存率は、p16陽性群では、I期100%，II期85.7%，III期100%であった。これまでの諸家の報告と同様、p16陽性症例は、ステージが低く、治療成績も良好であった。一方、未検査を含めた陰性例は進行癌である割合が高く、早期発見を目指して疾患の啓蒙が重要であると考えられた。

O7-4. 切除断端評価から考える咽頭表在癌の術後治療

○阪上智史・鈴木健介・藤澤琢郎・八木正夫

関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

近年、Narrow Band Imaging や内視鏡観察技術の進歩により、咽頭表在癌の早期発見が可能となり、低侵襲な治療法としてELPS(Endoscopic Laryngopharyngeal Surgery)が広く行われている。ELPSは機能温存が可能であり良好な治療成績が報告されている一方で術後の瘢痕形成による嚥下障害や咽頭腔の狭窄などのリスクのため、マージンが広く取りにくくことや視野の制限および切除縁の評価が困難なことから局所再発の懸念がある。本研究では、当院において2014年4月から2023年5月に中咽頭および下咽頭表在癌に対してELPSを施行した症例を後方視的に検討した。対象は56例65病変（下咽頭53病変、中咽頭12病変）で、放射線照射後の患者は15例(26.8%)であり、平均観察期間は40ヵ月であった。切除検体の病理学的評価にて水平断端は陰性／評価困難／陽性が41/13/12病変、垂直断端は陰性／評価困難／陽性が56/3/7病変であった。術後の再発について、局所再発は3例(5.3%)、領域リンパ節再発は2例(3.6%)、遠隔転移は2例(3.6%)に見られていた。局所再発を認めた3例は2例で断端陰性、1例で水平および垂直断端の評価困難であり、断端陽性症例を認めなかつた。咽頭表在癌において断端陽性の取り扱いに関する報告は少ないが、慎重な術後経過観察は追加治療に代わる現実的な選択肢となり得るか検討して報告する。

O7-5. 咽喉頭腫瘍に対する経口的手術における Quality of Lifeについての検討

○小幡和史・渡邊嶺・山内麻由・飯島宏章
大上研二・和佐野浩一郎

東海大学医学部医学科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

【目的】近年、咽喉頭腫瘍に対する手術は経口的内視鏡手術（TOVS）やロボット支援下経口腔的手術（TORS）により、術後の Quality of Life (QOL) に対し良好な経過が得られるようになっているが、その詳細については不明な点も多い。今回当科で行った咽喉頭腫瘍に対する TOVS, TORS における術後 QOL について検討したので報告する。

【方法】2016 年 6 月から 2024 年 12 月までの期間で、当科で実施し手術前後で QOL を評価できた咽喉頭腫瘍手術症例 102 例（TOVS 86 例、TORS 16 例）を対象とした。調査は術前、術後 1, 3, 6, 12, 18 カ月の時点を行い、QOL は EORTC の QLQ-C30, QLQ-H&N35 を用いて評価し、各術式の QOL スコアを Kruskal Wallis 検定、各時期における両術式間の QOL スコアを Mann Whitney U 検定を用いて検討した。

【成績】症例は、TOVS の原発は中咽頭側壁 16 例、後壁 6 例、前壁 8 例、上壁 9 例、下咽頭梨状陥凹 37 例、輪状後部 2 例、後壁 2 例、声門上 6 例、TORS の原発は中咽頭側壁 8 例、前壁 2 例、後壁 2 例、下咽頭梨状陥凹 3 例、声門上 1 例であった。T 分類は TOVS が T0 : 9, Tis : 14, T1 : 29, T2 : 32, T3 : 2 症例、TORS が Tis : 1, T1 : 4, T2 : 10, T3 : 1 症例であった。QLQ-C30 では TOVS では Emotional (心理面) で差が見られたが、TORS では各項目で差は見られなかった。QLQ-H&N35 では TOVS では pain, opening mouth, pain killer, weight loss で差が見られ、TORS では pain, opening mouth, weight loss で差が見られた。TOVS と TORS の各時期における症状スコア (pain, opening mouth, weight loss, pain killer) を比較したところ、すべての項目において差は見られなかった。

【結論】TOVS と TORS では術後疼痛、開口障害、体重減少が生じるが、術式においては症状スコアに差が見られなかった。一方で TOVS は心理的には術前と比べて良好であることが示されたが、TORS では QOL の各項目に差は認めなかった。

O8-1. 当院における下咽頭癌に対する経口的咽頭癌手術の検討

○上田 勉・樽谷貴之・濱本隆夫・竹野幸夫

広島大学

下咽頭癌に対する経口的咽頭癌手術として、低侵襲な endoscopic laryngo-pharyngeal surgery (ELPS) や transoral videolaryngoscopic surgery (TOVS) が日本で普及している。近年、経口的ロボット支援下手術 (TORS) も海外で報告されているが、狭小スペースからのアプローチが必要となることや鉗子操作ができる十分な視野確保が困難なことより、中咽頭癌に対する手技と比較して様々な工夫のもと手術をしていく必要がある。当科では 2019 年 12 月より Da Vinci Xi を用いた TORS を導入し、中咽頭癌を中心に症例を重ねてきた。最近では ELPS を主に行ってきた下咽頭癌症例にも TORS を適用する機会が増加している。重複癌が多い下咽頭癌に対し、当院では全身麻酔下に切除前、内視鏡科医による咽頭・食道の詳細な観察を実施する。NBI 観察下に ELPS では耳鼻咽喉科・頭頸部外科医が、TORS では内視鏡科医がマーキングを行い、その後経口超音波検査で深達度を確認後にヨード染色で切除範囲を最終確認する。粘膜切開は耳鼻咽喉科・頭頸部外科医が担当する。これにより、TORS では内視鏡科医は手術室から退出可能となり、負担軽減につながる。一方、ELPS では内視鏡科医が切除中もスコーパーを担当し、切除困難な部位に対しては耳鼻咽喉科・頭頸部外科医がカウンタートラクションをかけ、内視鏡科医が ESD 手技で切除することも連携して行う。現在、TORS は十分な開口（当科では 3.5cm 以上）があり、術前生検で悪性である症例に適用している。今回、Da Vinci Xi を用いた TORS と ELPS について、部位、開口器の種類、出血量、断端、経口摂取までの日数、気管切開の有無などを比較検討した。さらに、単位面積当たりの切除時間を比較した結果、TORS においては経験症例数の増加に伴い手術時間は短縮傾向にあり、10 例程度でラーニングカーブは平坦化する傾向が示唆された。

O8-2. 下咽頭癌術後に生じた総頸動脈出血に対して血管内ステント留置を施行し救命した1例

○北嶋達也¹⁾・平野康次郎²⁾・秦 美遙²⁾・鄭 裕華²⁾
嶋根俊和¹⁾⁽²⁾

1) 昭和医科大学 頭頸部腫瘍センター

2) 昭和医科大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座

頭頸部癌治療における総頸動脈出血は致死的合併症である。今回我々は下咽頭癌放射線治療後再発に対して手術を施行したのちに総頸動脈出血をきたしたが、血管内ステント留置を行い救命した症例を経験したので報告する。症例は54歳男性、下咽頭扁平上皮癌 cT4aN0M0 に対して初回治療としてCDDP併用放射線治療を施行した。治療後6ヵ月で喉頭壊死を認めたため高压酸素療法を施行した。治療後8ヵ月で局所再発を認めたため手術の方針とし、咽喉頭頸部食道摘出術+両側頸部郭清術+ALT再建術を施行した。術後14日目に吐血による出血性ショックをきたしたため造影CT検査と上部内視鏡検査を施行し、造影CTでは左総頸動脈に一部造影不良域を認めており同部位からの出血と判断した。術後17日目に再度吐血をきたし、造影CTでは左総頸動脈からの出血を疑う造影剤漏出(extravasation)を認めたため血管外科にて血管内ステントを留置した。術後19日目に血腫除去とステント留置をした左総頸動脈被覆目的で大胸筋皮弁による再建術を施行した。術後53日目に透視下でリークがないことを確認し、術後54日に経口摂取を再開した。本症例では総頸動脈出血に対して血管内ステントを留置することで救命することができたが、状況によっては総頸動脈結紮が選択されることもある。今回我々は本症例の治療経過ならびに原因と治療法について文献的考察を含めて報告する。

O8-3. 複数回の機能温存手術を行った下咽頭高分化型脂肪肉腫の2症例

○村山公介・秋定直樹・富岡利文・松浦一登

国立がん研究センター東病院 頭頸部外科

【緒言】高分化型脂肪肉腫は組織学的低悪性度に分類され完全切除後の予後は比較的良好であるが、頭頸部領域では切除断端陰性確保と機能温存の両立が困難な例も多い。今回、当科で複数回の機能温存手術を行った下咽頭高分化型脂肪肉腫の2症例を報告する。

【症例1】50代男性。咽頭違和感を主訴に近医内科を受診した。上部消化管内視鏡検査で左下咽頭粘膜下腫瘍を指摘され当科紹介受診した。切除生検で下咽頭GIST(高リスク群)と病理診断され、術後40ヵ月イマチニブで加療された。経過観察中に局所再発を認め経口的切除術を行ったところ、術後病理診断でGISTではなく肉腫と診断されたため、初回術後54ヵ月で下咽頭部分切除術を行った。その後も局所再発を認め、初回術後95ヵ月・99ヵ月でそれぞれ経口的切除術を行ったが、以降も局所再発を繰り返したため、初回術後151ヵ月で下咽頭喉頭全摘出術を行った。現在も経過観察中である。

【症例2】60代男性。咽頭違和感といびきを主訴に近医耳鼻咽喉科を受診した。咽喉頭内視鏡検査で下咽頭後壁粘膜下腫脹を指摘され当科紹介受診した。生検で確定診断が得られず、画像所見から高分化型脂肪肉腫の術前診断で手術の方針とした。術中迅速病理診断で脂肪肉腫の診断を確認し、腫瘍が周囲浸潤無く剥離可能であったため喉頭温存・腫瘍摘出術を施行し手術終了した。経過観察中に局所再発を認め、初回術後87ヵ月で経口的切除術を行った。現在も経過観察中である。

【考察】高分化型脂肪肉腫に対する機能温存手術は十分に許容されると考える。緩徐進行性で転移再発は稀であるが、局所再発を繰り返す場合もあるため、術前に部分切除や広範切除についても患者に提案し十分に検討することが肝要である。

O8-4. 進行下咽頭癌に対する術前下部消化管内視鏡検査で得られた同時重複大腸癌の検出率

○石田航太郎・馬越優征・竹内一隆・三澤 清

浜松医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】下咽頭癌は重複癌が多く、特に食道癌の重複が多いことが知られており治療前に上部消化管内視鏡検査が広く行われている。一方、食道癌では頭頸部癌以外にも大腸癌の重複も多く、治療前に下部消化管内視鏡検査を行う有用性が報告されている。当院では下咽頭癌の拡大切除（咽喉頭全摘もしくは咽喉頭食道全摘）を行う際、消化器外科受診に際して術前の下部消化管内視鏡検査を行っているため、その有用性を検討した。【対象／結果】当院で2013年9月から2024年12月までに進行下咽頭癌と診断され、術前下部消化管内視鏡を施行した症例を対象とし、大腸癌検出率、PET陽性率などを後方視的に検討した。上記期間の下咽頭癌拡大切除症例は86例あり、うち術前下部消化管内視鏡検査を施行した症例は70例あった。大腸癌は6例（8.6%）で検出された。そのうち外科的切除の適応症例は3例（4.3%）、ESD/EMRの適応症例は3例（4.3%）であった。検出された6例のうち4例（66.7%）はPET検査で検出されなかった。【まとめ】拡大切除適応の進行下咽頭癌において、下部消化管内視鏡検査により同時重複大腸癌が検出され、治療対象となった。今回の結果からは、下咽頭癌の重複癌として大腸癌の存在も念頭に置く必要があると考えられた。下部消化管内視鏡検査は下咽頭癌の重複癌スクリーニングとしても有用である可能性が示唆された。

O8-5. 蒸留水は Underwater 併用 ELPS に明瞭な視野をもたらすか

○竹本啓子・阪上智史・鈴木健介・藤澤琢郎
八木正夫

関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】Underwater法を併用したELPSは拡大された明るい視野を得られる。そこで用いる水の種類に関する考察は重要な臨床的課題と考えた。手術室で手に入りやすい水として生理食塩水あるいは蒸留水が挙げられ、これまでの経験で頸部手術時の創部洗浄において生理食塩水と蒸留水では洗浄液内の透明度が異なり蒸留水の方が透明である印象があった。【方法】当院で頸部郭清術を受けた6例の創部洗浄液を生理食塩水および蒸留水それぞれ用いて回収した。回収した液体の肉眼所見、洗浄液中の細胞所見について比較を行った。【結果】肉眼所見では全例において蒸留水の方が明らかに透明であった。細胞所見では生理食塩水には赤血球などの血球細胞が多数見られたが、蒸留水中には極わずかであった。【考察】生食中には浮遊している血球細胞数が多く、蒸留水中にはほとんど認めないことから細胞膜構造が残存している浮遊物によって光の散乱（ミー散乱）を生じ光量が減衰したために見た目の透明度が低下していると考えた。【まとめ】水浸下に内視鏡手術を行うには透明度が高い方が望ましいと考え、その観点からは蒸留水の方が優れている可能性が示唆された。

O9-1. 顎下腺移行部唾石摘出後の唾液分泌能の変化

○鈴木貴博・館田 豊・太田伸男

東北医科薬科大学 耳鼻咽喉科

【背景】近年、唾液腺内視鏡やその周辺デバイスの活用により口腔底深部の唾石も経口腔的に摘出し顎下腺を温存できる例が増加した。ワルトン管内腔経由で唾石を牽引し摘出できれば管腔構造はそのまま保持されるため術後も唾液の疎通性は維持できるが、顎下腺移行部唾石においてはワルトン管内腔経由で牽引・摘出できる症例は少なく、唾石直上のワルトン管に切開を加えて摘出することが多い。ワルトン管切開の操作が加わった場合、創傷治癒に伴って管腔の瘢痕狭窄が生じうるのではないかという懸念がある。【目的】顎下腺移行部の手術後、口腔底粘膜が閉鎖、治癒した後でワルトン管の唾液疎通性が回復・維持できるかを評価する。【対象】唾石直上のワルトン管に切開を加えて唾石を摘出した顎下腺移行部唾石7症例を対象とした。顎下腺移行部の開口部形成術は施行しなかった。【方法】唾液腺シンチグラムを用いて術前後の最大唾液分泌率を計測した。術後の検査時期は4ヵ月～14ヵ月（中央値6ヵ月）であった。【結果】術前の唾液分泌能を分類すると7例中5例は無機能もしくは排泄障害型のパターンを示しており、残りの2例は正常排泄型のパターンを示していた。術前無機能・排泄障害型の5例のうち4例は術後改善がみられたが1例は無機能のまま改善がみられなかった。術前正常排泄型の2例のうち1例は術後唾液分泌率が改善し、残りの1例は不変であった。【結論】顎下腺移行部唾石の手術後、唾液疎通性的回復・維持が期待できる。顎下腺移行部唾石の経口腔的摘出は、顎下腺摘出術と比較して、審美性の点においても唾液腺機能維持の点においても利点が大きい。

O9-2. CT ナビゲーションを併用して頬部小切開で摘出した耳下腺腺内唾石の一例

○江崎伸一・佐藤慎太郎・有馬菜千枝・岩崎真一

名古屋市立大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科

近年の唾液腺内視鏡の普及により、唾液腺を温存して唾石のみ摘出する手術の適応範囲が拡大した。しかし、耳下腺管は細く、咬筋の周囲で曲がっている等の理由から、耳下腺内の唾石を内視鏡で摘出することは困難である。内視鏡で摘出できない唾石には経皮的な手術を必要とし、耳下腺腫瘍に準じたS字切開が用いられてきた。我々は侵襲面や整容面から唾石直上の頬部の小切開が望ましいと考えて手術を行っている。小さい切開孔から唾石を探索するために触診とエコーを併用してきたが、皮切が小さいとプローブを創部に入らないという問題点がある。そこでプローブの先端が細かい手術用のナビゲーションが唾石の探索に有用であると考えた。今回我々は耳下腺腺内の唾石に対してCT ナビゲーションを併用し頬部小切開で唾石を摘出できたため、その有用性を報告する。症例は27歳女性で既往歴は特になし。1年前から食事後の右耳下部腫脹を訴えて近医総合病院を受診し、右耳下腺唾石症と診断された。半年後に化膿性耳下腺炎を発症し、手術目的にて当院を紹介された。CT、MRIにて唾石は腺内に認められ、内視鏡摘出は困難と考えられた。全身麻酔下にて頬部を捻轉させ、神経モニタリングシステム、ナビゲーションシステムを設置し、唾石の部位を確認した。直上の皮膚を6mm皮切し、唾石の位置、深さをナビゲーションで確認しつつ、耳下腺内から唾石を摘出した。顔面神経麻痺など合併症は認めなかった。今回神経モニタリングシステム、ナビゲーションシステムを併用することで、小さい創部から唾石を摘出することができた。術中神経モニタリングシステム、ナビゲーションシステムとも、様々な病院に普及している機械であり、内視鏡を有さない施設でも活用可能である。しかし、耳下腺唾石症摘出術の手術点数は両口蓋扁桃摘出術と同等と安く、両システムに必要な費用の捻出が課題である。今後症例を重ねてその有用性につき検討したい。

O9-3. 当科における顎下腺唾石症の検討

○山木英聖・井上貴博・佐藤遼介・熊井琢美
岸部 幹・高原 幹

旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

当科では2010年に唾液腺内視鏡（以下、内視鏡）を用いた唾石摘出術を導入しており、積極的に内視鏡を使用している。当科で手術を施行した顎下腺唾石症の成績について報告する。対象は2010年10月から2025年2月までに経口的に手術を行った顎下腺唾石症症例193例である。男性80例、女性113例、3～88歳（中央値35歳）であった。患側は右が104例、左が89例であった。部位別では前方37例、移行部が134例、腺内22例であり、移行部が最も多かった。唾石のサイズは2～25mm（中央値7mm）であった。複数唾石は73例（38%）、浮遊唾石は65例（34%）であった。内視鏡を使用した症例は168例（87%）あった。結石摘出後に遺残結石の確認のために内視鏡を使用した症例は40例（21%）であった。内視鏡的操縦のみで摘出可能だった症例の割合は21%（40症例）であった。内視鏡下摘出が可能だった結石のサイズは2～10mm（中央値5mm）で、5mm以下の内視鏡下摘出率は40%（18/45例）であった。移行部唾石での内視鏡下摘出率は11%（2/18例）、腺内唾石での内視鏡摘出術は28%（38/134例）であった。バスケットカテーテルは67例で使用しており、バスケットカテーテルで結石摘出が可能であった割合は55%（37/67例）であった。管内狭窄や腺内唾石などのため内視鏡下に結石を確認できなかった割合は6%（11例）であった。炎症後の瘢痕や腺内唾石で口内から完全摘出できなかった遺残結石症例の割合は4%（7例）認めた。術後合併症に関しては顎下腺腫脹が61例（32%）で認め、舌神経麻痺による舌の痺れが10例（5%）で認めた。術後半年以上の顎下腺腫脹が残存した症例は2例、舌の痺れが残存した症例は1例であった。また術後1年以上経った3症例（2%）においてガマ腫が認めた。手術症例の増加に伴い、唾液腺内視鏡の適応条件が少しづつ明らかになってきているように思われる。

O9-4. 中等大（ $\geq 5\text{mm}$ ）唾石に対するHo-YAGレーザーを併用した唾液腺内視鏡手術

○齋藤陽元・志茂田裕・村上 瑛・折田頼尚

熊本大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

唾液腺内視鏡は本邦で2014年に保険適用となり、当科では2014年10月より唾液腺内視鏡を用いた唾石摘出術を導入している。2025年4月までに経験した唾石症例は60例（顎下腺52例、耳下腺8例）で、男性19例、女性41例、年齢の中央値は35歳（8-79歳）であった。内視鏡下単独での摘出が困難であると予想される中等大の唾石症例はしばしば摘出に難渋することがある。当科の方針として、唾石が大きく癒着が高度で内視鏡単独での摘出が困難な場合には内視鏡補助下に口内法での摘出や、外切開により腺摘出を行う方針としていた。しかし近年では外切開まで望まれない患者の紹介が多く、積極的にホロミウム（Ho）-YAGレーザーを併用するようになっている。5mm以上の比較的大きな唾石であってもレーザーで破碎することで内視鏡単独で摘出が可能であった症例が増えてきており、2024年4月-2025年4月の1年間では12症例中6症例（50%）がHo-YAGレーザーを使用しての摘出となっている。Ho-YAGレーザーを導入する前後での手術時間や奏効率、術後合併症等の比較を行い、レーザーを併用することの利点・問題点、そして適応について若干の文献的考察を加えて報告する。

O9-5. 当院における耳下腺唾石の手術と課題

○大塚雄一郎¹⁾・花澤豊行²⁾

- 1) 千葉市立海浜病院耳鼻咽喉科
- 2) 千葉大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳下腺唾石は稀な疾患であり唾液腺内視鏡の開発以前には治療方針も確立していなかった。唾液腺内視鏡により耳下腺唾石の治療法は発展したが、ワルトン管に比べてステノン管は内視鏡の挿入も困難で内視鏡単独での手術成功例は少ない。特にステノン管後方の唾石は内視鏡挿入が困難であり顔面からの外切開 (Sialendoscopy-assisted transfacial removal) が必要となる。2016年4月から2025年4月までに当院で診療した耳下腺唾石は16例、ステノン管開口部の唾石が2例、咬筋前縁の唾石が5例、咬筋表層前方の唾石が2例、同部位後方の唾石が4例、耳下腺内の唾石が7例であった。唾石個数は1個が13例、2個が1例、3個が1例、6個が1例であった。治療方針は自然排石が5例、経過観察が1例、手術が8例、他院への紹介例が2例であった。手術は開口部切開が2例、内視鏡単独手術が2例、外切開を追加したのが4例であった。2例では内視鏡挿入にあたり開口部形成を行った。完全摘出できたのは5例、遺残が3例であった。摘出できなかったのは全例が触診できない腺内唾石で、また2例が複数唾石であった。1例でレーザーを利用したが唾石の一部しか破碎できなかった。耳下腺唾石は頸下腺唾石に比べて手術の成功率も低いが自然排石することも多く、小さい唾石であれば経過観察も選択肢となりえる。唾石の位置、大きさ、触診の可否を考慮して手術方針を決定する必要がある。

O9-6. MRI-CT Fusion 画像を用いた移行部唾石の術前術式選択についての検討

○濱中啓祐・松延 育・後藤 穣

日本医科大学付属病院

頸下腺唾石は手術加療の際に唾石の位置・大きさ・形状などを考慮して、口内法や内視鏡下摘出術、combined approach、頸下腺摘出術が選択されるが、これまで特に移行部唾石を経口的摘出可能かどうか術前に予測することは困難であった。MRI-CT 3次元 Fusion 画像は唾石とワルトン管およびそれらの空間的関係を明確に示すことが可能なため、唾石がワルトン管の屈曲最強点 (以下 Curving point) の前方にあるか後方にあるかの判断の一助となる。今回2019年4月から2024年4月までに手術加療を行った頸下腺唾石症の患者のうち、明瞭な MRI-CT Fusion 画像が得られた43唾石の症例について後方的検討を行った。Curving point と唾石の位置関係を含め、移行部唾石が経口的摘出可能かどうかを術前に予測する各因子について検討したため報告する。

O10-1. 当院の梅毒例に関する検討

○飯島宏章・山内麻由・小幡和史・芦田裕士
谷水宏圭・寺邑堯信・和佐野浩一郎・大上研二

東海大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】近年、我が国における梅毒の報告数は急増している。梅毒は口腔・咽頭粘膜や頸部リンパ節などに非特異的な症状を呈することが多く、しばしば悪性腫瘍や炎症性疾患との鑑別が困難である。早期診断と治療介入が重要である一方、性感染症という側面から病歴聴取や検査の実施が躊躇されるケースも少なくない。今回我々は当院で診断した梅毒例について後方視的に検討した。

【方法】2014年4月から2025年3月までに当院を受診した梅毒患者について後方視的に検討を行った。対象患者の年齢、性別、生活歴、発症時期、自覚症状、初診時の診断、診断までの期間、診断に至った検査、臨床経過などを解析した。**【結果】**院内全体では約60例、このうち当科で診断に至ったのは21例であった。年齢の中央値は40.5歳で、男女比は約4:1であった。自覚症状の出現から梅毒の診断が確定するまでの期間の中央値は62日であった。当科受診から確定診断までに要した期間は1~57日（中央値2日）であった。風俗店の利用歴または勤務歴を有する症例は約半数に認められた。

【考察】初診時には性感染症としての認識が乏しく、前医で難治性口腔内潰瘍や中咽頭癌、頸部リンパ節腫瘍と診断され、耳鼻咽喉科に紹介されていた。生検や細胞診では確定診断に至らず、梅毒血清反応（TP抗体、RPR）により診断された症例が多かった。なお、初診時に風俗店利用歴を否定していたものの、内科紹介後に告白する症例も散見され、問診の工夫と繰り返しの病歴聴取が極めて重要であると考えられた。**【まとめ】**梅毒は臨床症状が多彩で、疑わなければ診断に至らないことが多い疾患である。咽頭粘膜病変や頸部リンパ節腫脹を認めた際には、梅毒も鑑別疾患として常に念頭に置く必要がある。耳鼻咽喉科診療において、性感染症への理解を深め、適切な病歴聴取と検査体制の整備を図ることが求められる。

O10-2. 頸部リンパ節結核に対するCore needle biopsy (CNB) の有用性

○篠原 宏・清水啓成

河北総合病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】唾液腺腫瘍や頸部悪性リンパ腫の診断においてCNBの有用性の報告が多い。

今回、頸部リンパ節結核に対してCNBを行い診断に有用であったため報告する。

【症例】28歳、女性、ミャンマー人。

【主訴】発熱、倦怠感。

数週間前からの咳、発熱と倦怠感があり当院呼吸器内科を受診した。

CTで肺野に異常を認めなかったが頸部、腋窩、縦隔、後腹膜のリンパ節腫大が認められ結核性リンパ節炎が疑われ入院となった。

喀痰の抗酸菌培養、結核菌核酸PCRはいずれも陰性で血清のT-SPOTは判定不可、s-IL2は1048 U/mlであった。悪性リンパ腫も疑われたため呼吸器内科から生検を依頼された。

当科初診時所見：耳鼻咽喉に異常を認めず、右下内深頸リンパ節腫脹を認め超音波ガイド下にCNBを行い病理検査、結核菌核酸PCR検査、抗酸菌培養検査に提出した。

穿刺後、穿刺部の腫脹や瘻孔形成は認めなかった。病理検査では壞死巣の周囲に類上皮細胞が集簇し乾酪性肉芽腫と診断された。

結核菌核酸PCR検査は陽性で、後日、抗酸菌培養から結核菌が同定された。

T-SPOT判定不可と結核菌核酸PCR検査の陽性を受けてHIV検査を行ったところHIV感染が判明したためHIV合併結核と診断した。

患者は治療のため高次医療機関に紹介された。

【考察】頸部リンパ節結核の診断はリンパ節摘出やFine needle aspiration cytology (FNA)によって行われてきた。

リンパ節摘出は瘻孔形成の危険が高く侵襲も大きい一方、FNAは低侵襲であるが組織診断ができない。

CNBは組織診断が可能である上に瘻孔形成のリスクもリンパ節摘出に比して低い。

涉獵した範囲で、本邦で頸部リンパ節結核の診断にCNBを用いた報告はない。

海外ではCNBを頸部リンパ節結核診断の第一選択として推奨する報告もあり、CNBをまず試みるべきだと考えた。

O10-3. COVID-19 大流行に伴うアデノイド増殖症の初診 / 手術患者数の月次推移

○小川 真

大阪市立総合医療センター

【はじめに】我々は、COVID-19 大流行を含む 2019-2023 年のアデノイド切除術 (Ad) の年別施行症例数が、2020 年の急減後に 2022 年まで漸減し、2023 年にはほぼ完全回復したことを報告した（丸田ら、小児耳鼻咽喉科、2024）。しかしながら、感染に関連した個々のイベントによる短期変化は未検討であった。また手術施行症例数は、科の手術枠により制限されるため、Ad の施行症例数のみでなく、アデノイド増殖症を有する紹介初診患者の月別推移を調査した。**【対象と方法】**2019-2024 年における Ad の施行症例数 / アデノイド増殖症を有する紹介初診症例数はそれぞれ 509 例 / 787 例であった。前者は併施術式、後者は閉塞型睡眠時無呼吸 (OSA) 症状 / 滲出性中耳炎 (OME) の合併により分類して、これらの月別症例数の推移と、大阪府下の COVID-19 新規罹患者の月別数、および感染に関するイベント（緊急事態宣言、5 類感染症移行など）との関連性を調査した。**【結果】**月別 Ad 施行件数は、初回の緊急宣言で急落して以降減少し、2021 年 5-8 月に一旦回復した後に再び減少し、2023 年 1 月の第 5 類移行の方針決定以降に急増した。一方、同期間におけるアデノイド増殖症の紹介初診の月別症例数は、初回の緊急宣言で急落して以降、第 5 類移行の方針が決定された 2023 年 1 月まで減少したままであったが、その後は 2019 年のレベルよりも増加したままにあった。年別比較の結果、Ad/T 併施の症例数、および、OSA 症状 / OME を有するアデノイド増殖症の紹介初診症例はいずれも 2019 年、2023 年よりも増加していた。**【結語】**大流行中の Ad 施行数の大きな増減の理由として、患者 / 家族の感染を恐れての診療所の受診回避 / 手術キャンセル、患者 / 家族自体の COVID-19 感染、徹底した感染対策に伴うアデノイド増殖症の罹患者数の変化が考えられた。

O10-4. 鼻洗浄が鼻腔・上咽頭・口腔の細菌叢動態に及ぼす影響

○木村翔一¹⁾²⁾・西 憲祐¹⁾・山野貴史¹⁾

1) 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野

2) 福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室

【背景】鼻洗浄は慢性副鼻腔炎やアレルギー性算炎に広く用いられている。近年、身腔微生物叢の鼻腔健康維持への関与が報告されている。本研究は鼻洗浄が鼻腔・上咽頭・口腔微生物叢に及ぼす影響を検討した。

【方法】病院スタッフ 10 名（鼻炎既往 7 名、副鼻腔炎既往 5 名、症状なし）を対象とし、30 日間 1 日 2 回 240mL の鼻洗浄を行い、16S rDNA 解析で多様性と属変動、臨床所見、主成分分析を実施した。**【結果】**鼻洗浄後、鼻腔・上咽頭細菌叢の多様性増加、Micrococcaceae・Corynebacterium、Lactobacillus 増加、Tannerellaceae 減少、鼻粘膜発赤改善 ($p = 0.039$)、上咽頭粘液減少傾向 ($p = 0.061$) を認めた。口腔細菌叢の変化はなかった。**【考察】**鼻洗浄は鼻腔・上咽頭細菌叢多様性向上により慢性副鼻腔炎・アレルギー性鼻炎予防へ寄与し得る可能性が示唆された。特に Corynebacterium・Micrococcaceae・Lactobacillus 増加が安定性維持に関与する可能性がある。一方、Fusobacterium 増加は炎症持続と関連が示唆され、今後の検討が必要である。

O10-5. 小児の伝染性单核球症に合併した扁桃周囲膿瘍の一例

○藤井宗孝¹⁾²⁾・安齋 崇¹⁾・松本文彦¹⁾

1) 順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座

2) 越谷市立病院 耳鼻咽喉科

【はじめに】伝染性单核球症はEpstein-Barr virus (EBV) に初感染することで発症するリンパ球増殖性疾患であり、発熱、咽頭痛、頸部リンパ節腫脹が3主徴であり小児から若年成人に好発する。一方、扁桃周囲膿瘍は急性扁桃炎が先行して扁桃周囲隙や外側組織に炎症が波及し、膿瘍形成したものである。両疾患が併存することは極めて稀である。今回我々は、既往のない小児の伝染性单核球症に片側の扁桃周囲膿瘍を合併した症例を経験し、全身麻酔下での排膿処置を施行したことでの良好な治療経過を経たため報告及び文献的考察も行う。

【症例】10歳男児で主訴は発熱、咽頭痛。既往歴はなく、出生時も問題はなかった。発熱、咽頭痛で当院受診され、対症療法でその後解熱したが再度発熱したため近医小児科受診とした。抗菌薬投与も改善しないため精査目的に当院小児科紹介となった。食事摂取不良や、採血でも炎症反応高値などを認めたため小児科で入院加療をおこなった。採血や脾腫などで伝染性单核球症疑いとなった。その後の精査で左扁桃周囲の発赤腫脹を認めたため当科にて、造影CTで左扁桃周囲膿瘍が認められ、全身麻酔下で排膿処置を行った。その後EBVのIgG、IgM高値のため伝染性单核球症の診断と合致していたが、排膿の培養から嫌気性菌が出たこともあり、抗菌薬加療を実施した。術後から活気改善し、採血も軽快したため入院6日目に退院となった。

【考察】和文論文を涉獵する限り7症例確認することができた。年齢は20歳前後に好発しており、女性よりも男性に多く見られた。膿瘍形成をしていることよりも、全例で外科的な排膿処置を施行され入院期間に大きな差異は認められなかった。抗菌薬の使用に関しては全例使用しており、ペニシリソ系抗生物質はEBV感染発覚後は変更されていた。小児は扁桃周囲膿瘍になること自体稀であり、EBV感染も不顕性感染になることも多く合併することは特に稀であると考える。

O10-6. 扁桃周囲膿瘍の入院期間延長に関与する臨床的因素の検討

○斎原衣里・上田航毅

三重大学 大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】扁桃周囲膿瘍は治療により多くの症例で良好な経過をたどるが、時に重症化し、入院期間が長期化することがある。入院期間の延長は医療資源の消耗や患者負担の增大にもつながる重要な臨床課題である。当科では扁桃周囲膿瘍症例に対して原則的に入院治療としており、その経過は多様である。今回、当科で入院治療を行った症例を検討し、入院期間の延長に関与する臨床的因素を調べた。

【対象・方法】2018年1月から2024年12月までの7年間に、当科で扁桃周囲膿瘍と診断されて入院治療を行った例を対象に、後方視的解析を行った。年齢、性別、喫煙歴、当科受診前の抗菌薬使用、病歴期間、膿瘍部位、膿瘍最大径、喉頭浮腫の有無、CRP、WBC、排膿の有無、使用抗菌薬について、入院期間との関連を統計学的に解析した。

【結果】対象患者は119例、男性86例、女性33例、平均年齢は44歳であった。患側は右61例、左58例で、両側例は認めなかった。膿瘍部位は上極型89例、下極型30例、喉頭浮腫は36例に認めた。病歴期間（咽頭痛自覚から当科受診まで）は平均4.5日であった。治療は切開排膿87例、穿刺排膿12例、保存的治療20例であった。治療薬はCTRX + CLDMが86例、ABPC/SBTが27例、その他が6例であった。平均入院期間は7日であり、これを基準に、入院期間が7日以内の群とそれを超える群に分け、比較した結果、年齢およびCRPに有意差が認められた。

【考察】本検討より、年齢およびCRPが入院期間の延長と関連する因子として示唆された。高齢例やCRP高値例では、より慎重な治療選択と経過観察が求められる。また、抗菌薬の選択においては、当科でもCTRX + CLDMからABPC/SBTへ移行を進めているが、入院期間に有意な差はなく、単剤で一定の治療効果が期待できる可能性が示された。

O11-1. マイクロデブリッダーを用いた被膜内口蓋扁桃摘出術の実際

○増井智基¹⁾²⁾・兒島大貴¹⁾・工 穂¹⁾

1) 信州大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科

2) 諫訪赤十字病院耳鼻咽喉科頭頸部外科

近年、パワーデバイスを用いた被膜内扁桃摘出術 (Powered Intracapsular Tonsillectomy : PIT) が注目されている。これは、従来の被膜外摘出術と比較して、術後疼痛や出血などの合併症を軽減しつつ、閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) に対して同等の治療効果を示すためである。当科でも 2024 年 8 月より、小児 OSA を対象にマイクロデブリッダーを用いた PIT を導入した。以降、従来法と比較して良好な術後回復を実感しており、現在まで術後出血例も経験していない。そこで、今回は当科での PIT の手術方法や工夫したポイントを報告する。まずデバイスは、鼻科手術用の 40 度のブレードを用いている。先端がローターブルなため、特に埋没部～被膜直上の繊細な操作が可能となり、アデノイド切除を続けて施行する際にも後鼻孔や耳管扁桃周囲の操作性が向上する。続いて手術手順を述べる。始めに 0.5% エピネフリン入り塩酸リドカインを上極・中間扁桃・下極の外側に注入する。PIT は従来法と比較し術中出血量が多いとされ、出血量の減少が目的である。この際に扁桃を内側に偏位できると、埋没部の操作が減るメリットもある。次に切除だが、露出扁桃は 1,200-1,800 回転 / 分で行う。この部の操作は口蓋垂に注意すれば危険はない。40 度ブレードの場合は下極から上極への切削がやりやすいと思われる。次に埋没部は被膜や口蓋弓の損傷に注意が必要であり、600-800 回転 / 分へ回転数を落として除去すると比較的安全である。通常上極側にかけて埋没部が深いため、助手による口蓋弓の牽引で視野を確保し被膜直上付近の除去を完成させる。扁桃実質部はデブリッダーの吸引のみで適切な除去が可能なため、扁桃組織の牽引は行っていない。止血はエピネフリン綿球による圧迫が主であり、追加のバイポーラによる焼灼止血は数カ所程である。当日は手術動画も供覧し報告する。

O11-2. PITA WG 報告 2: 本邦の PITA の現状と、普及に向けて—全国アンケート調査—

○島田茉莉¹⁾⁵⁾・伊藤真人¹⁾⁵⁾・横山菜悠²⁾⁵⁾・河野正充³⁾⁵⁾
浜本真一⁴⁾⁵⁾・小森 学²⁾⁵⁾

1) 自治医科大学

2) 聖マリアンナ医科大学

3) 和歌山県立医科大学

4) 川崎医科大学

5) 日本口腔・咽頭科学会 PITA WG

【背景】 小児の閉塞性睡眠時無呼吸症 (OSA) に対し、近年、パワーデバイスを用いた被膜内口蓋扁桃・アデノイド手術 (Power-assisted Intracapsular Tonsillectomy : PITA) は、術後の疼痛や出血の軽減が期待される低侵襲手術として注目されている。しかし、本術式の国内における普及状況や課題に関するデータは限られている。日本口腔咽頭科学会では、2024 年度より PITA の普及に向けたワーキンググループを設立した。

【目的】 PITA の認知度、実施状況、導入の障壁や普及に必要な要件を明らかにすることを目的に、全国の耳鼻咽喉科医育機関を対象にアンケート調査を実施した。

【方法】 Web アンケートを実施し、76 施設から回答を得た。

【結果】 PITA を認知していない施設も一定数あったが、実施施設は 13 (17.1%) で、未実施施設のうち 39.1 % が導入意向を示した。全体では 48.7% の施設が将来的な導入の可能性を示した。主な使用機器はマイクロデブリッダーやコブレーターであった。課題として、機器コストの高さ、術式認知の不足、保険点数の問題が挙げられた。加えて、適応や手技、成績に関するエビデンスを求める意見もあった。一方で、術後疼痛・出血の少なさや入院期間の短縮といった利点が報告された。今後の普及に向けては、「術式の啓蒙と教育機会の提供」「早期の保険収載」が必要とされた。WG で作成した「PITA 手術の手引き」を近く学会 Web にて発刊予定である。

【結論】 PITA はより安全な術式として注目されており、その利点から今後の普及が期待される。今後はエビデンスの蓄積と標準化により導入が進むことが望まれる。

O11-3. 当院における小児睡眠時無呼吸症に対するPITA施行例の検討・配慮点

○青木由宇

市立敦賀病院 耳鼻いんこう科

【背景】 小児睡眠時無呼吸症（OSA）に対する外科的介入として口蓋扁桃摘出術やアデノイド切除術が広く知られている。しかし従来の術式は、術後出血のリスクや術後経口摂取回復に時間を要するなどの問題があり、とくに出血は時として致命的になりうる。近年はパワーデバイスを用いた口蓋扁桃・アデノイド切除術（Powered Intracapsular Tonsillectomy and Adenoidectomy；PITA）が普及しつつあり、従来の術式と比較して合併症が少ないと報告されている。当院ではマイクロデブリッターシステムの導入に伴い、2022年度より小児例においてPITAを採用している。**【対象・方法】** 2022年4月から2025年3月までに当科でPITAを施行した15例で、術後の疼痛・鎮痛剤使用状況・経口摂取量・入院日数について後方視的に検討した。**【結果】** 年齢は3歳1ヶ月から11歳0ヶ月（平均6歳5ヶ月）。術中出血は全症例で少量のみで、術後出血例は認めなかった。鎮痛薬は術当日に4例（26.7%）使用したが、術翌日以降は1例（6.7%）のみであった。術後経口摂取は比較的早期に回復し、入院日数は成人の口蓋扁桃摘出症例と比較して短い結果となった。**【結語】** PITAは比較的安全性の高い術式である。当院施行症例はまだ15例と少ないが、導入後の当院で行っている配慮点や、諸家の文献とともに報告する。

O11-4. PITA WG 報告1：全国データにみる扁桃・アデノイド手術の変遷

○横山菜悠¹⁾⁵⁾・小森 学¹⁾⁵⁾・島田茉莉²⁾⁵⁾・河野正充³⁾⁵⁾
浜本真一⁴⁾⁵⁾・伊藤真人²⁾⁵⁾

- 1) 聖マリアンナ医科大学
- 2) 自治医科大学
- 3) 和歌山県立医科大学
- 4) 川崎医科大学
- 5) 日本口腔・咽喉科学会 PITA WG

【背景】 PITA（Powered Intracapsular Tonsillectomy and Adenoidectomy）は、術後出血や疼痛の軽減が期待される術式として注目されている。PITAワーキンググループ（PITA WG）では、その普及と標準化を目的に、1. NDBデータ（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を用いた手術数の実態調査、2. 全国アンケート調査、3. 海外におけるPITAの動向調査、4. 学会でのハンズオン企画、といった多面的な活動を展開している。

【方法】 本発表では、2014年から2022年までの厚生労働省公開のNDBオープンデータをもとに、扁桃・アデノイド手術の実態を報告する。

【結果】 アデノイド切除術は2019年までは年間13,000～15,000件で推移していたが、COVID-19流行以降の2020年からは大幅に減少し、5,000～7,000件となった。口蓋扁桃摘出術も同様に、2019年までは60,000～75,000件であったが、2020年以降は40,000件台に落ち込んだ。一方で、術翌日以降の術後出血に対する止血術の件数は年間200～300件で推移しており、手術総数の減少に対して大きな変化はなく、割合としてはむしろ増加傾向を示していた。

当日は年齢別の内訳や手術傾向の推移、術後出血の課題、さらにPITA WGによる今後の取り組みについても報告する。

O11-5. PITA の安全性に関する単盲検前向き検討

○小森 学・野村憲吾・横山菜悠

聖マリアンナ医科大学

【目的】 口蓋扁桃摘出術は閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）や習慣性扁桃炎に対し施行されているが、術後疼痛や後出血が課題である。本研究では、Powered Intracapsular Tonsillectomy and Adenotomy (PITA) の術後安全性を、従来法と比較し単盲検・無作為化・前向き比較試験にて検討した。

【方法】 対象は2022年から2024年11月にかけて登録された、5～60歳のOSAまたは習慣性扁桃炎患者を対象に、PITA群（A群）と従来法群（B群）に無作為割付し、術者以外を盲検化した。アデノイド切除の有無にかかわらず割付対象とした。主要評価項目は術後1日目から3日目の疼痛スコア（Facial Rating Scale）平均値、副次評価項目は術後出血、鎮痛薬使用回数、食事摂取量とした。データは電子データ収集システム（eACReSS）を用いて管理され、聖マリアンナ医科大学臨床研究データセンターによるモニタリングが実施された。

【結果】 解析対象はPITA群6例（小児4例[OSA4例]、成人2例[習慣性扁桃炎2例]）、従来法群5例（小児4例[OSA4例]、成人1例[習慣性扁桃炎]）。疼痛スコアはPITA群で低下傾向（群間差 -1.667, p = 0.053）、鎮痛薬使用回数は有意に少なかった（群間比 0.089, p < 0.001）。術後出血は両群で認めず、食事摂取量はPITA群で高値傾向であった（群間差 1.024, p = 0.389）。

【結論】 PITAは、術後疼痛軽減と鎮痛薬使用頻度の低下に有用であり、口蓋扁桃摘出術における安全性の高い術式と考えられた。

O11-6. 小児OSAに対するPITAと従来法の周術期成績に関する2年間比較

○野村憲吾・横山菜悠・小森 学

聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科

【目的】 近年、Powered Intracapsular Tonsillectomy (and Adenoectomy) (PITA) は低侵襲な術式として注目されている。本研究では、過去2年間に施行した小児閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSA）症例を対象に、従来法との周術期成績を比較検討した。

【対象と方法】 2022年4月から2024年3月までに当院で口蓋扁桃摘出術を施行した15歳以下の小児OSA症例を対象とした。PITA群（51例、男性32例・女性19例、年齢中央値5歳[2～10歳]）と従来法群（30例、男性17例・女性13例、年齢中央値6歳[3～14歳]）に分類し、術後の食事摂取状況および術後出血の有無を比較した。疼痛の間接指標として術後食事摂取量を評価し、統計解析にはマンホイットニー検定および χ^2 検定を用いた。

【結果】 退院時疼痛スケールはPITA群で平均0.14、従来法群で平均0.56であり、PITA群の方が有意に疼痛が軽減していた（ $p < 0.05$ ）。術後3日経過時の食事摂取量には両群間で有意差を認めなかった。術後出血は従来法群で1例、PITA群では0例であった。参考として、同時期に施行した成人PITA症例（2例）では出血例はなく、成人従来法症例（80例）では20%（16例）に術後出血（Windfuhr分類Grade 1-2）を認めた。

【考察】 PITAと従来群共に、小児では術後食事摂取量がばらつく傾向があったが有意差は認めなかった。しかしPITAでは、筋層や血管損傷を抑制でき、先行研究で示された通り術後疼痛を低減できた。

【結語】 小児OSA症例に対する2年間の検討において、PITAは従来法と比較して術後疼痛の面で優れた成績を示した。術後出血については今後の症例数の蓄積が重要と考える。また、PITA術後の食事形態については小児の嗜好を考慮した食事プランが必要であると考える。

O12-1. アデノイド切除・扁桃摘出術後に凝固異常を伴う出血を繰り返した症例

○坂本理恵¹⁾²⁾・室野重之¹⁾

1) 福島県立医科大学 耳鼻咽喉科

2) 公益財団法人 星総合病院 耳鼻いんこう科

感染症罹患を契機に一過性に抗リン脂質抗体が陽性となり、APTT 延長を示すことがある。多くの場合、無症状で経過し治療介入の必要もない。抗リン脂質抗体であるループスアンチコアグulant (lupus-anticoagulant : LA) 陽性者にプロトロンビンに対する自己抗体が生じ、後天性にプロトロンビン活性が低下した病態を伴うと出血傾向を認めることがあり、LA 陽性低プロトロンビン血症症候群 (lupus anticoagulant-hypoprothrombinemia syndrome : LAHPS) と呼ばれる。出血が著しくなければ経過観察が可能だが、出血が著しい場合はプロトロンビン補充や免疫抑制療法を行う。感染症により惹起されたLAHPSは、一過性の症状であり予後良好とされる。

症例は5歳女児。いびき・無呼吸に対する治療のためアデノイド切除・扁桃摘出術を施行した。術前検査は特に異常はなく、出血症状の既往や家族歴もなかった。術前検査後扁桃炎に罹患し、扁桃炎罹患から約7週間後に手術を施行した。術中、アデノイド切除部からじわじわと出血が続き止血に難渋した。術当日夜から術後2日まで少量の鼻出血が続いた。術後5日に扁桃窩から出血を認め、術後7日に再度出血し緊急止血術を行った。術後7日の採血では APTT 51.6 (正常値: 25.0-39.0) 秒、PT-INR 1.16 (正常値: 0.90-1.10) といずれも延長していた。術後8日にも出血したため小児科にコンサルトし、FFPを投与されたところ止血が得られた。APTT、PT-INR も徐々に正常化した。クロスマキシング試験ではインヒビターパターンもしくはLAの存在が疑われ、後日追加検査でLA (dRVVT法) が検出され、LAHPSと診断した。

既報の報告では、扁桃摘出術後の出血リスクは、習慣性扁桃炎、男性、術前 APTT 延長、出血症状の既往とされるが、本症例はいずれも該当しなかった。LAHPSは稀な病態であるが、本症例のように感染を契機に発症することがあるため、感染症罹患の機会が多い小児の手術では注意が必要と考える。

O12-2. 口蓋扁桃摘出術の術前口腔内環境について

○山野貴史¹⁾・西 憲祐²⁾・杉本清楓³⁾

1) 福岡歯科大学 総合医学講座 耳鼻咽喉科学分野

2) 福岡歯科大学口腔医学研究センター

3) 福岡歯科大学歯科衛生士部

【はじめに】口腔内環境を整えることは、扁桃炎を予防する効果があるといわれているが、その真偽を含め、いまだ不明な点が多い。福岡歯科大学医科歯科総合病院では、予定手術をうける患者は、入院前にすべての症例で口腔内環境の評価をし、必要ならば術前に歯科治療の対象となる。今回、口蓋扁桃摘出術の術前口腔内環境について検討した。【対象と方法】対象は2021年4月より2025年3月までに口蓋扁桃摘出術を施行した124例（男性62例、女性62例）、年齢は4歳から81歳、平均25.6歳とした。口腔内環境は、術前1ヵ月以内の時点で、専属の歯科衛生士が口腔アセスメントシート (OHAT: Oral Health Assessment Tool) で評価した。OHATは、臨床現場では口腔内環境の客観的な評価のために開発されたものであり、口腔内環境を舌、歯肉粘膜、唾液、残存歯、義歯、口腔清掃、歯痛の8項目を0から2点までの3段階で評価し、点数が高いほど口腔内環境が悪いことを意味する。高齢者の病院や施設での口腔スクリーニングツールとして用いられ、信頼性と妥当性が示されている。【結果】手術の適応別の検討では、扁桃肥大（いびきや睡眠時無呼吸）で、有意にOHATの点数が低かった。慣性扁桃炎、扁桃周囲膿瘍、病巣感染では有意差は認めなかった。喫煙の有無では非喫煙群と比較して喫煙群が有意に高かった。【考察】扁桃肥大の群は小児の割合が高いため、OHATの点数が低くなったことが推測された。OHATで評価できる範囲での口蓋扁桃術前の口腔内環境は、手術の適応に関わらず差がないことが示唆された。

O12-3. ショックバイタルを呈した扁桃摘出術後出血例

○橋口直人・生駒 亮

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院

【緒言】扁桃摘出術は多くの医療機関で広く行われており、耳鼻咽喉科医が最初に経験する手術の一つである。一方で扁桃摘出術後出血は今なお完全に予防できない合併症である。今回我々は、扁桃摘出術後出血で出血性ショックを呈した症例を経験したため報告する。

【症例】症例は19歳、女性。習慣性扁桃炎に対して扁桃摘出術を施行した。手術は上級医の指導のもと専攻医1年目が行った。癒着が強く剥離操作に難渋し、手術時間は2時間51分だった。術後は大きな問題を認めず、パス通り術後6日目に退院となった。術後9日の夜間に自宅で出血し、止血しないため当院へ救急搬送された。来院時、口腔内には多量の凝血塊を認めた。救急外来で収縮期血圧が60台まで低下し、顔面蒼白となり出血性ショックと考えられた。当直の麻酔科医に応援を依頼し、輸液をポンピングで行いながら手術室へ移動し、そのまま全身麻酔下に止血術を施行した。出血点は右扁桃床下極で、手術時間は40分であった。術翌日はHb 8.1まで低下が見られ、出血量は1,000ml程度と想定され濃厚赤血球輸血を4単位実施した。止血術後は再出血を認めず、全身状態も改善して止血術後6日目に退院となった。

【考察】扁桃摘出術後出血の頻度には報告により差はあるが、5-10%程度と報告されている。出血時期により術後24時間以内の一次出血とそれ以降の二次出血に分類される。術後10日目程度までは出血の危険性があるとされている。術後出血の原因は完全に解明されていないが、創部の創傷治癒遅延が一因と考えられている。扁桃摘出術後の重篤な合併症としては、本症例のような大量出血の他、気道閉塞、低酸素血症、呼吸器感染症が挙げられる。本症例について考察する。

O12-4. 口蓋扁桃摘出術後に咽頭狭窄を生じた成人の1例

○高木康平¹⁾・山名悠太^{1,2)}・羽藤直人¹⁾

1) 愛媛大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 市立宇和島病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】口蓋扁桃摘出術は耳鼻咽喉科領域で日常的に施行される手術である。術後合併症としては疼痛、出血、味覚異常などが比較的高頻度であるが、咽頭粘膜の癒着や狭窄は極めて稀である。小児例の報告は散見されるものの、成人例は非常に限られている。今回、術後に両側口蓋弓と舌根部の癒着、狭窄を呈し、全身麻酔下の外科的な癒着解除術を要した成人例を経験したので報告する。**【症例】**50代男性。前医で慢性扁桃炎に対しX-1年12月に両側口蓋扁桃摘出術を施行した。手術時、慢性炎症に伴う扁桃周囲組織の高度癒着を認めた。術後は出血なく、創部の経過は良好で退院した。退院後の経過も問題なく、一旦前医の通院は終了となっていた。その後、咽頭違和感と創部癒着が出現し、X年1月末に前医を再診した。両側の扁桃窩に肉芽増生があり、両側口蓋弓粘膜と舌根部の癒着を認め、咽頭腔の狭窄が明らかとなった。違和感が強く、癒着解除のための手術を希望し、X年2月に当科を紹介受診した。トラニラストを処方したが癒着は不变であった。保存的治療では症状の改善が得られず、X年3月に全身麻酔下で外科的癒着解除術を施行した。癒着部位の粘膜を切開・剥離し、瘢痕組織を除去した。さらに再癒着防止目的に創面を露出させないよう縫縮した。縫縮部の縫合糸が術後3日目に上極の一部を残し離開したが再癒着なく経過し、術後6日目に退院した。**【結語】**口蓋扁桃摘出術において、慢性扁桃炎による癒着の強い症例では、術中の剥離操作や下極・舌根部への止血・焼灼処置が術後癒着・狭窄の原因となる可能性がある。成人の扁桃摘出術後にもこのような稀な合併症が生じうることを認識し、手術中に不要な正常粘膜の操作や過剰な焼灼止血処置は回避すべきである。術後に違和感や嚥下障害を訴える患者では早期診断と適切な対応が重要である。

O12-5. 当科における Bizact 導入後の口蓋扁桃摘出後後出血について

○角恵理子・角田篤信

順天堂大学練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科

口蓋扁桃摘出術は習慣性扁桃炎に加えて、小児のSASやIgA腎症など病巣性扁桃炎と適応が広がり、耳鼻咽喉科で施行される最も多い手術だが、術後出血のリスクが常に存在する。当院では2021年6月から本手術専用デバイスとして開発されたBizactを導入し、2024年12月までに308例の口蓋扁桃摘出術を経験した。平均年齢23.6歳、15歳以下の小児例が118例、成人例190例であった。男性179例、女性129例と性差はみられなかった。原因疾患は習慣性扁桃炎120例、睡眠時無呼吸113例、IgA腎症63例、そのほか12例であった。術後出血は33例(10.7%)に認められ、原因疾患ごとの出血は、習慣性扁桃炎19例(57%)、睡眠時無呼吸9例(27%)、IgA腎症4例(12%)、そのほかが1例(3%)であった。術後出血は手術後6日に多く認められ、Grade 1が19例、2が8例、3が6例であり、Grade 4、5はみられなかった。右側16例、左側12例、出血側不明5例と左右差は見られなかった。うちGrade 3症例について検討した。出血部位は右上極1例、下極2例、左上極1例、下極2例で、扁桃の遺残が2例、血管断端からの出血が2例、扁桃床からの出血が2例であった。扁桃床からの2例では術中の瘻着が強いこと、下極の肥大あり術野が十分でなかったことが原因として考えられた。Bizactの止血機序はバイポーラ同様電極間の間のみの通電であり、周囲組織の熱損傷が低減され、止血が完了するとブレーザーで凝固完了が知らされることから、より安全な止血が可能となる。また切離ハサミが内蔵されており、1つの手技で止血、切離の2操作が完了する。よって器械の出し入れも少なく、確実な止血と手術時間短縮の効果が期待される。一方、Bizactを用いてもGrade 3の後出血は認められており、その原因として扁桃の遺残があることから、従来の手術報道用被膜をしっかり確認しての確実な摘出術が必要と考えられた。

O13-1. 診断に難渋した尋常性天疱瘡の1例

○澤口未来・松井秀仁・増澤実亜・玉木京
山口裕聖・中村允人・和田弘太

東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科

症例は50代男性。20XX年4月上旬から歯肉の発赤と疼痛を認め、5月下旬から咽頭違和感が出現したため近医歯科を受診した。歯肉、口蓋垂に潰瘍性病変を認めたため精査加療目的に当院口腔外科を紹介受診した。診察時、両側下顎臼歯部口腔前庭から頬粘膜にかけて発赤と易剥離性の粘膜腫脹と潰瘍性病変、さらに軟口蓋に発赤と粘膜下出血を認めた。両側頬粘膜の潰瘍性病変に対し擦過細胞診を施行したところいずれもclass 5 SCCの診断となった。軟口蓋の擦過細胞診はclass 2であった。中咽頭病変の精査のため当科紹介となり、喉頭内視鏡下では軟口蓋だけでなく舌根部に出血を伴う潰瘍性病変を認めたため生検を施行した。しかし、病理では炎症性滲出物やリンパ濾胞を含む咽頭粘膜との診断であり良悪性の判断がつかなかった。当科受診後より体幹に散在する皮疹を自覚し、増悪傾向のため6月に当院皮膚科を受診した。背部紅斑より生検を施行し、病理結果より尋常性天疱瘡の診断となった。7月Y日より外来でのステロイド加療(PSL 30mg 0.5mg/kg)で治療を開始したものの口腔粘膜病変は改善せず、Y+22日より入院加療となりPSL 60mg (1mg/kg)より漸減投与開始し、症状軽快を認めたため約2ヶ月後退院となった。退院後2ヶ月で残存していた口腔内、咽喉頭粘膜病変も上皮化し現在まで再発は認められていない。長期経過の難治性口腔・咽喉頭粘膜病変を診察した際、悪性を疑う所見があるにも関わらず診断に難渋する場合は本疾患を念頭に置き、皮膚科との適切な連携を図り診断・治療を行うことが重要であると考えられた。

O13-2. 経時的な舌萎縮と舌線維側 攣縮を観察した筋萎縮性側 索硬化症症例

○平田成未¹⁾・福田裕次郎²⁾・小森正博²⁾・假谷伸²⁾
原 浩貴²⁾

1) 川崎医科大学 良医育成支援センター

2) 川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（ALS）は、1869年フランスのCharcotによって報告され、上位運動ニューロンと下位運動ニューロンが選択的に変性し、進行性の経過を示すことを特徴とする疾患である。本邦での発病率は人口10万人当たり2-6人、その男女比は2:1前後で、男性が多く、発症年齢は平均で56歳とされている。ALSの初発症状は、25-30%に摂食・嚥下障害を含めた球症状が生じるとされ、病状の進行に伴って下位脳幹の運動神経障害の症状として舌の萎縮がみられる。今回我々は中咽頭癌治療後に経過観察中にALSを発症し、舌萎縮や舌筋線維側攣縮を経時に観察し得た症例を経験したので、文献の考察を含めて報告する。

【症例】60歳男性。中咽頭癌に対して手術、化学放射線治療後に外来で経過観察を施行していた。X月に舌背の萎縮を認めた。X+4月母指の筋力低下を自覚したため、整形外科受診し頸部MRI検査を受け頸部病変は否定された。X+5月脳神経内科を受診し、針筋電図、神経伝導検査を施行された。線維自発電位、陽性鋭波を認め、全ての被検神経で複合筋活動電位が低下していたことなどからALSと診断された。X+6月には誤嚥性肺炎を来すようになり、X+8月には舌背の萎縮が進行し、舌の線維束攣縮が顕著になった。X+16カ月に呼吸障害に対してBiPAP開始、経口摂取困難に対して胃瘻造設された。今後は積極的な治療は行わずに経過観察する予定である。

【考察】ALSにおいては、舌の萎縮や線維束性収縮が初期段階から出現することが知られており、特に球麻痺型においては重要な所見となる。耳鼻咽喉科頭頸部外科医は日常診療において舌の視触診に長けており、微細な形態変化や運動障害を早期に捉えることが可能である。したがって、ALSをはじめとする神経変性疾患など全身疾患の初期兆候として舌の変化を捉えることは、耳鼻咽喉科頭頸部外科医が早期診断に寄与する重要な契機となりうると考えられる。

O13-3. 全身症状をきたした豆乳による花粉-食物アレルギー症候群(PFAS)の4例

○本間あや¹⁾・鈴木正宣^{1,2)}・本間明宏¹⁾・中丸裕爾^{1,2)}

1) 北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

2) 北海道大学病院 アレルギーセンター

【背景】花粉-食物アレルギー症候群(PFAS)は気道粘膜で花粉抗原に感作され、構造が類似した果物などの食物抗原に交差反応を起こし症状が誘発される食物アレルギーである。症状は口腔咽頭に限局しやすく口腔アレルギー症候群(OAS)とも呼ばれるが、ときに重症化して全身症状をきたす。北海道ではシラカンバ花粉感作によるバラ科果物のPFASが多いが、豆乳では全身症状に進展しやすく注意が必要である。

【症例】2022年4月から2025年3月の間に当院に紹介され、豆乳PFASの診断に至った4例を報告する。症例は全て女性で、平均年齢は 48.0 ± 19.6 歳であった。原因食品は豆乳やソイラテなど一度に大量摂取しやすい液体であり、味噌や醤油といった発酵食品ではアレルギー症状は誘発されなかったが、1例では豆腐でも症状が誘発された。全例で咽頭症状に加え、皮膚、呼吸器、消化器症状のいずれか合わせて2症状以上を有し、うち2例では救急搬送されアナフィラキシーの診断を受けていた。全例でシラカンバ特異的IgE抗体が陽性で鼻炎症状があり、3例はバラ科果物に対するOASを有していた。大豆特異的IgE抗体は全例で陰性であったが、大豆アレルゲンコンポーネントであるGly m 4は全例で陽性であった。4例中3例にプリックテスト(prick-to-prick)を施行したところ、豆乳は2例で陽性(残り1例は未施行)、豆乳以外の大豆製品(加熱大豆、豆腐、納豆)は陰性であった。全例で豆乳除去とし、豆腐でも全身症状が誘発される1例を除き、豆腐や納豆などの大豆製品は制限を解除した。

【結論】全身症状をきたした豆乳PFASの4例を経験した。PFASの診断にはプリックテストならびにコンポーネント検査が有用であった。病歴と検査結果をもとに症例ごとに食事制限の範囲を検討し、指導することが重要である。

O13-4. 山梨県における花粉-食物アレルギー症候群の実態調査と啓発活動

○櫻井大樹・島村歩美・小佐野雅識・石井裕貴
松岡伴和

山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

山梨県は花粉症の有病率が高いが、近年、花粉症に口腔アレルギー症候群（OAS）を合併する患者が増加している。特にカバノキ科花粉との交差反応による花粉-食物アレルギー症候群（PFAS）が関与する症例が多く、OASの発症リスクの高い地域特性が示唆されている。本研究では、2024年6月に山梨県内の小中学校給食で提供された生のビワの摂食を契機に、OASが集団発生した事例を調査した。当該地域の保護者を対象にwebアンケート調査を実施した結果、2,360人の有効回答が得られ、ビワを摂取した児童・生徒の14.9%が口腔アレルギー症状を呈し、さらに26人が全身症状を合併していた。発症リスク因子として、バラ科果物によるOASの既往（調整オッズ比6.95）およびブナ目花粉感作（調整オッズ比1.98）がある生徒で発症率が高いことが判明した。カバノキ科などブナ目の花粉抗体保有者の多い山梨県の地域特性が、今回の集団発症に影響した可能性がある。OAS・PFASの知識と認識を高めることで、症状の早期発見、摂食の回避、適切な受診行動の促進を図ることが期待される。調査後、発症地域で結果報告会を開催し、保護者や生徒、市民および行政・学校関係者への啓発活動を行うとともに、地域の医師会と連携し、OAS・PFASを診療可能な医療機関リストを作成し公開することで、患者が適切な医療を受けられる環境整備を進めた。今回、調査結果とともに啓発活動を通じたPAFSの認識向上と地域医療との連携強化につなげた事例について発表する。

O14-1. 口腔乾燥症を併発している味覚障害患者に関する臨床検討

○船山さおり¹⁾・伊藤加代子¹⁾・井上 誠²⁾

- 1) 新潟大学医歯学総合病院 口腔リハビリテーション科
2) 新潟大学医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野

【目的】新潟大学医歯学総合病院歯科では2000年に味覚外来を、2003年にくちのかわき外来を開設した。味覚障害と口腔乾燥症の併発が多いことから、2019年には外来を「くちのかわき・味覚外来」として合併し、味覚障害および口腔乾燥症患者の診察に携わってきた。今回我々は、口腔乾燥症の併発の有無による味覚障害患者の特性を明らかにして、味覚障害のよりよい治療につなげるために、外来受診患者の臨床統計を行った。

【方法】対象は、2019年1月から2024年12月までに、新潟大学医歯学総合病院歯科くちのかわき・味覚外来を受診した味覚障害の訴えのある患者とした。症状が味覚障害のみの者を味覚群、口腔乾燥症を併発している者を併発群として、年齢、性別、精神健康度調査票（GHQ 30）、病歴期間、既往歴、服用薬剤、血清亜鉛値、唾液分泌量、舌痛の有無、味覚障害の原因、亜鉛処方の有無、味覚障害の自覚症状改善度について、マンホイットニーのU検定もしくは χ^2 検定を用いて比較した。

【成績および結論】対象患者244名のうち、味覚群は119名（48.8%）、併発群は125名（51.2%）であった。年齢、性別、既往歴、服用薬剤数、味覚障害の原因に有意な差はなかった。病歴期間中央値は味覚群5.0ヶ月、併発群6.7ヶ月と併発群が長く（ $p = 0.046$ ）、GHQ30の得点中央値は味覚群6.5、併発群9.7と併発群が高かった（ $p = 0.001$ ）。また、併発群では、安静時唾液分泌量が低く（ $p < 0.0001$ ）、舌痛を有する者が多かった（ $p < 0.0001$ ）。味覚群では血清亜鉛値が低く（ $p = 0.050$ ）、亜鉛製剤処方も多かった（ $p = 0.010$ ）。味覚障害の改善度は併発群が低かった（ $p = 0.006$ ）。味覚障害の訴えがある場合に口腔乾燥症の併発の有無を確認し、併発がある場合には口腔乾燥への対応が必要であることが示唆された。

O14-2. 慢性鼻副鼻腔炎症例における苦味受容体の機能発現と鼻腔 NO 測定による評価

○竹野幸夫・上田 勉・濱本隆夫・樽谷貴之

広島大学大学院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学

慢性鼻副鼻腔炎患者 (CRS) では実地臨床においてしばしば味覚障害を訴える場合がある。当科で味覚障害症例を対象に施行した定性味覚検査の結果でも、1) 味覚障害の程度は、薬剤性と非好酸球性 CRS (non-ECRS) が重度な傾向にあり、2) non-ECRS 症例群では、他の疾患群と比較して苦味に対する認知閾値が高い傾向にあった。系統発生の過程で培われてきたヒトの味覚機能は、特定の受容体を発現する味細胞による五つの基本味 (苦味、甘味、酸味、塩味、うま味) の認識によって行われる。この中でも苦味受容体は約 25 種類と最も多く、GPCR ファミリーに属する一連の遺伝子群の T2Rs によって支配されている。これら T2Rs はヒト上気道にも発現し、自然免疫防御機能の一環として働いている。線毛上皮細胞における T2R の活性化は NO 産生を増加させその抗菌作用と線毛打頻度の増加により、クリアランス機能を促進させる。そこで我々は、NIOX VERO (Circassia AB 社) による nasal NO 測定装置を用い、基礎的データ収集を行った。本邦では専用アダプターが未承認のため臨床での使用は限定的である。そして、1. nasal NO の基準値設定と信頼性、2. 慢性鼻副鼻腔炎 (CRS) 診断への敏感度・特異度、3. monitoring, stratifying biomarker としての有用性を検討した。現在までの測定結果では、健常者の nNO 濃度は 300–500 ppb であり、慢性鼻副鼻腔炎症例では 50–200 ppb と低い傾向を示した。同デバイス・測定条件による欧州の健常者の報告値 (534 ± 30 ppb : Marta Mariano et al., 2021) と比較して、我々の測定値はやや低値であった。また、CRSwNP の鼻腔 NO 濃度が健常群と比較して有意に低下するとの報告が散見され (Pasquale Ambrosino et al., 2020), 今回の結果を支持するものであった。

O14-3. 亜鉛補充療法が普及し以前よりも難治な症例が紹介される嗅覚・味覚センターの現状

○柴田美雅¹⁾²⁾³⁾・堀 龍介¹⁾²⁾

- 1) 産業医科大学病院 嗅覚・味覚センター
- 2) 産業医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 3) 産業医科大学病院 産業医臨床研修等指導教員

味覚障害に対し従来ポラプレジンクによる亜鉛補充療法が行われてきた。近年、亜鉛含有量の多い酢酸亜鉛水和物の登場により薬剤の選択肢が増え、耳鼻咽喉科のみならず他科にも亜鉛補充療法が広く普及した。これにより味覚障害は一般診療で対応し易くなり、多くの患者にとって福音となった。

しかし味覚障害を生じる原因は亜鉛欠乏以外にも様々あり、且つ複数の要因が絡み合っている場合が多い。当院の嗅覚・味覚センターには、亜鉛補充療法を行っても症状の改善を認めないいわゆる難治症例の紹介が増加している。具体的には、甘味のみ感じにくい、塩味を強く感じて美味しいくない、常に口の中が苦い、舌に膜がかかったような違和感や舌のしびれ感を伴うなどである。

診察では味物質の伝導障害をきたしていないかを調べるために、口腔内の視診で舌苔・舌溝の有無や湿潤状況を確認する。テーストディスクに準じた院内試薬を用いて、甘味・塩味・酸味・苦味の味質の感度を調べ、味蕾の受容器障害の有無を確認する。電気味覚検査を行い、味神経の支配部位ごとに障害の有無を調べる。また血液検査で亜鉛を含む微量元素や肝・腎・甲状腺機能なども調べ、全身疾患の関与がないかも検討する。味覚障害の程度や部位を把握するためにはこれら多くの検査が必要だが、味覚障害の原因検索で最も重要なのは詳細な問診と考える。食事・睡眠の状態や、家族など身近に頼れる存在がいるか否かなどの居住状況、ストレス要因などを細かく聴取することで、味覚障害という疾患のみにフォーカスするのではなく、全人的な医療に結び付けることが肝要である。

O14-4. 一般地域住民を対象とした味覚機能と抑うつ状態との関連についての検討

○山内一崇¹⁾・出石りさ¹⁾・清水目奈美¹⁾・宮崎明子²⁾

小濱佑介²⁾・川端二功³⁾・川端由子⁴⁾・實松敬介⁴⁾

高井信吾⁴⁾・山添淳一⁵⁾・工藤玲子¹⁾・後藤真一¹⁾

重村憲徳⁴⁾

1) 弘前大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座

2) ハウス食品グループ本社株式会社 研究開発本部

3) 弘前大学農学生命科学部

4) 九州大学大学院歯学研究院口腔機能解析学分野

5) 九州大学病院 高齢者歯科・全身管理歯科

【はじめに】味覚機能は様々な要因で変化を生じることが報告されている。心因的要因もまた、味覚に影響を与える因子であるが、その影響について未だ一定の見解は得られていない。今回我々は青森県弘前市岩木地区で行われている大規模健康調査である岩木健康増進プロジェクトの結果を用いて、味覚機能と抑うつ状態との関連について検討を行った。

【方法】2021年、2022年に行われた岩木健康増進プロジェクトへの参加者、それぞれ504名、726名を対象とした。味覚検査は、甘味、酸味、塩味、旨味、苦味の5味質について検討し、抑うつ状態についてはうつ病自己評価尺度（CES-D：The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale）を用いた。味覚検査は味質ごとに3濃度の検液を用いて全口腔法で検査を行い、上昇法で評価した。CES-Dは20項目すべての合計スコア、positiveな4項目の合計スコア、negativeな16項目の合計スコアを解析に用いた。統計解析にはPearsonの相関係数を用い、味覚検査と抑うつ状態の相関について検討した。

【結果】2021年度、2022年度とも5味質の味覚機能とCES-Dの合計スコアとの間に有意な相関はみられなかった。2021年度は味覚機能とpositiveな4項目、negativeな16項目のいずれとも有意な相関はみられなかった。2022年度は旨味とpositiveな4項目の合計スコアとの間に有意な正の相関がみられ、甘味、酸味とnegativeな16項目の合計スコアとの間に有意な負の相関がみられた。

【考察】生活習慣や心因的な影響は、異味症や自発的異常味覚など質的味覚異常と関連が強いと考えられているが、本検討の結果からは、量的味覚異常についてあまり強い関連がみられず、他の要因が関連している可能性が示唆された。本検討のlimitationとして、解析を行った母集団はCES-Dのスコアや味覚スコアが高い人数が多いとは言えず、今後異なる母集団での検討も必要であると考えられた。

O14-5. ろ紙ディスク検査用の味質溶液を用いた全口腔法味覚検査の検討

○田中真琴¹⁾・平野 良²⁾・野村泰之²⁾・大島猛史²⁾

1) 東京都立広尾病院 耳鼻咽喉科

2) 日本大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野

保険収載されている味覚定量検査のうち、領域別検査で味質を反映する検査はろ紙ディスク法であるが、その検査キットは2022年から市場での供給が得られていない。ろ紙ディスク法は検査自体に時間と労力を要するため、これまでも限られた施設でしか施行されていなかつたが、検査キットの自家調剤が必要な現状では更に実施施設は減少している。味質別検査は味覚異常を訴える患者の病態を評価するのに必要不可欠であり、簡便にできるスクリーニング検査があれば、味覚障害診療の拡大に寄与すると考えられる。通常のろ紙ディスク法による検査終了後に、全口腔での検査として滴下法（舌前方中央にろ紙ディスク法の味溶液を1滴直接滴下し、口を閉じて味わってもらいその味質を回答させる方法）を約200例で同時に施行し、滴下法と従来の検査との相関を検討した。單一味質における左右の鼓索神経領域の平均値および鼓索神経領域と舌咽神経領域の平均値、またすべての鼓索・舌咽神経領域の4味質の平均値で、いずれもろ紙ディスク法と滴下法で正の相関を示した。また、滴下法は被検者の舌の上方約10cmで容器から味溶液を滴下するため、容器先端の汚染が懸念されたため、検査キット開封前と開封1ヵ月後の交換時に、容器の先端の細菌検査を実施したが、いずれも菌は検出されなかった。上記より、ろ紙ディスク法の検査キットを用いた全口腔法である滴下法は、味覚機能検査のスクリーニングとして有用である可能性が示唆された。

O14-6. 濾紙ディスク法用の溶液を用いた全口腔法の有用性

○任 智美・春名威範・都築建三

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】 濾紙ディスク法は従来、味覚の定量定性検査として使用されてきたが、条件によっては病態に一致せずスケールアウトになる例も多く経験する。スケールアウト例に対して病態によるものか見かけ上によるものかを把握するには更なる味覚機能に関する情報が必要である。今回、濾紙ディスク法の溶液を用いて全口腔法を施行し、簡易に味覚機能を測定する方法となり得るか、また濾紙ディスク法で評価しきれない例に対して有用な検査となり得るかを検討した。

【対象・方法】 2013年4月から2023年12月までに初診時に濾紙ディスク法と全口腔法を両方とも施行できた592例（平均62.6歳）を対象に後向きに検討した。全口腔法は、濾紙ディスク法用の溶液を用いた。濾紙ディスク法は鼓索神経と舌咽神経領域の4味質左右の認知平均値を採用した。濾紙ディスク法ですべての味質でスケールアウトであった例において全口腔法での認知閾値を検討した。

【成績】 濾紙ディスク法と全口腔法の閾値の相関をみたところ、有意な相関（Spearman $p < 0.001$, $r = 0.56$ ）を示した。濾紙ディスク法の平均認知閾値が4以下であった55例中52例（94.5%）は全口腔法では3未満の閾値であった。濾紙ディスク法でスケールアウトであった119例では全口腔法における認知閾値のばらつきは大きかった。相関グラフにおいて視覚的に近似線から離れていた4以上と3未満に分けて検討したところ、45例（37.8%）では4以上であり、頭部外傷後が多かった。また3未満であった例が29例（24.4%）あり、主に感冒による嗅覚障害と考えられた例が多い傾向にあった。

【結論】 濾紙ディスク法の溶液を使用した全口腔法は簡易検査として有用になり得ることが示唆された。濾紙ディスク法でスケールアウトの症例は全口腔法を行うことでさらなる病態把握に有用であることが示唆された。

O15-1. 慢性上咽頭炎のEATによる自覚症状改善因子の検討

○大野芳裕

大野耳鼻咽喉科

【はじめに】 慢性上咽頭炎（CE）に対しては、上咽頭擦過療法（EAT）が有効とされており、これまでの検討では約8割強の症例に対して症状（主訴）の改善が見られている。一方で2割弱の症例では症状の改善が不良ということもできる。今回EAT開始時において、EATによる自覚症状改善の見込みを予測する因子について検討したので報告する。**【対象および方法】** CE 154例に対して原則10回のEATを施行し、自覚症状についてはEAT前後にアンケートを実施した。主訴については4段階評価（0なし、1軽度、2中等度、3高度）とし、EAT後にスコアが改善したものと評価とした。EAT施行前の各因子（年齢、性別、内視鏡所見重症度、初回EAT時の出血、発赤、腫脹、後鼻漏、痂皮、狭帯域光観察における黒斑および顆粒状変化）との関連について検討した（Fisher検定）。各項目のうち、出血・発赤・腫脹は4段階（0なし、1軽度、2中等度、3高度）、後鼻漏・痂皮・黒斑・顆粒状変化は3段階（-, +, ++）評価とした。内視鏡所見重症度は以前報告（口腔・咽頭科34(2) 2021）した通り発赤、腫脹、後鼻漏、痂皮の程度から4段階（正常、軽症、中等症、重症）評価とした。**【結果】** EAT施行後の主訴改善率は85.7%（133/154例）であった。今回検討した因子のうち、主訴改善と有意な関連を認めたのは、内視鏡所見重症度、出血、発赤、腫脹、黒斑の各項目で、それぞれの因子の程度が強い程主訴の改善が良い結果であった。**【考察】** 今回EAT施行前における自覚症状改善の予後因子について検討した結果、有意差を認めた各項目の重症度の高いほうが自覚症状の改善が良かった。この結果からEAT施行前の各内視鏡所見およびEATに伴う出血の程度の強い症例のほうが、自覚症状の改善が見込まれると思われた。自覚症状改善予後不良の予測因子として、発赤が軽度以下、腫脹なし、黒斑なし、内視鏡所見重症度が軽症の各因子と、出血中等度以下が該当しうると思われた。

O15-2. 上咽頭炎モデルマウスにおける塩化亜鉛の抗炎症効果についての検討

○井上貴博¹⁾・大湊久貴¹⁾・佐藤遼介¹⁾・熊井琢美^{1,2)}
大原賢三^{1,2)}・岸部 幹¹⁾・高原 幹¹⁾

1) 旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座
2) 旭川医科大学 頭頸部癌先端的診断・治療学講座

上咽頭は後鼻腔を介して鼻腔と連続し咽頭の最上部に位置する粘膜組織であり、咽頭扁桃や耳管扁桃などの粘膜関連リンパ組織 (mucosa-associated lymphoid tissue : MALT) としての側面も知られている。常に外的抗原にさらされる部位であり、免疫応答の初期段階を担う重要な部位であると考えられている。上咽頭炎は耳鼻咽喉科診療において頻繁に遭遇する疾患の1つであり、特に慢性上咽頭炎は局所症状のみならず、全身倦怠感や自律神経症状などの全身症状、扁桃病巣疾患との関連も指摘されている。また新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) 感染症 (COVID-19) 罹患後症状の総称として知られる Long COVID も、慢性上咽頭炎と一部同様の症状をきたすことが知られその関連が示唆されている。現在慢性上咽頭炎や Long COVID に対する治療として、塩化亜鉛を用いた上咽頭擦過療法 (Epipharyngeal Abrasive Therapy : EAT) が行われているが、その効果や機序については明らかとなっていない。今回我々は上咽頭炎の病態解明のため、ヒト上咽頭の MALT に相当するマウスの鼻咽腔関連リンパ組織 (Nasopharynx-associated lymphoid tissue : NALT) に注目した。Lipopolysaccharide (LPS) の経鼻投与によって NALT に炎症を誘導し、上咽頭炎モデルマウスの作成を試みた。さらに塩化亜鉛をモデルマウスに経鼻投与してその抗炎症効果について検討を行い、NALT 上皮構造の変化や炎症性サイトカインの発現などを評価した。

O15-3. 上咽頭腺扁平上皮癌の一例

○永田ゆりの¹⁾・關 麻衣²⁾・久永悦子³⁾・近松一朗¹⁾

- 1) 群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科
- 2) 群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学
- 3) 群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科

腺扁平上皮癌は、同一腫瘍組織内に腺癌と扁平上皮癌両方の成分をもつ稀な悪性腫瘍である。肺や消化管など様々な臓器に発生するが、いずれの部位においても非常に稀である。放射線治療および化学療法に抵抗性があり、リンパ節転移や遠隔転移をきたしやすいとされる。今回我々は上咽頭の腺扁平上皮癌の一例を経験し、重粒子線治療、手術、術後化学放射線療法を組み合わせて加療を行い、奏効を得たため、文献的考察を含め報告する。

症例は49才女性。咽頭痛を主訴に近医を受診し、左耳管咽頭口に腫瘍性病変を認め、前医にて上咽頭癌と診断され、加療目的に当科紹介となった。当院初診時の上咽頭腫瘍生検の病理組織診断は腺癌で、各種画像検査の結果も併せて、上咽頭腺癌 (T2N1M0) の診断となった。治療として、上咽頭とルビエールリンパ節転移に対しては重粒子線治療を、左頸部リンパ節転移に対しては、左頸部郭清術を施行した。左頸部リンパ節の病理組織診断は腺癌の転移であった。初回治療後3ヵ月半のPET検査にて、新たに右頸部リンパ節に集積を認めた。後発リンパ節転移として右頸部郭清術を施行したところ、病理組織診断は、扁平上皮癌の転移であった。つまり両側頸部リンパ節に転移を認めたものの、左右で組織型が異なっていた。そこで、初診時の上咽頭腫瘍の生検組織を再検討したところ、標本内にわずかな扁平上皮成分が認められた。この時点で上咽頭以外に明らかな原発巣は認めなかったため、上咽頭腺扁平上皮癌と診断し、左頸部に腺癌成分が、右頸部に扁平上皮癌成分が転移したと判断した。右頸部リンパ節は節外浸潤を伴っていたため、術後シスプラチン併用放射線療法を施行した。現在最終治療より2年3ヵ月経過し、再発なく経過観察中である。

O16-1. シスプラチニ + エトボシド療法と化学放射線療法を施行した上咽頭神経内分泌癌の一例

○倉品芽衣・内田美帆・笠井仁貴・小川由希子
永田ゆりの・近松一朗

群馬大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

神経内分泌癌 (NEC) は肺に好発する腫瘍であるが、頭頸部原発の NEC は稀である。特に小細胞癌は悪性度が高く、高率に遠隔転移をきたし予後不良とされる。今回我々は上咽頭小細胞癌に対して肺小細胞癌の治療に準じ、シスプラチニとエトボシドを併用した化学療法を施行した後、高用量シスプラチニ併用放射線療法を施行した一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は、62歳男性。X年Y-2月に急性副鼻腔炎に対し近医で治療を受けた。Y-1月に左頸部リンパ節腫脹を自覚し、Y月に前医を再診したところ、左頸部に弾性硬のリンパ節を触知し、上咽頭左側に隆起性病変を認めたため精査加療目的に当院を紹介受診した。上咽頭腫瘍に対して生検を行った結果、小細胞癌の病理組織像を認めた。PET/CT 検査で遠隔転移は認めず上咽頭神経内分泌癌（小細胞癌 T2N1M0）の診断となった。Y+1月より、肺小細胞癌の治療に準じてシスプラチニ 80mg/m² とエトボシド 10mg/m² × 3日間を使用した化学療法を4コース施行したところ、腫瘍の著明な縮小を認めた。その後、複数診療科によるカンファレンスの結果、高用量シスプラチニ併用放射線療法を行う方針となった。Y+5月よりシスプラチニ 80mg/m² × 3回投与と 70Gy の照射を施行し完遂した。治療後、現在まで明らかな再発、転移の出現なく経過している。

頭頸部 NEC の治療は肺小細胞癌の治療に準じて行われることが多く、化学療法にはシスプラチニとエトボシドが併用される。また進行肺小細胞癌に対しては放射線治療が併用される。本症例は初診から診断に至るまでの数週間で腫瘍の急速増大を認めたため、シスプラチニとエトボシドを併用した化学療法を選択したところ、著名な奏功が得られたため、根治を目指して化学放射線療法を施行した。再発するリスクは依然として高く、引き続き注意深い経過観察が必要である。

O16-2. 扁摘後に再燃した IgA 腎症例への維持療法としての上咽頭擦過療法 —2年予後—

○土井 彰¹⁾・小桜謙一¹⁾・出原悠子²⁾・土山芳徳²⁾
赤木博文³⁾

- 1) 高知医療センター耳鼻咽喉科
- 2) 高知医療センター腎臓内科
- 3) 岡山市

【はじめに】我々は扁摘後に再発・再燃した IgA 腎症例に上咽頭擦過療法（以下EAT）を行い、EATが有効な可能性を報告した¹⁾。IgA 腎症は長期間経過観察を要する疾患である。今回長期間EATを継続した症例の尿検査と腎機能の成績を追跡したので報告する。

【対象】当院で扁摘後再発・再燃した IgA 腎症でヨードグリセリンを用いた EAT を 30 回終了し、その後維持療法として月 1 回以上の EAT を 2 年間施行した 3 例である。

【方法】外鼻孔からヨードグリセリン綿棒で上咽頭を擦過した。

【検討項目】EAT30 回終了 2 年後の尿潜血（沈査）、尿蛋白、尿蛋白 / 尿 Cre 値、eGFR を求め、40 回終了時と比較した。効果判定は文献 1 によった。

【結果】尿潜血（沈査）は 2 例不变・1 例寛解、尿蛋白は 2 例不变・1 例悪化、尿蛋白 / 尿 Cre 値は改善 2 例・悪化 1 例であり、eGFR は全例不变であった。

【考察と結語】IgA 腎症の発症には免疫異常が関与しているとされる²⁾。EAT による粘膜への影響に収斂作用があるが、収斂した上咽頭表面の粘膜は時間経過とともに元の状態に戻ると予想される。従って、定期的に上咽頭粘膜の収斂を行い続ける必要があるのではないか。

また以前、我々は EAT 開始時より EAT40 回目で今回検討したデータが改善したことを報告¹⁾した。今回「EAT を 30 回施行し、その後維持療法として月 1 回以上の EAT」で経過を追跡できた 3 例の 2 年後のデータと「EAT40 回施行後」のデータを比較した。殆ど変化を認めないことは、維持療法としての EAT が有効である可能性が示唆された。維持療法は長期的には個人差はあるが、ある一定のデータに収束すると考えた。

【参考文献】1. 扁摘後に再発・再燃した IgA 腎症例への上咽頭擦過療法。土井彰、小桜謙一、出原悠子、他：口咽科 2024; 37: 128-133.
2. 粘膜免疫異常と IgA 腎症。鈴木祐介：日腎会誌 2016; 58: 648-655.

O16-3. 上咽頭癌の滲出性中耳炎に関する検討

○天野晟人・川崎博人・日高浩史・阪上智史
鈴木健介・藤澤琢郎・八木正夫

関西医科大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

上咽頭癌はそもそもが本邦では罹患者の数が少なく診療で出会うことが少ない疾患であるが、初期の段階では自覚症状が少なく見逃されがちで初診時にはすでに病勢が進行していることが多い。初診時の症状は様々であるが、頸部リンパ節腫脹、耳閉感や難聴などの耳症状、鼻出血や鼻閉などの鼻症状などが多く見られ、その他にも頭痛や咽頭症状、脳神経系の症状や眼症状などがある。本邦では飲酒・喫煙が原因とされる局所浸潤傾向の強い角化型扁平上皮癌が多く、治療は化学放射線併用療法が一般的とされている。耳管は上咽頭に開口しているため上咽頭の側方方向に上咽頭癌が進展すると耳管の閉塞をきたす。その結果耳管狭窄症や滲出性中耳炎をきたし、症状として難聴や耳閉感が現れる。今回は上咽頭癌と耳症状でよく見られる滲出性中耳炎との関連について当院の症例を集めて検討した。関西医科大学附属病院で治療された2006年の8月から2024年9月までの60症例を集め2024年までの転機を含めて追跡した。症例患者の年齢層の平均は62歳、男女比は44:16であった。来院時のT分類はT1が13人、T2が20人、T3が16人、T4が11人であり、Stage分類は2期が17人、3期が22人、4期以降が21人であった。初発症状は耳症状が20人、頸部腫瘍が15人、鼻症状が10人の順で多く、残りの初発症状としては血痰や咽頭の不快感など様々な症状が15人いた。その中で滲出性中耳炎を併発していたもしくはその後発症した患者の数は29人であり、症例全体のおよそ49%であった。そのデータの中から患者の年齢層、来院時のステージ分類と初発症状、滲出性中耳炎の有無、行われた治療とその後の予後についてのデータなどをまとめて比較し検討したので報告する。

O16-4. 脳脊髄液漏出症、体位性頻脈症候群(POTS)に対する上咽頭擦過療法

○縫 郁美・新谷朋子

とも耳鼻科クリニック

脳脊髄液漏出症は頭痛、めまい、倦怠感をはじめ、自律神経機能不全や高次脳機能障害に起因する様々な症状を呈する。薬剤の有効性が乏しく、硬膜外自家血注入療法(EBP)が施行されることが多いが、症状は多岐にわたり、程度も様々で難治のことが多い。また、体位性頻脈症候群は急激な心拍数の上昇による立位の維持困難、動悸、起床困難などのほか、脳脊髄液漏出症と類似の体調不良を呈することも多い。

めまい、難聴など耳鼻咽喉科領域の症状に限らず、これらの疾患で生じる多彩な症状に対して、EAT(上咽頭擦過療法)が有効な場合がある。

当院では脳外科などの専門施設で脳脊髄液漏出症または体位性頻脈症候群と診断された症例の遷延する症状に対しEAT、必要に応じて可能な症例にはINSPGS(鼻内翼口蓋神経節刺激法(Intra Nasal Spheno Palatine Ganglion Stimulation))を追加して施行している。

一過性であっても症状が軽快する例は多く、定期的な治療継続により登校や通勤が可能となっている症例もあり、患者の苦痛を和らげるのに役立っているものと考えている。

O17-1. 先天性後鼻孔閉鎖症 31 例における呼吸管理

○今村香菜子・齋川智弘・三好直人・鈴木法臣
守本倫子

国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科

【目的】先天性後鼻孔閉鎖症は出生直後から重度の呼吸障害や哺乳障害を呈し、気道確保のため早期手術を要することが多い。今回、本疾患の呼吸障害に対する治療介入について検討を行った。**【対象と方法】**当科で 2002 年 12 月から 2024 年 6 月に手術を施行した 31 例を対象に、閉鎖の側性、初回手術時日齢、合併疾患、術前挿管・気管切開の有無、術後の呼吸状態を検討した。**【結果】**両側後鼻孔閉鎖は 19 例 (61.3%)、一側後鼻孔閉鎖・反対側鼻腔狭窄は 3 例 (9.7%)、一側後鼻孔閉鎖・反対側正常が 9 例 (29.0%) であった。初回手術時の日齢中央値はそれぞれ 101 日 (22–2,211 日), 345 日 (55–1,060 日), 1995 日 (151–5,609 日) であった。合併疾患は、CHARGE 症候群などの症候群性や頭蓋顔面奇形が 17 例、その他非症候群性が 14 例であった。出生後から長期に経口挿管を要したのは 13 例、出生直後のみ一時に挿管を要したのは 4 例、挿管不要であったのは 11 例であった。気管切開術は後鼻孔削開術前に 3 例、後鼻孔削開術後に 3 例で施行した。両側後鼻孔閉鎖のうち 17 例は術前の経口挿管や気管切開を要し、一側後鼻孔閉鎖・反対側正常例は全例で経口挿管不要であった。気管切開を要した全例は症候群性であり、術前気管切開例は、舌根沈下や小顎を認め後鼻孔閉鎖への外科的介入だけでは気道確保が困難と考えられた症例であった。術後気管切開例は、喉頭軟弱症や気管軟化症が明らかになった症例であった。**【考察】**両側閉鎖や一側閉鎖・反対側狭窄例では、口呼吸を獲得する前の新生児期に呼吸障害を生じやすく、気管切開を回避するためには早期手術を要した。非症候群性では鼻呼吸ができるようになるだけで呼吸状態が安定したが、症候群性では咽頭腔の狭窄などの影響が大きく、鼻呼吸ができるようになるだけでは閉塞性の呼吸障害が改善せず、気管切開管理が必要となった。術前から気道全体の評価を行い、気管切開の要否を見据えた対応が求められる。

O17-2. Facelift 法による副咽頭腫瘍摘出術

○太田伸男・鈴木貴博・館田 豊・山崎宗治
佐藤輝幸・東海林史

東北医科薬科大学

副咽頭間隙は解剖学的に極めて複雑な部位で副咽頭腫瘍摘出術ではアプローチと術中の視野確保が重要である。一方、若年例も含まれ術後の整容性も重要なファクターである。我々は従来主に耳下腺腫瘍に対するアプローチとして頻用している Facelift 法を用いた副咽頭腫瘍的手術を経験したので、その実際について供覧とともに術野の確保、手術侵襲および術後合併症についても文献的に考察したので報告する。

O17-3. 舌下神経管頭蓋外開口部周囲の骨棘が原因と考えられた舌下神経単独麻痺の一例

○木村有佐¹⁾²⁾・辻川敬裕²⁾・平野 澄²⁾

1) 洛和会丸太町病院 耳鼻咽喉科

2) 京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

舌下神経麻痺が単独で生じ、他の神経学的異常を伴わないことはきわめて稀である。耳鼻咽喉科・頭頸部外科医の診療領域に深く関与する脳神経である一方で舌下神経単独麻痺症例への日常臨床での遭遇頻度は低く、実際に診療に臨む際は対応に苦慮する可能性も想定される。今回我々は、片側の舌浮腫を契機として受診し、経時的に同側の舌下神経単独麻痺が顕在化し、最終的に舌下神経管前方の骨棘による神経圧迫が一連の症状の原因であると特定した症例を経験したため報告する。症例は54歳男性、舌右側の腫大および嚥下・構音困難を自覚し、発症翌日に当院耳鼻咽喉科を受診した。診察上、舌右側に限局した浮腫を認め、血管性浮腫や感染症を想定し精査を行うも有意な異常所見は認めなかった。第7病日至っても片側の舌浮腫に著変なく、頭部・頸部の造影MRIを施行するも腫瘍性病変や血管閉塞を示唆する所見は認めなかった。第10病日に急性心筋梗塞を発症し緊急PCI施行・抗凝固薬開始後、第23病日時点で構音障害と舌の右側への偏位が増悪したことを主訴に当科を再診したため、抗リン脂質抗体症候群の関与を疑ったが自己免疫性疾患に関連する自己抗体は全て陰性であった。この時点で当院総合診療科にも診療を依頼し、患者が舌浮腫発症1ヵ月前から頸部痛を自覚していたこと・頸椎手術の既往歴があることから頸椎CTを確認したところ、右舌下神経管前方の骨棘形成および偽痛風を疑う石灰化病変が認められ、同病変による舌下神経の圧迫が症状の主因であるとの診断に至った。舌下神経管近傍の骨病変が原因で舌下神経麻痺を呈した症例報告は渉猟する限り英文4例に留まり、稀なケースと考えられたが、口腔領域の診療を担う耳鼻咽喉科・頭頸部外科医にとっては舌下神経の走行路に生じる異常所見の一要因として骨病変の存在を念頭に置くことも重要であると考えられた。

O17-4. 経口的切除した小児咽頭筋線維芽細胞腫の1例

○武田ちなみ・樽谷貴之・濱本隆夫・上田 勉
竹野幸夫

広島大学病院 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学教室

症例は12歳女児。発熱と咽頭痛の後に嚥下困難感が出現したため、近医より当院に紹介され受診となった。喉頭ファイバー検査にて、中咽頭後壁から下咽頭後壁にかけての隆起性病変を認め、隆起部の頂点には自壊した様な粘膜欠損と灰白色の内容物の露出を認めた。発声時には一部声帯の観察が可能であり、喉頭浮腫は認めなかっただ。同日生検するも Necrotic tissue のみで診断はつかなかった。詳細な病歴聴取をすると、幼児期に他院耳鼻科で咽頭後壁の隆起を指摘されていたことが判明し、長期経過で鰓性囊胞が増大した可能性を考慮した。抗生素の点滴にて消炎した後に、全身麻酔下に経口的摘出術を施行することとした。術中所見としては佐藤式彎曲型喉頭鏡をかけて視野を確保した後に、粘膜切開をおき腫瘍を摘出した。病理診断では筋線維芽細胞腫と診断され、悪性所見は認めなかった。術後経過は良好で術後7日目に退院した。術後2週経過した時点で咽頭後壁の隆起は消失し、嚥下障害などの自覚症状は認めなかった。

筋線維芽細胞腫は良性の軟部腫瘍で、皮膚・頭頸部に比較的多くみられるが、咽頭後壁への発生は極めて稀である。本症例のように、幼児期からの隆起が増大し症状を呈するまでに至った経過は興味深く、また経口的摘出により良好な予後が得られた点でも示唆に富む。咽頭部への発生例や、手術アプローチに関する報告は限られており、今後の類似症例の診断や治療において参考になると考えられる。

O17-5. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した咽頭アミロイドーシスの一例

○深瀬裕之¹⁾・松本文彦¹⁾・肥後隆三郎¹⁾⁽²⁾・伊藤 伸¹⁾⁽²⁾

1) 順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座

2) 順天堂大学 医学部附属 浦安病院

【緒言】アミロイドーシスは特異な蛋白であるアミロイド線維を主とするアミロイド物質が、全身諸臓器の細胞外に沈着することによって機能障害をきたす一連の疾患群であり、アミロイドの沈着により血管が脆弱化し出血を引き起こすことが報告されている。今回、咽頭出血を契機に受診し、咽頭アミロイドーシスの診断に至り、更に特発性血小板減少性紫斑病（ITP）を合併していた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。
【症例】67歳女性。口腔内より出血を認めたため前医耳鼻科を受診し、中咽頭腫瘍および血小板低下を認めたため精査加療目的に当院に紹介となった。中咽頭腫瘍の生検結果はアミロイドーシスであり、全身検索から限局性の咽頭アミロイドーシスと診断した。自覚症状が乏しいため外来での経過観察の方針となった。また、血小板低下の原因はITPと判明しステロイド治療および血小板輸血で改善している。現在のところ、アミロイドーシスの増悪は認めていない。
【考察】アミロイドーシスの確定診断は組織生検が必要であるが、生検の際には出血に注意が必要である。本症例では、ITPの治療を先行し血小板の上昇を認めた後に生検を行った。また、アミロイドーシスが全身性か限局性かにより予後が異なり分類が重要である。限局性咽頭アミロイドーシスは経過観察が基本であるが、嚥下や気道に影響する際には手術での減量が検討される。またITPを合併した肺や皮膚、膀胱におけるアミロイドーシスが報告されており、本症例もその数少ない症例のうちの一つである。いずれの疾患も抗体の異常産生が原因であるが、関連性は不明である。
【結語】咽頭腫瘍の鑑別としてアミロイドーシスも念頭に入れるべきである。また、アミロイドーシスとITPの関連性は不明であるが、今後症例の集積が期待される。

O17-6. 顎下腺腫瘍を疑われた舌神経鞘腫の1例

○青木悠伍¹⁾・志賀清人¹⁾・金澤丈治²⁾

1) いわき市医療センター 耳鼻咽喉科

2) 自治医科大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科

神経鞘腫は、神経鞘の Schwann cell に由来する非上皮性良性腫瘍である。頭頸部領域にはその 25 ~ 45% が発生し、脳神経に限ると、迷走神経からの発生が最多である。今回、顎下腺腫瘍を疑われた舌神経鞘腫の1例を経験したので報告する。症例は50歳代男性、右顎下部腫脹を主訴に近医耳鼻科を受診し、顎下腺腫瘍を疑われ当科紹介となった。身体所見では、右顎下部に可動性不良な弾性軟の無痛性腫瘍を触れ、エコーでは顎下腺後方に 34mm × 21mm 大の低輝度領域を認めた。穿刺吸引細胞診は、3回行うもいずれも検体不適正であった。CT では、右顎下腺～口腔底に辺縁平滑で境界明瞭な長円形の低吸収域を認め、MRI では、T1 強調像で筋肉と等信号、T2 強調像で不均一な高度高信号を呈した。造影 CT、MRI では不均一で強い増強効果が見られたが、顎下腺内外の識別は困難であった。顎下腺腫瘍や顎下部神経鞘腫が鑑別にあがり、患者本人と相談したうえで診断も兼ねた顎下腺摘出術を行う方針とした。術中所見では、顎下腺は正常であり、摘出すると顎下腺より口腔底寄りにラグビーボール状で暗褐色の表面平滑な緊満感のある腫瘍を認めた。舌神経は、腫瘍本体に圧排されて腫瘍表面で通常より下方を走行していた。また、腫瘍は舌神経と連続性があり、舌神経鞘腫を疑い、被膜間摘出を行った。術後は神経脱落症状なく経過良好にて術後6日目に退院し、病理組織学的検査では Antoni A 型の神経鞘腫の診断となった。下顎神経と鼓索神経の分枝である舌神経由來の神経鞘腫は稀であり、我々が渉猟した範囲では本邦での報告は45例にとどまっている。発生部位は、舌など口腔内に集中しており、本症例のように顎下部での発生は特に稀である。複数回の細胞診で診断がつかず、画像上も神経鞘腫を疑う場合には、神経脱落症状のリスクを含めた術前のICを行い、手術を行うべきである。鑑別診断および治療に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

O18-1. 小児睡眠時呼吸障害における咽頭手術の適応

○菊池 淳¹⁾²⁾³⁾・羽藤直人²⁾

1) 菊池医院

2) 愛媛大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

3) 愛媛大学病院 睡眠医療センター

O18-2. 夜尿症児の PSG 上の特徴について

○有馬菜千枝¹⁾²⁾・江崎伸一¹⁾²⁾・勝見さち代¹⁾・佐藤慎太郎¹⁾²⁾
岩崎伸一¹⁾

1) 名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科

2) 名古屋市立大学病院 睡眠医療センター

【背景】口蓋・咽頭扁桃肥大を伴う小児の睡眠時呼吸障害 (SDB) に対する治療は、咽頭手術が第一選択とされている。しかし、小児の咽頭手術の明確な適応ではなく、少なからず臨床の現場での混乱を散見する。本発表では、現状で望まれる小児 SDB に対する咽頭手術の適応を提示する。【咽頭手術に対する考え方】咽頭手術の決定には咽頭・顎顔面の形態診断が重要であり、成人の場合と同様に、無呼吸低呼吸指数 (AHI) では適応を決められない。小児は鼻閉だけでも無呼吸になり、さらに慢性的な鼻閉は顎顔面の発育に影響が出る恐れがあることから、鼻内初見も重要である。【治療方針の決め方】SDB に特化した問診に加え、扁桃肥大の程度、鼻閉の有無、肥満の程度、顎顔面形態などの診断をもとに、家庭の睡眠環境、SDB 以外の睡眠障害の可能性、低年齢からの保育所利用の有無なども加味して治療を決める。小児期の症状の改善と成人後の SDB の発症を予防することを念頭に、治療方針を決めることが重要である。【手術適応】咽頭手術の絶対適応は、何らかの SDB 症状があり、口蓋および咽頭扁桃の高度肥大を伴う例である。さらに、扁桃肥大が軽度であっても、小顎傾向を認める例、アレルギー性鼻炎を伴う例、保護者に顎顔面形態異常を認める例では、積極的に咽頭手術をすすめる。【経過観察】成人と異なり、小児の睡眠時呼吸障害 (SDB) はいびきだけで様々な症状を生じる。したがって、小児 SDB の治療目標は「正常な鼻呼吸を獲得し、いびきがなく朝まで熟睡できる」ことである。咽頭手術はこの目標のための一つの手段であり、術前後の AHI の数値にあまりこだわる事なく、臨床症状の変化に注意する。可能であれば、顎顔面の発達が完成する 18 歳頃まで経過観察する。咽頭手術の適応とならない例でも、保存的な治療を行ながら同様の経過観察が必要であり、SDB の家族歴がある場合は特に慎重に行うべきである。

【背景】夜尿症診断ガイドラインが 2021 年に改訂されたが、夜尿症と睡眠時無呼吸の関連はまだコンセンサスは得られていない。2023 年に本学会にて扁桃摘出術（口蓋扁桃摘出単独もしくはアデノイド切除併施）を施行した OSA (閉塞性睡眠時無呼吸) 小児（年齢 2 ~ 11 歳）78 例において術後、夜尿の頻度が有意に改善していたと報告した。しかし手術以外に時間経過も夜尿の改善に関与している可能性はあると考えた。そこで 2024 年は経過観察中の OSA 小児 52 例（年齢 2 ~ 11 歳）について経過観察中の AHI 値で 2 群に分けて調査したところ低 AHI 群で夜尿が有意に改善していた。これまでの調査からは、無呼吸の改善が夜尿の改善に寄与する可能性を考えている。そこで本調査では夜尿の有無で小児 OSA を 2 群に分けて PSG パラメータに違いがあるのか後方視的に検討した。なお本研究は名古屋市立大学医学部倫理審査委員会にて承認をうけて行っている。【方法】調査対象は 2011 年から 2022 年までに PSG を施行している 5 から 6 歳の OSA 小児とした。夜尿の有無で 2 群にわけて PSG パラメータを比較検討した。検討項目は AHI 値とその内訳、覚醒指数とその内訳、睡眠効率とした。【結果】夜尿有群と夜尿無群で AHI 値、覚醒指数に有意差はみられなかった。一方睡眠効率のみ夜尿無群で有意に高い結果を得た。夜尿の原因として覚醒閾値の上昇はガイドラインにも示されているが本調査では覚醒指数に有意な違いを認めなかった。

O18-3. 当科におけるいびき治療： 口蓋垂軟口蓋咽頭形成術 (UPPP) の検討

○古館佐起子・岡晋一郎・岩崎 聰

国際医療福祉大学三田病院 耳鼻咽喉科

「いびき」とは、睡眠中に上気道の軟部組織が振動することで生じ、上気道抵抗の増加を示している音とされている。成人の約50%にいびきがあり、習慣的にいびきがあるのは25%以上であり、同居のパートナーや家族などの睡眠を妨げたり、旅行先で同室の方の睡眠を妨げたりしてしまうなどして人間関係に重大な影響を与えている場合がある。いびきの要因として、鼻閉・上咽頭狭窄による口呼吸も影響するが、これらを改善してもいびきの振動音が改善しないケースも多く、本邦でも振動する軟部組織に対する治療として1964年に池松らが報告した咽頭腔拡張術、1981年に藤田らが報告した口蓋垂軟口蓋咽頭形成術（以下UPPP）が広く行われている。当科ではいびきに対する治療の一つとしてUPPPを実施しているが、術前に説明している標準的な合併症の他に、患者層の多様化により、音声的変化（共鳴腔の変化に伴う開鼻声傾向等）や審美的影響（口蓋垂が消失することによるもの）への配慮から、口蓋垂の形態を一部残しつついびきの音を抑えたいなどの要望が見られるようになった。しかし実際は切除した口蓋垂および口蓋弓粘膜は収縮・瘢痕化するため事前に術後の形態を完全に予測することは困難である。そのため、当科では手術の説明の際に患者の希望を確認しつつ切除範囲を決定すること、口蓋垂を残したい場合の切除・縫合方法を工夫し、患者の希望にできるだけ対応している。当科での試みを若干の文献的考察を加えて報告する。

O18-4. 頭頸部癌患者の睡眠中における閉塞性睡眠時無呼吸症と嚥下の検討

○石水瑛理奈^{1,2)}・井下綾子^{1,2)}・大岐慎一¹⁾・松本文彦¹⁾

1) 順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座

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

【背景】我々は頭頸部癌患者の78%にOSAを合併し治療前は腫瘍、治療後は主に放射線治療（RT）での咽喉頭機能低下によりOSAの合併が多いことを推察した（Inoshita A, et al. Ann Palliat Med 2022）。そこで今回、頭頸部癌患者の嚥下をPSGから同定しその特徴を評価することを目的とした。**【方法】**当院で頭頸部癌（上咽頭癌、下咽頭癌、喉頭癌、舌癌）の診断で咽喉頭領域へRT前にPSGを行うことに同意した患者を対象とした。睡眠中の嚥下回数、嚥下所要時間、嚥下時のオトガイ筋電位の振幅、嚥下前後の呼吸相（吸気・呼気・呼吸停止）を評価し、これらをPSG波形から同定し年齢、性別、BMIを対応させた対照群と比較した。**【結果】**癌患者15例（65.5 [62.3-70.5] 歳、AHI 31.1 [15.6-46.2] 回/時）、対照30例（65 [61.5-70.5] 歳、AHI 31.2 [15.4-41.7] 回/時）で検討した。嚥下回数（回/時）は患者群で対照群より有意に多かった（癌 1.07 [0.42-2.2]、対照 0.17 [0-0.44], p = 0.016）。嚥下所要時間（秒/回）は脳波上の覚醒時は患者群で対照群より所要時間が長かった（癌 2.5 [2.0-4.0]、対照 1.9 [1.4-2.6], p = 0.015）が、睡眠中の嚥下所要時間に有意な差はなかった（癌 2.0 [1.5-3.1]、対照 1.9 [1.4-2.8], p = 0.73）。オトガイ筋電位の振幅（μV）は測定条件により数値が左右されるため、同一患者で覚醒時を1とし、睡眠中の振幅を覚醒時比として評価した。群内比較し、癌患者では覚醒時の0.93 ± 0.58倍と睡眠中は有意に減少し（p = 0.025）対照では1.1 ± 0.51倍と有意な変化はなかった（p = 0.43）。嚥下前後の呼吸相は嚥下前・後ともに癌患者では対照より有意に呼吸停止が多かった。一方誤嚥と関連すると考えられる嚥下前後が吸気となるパターンに有意差はなかった。**【まとめ】**頭頸部癌患者は睡眠中の嚥下回数が多く、オトガイ筋電位の振幅は覚醒時より低かった。癌患者は嚥下前後の呼吸相に呼吸停止が多かった。**【考察】**頭頸部癌患者にOSAが合併する要因に睡眠中の嚥下様式の変化を示唆した。

O19-1. 舌下神経電気刺激療法の1年以上経過例を含む治療効果と患者満足度の検討

○井下綾子¹⁾²⁾・大崎慎一¹⁾・石水瑛理奈¹⁾²⁾・松本文彦¹⁾

1) 順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座

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

【背景と目的】閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）への新しい治療法、舌下神経電気刺激療法（hypoglossal nerve stimulation: HNS）の実施から2年余りが経過した。今回、当院でのHNS患者の短期的および1年以上経過例の治療効果を検討することを目的とした。

【方法】舌下神経電気刺激装置適正使用指針の基準を満たし舌下神経電気刺激装置植込み術を施行した成人OSAを対象とした。終夜ポリグラフ検査（PSG）を術前後で実施し、治療前の無呼吸低呼吸指数（AHI、回/時）と比べて治療後 AHI < 20かつ50%以上のAHI減少を治療奏功と判定した。患者満足度は既報を参考に、日本語での質問紙票を作成し「HNSはCPAPよりもよい」「HNSに満足している」等を質問した（Heiser C, Eur Respir J, 2019）。

【結果】最終的に16例（男性14、女性3、57歳、BMI 24）に対して睡眠検査を実施した。PSGでは、治療前と術後175日では、AHI：前32、後10（p < 0.01）、最低SpO₂（%）：前82、後91（p < 0.01）、SpO₂ < 90%（分）：前16、後0（p < 0.01）、いずれも有意な改善を示した（すべて中央値）。奏効率は81%であった。さらに、7例（男性5、女性2、61歳、BMI 23）には、術前、術後1回目（176日）、2回目（386日）の3回のPSGを実施し、AHIはそれぞれ、前30、術後1回目10、術後2回目6、3群比較では、術前と術後1回目（p < 0.01）、術前と術後2回目（p = 0.02）、術後1回目と2回目（N.S.）で、HNSによる有意な治療効果を1年以上経過後においても確認した。患者満足度は、全項目においてHNSに対して肯定的な回答を得た。

【結語】HNSが1年以上経過した症例においても有効であることが示唆された。さらに、本治療への満足度も高いことがわかった。CPAPを受容できず睡眠の質や眠気に困る患者のQOLへ有用であることを示した。以上は本抄録登録時でのデータであり、発表時はさらに蓄積した結果を発表する見込みである。倫理的背景を考慮して発表する。

O19-2. CPAP不耐症・不忍容における舌下神経電気刺激療法の現状

○中田誠一¹⁾・平田正敏²⁾

1) 名鉄病院 耳鼻咽喉科/睡眠障害センター

2) 名鉄病院 睡眠障害センター

舌下神経電気刺激療法（HNS；Hypoglossal Nerve Stimulation）の手術において欧米ではこの手術は8万件以上行われているが、日本ではこの手術治療および術後の外来治療が保険収載されて、およそ4年以上経過し2025年4月現在まで本邦では計80例施行されている。今回は手術成績とその工夫について現状報告する。現在2025年4月現在において手術症例29例のうち、術後判定PSGまでに至った症例は16例であり最終の手術成績はGreen率72%（術後AHIが15回/hr.になり使用率も良好な場合Greenと称する）である。術後行程において舌下神経電気刺激装置植込み術の術後1ヵ月後に、その植え込んだ電気機器を作動させる。（これはアクチベーションと呼ばれる）外来で機器を色々な刺激パターン〔通常はA、B、Cのどれかの刺激モードにてdefaultはPulse Width（単回あたりの刺激幅）90μs、Pulse Rate（1秒あたりのパルス数）33回/sec.〕で作動させ、舌が前に良い形で動くか？ どれくらいの電気刺激量で患者がそれを感じるか？ どれくらいの電気刺激量で舌が良い形で前に出るか？ 等を考えながら初回アクチベーション時から患者さんにモード、Pulse Width、Pulse Rateを決定してまずは低い電気刺激圧で初めて、数ヵ月（通常は3ヵ月）徐々にその電気刺激量に慣れさせつつ徐々に上げてゆき、最終的に術後4ヵ月目くらいに患者側がこれで寝る時に特に問題なく、かつ舌が十分に前方に出ると思われた電気刺激量にてHNSタイトレーションPSG検査を行い、術後の評価を行うこととなる。今回はHNSタイトレーションに至った症術後例の成績と共に術後うまくいかなかった症例に対してどのように取り組むかを具体的に示してゆく。

O19-3. 当科における舌下神経電気刺激療法導入の初期経験と展望

○吉松栄奈・北村拓朗・堀 龍介

産業医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

舌下神経電気刺激療法は、CPAP が不適または不忍容な中等症～重症 OSA に対する新たな治療選択肢である。呼吸に同期して舌下神経を刺激し、舌基底部筋群の活動を促すことで、上気道の閉塞を防ぐ。我々は 2025 年 1 月に九州で初めて本治療の植込術を実施し、現在までにプロクター立ち会いのもと、2 例の手術を安全に完了した。症例はいずれも適応基準を満たし、薬物睡眠下内視鏡検査にて舌根部閉塞を確認した上で、2 切開法により刺激リード、センサリード、ジェネレーターを植込んだ。ローンスター開口器により深部構造の展開が安定し、ORBEYE (4K 3D 顕微鏡) を用いることで術野の可視化と共有が図られ、安全性と教育効果が向上した。術後は 30 日目に装置を作動開始し、3 カ月後にはタイトレーション目的の入院 PSG を予定している。当科の所定の手術研修修了実施医は 2 名で、それぞれ頭頸部外科および睡眠医療を専門としており、専門性を活かして手術から長期管理まで一貫して対応できる体制を整えている。また、ME スタッフが手術中の NIM 設定、デバイス作動チェック、外来でのアクチベーションなどに深く関与し、多職種によるチーム医療が構築されている。九州では本治療に対応可能な実施医・施設がまだ限られており、本発表では今後の普及と安全な体制構築に向けた当科の具体的な取り組みにも言及する。

O19-4. 手術用顕微鏡システム ORBEYE を用いた舌下神経電気刺激装置植込み術

○大岐慎一・井下綾子・石水瑛理奈・松本文彦

順天堂大学 医学部 耳鼻咽喉科学講座

閉塞性睡眠時無呼吸症 (OSA) に対する新規治療の一つとして 2014 年に国外で導入された舌下神経電気刺激療法が、本邦でも 2021 年に保険収載された。当院では 2022 年に初の植え込みを実施して以来、20 例を超える OSA 患者に舌下神経電気刺激装置植込み術を実施してきた。舌下神経電気刺激装置植込み術において最も重要なポイントは、正確かつ速やかに、さらには安全に舌下神経の functional break point を同定することである。舌下神経周囲の剥離の際、拡大視デバイスが必要であり、我々が頭頸部手術で普段から用いている 2.5X 手術用ルーペが簡便で有用である。しかし問題点として、第二助手や臨床工学士が共有できないこと、さらには手術手技の後進への教育という面では不十分であることが挙げられる。今回我々は舌下神経電気刺激装置植込み術において手術用顕微鏡システム ORBEYE を使用した。症例は 54 歳男性、AHI33.5、BMI24.3 で CPAP 不耐に対して植込み術を行い、手術時間 90 分、術中および術後合併症は見られなかった。手術用顕微鏡システム ORBEYE は 4K3D の高精細デジタル画像により神経や血管の微細な構造を高精細かつ立体的に観察できることから、血管吻合など形成外科領域のマイクロサーボジャイロにおいて非常に有用であるとされている。術中は大型モニターにて術者の視野を手術室にいる全員が 3D 画像で共有できるため、正確かつ安全な手術が可能であることに加え、教育面においても非常に有用であると考えられた。

O20-1. 睡眠医療センター開設 20 年 の OSA 治療の検討

○添田弘之¹⁾²⁾・中島逸男¹⁾²⁾・中山次久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

閉塞性睡眠時無呼吸症（以下 OSA）をはじめとする睡眠関連疾患は有病率の高い疾患のひとつであり、国民の健康や疾病への関心の高まりとともに睡眠に関連した症状で医療機関を受診する患者も増加しているのが現状である。睡眠医療は学際的領域であり、一診療科で診療が完結することが少なく、関連する診療科や部門との専門的な知識の共有と密接な連携、すなわちチーム医療の実践が必要である。ゆえに 2005 年 10 月に病院中央部門内に睡眠医療を総合的に担う睡眠医療センター（旧睡眠医療部、2008 年 10 月に現名称に改称）が設置された。

当センターにおける 2024 年の延再診数は年間 7,208 名（耳鼻咽喉・頭頸部外科で年間 1,625 名）であり、CPAP 管理台数は 7,566 台となっている。2015 年 4 月からは当科の睡眠呼吸障害外来でも CPAP 療法を新規導入管理している。一方で CPAP 療法を拒否するか、もしくは途中で中断する例もあり、対応に苦慮することも少なくない。また CPAP 不適・不忍容例に対しては OSA の新規治療のひとつとして 2021 年 6 月に保険収載された舌下神経刺激療法（HNS: Hypoglossal Nerve Stimulation）（「植込み型舌下神経電気刺激装置」による治療法）についても 2022 年 2 月に当センターで国内初の植込み術を実施し、良好な治療経過を得ている。今回われわれは当院睡眠医療センターで CPAP による治療を開始した成人患者例を対象とし、CPAP アドヒアランス良好群と不良群の PSG 検査による年齢、性別、BMI、Epworth Sleepiness Scale、無呼吸低呼吸指数やセファログラムの結果、鼻疾患の有無などの背景が CPAP の使用状況や経過に影響するかを検討し、文献的考察を加えて報告する。

O20-2. 術後咽頭狭窄による気道狭窄感に対する咽頭形成術 (RL-CHOKY)

千葉伸太郎

太田睡眠科学センター

口蓋扁桃摘出術や UPPP のまれな副症状として咽頭狭窄が報告されている。さらに、LAUP (Laser assisted uvulopalatoplasty) は、国内外のガイドラインにおいて、OSA 治療には推奨できないと記載され、その理由の一つは術後の咽頭狭窄である。術後の咽頭狭窄では、患者は持続する、耐え難い気道閉塞感、咽頭違和感を訴え、対応に苦慮することが少なくない。術後咽頭狭窄にたいする治療は古くから様々な方法が報告されているが、高い侵襲性が必要であったり、再度の術後狭窄のリスクがあり、コンセンサスのある治療は存在しない。我々は、一部の症例に Bivalved palatal transposition flap (Toh, et al. American Journal of Rhinology 14, 199–204, 2000) を用いた CWICKs (Modified Barbed Pharyngoplasty) を応用することで、良好な経過を得たので報告する。

O20-3. PSG 検査以外の多角的検査指標を用いた OSA の重症度予測についての試み

松下 豊¹⁾, 千葉伸太郎¹⁾²⁾, 小島博己¹⁾

1) 東京慈恵会医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科

2) 太田睡眠科学センター 耳鼻咽喉科

【背景】閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）の診断において終夜ポリソムノグラフィ（PSG）検査は有用であるが、費用面、時間面での制約から、OSAを疑う全患者に適応することは現実的ではない。近年はコストと利便性の観点から在宅PSGを行う医療機関が増えてきたが、依然OSA診断の正確性という観点では入院PSGが有用である。OSAの精査を目的に受診された患者のうち、OSAの可能性が強く疑われる患者を事前に予測できれば、説得力を持って入院PSG検査を提案することができるとき同時に患者の納得感も上がるところが期待できる。

【方法】2023年に太田睡眠科学センターで入院PSG検査を施行した509名（年齢中央値：51歳、男性396名、女性113名）を対象に、年齢、性別、質問紙表、セファログラム、鼻腔通気度、BMI、既往歴などの項目を変数として、PSG検査で判定されたAHIを予測するモデルを統計学的手法を用いて検討した。

【結果】ロジスティック回帰を用いて治療介入が推奨されるAHI15以上の患者を予測するモデル作成したこと、AUC0.9と高精度なモデルを作成することができた。

【結論】PSG検査の指標は使用せずに、セファログラムや覚醒時バイタルサイン、BMI、問診のみから高精度に中等症以上のOSA患者を予測するモデルを作成することができた。本モデルは経済的な面にも配慮しつつ、OSA患者に適切な検査及び治療を提供することに寄与することが期待できる。また、クリニックレベルでの医療資源で初診時に予測することも魅力である。

O20-4. 自然睡眠内視鏡による上気道評価の有用性

齊藤吉紀¹⁾²⁾, 千葉伸太郎¹⁾²⁾

1) 太田睡眠科学センター

2) 東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科学教室

閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）の病態評価において、Drug-Induced Sleep Endoscopy（DISE）は、閉塞部位やパターンを動的に評価できる手法として広く用いられている。一方で、薬剤により誘発された人工的な睡眠状態で観察されるため、実際の自然な睡眠とは異なる点が課題とされている。私たちは2007年より、より生理的な睡眠状態に近い条件下で上気道の評価が可能なNatural Sleep Endoscopy（NSE）を導入し、2023年までに17例の施行を経験してきた。本研究では、これらの症例を後方視的に検討し、特にREM睡眠相において閉塞部位が変化する症例を認められたことから、REM依存性OSAの閉塞部位の違いが示唆された。また、NSEにおいて観察可能であった動態所見も確認され、自然睡眠下での内視鏡評価の有用性が示された。なお、3例（17.6%）は入眠困難により検査を中断したが、それ以外の症例では有意義な所見が得られた。さらに、3例においては舌下神経刺激装置（HNS）の適応評価を目的にDISEも併用し、両者で同様の閉塞パターンが確認された。NSEは現時点では主に研究目的での使用に限られるが、薬剤を用いない自然な睡眠状態で評価できるという点で大きな利点がある。今後、手技の簡便化や標準化が進むことで、臨床応用の拡大が期待される。

O21-1. WEERDA型直達喉頭鏡下で経口腔的に摘出し得た咽頭腔外魚骨異物

○松下大樹¹⁾・柴田敏章¹⁾²⁾

1) JCHO神戸中央病院 耳鼻いんこう科

2) 京都第一赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

魚骨による咽頭異物は外来診療でしばしば経験するが、咽頭腔外異物はまれであり、経口腔アプローチの際に位置同定が難しく、外切開を必要とする症例も存在する。今回われわれは、WEERDA型直達喉頭鏡下に経口腔的に摘出し得た下咽頭粘膜下魚骨異物の1例を経験したので報告する。症例は75歳女性、ブリを摂取後に咽頭痛を自覚、翌日近医耳鼻科受診した。咽頭に魚骨異物を指摘できず、当院消化器内科に紹介された。上部消化管内視鏡検査施行され異物が確認されたが摘出できなかった。同日当科に紹介、喉頭ファイバースコープで異物は指摘できず、CTでC2-C4レベルの粘膜下に異物の埋入を認めた。経過観察するも異物は排出されず、受診4週後に全身麻酔下に咽頭粘膜下異物摘出術を施行した。WEERDA型直達喉頭鏡で喉頭展開し、後壁を針状電気メスで切開、異物を確認して摘出した。術後創部からは出血なく、翌日から経口再開し、翌々日退院した。咽頭腔外異物は頸部外切開で摘出したとの報告が多く、経口腔的に摘出した報告は少ないが、刺入部位によっては本症例の様に粘膜小切開のみで摘出することも選択肢の1つになりえると考えられた。

O21-2. 全身麻酔下に施行した咽頭・食道異物摘出術の検討

○和泉佐季子¹⁾・加藤久幸¹⁾・橋谷一郎¹⁾・吉岡哲志²⁾
柴田采佳²⁾

1) 藤田医科大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 藤田医科大学岡崎医療センター耳鼻いんこう科

【はじめに】咽頭・食道異物は耳鼻咽喉科領域の代表的な救急疾患である。咽頭異物の大半は外来での咽頭・食道異物摘出術が可能であるが、有鉤義歯等で摘出時に消化管穿孔のリスクがある場合などは安全性と確実性に優れた全身麻酔下での処置が必要となる。【目的と対象】当科における咽頭・食道異物治療の現状を明らかにすることを目的に、過去13年間に当科で全身麻酔下に咽頭・食道異物摘出術を実施した33症例を対象とした。【方法】カルテから異物の種類、摘出方法等について後方視的に検討した。【結果】全33例中、男性13例、女性20例であった。年齢は0~10歳が7例(21.2%)、61歳以上が19例(57.6%)であり、小児および高齢者に多く認められた。異物の種類は義歯が12例と最も多く、ついで魚骨が8例と多くみられた。摘出術は直達喉頭鏡や硬性内視鏡などを用いて経口的に実施した例が大半であったが、2例では粘膜下に迷入しており、内視鏡による観察が困難であったため頸部外切開による異物摘出を行った。異物が喉頭内腔を占拠するような挿管困難例や適切な術野を確保する目的で気管切開を実施した症例は5例あった。【考察】本検討では過去の報告と同様に小児、高齢者で二峰性に多く見られた。高齢者においては義歯の適合不良、嚥下機能や認知機能低下が、小児では好奇心や監督不足が異物誤嚥・誤飲の要因と考えられた。義歯や電池などは重大な合併症を引き起こす可能性があり、早期発見と迅速な対応が重要である。また咽頭腔外に異物がある場合は頸部外切開が必要となるため、術前に異物の種類やサイズ、占拠部位を内視鏡検査および画像診断で十分確認し摘出方法を検討する必要がある。また、重症例では気道確保や感染管理の点において、他科とも連携し治療にあたることが不可欠である。

O21-3. 当科における8年間の口腔・咽喉頭・食道異物症例100例の検討

○平林瑛子¹⁾²⁾・油井健史¹⁾²⁾・木村百合香³⁾

1) 東京都立荏原病院 耳鼻咽喉科

2) 昭和医科大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科

3) 昭和医科大学 江東豊洲病院 耳鼻咽喉科

口腔・咽喉頭・食道異物は耳鼻咽喉科外来において日常的に遭遇する疾患のひとつである。今回、2016年4月から2024年5月までの8年間に当科を受診し、実際に異物が確認できた100症例について、異物の種類や介在部位、摘出方法などの検討を行った。その結果、異物の種類は魚骨が83%を占め、なかでもウナギの骨が最多であった。介在部位としては小児では口蓋扁桃が多く、摂食嚥下機能の低下した高齢者では下咽頭・喉頭・食道などより尾側に介在する傾向がみられた。また、ウナギやアジなど骨の細い魚は頭側に、サバやサケなど骨の太い魚はより尾側に介在しやすい傾向にあった。ほとんどの異物は鉗子または鉗子付き軟性内視鏡で摘出可能であったが、一部患者年齢や介在部位によって全身麻酔下の摘出を要した症例もあった。患者の年齢や異物の種類からおおよその介在部位が予測可能であり、外来診療の際重点的に観察することが勧められる。また、対象期間中でとくに印象深かった異物症例2例についても併せて報告する。高齢者では思わぬ異物が介在している可能性があり留意が必要である。

O21-4. 当科における咽頭および鼻腔異物の臨床的検討：過去10年間の後方視的解析

○谷水宏圭・飯島宏章・芦田裕士・山内麻由
寺邑堯信・小幡和史・和佐野浩一郎・大上研二

東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】咽頭・鼻腔異物は耳鼻咽喉科外来で日常的に遭遇する疾患であるが、大学病院における大規模な解析は少ない。本研究では、当科における異物症例の年齢分布や処置内容を明らかにし、診療上の課題を検討した。

【方法】2015年～2024年に当科外来を受診した異物（疑いも含む）症例のうち、耳鼻咽喉科が処置を行った咽頭および鼻腔異物症例を対象とした。救命救急科のみで対応した症例は除外した。診療録を後方視的に検討し、年齢、異物部位、種類、処置内容、鎮静・麻酔の有無などを調査した。【結果】異物症例は1,336例であり、男性626例女性710例であった。咽頭異物は847例で、年齢中央値は19.5歳（3ヵ月～97歳）、鼻腔異物は489例で中央値は37歳（1歳～73歳）であった。咽頭異物では魚骨やPTPシートなどの鋭利物が多く、成人・高齢者に多かった。鼻腔異物は主に小児が多く、ビーズや紙片など多様であった。外来処置が大半であったが、一部に全身麻酔下での摘出を要した症例もみられた。また、当科のみで対応できず、他の診療科との協力を要する症例もあった。【考察】当科ではwalk-in受診が多く、一次救急的対応が求められる場面が多い。特に咽頭異物は幅広い年齢層に発生し、高齢者では誤嚥・窒息リスクも高く注意を要する。鼻腔異物は典型的な小児疾患であるが、高齢者の症例も散見された。患者の年齢次第で、時に患者のみならず、保護者への指導も大切であるといえる。【結語】咽頭・鼻腔異物は年齢や背景により対応が異なり、迅速かつ柔軟な診療体制が求められる。また複数診療科の連携を必要とする症例も認められ、本検討は、大学病院における異物症例対応の意義、年齢別対応の必要性を示すものである。

O21-5. 気腫、膿瘍形成を認めた歯ブラシ外傷による口腔、咽頭外傷の3例

○長濱宗嗣・高橋邦行

宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科

今回われわれは歯ブラシ外傷により、傍咽頭間隙、咽頭後間隙に気腫、膿瘍を来たした3例を経験したので報告する。症例1：49歳女性、歯磨き中に壁にぶつかり右扁桃周囲を損傷した。翌日、右頸部痛が続くため、前医を受診した。CTで右扁桃周囲の浮腫、咽頭後間隙に気腫を認めたため、当科へ紹介された。ピペラシリン、クリンダマイシンの投与を行い、頸部痛、中咽頭上壁の腫脹は改善した。受傷7日目の造影CTで気腫は改善し、8日目に退院した。症例2：31歳女性、歯磨き中に壁にぶつかり右扁桃周囲を損傷した。同日当科を受診し、右咽頭後間隙の気腫と内頸動脈の仮性動脈瘤を疑う高吸収域を認めた。ピペラシリン、クリンダマイシンの投与を開始し、受傷4日目の造影CTで気腫、仮性動脈瘤を疑う高吸収域は縮小したため、受傷6日目に退院した。症例3：4歳男児、歯磨き中に転倒し右扁桃周囲を損傷した。翌日、発熱、咽頭痛、頸部痛を認めたため、前医を受診した。アンピシリン・スルバクタムの投与を開始したが、受傷3日目、頸部痛が増悪し、CTで咽頭後間隙に気腫、膿瘍を認め、当院へ転院となった。咽頭後壁が腫脹しており、全身麻酔下で緊急切開排膿術を行った。抗菌薬をメロペネム、クリンダマイシンに変更し、術後7日目の造影CTで膿瘍、気腫は消失した。経過良好であり術後14日目に退院した。歯ブラシによる口腔、咽頭外傷は歯磨き中の転倒によるものが多く、好発年齢は1～2歳である。自然に軽快する場合も多いが、歯ブラシには口腔内常在菌が付着しており、他の器物による外傷よりも膿瘍形成の割合が高いと言われる。本報告の3症例のように、特に扁桃周囲の外傷の場合、傍咽頭間隙、咽頭後間隙に気腫、膿瘍を形成することがあり、適切な抗菌薬投与と造影CTによる経過観察とともに、場合によっては切開排膿術も考慮する必要があると思われた。

O22-1. 下咽頭癌に対して頭頸部アルミノックス治療を施行した一例の喉頭浮腫・嚥下機能の経過

○下野友太郎・塚原清彰・岡本伊作

東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

切除不能な局所進行または局所再発の頭頸部癌に対して、頭頸部アルミノックス治療が2021年1月に保険収載となり、注目されている。一方、術後の喉頭浮腫、嚥下障害などの有害事象に対して慎重な術後管理が求められる。今回我々は、術後喉頭浮腫に対して予防的に気管切開術を施行し、気管カニューレ管理と嚥下機能の回復を図った一例を経験した。症例は72歳男性。左梨状陥凹に発生した下咽頭癌（扁平上皮癌、cT2N0M0、Stage II）に対し、頭頸部アルミノックス治療を施行した。術後の喉頭浮腫による気道閉塞のリスクを考慮し、同日治療前に気管切開術を施行した。術後は想定通り喉頭浮腫を認め、カニューレを抜去できるまで時間を要した。その後、嚥下評価を行った後に経口摂取を再開したが、嚥下機能の回復までには時間を要した。喉頭・下咽頭癌においてアルミノックス治療は局所制御の点で有用となるが、術後の喉頭浮腫、嚥下機能の低下は患者のQOLを著しく低下させる要因となる。そのため、術後の適切な気道管理と早期からの嚥下機能評価・リハビリテーション介入が重要である。

O22-2. 光免疫療法における下咽頭病変への照射法についての検討

○木村 透・藤原和典

鳥取大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野

頭頸部癌に対する光免疫療法 (photoimmunotherapy : PIT) は、がん細胞に対する高い選択性を有する新規治療法である。日本においては、赤色光感受性物質アキヤルックスと近赤外光照射装置を用いた本治療が2020年に世界で初めて承認され、切除不能あるいは再発頭頸部扁平上皮癌に対して臨床応用されている。一方、下咽頭癌などの深部に局在する病変においては、照射の技術的困難さから標準的な照射手技は確立されておらず、PIT の適応には課題が残されている。我々は今回、cT3N0M0 の下咽頭癌に対し PIT を施行し、有用性を認めた一例を経験したので報告する。患者は上咽頭悪性リンパ腫に対して約 18 年前に頸部放射線治療歴のある 86 歳男性で、手術加療は希望しなかった。ペムブロリズマブ、カルボプラチニン、5-FU による化学療法を受けていたが、副作用ならびに本人の希望により中止となり、経過観察中に腫瘍の増大を認めた。再度手術を含めた治療法について提示し、PIT による治療を希望された。気道狭窄のリスクを考慮し、PIT 施行に先立ち気管切開を施行した。加えて、FKWO リトラクターおよび経皮的喉頭吊り上げ法 (percutaneous laryngeal elevation technique : PLET) を併用することで喉頭展開を得、内視鏡下にて下咽頭後壁病変を明瞭に視認することが可能であった。さらに、シリンドリカルディファイバーやサイドファイヤーディファイバーやを用いたことで、病変への正確な光照射を実現できた。本手技により、従来は適応が困難とされてきた下咽頭癌に対しても、PIT の適用を拡大できる可能性が示唆された。

O22-3. 下咽頭癌に対するサイドファイヤーディファイバーやを用いた光免疫療法の治療経験

○石田芳也

北見赤十字病院

症例は 70 歳代の男性で、右下咽頭梨状陥凹扁平上皮癌 T2N2bM0, Stage IVA の診断で、CCRT60Gy を施行し CR が得られた。9 カ月後に局所再発したため、ELPS で切除を試みたが、その 4 カ月後に再度局所に再発し、組織生検で扁平上皮癌を認めた。喉頭温存を強く希望されたため、切除不能な局所再発の頭頸部癌として、頭頸部アルミノックス治療の方針とした。

標的病変は梨状陥凹に限局し比較的小さく画像では 12mm 程度、治療計画は、佐藤式湾曲喉頭鏡を用いて展開し、梨状陥凹の湾曲に対応するためにフロンタルディファイバーやとサイドファイヤーディファイバーやによる照射で照射直径を 10mm に設定し、病変周囲の安全域を含めて 3 回程度に分けて照射することを計画した。

アキヤルックス[®]投与翌日、全身麻酔下にまず中気管切開を行い気道確保した後に、佐藤式湾曲喉頭鏡を用いて下咽頭を展開し、右被裂部を鉗子にて持ち上げて、病変を明視下に置いた。腫瘍の隆起した部分は切除減量した。まずはフロンタルディファイバーやを用いて照射を行った。側壁方向にはサイドファイヤーディファイバーやを用いて照射し、合計 3 回の照射をオーバーラップさせながら治療計画通り病変の周囲を含めた照射を行うことができた。照射部位の周辺粘膜下にステロイドと長時間作用型の麻酔薬を注射して施術を修了した。術後は疼痛の訴えはほとんどなく、喉頭浮腫も軽度であった。

頭頸部アルミノックス治療は 2021 年 1 月より保険適応となり、2025 年 1 月の全例調査では 154 例の使用成績が報告されている。症例の内訳は中咽頭、口唇・口腔が大半を占め、解剖学的に穿刺やフロンタルディファイバーやによる照射が困難な下咽頭の症例は 2 例であった。2024 年 11 月より使用可能になったサイドファイヤーディファイバーやを用いることで、本症例のような下咽頭癌に対しても治療の可能性が広がっている。当科での治療経験と施術にあたっての工夫について考察し報告する。

O22-4. 口腔癌 BNCT における放射線性口内炎発症頻度とそのリスク因子の解析

○栗飯原輝人¹⁾²⁾・萩森伸一¹⁾²⁾

1) 大阪医科大学関西BNCT共同医療センター

2) 大阪医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

ホウ素中性子捕獲療法 (Boron Neutron Capture Therapy : BNCT) は、ホウ素と熱中性子との核反応で生じるホウ素中性子捕捉反応による高LET放射線を利用した粒子線治療である。本邦では2020年3月に住友重機械工業のBNCT用加速器 (BNCT治療システム NeuCureTM) が世界で初めて医療機器として承認され、同年6月から切除不能進行、および局所再発頭頸部癌に対する保険診療での治療が開始され、現在まで多くの口腔癌症例にも本治療を行い、本学における口腔癌BNCT後の初期治療効果はCR率が51%と良好な治療成績を示している。一方で口腔癌治療に対するBNCTも他の放射線治療と同様に放射線性粘膜炎による有害事象がしばしば問題となる。徳野放射線治療後の再発口腔癌症例におけるBNCT後の放射線性粘膜炎は、治療後の全身状態悪化の一つの誘因にもなるため、同有害事象の発症率と程度、およびその予防方法の解析は急務である。

今回我々は2020年6月から2024年6月までに当院でBNCTによる治療を受けた口腔癌73例についての口腔粘膜炎の発症およびGrade、その危険因子解析について検討を行った結果、73例中19例（約26%）にGrade3以上の口腔粘膜炎を認めている（頭頸部癌BNCT症例全体の解析結果は10%未満）。その19例について口腔粘膜炎のリスク因子について検討したところ、口腔の最大線量および金属歯の有無が有用なリスク因子であった。特に金属歯未装着症例は、口腔粘膜線量が高くても重篤な口腔粘膜炎を生じていないことから重要な因子であり、今後の口腔癌BNCT照射症例の照射後の経過観察をする上に置いて重要な判断指標となる可能性が示唆された。

O22-5. 口腔病変への頭頸部アルミノックス治療における気道管理の検討

○伊藤智咲・辻川敬裕・菅谷翔太・吉澤宏一
木村有佐・佐分利純代・永尾 光・平野 滋

京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

頭頸部アルミノックス治療による有害事象において気道管理は重要な要素である。咽喉頭病変では予防的気管切開が考慮される一方、口腔病変での治療は喉頭浮腫を伴わない症例が多いため、予防的気管切開の要否についてはエビデンスの蓄積を要する。今回、我々は2025年4月までに治療した25症例39治療のうち、口腔を標的とした8例13治療において原発・照射部位、予防的気管切開の実施有無および期間について検討した。対象は男性6例、女性2例、年齢の中央値は75歳（38-85歳）であり、原発部位は舌癌4例、下歯肉癌2例、頬粘膜癌1例、中咽頭癌1例であった。予防的気管切開を行ったのは3例で、そのうち顔面浮腫を認めたのは1例（グレード2）で、いずれの症例も喉頭浮腫はみられず、術後5日以内に気管孔は閉鎖された。一方で、気管切開を行わなかった4例のうち、右頬粘膜および上下歯肉から中咽頭右側壁にかけて広範囲に照射された頬粘膜癌の1例では、術後12時間後に顔面・喉頭浮腫を来し、緊急気管切開を要した。3日後に浮腫は軽快を得た。現時点の口腔病変治療における気道管理について、当科では中咽頭への照射を含む症例または開口障害・挿管困難など緊急気道確保に留意を要する症例に対して予防的気管切開を行い、それ以外の症例については経過観察としている。以上から口腔病変への頭頸部アルミノックス治療における気道管理は、照射範囲および患者背景に基づくリスク評価が重要であり、今後の更なる症例蓄積による最適な気道管理の確立が望まれる。

O23-1. Gungrasp forceps の検討

○枇杷田美沙

東京警察病院 耳鼻咽喉科

手術に用いる鉗子類はハサミの力学（力点、支点、作用点）によるものが多く、2つのリング（力点）を指で開閉して操作する。ハサミと鉗子とでは作用点の動刃と静刃が逆になるため、鉗子で親指を動かすと静刃が動いて軸ブレを起こす。鉗子操作に慣れた外科医は軸ブレを防ぐため親指を固定して他の指（多くの場合中指）を引いて操作する。我々は「鉗子操作に不慣れな初心者でも簡単に標的を捉える」ための最適な鉗子の構造と形状を模索した。人類が造り出した拳銃は片手で操作でき軸ブレを最小に抑制して標的に命中させる構造である。静刃と連続するリングを撤去し拳銃のグリップの形状に変更すると、親指はグリップを握り可動部を操作しない。動刃のリングを銃の引金と同じ位置になるように形状を調整した。この工夫によって軸ブレを起こすことなく鉗子を開閉することが可能となった。我々はこれをGungrasp forcepsと命名した。まず耳用の麦粒鉗子を作成し、従来の麦粒鉗子と比較するとGungrasp forcepsが有意に軸ブレを抑える結果となった。次に、グリップ部位の形状はそのままにして喉頭微細手術用の麦粒鉗子を作成した。Gungrasp forcepsと従来の喉頭微細手術用麦粒鉗子を比較し、Gungrasp forcepsが有意に軸ブレを抑えるか、鉗子操作が改善するかどうかを検証した。ベテランや研修医を含む耳鼻咽喉科医に協力を仰ぎ、Gungrasp forcepsと麦粒鉗子の開閉操作、目標物の把持操作を動画で記録した。軸ブレの程度を数値化するとともに、被験者のアンケート調査を行った。

O23-2. 耳鼻咽喉科における VISERA ELITE III の使用経験

○渡邊昭仁

恵佑会札幌病院

【はじめに】Narrow Band Imaging (NBI) 技術は頭頸部表在癌診断に大きく寄与してきたことは誰もが認めることである。このNBI画像で病変を診るために内視鏡のみならず、ビデオプロセッサの性能が大きく影響していることも周知の事実である。今回、2022年12月より使用可能となったNBI用のビデオプロセッサ VISERA ELITE IIIを使用する機会を得たのでその経験を報告したい。VTSERA ELITE IIIについてVISERA ELITE IIIは、4K/3D/IR観察の機能を1つのシステムに統合した機械になります。高精細な4K映像を提供し、対応内視鏡を用いることで3D画像が提供されます。さらにインドシアニングリーン (ICG) という蛍光剤を投与して、近赤外光 (Infra-Red : 700-780nmの波長の光) を当てることにより発生する蛍光を観察するための特殊光観察機能 (IR) を有しております。もちろんNBI観察も可能となっているものです。これらは手術時に有用な機能が多く、主に手術室での使用目的で開発されたものです。外来で咽頭癌観察 (NBI観察) これまで使用していたELITE IIと比較すると、第一に明るくなったことに気づきます。この明るさにより、これまで病変を疑った場合に近接を勧めていましたが、少し距離がある画像でも十分に評価できると感じた。手術室で咽頭癌観察 表在癌症例にNBI画像での色調調整を行ない、どの色調を強調することで表在癌の特徴がより理解できるかを試した。1症例でかつ個人の見解ではあるが、色調を変化させることで見え方が変わり、今回の症例では青色の要素を減らす方がより理解しやすいように感じた。

O23-3. Semantic segmentation モデルを用いた AI による咽喉頭表在癌の術中切除範囲評価

○柚木稜平¹⁾・藤村真太郎¹⁾・樋谷一郎²⁾・大森孝一¹⁾

1) 京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 藤田医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

咽喉頭表在癌に対する低侵襲治療として経口的切除術の普及が進んでおり、当科では ELPS (Endoscopic Laryngopharyngeal Surgery) を中心に実施している。病変の進展範囲は通常光に加え、狭帯域光観察 (NBI) による血管形態の評価や、ヨード散布による不染帯の確認などを組み合わせて判断している。術中には上部消化管内視鏡医に切除範囲の意見を求めることが多く、耳鼻咽喉科医が内視鏡読影に十分習熟していない場合には判断に苦慮することがある。

我々は、AI による内視鏡画像からの病変領域自動識別を通じて、切除範囲決定を支援するシステムの開発を進めており、現時点での診断性能について報告する。

2005 年 12 月～2019 年 11 月に当院で咽喉頭表在癌に対して経口的切除術を受けた患者の NBI 画像 216 枚を用い、病変所見から癌と思われる部位を内視鏡専門医によって自由曲線でアノテーションを行なった。病変領域を予測し提示するために semantic segmentation モデルである DeepLab v3+ (Chen LC, et al. 2018) を用いて学習・検証を行い、ホールドアウト法（学習 172 枚、検証 44 枚）により性能を評価した。主な指標は AI モデルが癌と予測した領域と、実際の正解ラベルの領域が重なる割合を示す intersection over union (IoU) であり、結果は IoU : 0.596、感度 0.734、特異度 0.947 であった。

IoU および感度が予想より低かった要因として、病変が小さい、ピントが甘い、情報量の乏しい領域の混在といった画像の影響が考慮された。これに対し、画像処理を加えた内視鏡画像による再学習を行い、補正を試みた。以上の結果を踏まえ今後の課題と併せて報告する。

O24-1. 口腔癌における予後因子としての CD151 の有用性

○竹内一隆・石田航太郎・馬越優征・三澤 清

浜松医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】 口腔癌は頭頸部癌の中で最も頻度が多く、一般的な治療は手術であるが、治療後に再発や転移を認めることがあり、生存率の低下につながっている。そのため、新たな予後因子の発見や治療法の開発が望まれている。CD151 はテトラスパニンと呼ばれる細胞膜タンパクファミリーの 1 つであり、細胞接着、分化、アポトーシス、がん転移などの様々な機能を修飾することが知られており、いくつかの悪性腫瘍において転移および浸潤のプロモーターとして機能することが報告されている。しかし、口腔癌における CD151 の役割は分かっていない。また、CD151 はラミニン結合インテグリンと複合体を形成して作用することも報告されている。本研究は、口腔癌における CD151 発現およびインテグリンファミリーである ITGA3, ITGA6 の発現と臨床経過との関連を明らかにすることを目的とした。
【方法】 2013 年から 2019 年に浜松医科大学付属病院にて手術をおこない、5 年以上の経過を追えた口腔扁平上皮癌 48 例を対象とした。亜部位は舌が最多で、頬粘膜、上歯肉、下歯肉、口腔底にわかった。腫瘍の CD151, ITGA3, ITGA6 の発現は、免疫組織化学によるタンパク発現と定量 PCR による mRNA 発現量を測定し、臨床経過との関連を解析した。
【結果】 正常部位より腫瘍部位で CD151 mRNA の高発現を認めた。また、CD151 高発現は遠隔転移と 5 年生存率の悪化に関連していた。一方、ITGA6 の高発現は 5 年生存率の悪化と関連を認めたが、ITGA3 は有意差を認めなかった。多変量解析でも CD151 の高発現は予後との関連を認める結果であった。
【結論】 CD151 高発現は、口腔扁平上皮癌における予後因子となる可能性が示唆された。

O24-2. 当科における口腔癌の治療の検討

○安場雅高・山本祐輝・亀井優嘉里・角南貴司子

大阪公立大学 医学部 耳鼻咽喉病態学教室

口腔癌は日本における全悪性腫瘍の約1%を占める疾患であるが、近年、生活習慣の変化や高齢化に伴い、その罹患率は増加傾向にある。2024年度の推計では、口腔癌の新規罹患者数は約9,000人に上るとされており、特に男性高齢者に多く発症している。好発部位は舌、歯肉、口腔底、頬粘膜などが挙げられ、喫煙および飲酒は主要な危険因子とされている。治療法は病期に応じて選択され、Stage 0-1では局所切除や放射線療法による単独治療が中心となる。Stage 2-3では、腫瘍切除と選択的頸部郭清を主体とした外科的治療に加え、術後補助療法として放射線治療や化学療法を併用することが一般的である。Stage 4では、導入化学療法や化学放射線療法の後に根治手術を行う戦略や、根治不能例に対しては緩和的治療も考慮される。治療法の進歩とともに根治性とともに機能温存も重視されるようになってきたが、術後の嚥下障害、構音障害、顎骨壊死、皮膚障害、骨髄抑制などの有害事象は依然として課題であり、QOLへの影響も大きい。患者の全身状態や社会的背景も治療選択に大きく関与するため、包括的な評価とチーム医療の重要性も高まっている。本発表では、当科で治療を行った口腔癌症例の治療に関して後方視的に検討を行い、文献的考察を交えて報告する。

O24-3. 口腔癌広範囲切除再建症例における経口摂取機能の回復と予後因子の検討

○川淵海翔・近藤英司・高岡 瑩・佐藤 豪
北村嘉章

徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】舌亜全摘を含む広範囲切除後に再建術を施行した口腔癌症例において、摂食機能の術後回復状況をFunctional Oral Intake Scale (FOIS) を用いて評価し、機能予後に関連する因子について検討した。**【対象と方法】**2020年以降に当科で舌癌または口底癌に対し切除・再建術を行った31症（男性20例、女性11例、平均年齢63.9歳）を対象とした。全例に遊離皮弁再建を施行し、術前・術後1, 3, 6ヵ月のFOISスコア、嚥下内視鏡検査(VE)所見、ならびに経口摂取および経管栄養離脱までの日数を評価した。**【結果】**術後6ヵ月時点で、67.7%の症例が特別な代償手段を要することなく通常の食事を摂取可能な状態(FOIS 6以上)に至った。VEにて誤嚥を認めた6例中4例、およびFOISが3以下にとどまった全4例において、いずれも舌骨上筋群の両側切除が確認された。経口摂取開始および経管栄養離脱の中央値はそれぞれ術後22日、27日であった。**【考察】**舌骨上筋群は咽頭期における喉頭拳上および咽頭運動の協調に関与しており、本検討における所見は、同筋群の温存により良好な経口摂取が得られたとするGazziniら(2024)の報告とも一致していた。一方で、舌根切除や舌骨上筋群の両側切除を伴う一部の症例では嚥下予後不良を予測し喉頭拳上術が併置されたが、FOISや誤嚥所見における改善は限定的であった。さらに、誤嚥を認めないにもかかわらずFOISが術前より低下した症例では、再建舌の可動性低下による口腔期障害が示唆され、舌接触補助床(PAP)の適応を検討すべき可能性があると考えられた。**【結論】**広範囲切除後においても、適切な再建術および嚥下リハビリテーションや姿勢調整などの介入により機能的な経口摂取の回復は可能であった。今後は、舌骨上筋群の切除から術後の機能回復を予測し、再建舌の可動性に応じて舌接触補助床(PAP)の適応を早期に判断することが、摂食機能の回復に寄与すると考えられた。

O24-4. 舌癌胸骨上リンパ節転移に対して外科的切除を施行した一例

○安田大成・中平光彦

埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科

舌癌は再発・転移をきたすと予後不良となりうる疾患である。その中でも胸骨上リンパ節転移はこれまで極めて稀であるが、今回1例を経験したので報告する。症例は79歳男性、初診時は舌癌(cT1N0M0:扁平上皮癌)と診断され、初回治療としてX年7月に舌部分切除術を施行した。その後6ヵ月後に左頸部レベル2領域に2.5cm大の頸部リンパ節転移を認め、同側頸部郭清術(Level 1-4)を施行した。病理検査で節外浸潤が確認されたが高齢もあり、後治療は放射線療法(66Gy/33Fr)を単独施行した。しかし更にその1年後に胸鎖関節腫脹が出現、CTにて胸鎖関節を破壊する再発腫瘍が確認され、細胞診でもSCCを認めた。胸骨上リンパ節(Burns領域)転移、もしくは骨転移が疑われたが、他部位への再発所見を認めなかっただため、根治目的に胸鎖関節合併切除を含む郭清術を行った。術後病理では該当リンパ節の節外浸潤と胸骨への進展を認めた。その後は1年6ヵ月再発なく経過している。胸骨上リンパ節は頭頸部癌、特に口腔癌の転移領域としては稀であり、既報告ならびに本症例について検討報告する。

O24-5. 下顎骨区域切除以上を要した口腔癌に関する検討

○真栄田裕行・石川航大・嘉陽祐紀・鈴木幹男

琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

T4以上の進行口腔癌の切除範囲には、時に下顎骨の合併切除を伴うものがある。骨切除は辺縁切除、区域切除、半側切除(半切)、亜全摘に分類されるが、このうち区域切除以上では、ほとんどの例で何らかの下顎再建を必要とする。一方、下顎骨を合併切除された例の多くで、術後のアジュvant治療は合併症の発生リスクが高いことから、進行例であっても敬遠される傾向にあると思われる。今回われわれは、過去10年間に経験した、区域切除以上の下顎骨切除および再建を施行した口腔癌症例について検討した。手術総数は25例であり、原発部位は下顎歯肉が最多で17例、顎骨中心性発生が4例、口腔底が2例、舌と舌下腺由来がそれぞれ1例あった。下顎骨の切除範囲は区域切除が20例、半側切除(半切)が5例、亜全摘例はなかった。再建材料に関し、遊離肩甲骨や腓骨筋皮弁などの硬組織による再建が18例、腹直筋など軟部組織およびチタンプレートを併用した再建が7例であり、また病理に関しては扁平上皮癌が最多で20例、他に腺癌が1例、エナメル上皮腫が1例、転移性腫瘍が2例、肉腫が1例あった。術後何らかのアジュvant治療を施行した例は3例のみであり、多くは施行していなかった。以上の症例について術式とアジュvant治療、また合併症および予後の相関について報告するとともに、当科の治療方針の妥当性について検討する。

O25-1. 遺伝子発現データと臨床情報の統合解析による舌癌の予後予測モデルの探索

○足立直人・菅野真史・加藤幸宣・藤枝重治

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

舌扁平上皮癌は口腔悪性腫瘍の6割を占め、発生過程に遺伝子制御機構の異常が関与することは徐々に解明されつつあるが、有力な原因遺伝子や発生に関わる分子機序はいまだに不明な点が多く、予後を予測するバイオマーカーもない。近年のバイオテクノロジーの進展により、さまざまな生体分子データの大規模な測定が可能となってきた。それに伴い複数のデータセットを統合し解析するための多変量解析法も進歩している。我々は、遺伝子発現パネルを用いて舌扁平上皮癌の遺伝子発現を評価し、臨床情報と統合解析を行い、予後を予測するモデルの構築を試みた。福井大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科で治療を行なった舌癌患者40名から臨床情報と治療経過の情報を取得した。また生検時組織のFFPEからRNAを抽出し、nCounterによる遺伝子発現解析を行ない、再発群と非再発群で遺伝子発現パターンの比較を行なった。また遺伝子発現量と臨床情報との関連性を調査した。遺伝子発現データと臨床情報の統合解析は、潜在変数を用いたバイオマーカー統合frameworkであるDIABLO (Data Integration Analysis for Biomarker discovery using Latent Components) を使用した。遺伝子発現定量解析では再発群と非再発群で複数の遺伝子の差異が見られ、臨床情報との相関を示した。また臨床情報との統合解析では変数選択された因子の組み合わせにより再発群、非再発群を予測するモデルを構築し、正確性を検証した。今回のアプローチは舌癌の治療経過予測と悪性度の評価、サーベイランスに活用できる可能性がある。舌癌の遺伝子発現プロファイル結果と今回用いたマルチオミクス解析手法に関して若干の考察を交えて報告する。

O25-2. 舌転移が初発症状であった胆管癌多発転移の一例

○舛尾陽菜・根本俊光

成田赤十字病院

【背景】舌の転移性腫瘍は極めてまれである。口腔領域における悪性腫瘍のうち、転移性腫瘍は約1%と報告されている。今回、舌腫瘍を契機に胆管癌の全身転移の発見に至った貴重な症例を経験したため報告する。

【症例】本症例は78歳女性で、既往歴は高血圧症、脂質異常症、肝囊胞、慢性糸球体腎炎であった。X年7月に舌のしこりを主訴に前医を受診し、舌腫瘍が疑われ当科を紹介受診した。視診で舌背正中やや左に約5mmの粘膜下腫瘤を認め、MRIではT2WI高信号、T1WI低信号、DWI高信号、ADC map低信号の腫瘍として描出された。頸部リンパ節腫大は認めなかった。X年8月に生検を兼ねて舌腫瘍切除術を施行した。術中迅速病理にて悪性病変が疑われ、切断面に5mmの安全域を付けて切除した。後日、病理診断では小唾液腺由来の基底細胞癌と報告された。

【診断経過】X年9月、右乳房上部や腹部に皮下結節が出現し、舌癌皮下転移が疑われPET-CTを施行したところ、多発肺・胸膜・骨・皮下・筋転移を認めた。皮膚生検では舌検体と同様の病理所見であり、この時点ですべて舌腫瘍も転移性病変が疑われた。原発巣検索のため造影CTや皮膚生検の免疫染色を追加し、原発は胆管癌と判明した。

【治療経過】X年10月より腫瘍内科にてPembrolizumab + GEM + CDDPによる化学療法を開始。7コース終了後、オトガイ部リンパ節の腫大を認め、PDの判定となり、2次治療としてX+1年3月よりFOLFOX療法に変更した。化学療法により転移巣の縮小とともに全身状態も改善し、治療開始当初PS2であったがX+1年4月時点ではPS0まで改善している。

【考察】舌の転移性腫瘍は極めて稀であり、文献的には原発として、肺癌や大腸癌、腎癌、乳癌が報告されており、胆管癌は涉猟し得た限り報告されていない。腎癌や膀胱癌などでは舌病変が診断契機となる転移例も報告されているが、胆管癌での報告はされておらず、初発症状として舌病変を来たした点においても本症例は稀少と言える。

O25-3. 表皮水疱症に再建術を実施した舌がんの1例

○山本朗子・牧野琢丸・藤本将平・安藤瑞生

岡山大学 耳鼻咽喉頭頸部外科

表皮水疱症 (Epidermolysis Bullosa: EB) は皮膚や粘膜の脆弱性を特徴とし、皮膚悪性腫瘍を合併しやすいが、口腔がんの報告は少ない。外的刺激により水疱や潰瘍を形成しやすいため、周術期合併症のハイリスクであり、再建手術が躊躇されることもある。今回我々はEBに舌がんを合併した貴重な1例を経験したので文献的考察をふまえて報告する。症例は74歳女性。1ヵ月前から右舌縁の不整な腫瘍を自覚し、画像検査と組織検査の結果、右舌縁癌 cT2N2cM0, cStage4Aと診断した。EBによる周術期合併症の懸念から当初は手術を希望されず Pembrolizumab による治療を開始した。しかしその後、根治治療を希望されたため、右舌亜全摘術、頸部郭清術および前外側大腿筋皮弁による再建術を施行した。術中には皮膚の脆弱性や血管脆弱性に関するトラブルは認められなかつたが、術後14日目に残舌と皮弁の境界部に血腫様水疱の形成および出血を認めた。出血部の縫合と絶食により2日で軽快し、術後21日で退院となった。EBは単純型、接合部型、栄養障害型 (Dystrophic Epidermolysis Bullosa: DEB) に分類され、本症例は遺伝子検査でDEBと診断されている。DEBは有棘細胞癌の合併が多いとされ、体幹や四肢の皮膚科、形成外科領域の再建手術は10例程度の報告があるが、頭頸部領域の再建報告は渉猟しうる限り2例しかない。報告の2例は、周術期合併症なく終了した下咽頭がんの1例と術後に皮弁全壊死となり再再建術となった上歯肉癌の1例である。本症例では当院で普段行っている周術期管理に加え、褥瘡ナースとの連携や術中の低侵襲操作、愛護的な清拭、あえて除圧を行わない対応、胃管やドレン抜去時の慎重な操作など、さまざまな工夫を取り入れた。今回の経験から、DEB患者に対する頭頸部再建手術は必ずしも禁忌ではなく、適応を一律に除外すべきではないと考える。ただし、安全性の確立には今後さらなる症例の集積が求められる。

O25-4. 審美性・機能性の保持を意図した上口唇腺癌に対するABBE flapの利用

○石川航大・嘉陽祐紀・真栄田裕行・鈴木幹男

琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

【はじめに】口唇は顔面の中でも審美的要求が高い部位であり、欠損時には被覆・充填のみでなく、周囲組織との調和を考慮した再建法が求められる。ABBE flapは、上口唇や下口唇切除後の欠損部再建に用いられる有茎皮弁の一種であるが、欠損部周辺の組織を用いるため色調や厚みの一致が得やすく、審美的に優れた結果が期待できる。また皮弁には同一の筋組織を含むことから、発語・嚥下といった機能面においても有用な術式である。今回 ABBE flap の使用により審美・機能の両面において良好な結果を得た口唇癌の一例を経験した。

【症例】69歳男性。前医で右上口唇裏面の腫瘍性病変を指摘され当院紹介となった。病変は径 10 × 10mm 程度の潰瘍、硬結を伴う腫瘍で、生検の結果は腺癌であった。造影 CT 所見では、右上口唇の造影効果がみられた。また右 IB 領域にリンパ節の腫大がみられ、穿刺吸引細胞診で異型細胞を認めた。さらに FDG-PETCT 検査では、口唇と腫大した右 IB 領域のリンパ節にのみ集積が認められた。以上より口唇腺癌頸部リンパ節転移と診断し、口唇部分切除 + 右頸部郭清 + 欠損部再建の方針となった。切除においては右上口唇裏面の腫瘍から 1cm 以上の安全域を確保して切除した。その結果、欠損範囲は病変のある口唇粘膜から皮膚表面にまでおよぶ全欠損となった。審美性および機能性の両面を考慮して再建は形成外科へ依頼し、ABBE flap を用いた欠損部再建が施行された。術後の皮弁血流は安定しており、術後12日目に皮弁を切り離した。術後早期には開口障害がみられ、固体物の経口摂取にやや難があったものの、徐々に開口できるようになり、固体物の摂取が可能となるまでに回復した。術後数ヵ月後には開口障害のさらなる改善とともに、再建部の色調や厚みも自然な状態へ近づき、術創はほぼ目立たなくなった。

以上症例について詳細を報告すると共に、文献的考察を加えて報告する。

O25-5. 当科における口腔咽頭癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の検討

○木村隆幸・梅本匡弘・小池 智・宮本一宏
安倍大輔・佐藤満雄・若崎高裕・北野睦三
安松隆治

近畿大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科

口腔・咽頭癌は病変の進行や治療によって嚥下、音声などの機能、すなわち QOL の低下に密接に関係している。現在、局所・領域再発や遠隔転移症例に対して免疫チェックポイント阻害薬を含めた化学療法が盛んに行われているが、とりわけ局所再発例に対してはアルミノックス治療や中性子捕捉療法など局所治療も新たな選択肢として加わっている。一方で、症例によってどの治療を選択するかは施設によってもまちまちであり、確立されていないのが実情である。そこで今回我々は、2017 年 1 月から 2024 年 12 月の期間で口腔・咽頭癌（上咽頭癌を除く）に対して ICI 治療を開始した 98 例に対して局所・領域再発例と遠隔転移に例における効果の違いや転帰、関連する臨床的な因子について後ろ向きに検討を行った。症例の内訳について、性別は男性 / 女性 : 77/21 人、年齢中央値 69 歳 (39-88)、PS 0/1/2/3/4 : 38/52/7/1/0、レジメンはニボルマブ / ペムプロリズマブ / 5FU + カルボプラチナ + ペムプロリズマブ : 57/26/15 であった。ICI 投与時の病態は局所・領域再発 / 遠隔転移 : 29/69 であった。以上の解析結果について若干の文献的考察も含めて報告する。

O25-6. 妊娠性温存経て実際に妊活に至った AYA 世代女性舌癌の一例

○小泉麻里子・角木拓朗・松原眞人・飯沼亮太
寺澤耕祐・小川武則

岐阜大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】AYA (adolescent and young adult) 世代の頭頸部癌患者における妊娠性温存については専門学会で議論されているものの、実臨床においては患者への十分な情報提供、診療科への紹介に至る割合はまだ少ない。また AYA 世代の女性頭頸部癌患者の治療中または治療後において、妊娠に向けた経過に関する詳細な報告はない。今回、当院において治療前の適切な情報提供より卵子凍結を行い、また化学療法中 CR を維持できた経過から治療を中止するに至った AYA 世代女性の舌癌症例を経験したため報告する。【症例】34 歳女性、左舌癌 (rTON2bM0)。他院にて左舌部分切除後、左頸部リンパ節再発のため当院へ紹介となった。左頸部郭清術施行後、節外浸潤のため術後化学放射線療法 (CRT RT66Gy/33Fr, wCDDP 40mg/m²) の方針となった。治療開始前に妊娠性温存のための情報提供を行い、当院産婦人科へ紹介、卵子凍結を行った。CRT 完遂後 2 カ月半で多発肺転移を認めたため、ニボルマブ投与を行い、開始後 2 カ月時点で画像上完全奏功 (CR) となった。かねてより挙児希望があったこと、CR を維持できていたことからニボルマブを開始より 2 年経過した時点で終了とした。37 歳現在、凍結卵を使用した顎微授精、胚移植を予定している。【考察】AYA 世代の女性癌患者において、妊娠期間は癌治療との両立はできないためがん再発のリスクや再発・転移の発見が遅れるリスクを伴う。本症例においては CR 維持しているものの、ニボルマブ投与中止に関する明確なエビデンスは存在しないため、妊娠を希望する場合の妊活に移行するタイミングは非常に難しい判断となる。治療中より継続的に産婦人科医と連携をとりながら、妊娠が与える癌治療への影響、養子縁組等を含めた他の選択肢、出産後の生活に関する事項など多方面に対し入念にインフォームドコンセントを行い、妊活を選択することが必要である。

O26-1. 外頸静脈に血栓を形成した非典型的なレミエール症候群の一例

○玉木 京¹⁾・山口裕聖¹⁾²⁾・大平真也¹⁾²⁾・和田弘太¹⁾

1) 東邦大学 医学部 耳鼻咽喉科

2) 医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 耳鼻咽喉科

内頸静脈ではなく外頸静脈に血栓を形成した、非典型的なレミエール症候群の一例を経験した。レミエール症候群は、先行する *Fusobacterium* 属菌による口腔咽頭領域の感染、少なくとも 1 回の血液培養陽性が認められる敗血症、内頸静脈の感染性血栓症、遠隔臓器の敗血症性塞栓や膿瘍形成を認めた際に診断される。治療は抗生素と抗凝固薬の投与であり、適切かつ迅速な治療が開始されなければ、予後不良の疾患である。症例は元来健康な 17 歳男性、6 日前からの咽頭痛と発熱で内科に入院、翌日に当科へと依頼となった。右頸部痛、両側扁桃の腫脹と発赤を認め急性扁桃炎と診断したが、全身状態不良、血液検査にて CRP40mg/dL と異常高値、凝固系異常も認め、播種性血管内凝固の状態であった。全身精査を行ったところ、頸部超音波検査、頸胸部造影 CT にて右外頸静脈血栓、両側下肺野に多発結節影を認めた。また、血液培養にて *Fusobacterium* 属菌を認めた。内頸静脈には血栓を認めなかったが、上記から非典型的なレミエール症候群と診断した。血小板輸血を行い、抗生素と抗凝固薬を投与したが、第 7 病日に右扁桃周囲膿瘍を形成したため排膿切開を行った。増悪傾向であれば即時扁摘も考慮したが、排膿切開後は保存的加療で咽頭痛や頸部痛は改善していき、血液検査でも炎症反応と凝固系の改善を認め第 18 病日に退院とした。退院後も抗生素と抗凝固薬を継続し、退院 2 週間後に抗生素を終了、退院 2 カ月後に抗凝固薬を終了し、治療終了とした。レミエール症候群の初期症状は咽頭痛や発熱などであり耳鼻咽喉科を受診することが多いが、診断や治療が遅れる最悪の場合は生死にかかる。急性扁桃炎や上気道炎の患者を診断した時には、レミエール症候群の可能性も念頭にあげ、内科と連携して診断・治療することが重要である。

O26-2. 当科における扁桃周囲膿瘍症例の検討

○相川遂夫・石川竜司

焼津市立総合病院

【はじめに】 扁桃周囲膿瘍は、扁桃炎の悪化により膿瘍が形成される耳鼻咽喉科領域の緊急疾患である。今回われわれは、扁桃周囲膿瘍に対し切開排膿後入院した患者群について検討した。

【方法】 2023 年 7 月～2025 年 3 月までに入院した 28 例について後方視的に検討した。全例で、頸部造影 CT で膿瘍を確認後、切開排膿してから入院とした。入院中はアンピシリン・スルバクタム 3g を静脈注射で 1 日 3 回投与とし、ペニシリンアレルギーを有する場合には、クリンダマイシン 600mg を 1 日 3 回投与した。喉頭浮腫を認める場合には、ヒドロコルチゾンコハク酸エステル Na の漸減投与を併用した。

【結果】 男性 18 例、女性 10 例、年齢中央値は 37.5 歳であった。平均入院期間は 5.6 日であり、喫煙の有無による有意差は認めなかった。細菌は 23 例で検出され、好気性菌と嫌気性菌の混合感染が 16 例で認められた。菌種別でみると嫌気性菌である *Prevotella* 属が 10 例で最多だった。アンピシリン・スルバクタムの耐性株は検出されなかった一方で、クリンダマイシンの耐性株は 1 株検出された。膿瘍の再発は口蓋扁桃摘出術を行わなかった 26 例中 2 例で認められた。

【考察】 過去の報告では、*Prevotella* 属に対してはアンピシリン・スルバクタムの感受性が 100% である一方で、クリンダマイシンは 55% と低いため注意が必要である。当科の検討でも、アンピシリン・スルバクタムの耐性株は出現せず、単剤での治療で効果が得られていたと考えられた。扁桃周囲膿瘍の再発率は文献により様々であり、40 歳以上での再発は 20～40 歳代と比較して低いという報告もある。当科でも同様の結果が得られた。

【結論】 扁桃周囲膿瘍に対して、抗菌薬の第一選択はアンピシリン・スルバクタム単剤とする方針である。再発率が比較的高く、社会的損失が多い 20～40 歳代は、同意が得られれば扁桃摘出術を考慮してよいと考える。

O26-3. 当科における深頸部膿瘍 80 例の臨床的検討

○山内麻由・谷水宏圭・芦田裕士・飯島宏章
寺邑堯信・和佐野浩一郎・大上研二

東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】深頸部膿瘍は、口腔・咽頭などの感染を契機に深頸部に波及する重篤な疾患であり、気道閉塞、縦隔炎、敗血症など命に関わる合併症を引き起こすことがある。迅速な診断と適切な治療戦略の立案が極めて重要である。今回我々は、当科で経験した深頸部膿瘍 80 例を対象に臨床的特徴と治療内容を後方視的に検討し、文献的考察を加えて報告する。【対象と方法】2016 年 4 月から 2025 年 3 月の期間に当科で深頸部膿瘍と診断され、入院治療を受けた 80 例を対象とした。診療録をもとに、年齢、性別、基礎疾患、主訴、膿瘍部位、起炎菌、気道管理、抗菌薬治療、外科的排膿の有無、転帰について調査し、後方視的に解析した。【結果】対象は男性 51 例・女性 29 例、年齢は 2-92 歳（中央値 63 歳）で、高齢者の割合が高かった。気道狭窄や呼吸困難を認め、気道確保を要した症例は 45 例（56.3%）で、その内訳は気管切開 39 例、気管内挿管 6 例であった。全例に抗菌薬を投与し、58 例（72.5%）に対し頸部外切開による外科的排膿を施行した。22 例（27.5%）は保存的治療で軽快した。【考察】深頸部膿瘍は高齢者に好発し、重篤化する症例が多かった。保存的治療が奏効したのは膿瘍が限局し、気道への影響が軽度な症例に限られた。深頸部膿瘍は短期間で増悪することがあるため、CT による正確な評価、早期の気道確保、外科的介入の適応判断が予後を左右すると考えられた。【結論】深頸部膿瘍は高齢者に多く、重篤化する可能性が高い疾患である。軽症例では保存的治療も可能だが、多くの症例では気道確保と外科的排膿が必要となる。適切な重症度評価に基づいた集学的治療が重要である。

O26-4. 急性扁桃炎に続発しレミエール症候群をきたした一例

○寺山泰輔・中澤圭史

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

レミエール症候群は咽頭感染に続いて内頸静脈血栓を形成し、遠隔転移性膿瘍を生じる稀な疾患である。今回、急性扁桃炎から本症へと進展した一例を経験した。症例は 51 歳女性。咽頭痛を主訴に近医を受診し、抗菌薬が処方されたが改善せず、扁桃周囲膿瘍および頸部膿瘍が疑われ当院を紹介受診した。左口蓋扁桃上極より排膿を認め、ABPC/SBT の投与を開始したが、全身状態が悪化し敗血症性ショックを呈した。ICU 管理とし抗菌薬を ABPC/SBT, VCM, CLDM 併用治療に変更し、造影 CT にて左前頸静脈内血栓と両肺に空洞を伴う結節影を認め、血液および扁桃培養にて Fusobacterium necrophorum を検出されたことからレミエール症候群と診断した。抗菌薬感受性を参考に ABPC/SBT を継続し、約 5 週間で炎症所見は改善、血栓の縮小も確認された。良好な経過をたどったレミエール症候群の 1 例について文献的な考察を加えて報告する。

O26-5. 深頸部膿瘍の咽頭皮膚瘻に対する陰圧閉鎖療法施行の工夫

○上田航毅・石神瑛亮

三重大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】陰圧閉鎖療法は皮膚科領域の難治性皮膚潰瘍や一般外科領域の術後感染や壊死を伴う縫縮困難な創部の創傷治癒法として用いられている。最近では頭頸部癌術後の咽頭皮膚瘻への適用が報告されているが、創部密閉による感染助長の可能性も懸念されている。今回、深頸部膿瘍で生じた創部汚染を伴う咽頭皮膚瘻に対して、洗浄液周期的自動注入機を用いて陰圧閉鎖療法を施行した例を報告する。

【症例呈示】70歳男性。未治療の糖尿病あり。当院初診の1週間前から食思不振と嚥下障害があり、救急搬送された。造影CTで口腔底から縦隔にかけて広範囲に膿瘍形成と周囲の組織内含気を認めた。同日緊急で全身麻酔下頸部切開と胸腔鏡下縦隔切開による排膿ドレナージ術、気管切開術を施行した。甲状腺骨膜の壊死と咽頭瘻を認め、ペンローズドレンを留置し、連日局所洗浄を施行した。しかし、唾液の漏出が続き、頸部から縦隔にかけて膿瘍が増大し、術後7日目に再度頸部切開と胸腔鏡下縦隔切開によるドレナージ術を施行した。その後、術後16日目と38日目に心肺停止を生じたが蘇生した。唾液漏出に対する局所処置無効と全身状態不良のため、陰圧閉鎖療法を導入した。機材は洗浄液周期的自動注入機を使用し、瘻孔サイズが大きくて著明な空気漏れのため、推奨圧よりも低圧の50mmHgで施行した。約2ヵ月後に瘻孔は閉鎖した。感染は制御できたが、嚥下障害のため胃瘻造設を行い、後方支援病院へ転院となった。

【考察】頭頸部の感染性瘻孔には気道、消化器との交通、唾液という難治性因子が伴い、その制御は難儀である。陰圧閉鎖療法に伴う感染助長の懸念に対して、今回使用した洗浄液周期的自動注入機能付き陰圧閉鎖療法是有用であると考える。

P1-1. 気管切開部に再発を認めた進行下歯肉癌の一例

○荻野裕平・藤澤琢郎・阪上智史・八木正夫

関西医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

再建を要する進行頭頸部癌では一般的に気道確保を目的に気管切開術を併施する。下歯肉癌 T4a 症例の手術後早期に気管切開部に再発病変を認めた症例を経験した。症例は 50 歳台の男性。X-3 月から下顎の腫脹を認め、X 月には開口障害を伴うようになり当科に紹介された。組織検査で扁平上皮癌であり、画像検査から下歯肉癌 CT4aN2bM0 と診断した。X + 1 月に気管切開術、下顎区域切除術、両側頸部郭清術、下顎プレート再建術、大胸筋皮弁再建術を実施した。術後病理検査にて断端陽性であったため、局所および転移を認めた右頸部リンパ節領域に対して化学放射線療法を追加した。X + 7 月前頸部正中に硬結を触知し、画像検査で腫瘍性病変を認めた。細胞診では扁平上皮癌を疑う像を認めたため、切除手術を実施した。術後病理検査では,,, 初回治療病変と同じ? 違う? 細胞分類? 口腔癌の再発は局所の他に、遠隔臓器への血行性転移、リンパ節への転移が考えられるが、本症例のように気管切開部に再発を認めた症例は稀であると考えられる。病態に関して文献的考察を加えて報告する。

P1-2. Micropapillary Pattern を有する舌原発 Intraductal Carcinoma の一例

○服部晋弥・福田裕次郎・前田祐一郎・小森正博
假谷 伸・原 浩貴

川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

【緒言】 Intraductal carcinoma (以下 IDC) は 2017 年に WHO 分類 4 版で新たに加えられた唾液腺腫瘍の一つである。本腫瘍の発生頻度は低く、小唾液腺に認めた報告は極めて少ない。今回我々は、舌に発生した Micropapillary pattern を伴う IDC の一例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。【症例】 44 歳男性。舌腫瘍を主訴に当科を受診された。初診時、右舌縁部に ϕ 10mm 大の腫瘍を認めた。造影 MRI 検査では、同部位に T1WI で低信号、造影効果の乏しい境界明瞭な腫瘍像を認めた。粘液囊胞や線維腫などを鑑別に挙げ、舌腫瘍摘出術を施行した。病理検査では、HE 染色で大小の腺腔を認め、Micropapillary pattern の増殖形態を示した。Mammaglobin 染色陽性の腫瘍細胞を認め、腫瘍の外周に p63 染色陽性の筋上皮細胞が存在した。以上の所見から、IDC と診断した。術後 5 年間無再発で経過した為、定期診察を終了した。【考察】 IDC は、大小に拡張した囊胞構造内に篩状～乳頭状に腫瘍細胞が増殖し、導管内進展を示すのが特徴である。特に Micropapillary pattern はさまざまな臓器の癌において報告されており、一般的に予後不良因子とされている。腫瘍細胞が明確な線維血管性間質を持たず、空隙に浮かぶように存在する構造で、しばしばリンパ管侵襲との関連が強く、リンパ節転移率が高いことが知られている。本症例が良好な予後を示した要因として、Micropapillary pattern が minor component であったこと、早期発見による完全切除をしたことで、舌における本構造が他臓器ほどの悪性度を示さない可能性などが考えられた。【結語】 舌原発 IDC が稀であることにくわえて、Micropapillary pattern の病理学的、臨床的背景を踏まえた評価の重要性を示唆する症例であった。

P1-3. AIDS 患者における再建手術を要した進行舌癌に関する一考察

○嘉陽祐紀・石川航大・真栄田裕行・鈴木幹男

琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

【はじめに】ヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus: HIV) 関連疾患は、1996年に導入された多剤併用抗レトロウイルス療法の登場により、早期に診断できれば長期予後が期待できるものとなった。同じく AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) 関連死も著しい減少傾向にある。一般的に、HIV 患者における頭頸部癌の発生率は非 HIV 感染者と比べて高いとされている。しかし本邦において HIV 感染者に対する頭頸部癌の手術例、特に遊離自家組織による再建を伴う手術例の報告は極めて少ない。今回我々が経験した症例は AIDS 発症例であり、手術に際しては通常の HIV 感染者とは異なる対応が求められる。【症例】患者は 65 歳の男性である。数カ月前から持続する左舌縁の疼痛を主訴に前医を受診し、MRI 画像検査で舌の悪性腫瘍が疑われ当科紹介となった。視診では舌表面に明らかな病変は見られなかつたが、粘膜下に圧痛の著明な硬結を触知した。全身麻醉下での生検の結果は扁平上皮癌であり、画像検査の結果と併せて最終的に左舌縁癌 (cT4aN1M0, cStage IV A) と診断した。既往に AIDS 指標悪性腫瘍である悪性リンパ腫があるが、治療後 8 年以上寛快状態を維持していた。当院感染症内科への対診で、HIV 感染は良好にコントロールされているとの結果を得た。さらに院内のキャンサーボードにおいて多職種で協議し、再建を伴う長時間手術を行うことに対しての承認を得て、舌半切除・左頸部郭清・右前外側大腿筋皮弁による舌再建および気管切開術を施行した。術後経過は順調で、現段階で免疫不全を誘因とする合併症の発生は見られていない。本症例を通じて、HIV/AIDS に関する周術期のマネジメントについて、国内外の最新の知見も交えて考察したので報告する。

P1-4. 骨髄移植歴のある舌癌の治療経験の一例

○坪岡涼太¹⁾・吉岡 嶽¹⁾・立花愛響¹⁾・高野賢一²⁾

1) 帯広厚生病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

AML などの疾患に対する同種造血幹細胞移植による長期生存率は以前よりも増加しているが、同時に晚期障害が問題となってきた。中でも二次がんは頻度が多く生命予後にも影響するため注意が必要であり、口腔癌や食道癌の頻度が多いとされている。今回我々は骨髄移植後の進行舌癌を経験したため報告する。

症例は 50 歳男性、5 歳時に急性リンパ性白血病を発症し一度覚解していたが 25 歳時に再燃、同種造血幹細胞移植を施行された。覚解となり当院血液内科で経過観察されていたが、移植後 22 年目となる 48 歳時に舌左側辺縁の腫瘍から出血があり当科に紹介された。腫瘍は 4cm を超えており、喉頭蓋舌面まで進展、左上内深頸リンパ節に転移が認められ、舌癌 T4aN2aM0 stage4a と診断とされた。導入化学療法後に舌喉頭全摘術、左中咽頭側壁～上壁切除、左頸部郭清術、下顎骨部分切除、大胸筋皮弁再建、さらに術後放射線治療 60Gy が施行された。放射線治療終了 4 カ月後の CT で左後頸部リンパ節への再発を認められ、同部位の郭清術を施行するも、さらに 3 カ月後の CT では右副咽頭間隙に再発を認められた。ニボルマブの投与開始とともに右副咽頭間隙腫瘍への追加放射線治療 30Gy を施行された。ニボルマブ 5 コース投与中、有害事象は認められなかつたが PD となつた。緩和治療をすすめていたが、感染を起こし敗血症による多臓器不全で死亡した。

移植後二次がんのリスク因子として慢性 GVHD が挙げられる。早期の段階で口腔粘膜の扁平苔癬様変化などを見つけ、ステロイドによる管理を行うことが重要である。骨髄移植後がんの治療のエビデンスはすくなく、通常のがんに対する治療と同様のものを行うこととなる。また骨髄移植を行っているため移植された免疫系においての免疫チェックポイント阻害薬の使用が、どのような問題を引き起こすか不安であった。効果に関しては PD ではあったが、致命的な irAE はきたさなかつた。

P1-5. 舌弁による再建を行った口唇癌の一例

○角木拓朗¹⁾・小林義明²⁾・鍋谷峻矢³⁾・鈴木寛久³⁾
花井信広²⁾

1) 岐阜大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

2) 愛知県がんセンター 頭頸部外科

3) 愛知県がんセンター 形成外科

P1-6. 演題取り下げ

【背景】口唇癌は本邦では口腔癌の中で最も頻度の低い希少な癌である。治療方法は外科的切除が第一選択である。口唇の再建にあたっては、機能面のみならず、色調や質感などを含む整容面に考慮した再建が望まれる。今回我々は上歯肉癌および頬粘膜癌の手術歴のある下口唇癌の症例に対して、舌弁による再建を行ったため、文献的考察を交えて報告する。【症例】69歳男性 右下口唇扁平上皮癌 cT3N2cM0 (UICC 第8版) 疑い。【既往歴】右上歯肉癌に対し右上顎部分切除、右頸部郭清術、遊離腹直筋皮弁による再建（他院）右頬粘膜癌に対し右頬粘膜切除を3回（他院）。【経過】上記術後に右下口唇の腫瘍を認め、前医では手術不能との判断で当院に紹介された。下口唇の赤唇に限局する横径41mmの腫瘍を認めた。PET-CTで右後頸部リンパ節、左頸部に複数の集積を認めた。院内カンファレンスで手術可能と判断し、再建方法について形成外科と検討した。切除範囲が下口唇のおよそ3分の2と欠損が大きく、さらに複数回の手術の既往により口唇周囲の皮膚の進展性が乏しいため、簡便性と術後機能・整容面に優れる舌弁による再建が有用と判断した。X日に下口唇悪性腫瘍切除術+両側頸部郭清術+気管切開術+舌弁による再建術を施行した。術後経過は良好で、X+14日に皮弁切り離し術を行い、X+15日に気管カニューレをスピーチタイプに変更し发声が良好であることを確認した。X+18日より経口摂取を再開し、X+20日に経鼻胃管を抜去、X+23日に気管カニューレを抜去して、X+31日に自宅退院した。【結語】舌弁での口唇再建は二期的に皮弁切り離し術が必要であるが、手術操作が比較的簡便で侵襲が少なく、再建口唇の質感・色調が保たれる点で整容面に優れるほか、口唇の縮小や口唇閉鎖不全を引き起こしにくい。そのため、口腔内の複数の手術歴があり遊離皮弁再建が困難と考えられる症例に限らず、症例に応じて積極的に選択されるべき有用な再建法の一つである。

P2-1. 巨大頸部瘻孔を主訴に来院し診断に苦慮した外歯瘻の一例

○秦 美遙・平野康次郎・鄭 裕華・北嶋達也
嶋根俊和

昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

【緒言】頸部皮膚瘻孔を主訴に耳鼻咽喉科頭頸部外科を受診する患者は稀ではあるが、原因疾患は悪性腫瘍、感染症、外傷など多岐にわたる。今回我々は頸部皮膚の巨大瘻孔を主訴に来院し、梅毒感染と口腔衛生不良を伴い診断に難渋した外歯瘻の一例を経験したため報告する。【症例】症例は55歳男性、頸部皮膚巨大瘻孔を主訴に202X年Y月Z日当院を受診した。Y月Z-17日に下顎に有痛性腫瘍を自覚し、徐々に増大し黒色化した後、中心が脱落し瘻孔形成したが自宅で様子をみていた。初診時、下顎正中に約5cmの大瘻孔を認め、周囲皮膚は壊死していた。血液検査で炎症反応上昇は認めず、梅毒RPR法およびTP法共に陽性であった。頸部造影CT検査では右下顎第4-5歯に根尖性歯周炎を認め、下顎骨に慢性骨髓炎の所見を認めた。病理組織学的検査では形質細胞主体の炎症細胞浸潤および類上皮肉芽腫が認められた。Treponema palliumに対する免疫染色を始め各種染色法で鏡検を行ったが、病原微生物は確認されなかった。梅毒感染に対してはアモキシシリソル(AMPC)1,500mg/日の投与を開始した。瘻孔はポビドンヨードによる局所処置を行い、Y+1月Z日には瘻孔の閉鎖が確認された。当院受診前の梅毒症状を聴取したところ、Y-14月に自然消退した全身性の発疹を認めており、第3期梅毒と考えられた。ゴム種に伴う骨髓炎・皮膚瘻孔を鑑別に挙げ、T. pallidum遺伝子に対するPCR検査を施行したが陰性であった。検査結果および臨床経過から、最終的に外歯瘻と診断した。【まとめ】外歯瘻は歯性感染による慢性化膿性炎症の排膿経路が顔面や頸部の皮膚に瘻孔として開口する疾患である。発生部位は頬部、頤部、咬筋部、顎下部の順に多く、原因菌としては下顎第一大臼歯が最も多い。外歯瘻は原因歯の特定が困難な場合や、他疾患を合併することで診断に難渋することがある。早期より皮膚科や歯科と連携し、治療方針を検討することが重要である。

P2-2. 小児扁桃周囲膿瘍に対する膿瘍扁桃摘出術の検討

○塚田弥生

黒部市民病院

【はじめに】扁桃周囲膿瘍は、口蓋扁桃被膜と咽頭収縮筋群との間隙（扁桃周囲間隙）に膿瘍を形成した状態をさし乳幼児ではまれな疾患とされている。今回、過去10年間に当科で経験した小児扁桃周囲膿瘍8症例中6例に対して膿瘍扁摘を施行し、いずれも良好な経過が得られた。小児扁桃周囲膿瘍に対する膿瘍扁摘の適応および有用性を検討した。【対象と方法】2014年から2023年の過去10年間に当科を受診した10歳以下の小児扁桃周囲膿瘍8例について、診療録から年齢、性別、症状、検査値、原因菌、治療方法、経過などのデータを確認し後方視的に検討した。【結果】年齢は5歳から10歳まで中央値は7歳で、男児が2例、女児が6例であり、患側は左が6例、両側が2例であった。全例に発熱を認め血液検査では全例に白血球とCRPの上昇を認めた。同定された原因菌は8例中7例がA群溶血性連鎖球菌（溶連菌）であった。手術時間について切開排膿の2症例は17-35分（平均26分）、膿瘍扁摘の6症例は21-68分（平均33分）を要している。全例出血は少量であった。入院期間は切開排膿の2症例は5-8日（平均6.5日）、膿瘍扁摘の6症例は4-7日（5.5日）であった。【まとめ】小児扁桃周囲膿瘍に対して膿瘍扁摘が有効であり、治療法の一選択肢になると考えられた。

P2-3. 当科における小児頸部膿瘍の手術適応に関する因子の検討と機械学習の活用

○甲州亮太¹⁾²⁾・野田昌生¹⁾²⁾・伊藤真人¹⁾²⁾

1) 自治医科大学 耳鼻咽喉科

2) 自治医科大学 とちぎ子ども医療センター 耳鼻咽喉科

【目的】小児頸部膿瘍の治療方針決定において、手術適応の判断はしばしば困難を伴う。近年、機械学習は医療領域で高精度な予測に寄与することが報告されている。本研究では、従来のロジスティック回帰と比較して、機械学習モデルが小児頸部膿瘍の手術適応予測において有効であるかを検討した。【方法】2010年-2024年に当院で診断・治療を受けた小児頸部膿瘍患者55例を対象とした後方視的研究を実施した。年齢、性別、採血所見、画像所見（膿瘍サイズ・分布）などの臨床データを収集し、ロジスティック回帰や機械学習モデルを作成した上で、ROC-AUC、精度、再現率、F1スコアに基づき各モデルの性能を比較した。【成績】ロジスティック回帰と比べてXGBoostモデルは比較的高い予測性能（AUC、再現率、F1）を示した。特徴量の重要度分析により、膿瘍サイズ（mm）が最も手術適応に寄与する因子と判明し、続いてNLR（好中球／リンパ球比）、好中球数が有用であった。白血球数や年齢は有意な影響を示さなかった。【結論】機械学習は、小児頸部膿瘍の手術適応予測において少なくとも従来のロジスティック回帰と同等以上の精度を示した。膿瘍サイズが最も重要な予測因子であり、炎症マーカーも一定の貢献を示した。臨床において総合的に治療方針を決める上で、機械学習の導入は意思決定支援に有効である可能性がある。

P2-4. 頸部腫瘍を契機に判明した梅毒の1例

○後藤謙太・有岡 駿・山下恵司

市立函館病院 耳鼻咽喉科

梅毒は *Treponema pallidum* によって引き起こされる性感染症の代表的疾患であり、皮膚や粘膜から *Treponema pallidum* が侵入し全身性に血行性に散布される慢性炎症性疾患である。近年感染者数が急増していることから特に注目されている性感染症であり、今回、我々は頸部リンパ節腫脹と発熱を主訴に受診した梅毒の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40代男性。3日前より持続する疼痛を伴う頸部腫瘍と発熱の精査加療目的に当科紹介となった。血液検査でCRP上昇、CT検査で左頸部リンパ節の腫脹と膿瘍形成を認め、化膿性リンパ節炎疑いで抗菌薬治療を開始した。左扁桃下極に一部白苔着付を伴う粘膜の不整を認め、悪性疾患や特殊感染症鑑別のため穿刺吸引細胞診や生検を予定していたが、梅毒血清反応にてTP抗体、RPR定量の上昇を認め、また抗菌薬投与で扁桃の粘膜不整は改善していたため、梅毒によるリンパ節炎と診断した。診断確定後に改めて病歴を聴取したところ、約10名の同性・異性と性的パートナーであることが分かった。追加で行った血液検査でHIV陽性であり、当院血液内科に紹介し現在治療中である。日本では2010年以降、首都圏を中心に梅毒患者が急増しており、2016年には日本性感染症学会から注意喚起の発表があった。抗菌薬が既に投与されている場合には診断に至らず無症候梅毒に移行し、感染拡大の要因となることが懸念されている。われわれ耳鼻咽喉科医は口腔・咽頭病変や頸部腫瘍の鑑別に梅毒を挙げ、詳細な病歴聴取などを心掛ける必要がある。

P2-5. ナビゲーションシステムの使用により安全に排膿可能であった小児咽後膿瘍の一例

○木津有美・橋本 馨・梅本真吾・立山香織
川野利明・平野 隆

大分大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

小児の深頸部膿瘍は、上気道感染などを契機に局在性感染が間隙内のリンパ節へ波及することから発症する。保存的加療で治癒に至る症例も多いが、外科的治療を要する場合もあり判断に苦慮することがある。今回我々はナビゲーションシステムを使用し切開排膿を得られた咽後膿瘍の症例を経験したため報告する。症例は6歳男児。左耳下部痛および発熱を主訴に近医受診、流行性耳下腺炎の診断にて保存的加療となった。経口摂取不良にて4日後に近医受診し、頸部単純CTにて咽後膿瘍を疑う所見を認め当院紹介受診となった。当院受診時、体温39度、左耳下部腫脹・熱感・圧痛と開口制限を認めた。血液検査にてCRP 24.62mg/dl、WBC 21910/ μ l (Neut 89.7%)と炎症反応の上昇を認め、CTにて上頸部に膿瘍形成を認めた。左上極型の扁桃周囲膿瘍と判断し、両側口蓋扁桃摘出術を施行した。扁桃周囲粘膜に炎症所見は認めず、上極周囲および上咽頭からの排膿を試みたが粘膜穿刺にて排膿を得られなかった。咽頭浮腫著名であり術後は挿管のままICUにて鎮静管理とし、ABPC/SBT + CLDMにて保存的加療を行った。入院5日目に造影CT施行し、膿瘍は頸部左側からやや正中にむけて進展していた。上咽頭から中咽頭にかけて粘膜浮腫を認めており、正確な場所把握のためナビゲーションシステムを用いて切開排膿することとした。全身麻酔下に鼻内内視鏡を用いて口腔側から咽頭観察し、ナビゲーションに従って咽頭粘膜切開を行った。排膿を得られたため、膿瘍部分の吸引清掃を行った。小児の膿瘍は、多くの症例で保存的治療が可能であるが、部位によっては穿刺排膿を早い段階で考慮する必要がある。安全な切開排膿を目的とした、ナビゲーションシステムの有用性について文献的考察を行ったため報告する。

P3-1. 中咽頭癌に対する経口的ロボット支援手術に対する再発様式の検討

○清水 順・田中英基・羽生健治・下野友太郎
塙原清彰

東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

当科では中咽頭癌に対して2011年8月より経口的ロボット支援手術 (Transoral robotic surgery : TORS) を行ってきた。2024年8月までの間に中咽頭癌112症例に対して手術を行い、そのうち109例が扁平上皮癌症例であった。本治療成績に関しては、第126回日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会で有効性を検討した。当院の方法は海外に比べ、治療強度が低く低侵襲と言えるが、リンパ節再発による局所再発は増加する。今後の課題として、頸部リンパ節再発に関する対応が重要であるが、まだ、症例数が少ないと、報告ごとに患者の選択や治療方法が違うことから、今後議論が多くなることが予想された。今回我々は再発症例をより詳細に検討することにより、今後の道筋がわかるのではないかと仮定した。再発症例は18例(17%)、このうち頸部リンパ節の単独再発が16例であった。うち5例が咽頭後リンパ節再発、それ以外が11例であった。11例に対しては頸部リンパ節郭清術を行い、5例に節外浸潤を認めたため、追加で(化学)放射線治療を行っている。これらの再発様式を検討することによりTORSを行う症例の最適化が図れるかどうか、文献的に考察する。

P3-2. 進行下咽頭癌の周術期 CTCs 数の変化について

○志茂田裕・村上瑛・齋藤陽元・折田頼尚

熊本大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科

【目的】頭頸部癌の診療において、局所および頸部病変の根治術後に遠隔転移を来して不幸な転帰をたどる症例をしばしば経験する。Circulating Tumor Cells (CTCs) が遠隔転移の形成に関与していることは広く知られているが、手術侵襲によるストレスが CTCs の遊走性と浸潤性を高め、遠隔転移成立に寄与するという報告も出ている。熊本大学では工学部および民間企業と共同で CTCs 測定機器（微量癌細胞検出フィルター）を開発しており、これを用いて頭頸部癌患者の周術期における CTCs 数の変化を観察したため、報告する。

【方法】対象は 2024 年 4 月から当科で手術加療を行った進行下咽頭扁平上皮癌症例 5 例。全例男性で年齢は 61~83 歳（中央値：74 歳）であり、臨床病期は cStage III~IVB であった。術前（手術日の 15~0 日前；中央値 9 日）、術中（原発・頸部病変摘出後）、術後（手術日の 6~15 日後；中央値 11 日）の 3 点において採血を行い、フィルターによって捕捉された腫瘍細胞数をカウントした。各採血タイミングにおける 1ml 中の腫瘍細胞数の平均値を算出し、術前後でその推移を比較し、統計解析を行った（使用ソフト：EZR）。

【結果】腫瘍細胞数の平均値は術前：1.00~3.50cells/ml（平均値：2.05cells/ml）、術中：0.25~1.50cells/ml（平均値：0.90cells/ml）、術後：0.00~1.00cells/ml（平均値：0.35cells/ml）と低下傾向がみられ、術前と術後での細胞数の減少率は 50~100%（平均値：82%）であったが、統計学的な有意差はなかった。

【結論】根治術後は血中 CTCs 数が減少する可能性とともに、熊本大学が開発しているフィルターの有用性も示唆された。今回捕捉された CTCs の臨床的意義は現状不明であり、今後も症例数の蓄積と各症例の経過観察を継続していく必要がある。

【謝辞】本研究の遂行にあたり、熊本大学大学院先端科学研究部 中島雄太准教授より研究装置のご提供ならびに貴重なご助言を賜りました。深く感謝申し上げます。

P3-3. ニボルマブ投与と外科的切除により長期生存が得られた下咽頭癌症例の病理組織学的検討

○村上瑛・志茂田裕・齋藤陽元・折田頼尚

熊本大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は、再発または遠隔転移を有する頭頸部癌 (RM-HNC) の予後改善に寄与しているが、奏効率は約 3 割にとどまり、単剤治療ではさらに低いとされる。今回我々は ICI 治療開始から 15 カ月以上無増悪生存を維持するいわゆる “super responder” に注目し、ICI 治療中に再発した病変を外科的に切除し長期生存を得られている 1 例について、免疫組織学的解析を追加して検討した。

症例は 62 歳男性。右梨状陥凹原発下咽頭扁平上皮癌 (cT4aN2bM0, cStage IVB) にて手術予定であったが、突然音信不通となった。9 カ月後に呼吸困難を主訴に救急搬送され、同日緊急気管切開を施行。導入化学療法を経て、咽喉頭全摘出術および遊離空腸再建術を施行。病理検査では頸部リンパ節転移に節外浸潤を認め、術後補助化学放射線療法を実施した。治療終了後 6 カ月で左肺に遠隔転移を認め、プラチナ製剤抵抗性と判断しニボルマブ治療を開始した。7 回投与時点で肺転移はほぼ消失し、その後約 3 年間にわたり病勢は安定していた。3 年後に新たな肺転移を認め、部分肺葉切除を施行。術後にニボルマブを再開し、現在までに 133 回投与、2 年半以上無再発で経過しており、治療開始から通算で 5 年半が経過している。

原発巣生検組織および切除された肺病変に対して免疫組織化学染色を行った。両病変で、CD3 および CD103 陽性リンパ球の浸潤は認められたが、CD8 陽性細胞は少數であった。肺病変では、癌細胞における HLA-class I, β2 ミクログロブリン (β2M), HLA-DR の発現が消失し、間質に CD163 陽性細胞が少数出現していた。PD-L1 は両病変で陰性であった。これらの所見から、肺病変における ICI 抵抗性には抗原提示能の低下および CD163 陽性腫瘍関連マクロファージ (TAMs) の増加が関与している可能性が示唆された。限局した病変に対する外科的切除と ICI 継続投与が奏功した本症例は今後の治療戦略における示唆を与える貴重な症例と考えられる。

P3-4. 導入PCE療法およびサイバーナイフにて治療を行った独居高齢進行中咽頭癌の1例

○小佐野雅識・松岡伴和・櫻井大樹

山梨大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

進行頭頸部癌は集学的治療の進歩により治療成績は向上しつつある。しかし、高齢癌患者においては、強い治療は副反応の問題から困難なことも多く、認知機能の低下により治療法の選択や完遂に大きな支障を来たすこともある。また、独居高齢者においては、治療の意思決定や治療中・治療後のサポート体制など様々な問題に直面する。今回我々は、治療を完遂した独居高齢進行中咽頭癌患者を経験した。症例は83歳男性、咽頭痛と体重減少を主訴に当科を紹介受診。腫瘍は舌根から喉頭蓋、右披裂部まで浸潤し、両側頸部リンパ節の腫脹あり。右中内深頸リンパ節は長径30mmを超え、CT・MRI検査では節外浸潤を認め、中咽頭癌(p16-) cT4aN3bM0 (StageIVB) の診断となった。進行癌であることを告げると、当初は治療に拒否的であったが外来治療であれば受けたいとのこと。まずは導入PCE療法(Paclitaxel, Carboplatin, Cetuximab)を実施する方針となった。1コース目は数日間の入院を繰り返し、2コース目は外来で実施した。2コース目の途中でGrade 3の好中球減少はあったが、他に副作用なく治療容認性はあると判断。3コース目は行わず、外来放射線治療を提案した。しかし、通院は友人の送り迎えあるいはタクシーを利用しておらず、金銭的に難しいとのことで、ご本人と相談しサイバーナイフ治療の方針となった。山梨県内の医療機関にてサイバーナイフを実施(35Gy/5fr、腫瘍内最大線量50Gy)。実施後、CRを得たが、6ヵ月後に局所に潰瘍形成あり。生検にて陰性ではあった。10ヵ月後のCTにて局所再発が疑われ経過観察中。しかし、治療中および治療終了後も生活は完全に自立し、ほぼ以前と同様の生活が維持されている。全ての患者に共通するが、特に高齢癌患者に対する治療法の選択には多様な検討が必要となってくる、文献的な考察も含め報告したい。

P3-5. 導入PCE療法開始時に重篤なインフュージョンリアクションを起こした中咽頭癌の1例

○松岡伴和・小佐野雅識・石井裕貴・櫻井大樹

山梨大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

進行頭頸部扁平上皮癌は難治な疾患であるが、集学的治療の進歩により治療成績は向上しつつある。近年、進行頭頸部扁平上皮癌に有効な治療として、PCE療法(Paclitaxel, Carboplatin, Cetuximab)が広く用いられるようになってきた。今回我々は、導入PCE療法開始時に重篤なインフュージョンリアクションを起こした症例を経験した。

症例は63歳男性、中咽頭癌(扁平上皮癌p16陰性)の患者で、腫瘍は左側壁から正中を超えて、開口一横指程度と高度な開口障害を認めた。画像評価では内側翼突筋、下顎骨にも浸潤を認め、頸部リンパ節も複数腫脹あり。cT4aN2bM0 (StageIVA)の診断となった。既往は軽度の脳梗塞のみであった。導入PCE療法後に放射線化学療法を計画し、入院にてPCE療法を開始した。Cetuximab投与開始5分後にインフュージョンリアクションが出現。血圧及び血中酸素飽和度、意識レベルの低下あり。エビネフリンの複数回投与により血圧及び呼吸状態は落ちていたが、意識レベルが改善せず左片麻痺の所見あり。CTにて、右視床及び脳幹に出血を認めた。その後意識レベルは改善したが、左片麻痺や意思疎通困難な状況が残存してしまった。癌に対する治療継続は困難と判断し、Best Supportive Careの方針となり、ハビリテーション可能な医療機関へ転院となった。

PCE療法は比較的安全性の高い治療法ではあるが、副作用も存在する。Cetuximabに対するインフュージョンリアクションは、マダニ咬傷による経皮感作からCetuximab、牛肉、豚肉へ交差反応を示す α -Gal症候群が主な原因と考えられている。インフュージョンリアクションの機序やその対応について、文献的考察も含め報告したい。

P3-6. 中咽頭癌の臨床的検討

○坂東伸幸・後藤 孝・有馬涼太・中牟田航希

北斗病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

中咽頭癌は近年増加傾向にあり、HPV 感染による影響が指摘されている。手術、化学療法、放射線照射の組み合わせで治療を行うが、亜部位、原発腫瘍や転移リンパ節の大小、HPV の状態、年齢、併存症によって初回治療法の選択に迷うことも少なくない。今回、2009 年から 2025 年までの 16 年間に当科で治療した中咽頭癌 71 例の臨床像と治療成績を検討した。性別は男性 64 例 (90%)、女性 7 例 (10%)、年齢の中央値は 65 歳 (42-93 歳) であった。喫煙者は 60 例 (85%)、非喫煙者は 11 名 (15%)、Brinkman Index の中央値は 600 (0-2,700) であった。飲酒歴は Sake Index の中央値は 40 (0-150) であった。他癌を有した症例は 16 例 (23%) であった。亜部位別では側壁 41 (58%)、前壁 22 (31%)、後壁 5 (7%)、上壁 3 (4%) であった。p16 陽性が 38 例 (54%) (Stage I : 21 例、II : 9 例、III : 8 例)、p16 陰性が 33 例 (46%) (Stage I : 3 例、II : 5 例、III : 4 例、IVA : 14 例、IVB : 7 例) であった。初回治療法として CCRT が 19 例 (27%)、放射線併用超選択的動注化学療法 (RADPLAT) 16 例 (23%)、RT 単独 14 例 (20 %)、原発腫瘍切除（扁摘、側壁切除、経口腔的切除術を含む）と頸部郭清術後照射 8 例 (11%)、原発腫瘍切除と頸部郭清術後 CCRT 6 例 (8%)、経口腔的切除のみ 2 例 (3%) などが施行された。疾患特異的 5 年生存率で p16 陽性群は 87%、p16 陰性群は 25% 有意な差を認めた。さらに症例を詳細に検討したので報告する。

P4-1. 名鉄病院における舌下神経電気刺激療法の現状と睡眠検査技師の取り組み

○平田正敏¹⁾・中田誠一²⁾

1) 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 中央臨床検査部

2) 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 耳鼻咽喉科 睡眠障害センター

【背景】舌下神経刺激療法 (HNS) は、植え込み装置から送られる微弱の電気が舌下神経を刺激して挺舌を促すことで睡眠中の気道閉塞を防ぐ閉塞性睡眠時無呼吸の治療法の 1 つである。本邦では 2021 年 6 月に保険が適用され、持続陽圧呼吸療法 (CPAP) 不認容・不耐容の患者に適応されている。

【現状】2025 年 4 月時点で、全国で植え込まれた症例数は 85 件で、そのうち転院症例も合わせて当院で対応している症例数は 30 症例にのぼる。

【HNS の治療の流れ】本治療は植え込み手術から終夜睡眠ポリグラフ検査 (PSG) にて適正刺激強度を判定するまでの数ヵ月間、患者の SAS 症状や睡眠状態の変化を観察しながら治療評価を行っていく。その治療過程や PSG 時のタイトレーション中は、睡眠検査技師も立ち合いを行うことで、医師に技師としての専門的インプットを行いながら、より患者のニーズを満たした治療の確立を目指したチーム連携を図ることが必要である。

【当院の取り組み状況】睡眠検査技師の HNS 治療の関わりは、外来時の診療の補助、患者教育サポート、PSG 環境整備や立ち合い、そして解析等、各患者の全治療過程に及ぶ。睡眠検査技師の医師との密な連携と専門的インプットにより、適した装置設定の確立と、それ以外の睡眠の質を損なっている要因を見定めた包括的な睡眠治療を図る取り組みを行っている。

【取り組み状況の紹介】当院で実施した症例の中で、睡眠検査技師の立場から患者の睡眠の質のアセスメントや PSG のデータ解析を踏まえ、医師に本治療にいくつかの併用療法の検討を促している。特に HNS タイトレーション検査時は、モニターを医師と一緒に確認しながら検査を実施している。これは、リアルタイムでディスカッションを行うことで、最適な刺激強度での HNS タイトレーションを実施することが可能となっている。当日は事例を交えながら報告する。

P4-2. 当科における OSA に対する CWICKs2 症例の検討

○矢島諒人・高野賢一

札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

睡眠時無呼吸症候群に対して行われる CPAP 療法の不耐症例に対し 2nd choice として、しばしば UPPP や lateral pharyngoplasty に代表される咽頭形成術が選択される。しかし、瘢痕拘縮による狭窄や効果不十分症例などといった問題が存在するため、それらの改善を目的に複数の術式が考案されている。当科では 2024 年より千葉らが考案した suture technique の一つである CWICKs とその改良型である CWICKs2 を採用している。CWICKs は barbed suture (有刺縫合糸) を用いて前口蓋弓、後口蓋弓、軟口蓋を牽引縫縮する術式である。従来法に加えて軟口蓋の前方への牽引を伴うため、咽頭腔を三次元的に拡大するのが特徴であり、OSA のみならず LAUP (Laser Assisted Uvulopalatoplasty) の術後の瘢痕狭窄や瘻着症例にも有効であることがこれまでに報告されている。現在までに当科で CWICKs2 を施行された患者は CPAP を離脱することで ESS, PSQI 共に高い改善を得ることができている。現時点での当科における CWICKs を施行した症例に対して気道容積・形態計測含む術後評価と若干の文献的考察を加え検討、報告を行う。

P4-3. 当科で CWICKs を施行した閉塞性睡眠改時無呼吸症例の検討

○佐藤慎太郎¹⁾²⁾・江崎伸一¹⁾²⁾・勝見さち代¹⁾²⁾・有馬菜千枝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 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

閉塞性睡眠改時無呼吸 (OSA) に対する咽頭手術は Uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) などがその代表であるが、軟口蓋に操作を加える術式では長期的には瘢痕狭窄を来たし OSA が再増悪する場合もあるとされている。そのため、suture technique などの軟口蓋への低侵襲を考えた様々な術式が報告されており、当科でも 2017 年以降は千葉らの開発した suture technique の一つである CWICKs を導入・改変して手術を行っている。当センターではこの術式を原則として 50 歳以下の CPAP 拒否例・離脱希望例のうち無呼吸低呼吸指数 (AHI) : 50 回 / 時程度までの OSA 症例に施行している。睡眠ポリグラフ検査 (PSG) もしくは検査施設外睡眠検査 (OCST) にて術前後の評価を行った症例は 2017 ~ 2025 年までの 4 年間で 35 例であった。性別は男性 34 例、女性 1 例、年齢は 27-55 歳 (中央値 37 歳)、術前の無呼吸低呼吸指数 (AHI) は平均 41.5 回 / 時、術後の AHI は平均 15.8 回 / 時、術前後の AHI 改善率は平均 62% と有意な改善が得られていた。比較として 2016 年の 1 年間に UPPP を 17 例行っており、性別は男性 15 例、女性 2 例、年齢は 23-53 歳 (中央値 41 歳)、術前の AHI は平均 36.2 回 / 時、術後の AHI は平均 17.0 回 / 時、術前後の AHI 改善率は平均 54% とこちらも有意な改善が得られていた。両群の改善度については CWICKs 施行群でやや良い傾向はあったが、統計的な有意差はなかった。また、いずれの群でも長期的に問題となるような合併症は見られなかった。発表時には抄録登録後に術後検査を行えた症例も含めて報告する予定である。

P4-4. Empty Nose Syndrome を合併した SAS に対し CPAP が有効であった症例

○樋口良太・宮本雄介・中川尚志

九州大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

Empty Nose Syndrome (ENS) は下鼻甲介切除後に生じる鼻閉感・呼吸困難を主体とする疾患であり、鼻腔が開存しているのにも関わらず睡眠時無呼吸症候群 (Sleep apnea syndrome : SAS) を合併することがある。SAS に対しては、持続陽圧換気療法 (Continuous positive airway pressure : CPAP) が治療として一般的に用いられるが、ENS を合併した SAS に対する治療は報告が限られている。今回、ENS を合併した SAS に対し CPAP が有効であった症例を経験した。症例は42歳男性であり、慢性副鼻腔炎、鼻中隔湾曲症、アレルギー性鼻炎に対し近医でESSIV型、内視鏡下鼻腔手術I型、内視鏡下鼻中隔手術I型を施行された後、鼻閉感、咽喉頭違和感、不眠を発症した。当院睡眠時無呼吸センターで睡眠時ポリソムノグラフィー (Polysomnography : PSG) が施行され、Apnea-Hypopnea Index (AHI) が27で中等度の SAS を認めたため CPAP を導入し、不眠の症状は改善した。この症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

P4-5. 小児閉塞性睡眠時無呼吸に対する被膜内扁桃摘出術およびアデノイド切除術の長期成績

○野田昌生・甲州亮太・伊藤真人

自治医科大学 小児耳鼻咽喉科

【目的】小児閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) に対する内視鏡被膜内扁桃摘出術およびアデノイド切除術 (powered intracapsular tonsillectomy and adenoidectomy : PITA) の長期的な有効性と安全性を評価することとした。【方法】術後1年以上経過した15歳未満で手術をうけた小児患者を対象とした単施設後方視的観察研究であり、保護者へ質問票（日本語版OSA-18質問票）を用いて術前および術後の症状を後方視的に調査した。評価項目は、睡眠障害、身体症状、情緒的苦痛、日中機能、保護者の懸念の5領域である。併せて、術後合併症（扁桃炎、周囲膿瘍など）も調査した。【成績】122例に対して調査を行い、回答を得た66例（男児48例、女児18例、中央値年齢4歳）が解析対象となった。全てのOSA-18領域において術前と比較して統計的に有意な改善が認められた。周囲膿瘍の報告はなく、術後扁桃炎は3例（4.4%）に限定された。術後5年以上のフォローを有する患者においても改善は持続しており、年齢層やOSAの重症度にかかわらず一貫した効果が認められた。【結論】PITAは小児OSAに対して安全かつ長期的に有効な外科的治療と考えられる。これまで短期的な成績は報告されているが、長期的にみても術後の合併症は少なく、保護者による主観的評価では高い満足度が得られた。従来の扁桃摘出術と比較して、低侵襲で合併症リスクが低い本術式は、特に低年齢児やリスクの高い小児において有望な代替手段となり得る。

P4-6. 当院における小児睡眠時無呼吸症の検討

○酒井あや・三輪高喜・志賀英明

金沢医科大学

【はじめに】 小児睡眠時無呼吸症 (obstructive sleep apnea: 以下 OSA) は適切に治療されない場合、身体発育、高次脳機能や心血管系に影響を及ぼし、不可逆的な発育障害を引き起こすため、成長のためにも早期に診断し、治療を行うことが重要である。また、加療後も症状の持続や再燃を認める場合、再度検査を行い、治療方針決定する必要がある。今回、当院における小児 OSA について報告する。**【方法】** 対象はいびき、睡眠時無呼吸を主訴に 2007 年から 2025 年 3 月の間に当科を受診された 1 歳から 12 歳の 210 例である。OSA の診断のために上気道形態、肥満度、睡眠時前胸部陥没呼吸の有無、簡易睡眠検査 (フクダ電子、パルスリープ、LS-100) による評価を行った。抗アレルギー剤やステロイド点鼻薬を用いた保存的治療を 82 例に、アデノイド切除術、口蓋扁桃摘出術による外科的治療は 128 例に外科治療を施行した。**【結果】** 外科的治療例の 43 例に簡易睡眠検査による治療効果判定を行い、呼吸イベント指数 (respiratory event index: REI)、酸素飽和度低下指数 (oxygen desaturation index: ODI)、最低酸素飽和度において統計学的有意差を以って改善を認めた。保存的治療例はいびき音および家族による症状の改善をもって評価した。**【結語】** 適切に診断を行うことで、治療成績のさらなる向上を目指すことが重要である。

P5-1. 治療に難渋している甲状腺管囊胞の一例

○清水目奈美

八戸市立市民病院

甲状腺管囊胞は胎生期の甲状腺管の遺残に由来し、感染を反復する場合は摘出術が検討される。囊胞と舌骨および遺残した甲状腺管を切除するのが原則であるが、しばしば再発がみられる。今回、当科での手術直後に囊胞の再貯留をきたし、治療に難渋している症例について報告する。患者は 40 歳男性、X-2 年 10 月から頸部に腫瘍が出現し、徐々に増大するため近医耳鼻咽喉科を受診したところ甲状腺腫瘍を疑われ当院糖尿病内分泌内科に紹介となった。CT、エコーで頸部皮下腫瘍と考えられ、当院皮膚科に紹介となり類表皮囊腫の疑いで局所麻酔下に摘出術を施行されたが、深部で頭側に伸びる索状物を認め、それを結紮・切断した上で摘出となった。病理で甲状腺管囊胞の診断となり、X-1 年 5 月に当科紹介となった。その後、当科で経過観察していたところ、X-1 年 9 月に頸部の腫脹と前頸部で自壊し瘻孔となった部分からの排液があり、頸部造影 MRI で囊胞状病変と舌骨直下～輪状軟骨に及ぶ瘢痕組織と思われる像がみられ、手術を行う方針となった。術後例で、炎症の反復もあるため、周囲の瘢痕化により囊胞壁の境界が不明瞭であると予想されたため、手術の際は前頸部の瘻孔からインジゴカルミンを注入した。舌骨に向かい瘢痕組織を剥離すると色素を透見できたため、それをガイドとして周囲組織を多めにつけて舌骨小角部分とともに摘出し頸部にドレンを留置した。術後 2 日でドレンを抜去したところ、粘稠で淡血性の液体が漏出した。圧迫固定し術後 3 日で退院としたが、4 日目に頸部の腫脹を訴え当院を再受診、CT で舌骨上～輪状軟骨レベルまで低吸収域を認め、エコーや穿刺したところ粘稠な淡血性の液体が吸引された。食道透視では咽頭と連続するような像は認めず、囊胞の再貯留と考えられた。現在 OK-432 による硬化療法を検討している。

P5-2. 頭頸部癌における HRAS 遺伝子変異の検討

○大嶋秀美¹⁾²⁾・小林英士²⁾・吉崎智一²⁾

1) 黒部市民病院 耳鼻いんこう科

2) 金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

P5-3. 経口的ロボット手術で摘出した扁桃原発 Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma の 1 例

○川寄洋平・山田武千代

秋田大学 医学部 耳鼻咽喉科

【目的】肺癌など一部の癌ではドライバー遺伝子異常を標的とした治療が標準治療として確立しているが、頭頸部癌に対するゲノム医療は未だ発展途上である。近年 HRAS 遺伝子変異を持つ頭頸部扁平上皮癌に対し、ファルネシル化阻害剤である tipifarnib の有効性が報告された。そこで、日本人頭頸部癌患者における HRAS 変異の頻度とその有無による臨床的・細胞生物学的特徴を検討した。【方法】2018年4月から2023年3月までに当施設で初回治療を行った頭頸部癌患者119例の腫瘍組織検体のうち、DNA 抽出と HRAS 遺伝子解析が可能であった100検体を解析対象とした。また、HRAS 変異陽性および陰性細胞株の HRAS 発現を siRNA により抑制し、in vitro での細胞遊走能を比較した。【結果】HRAS 遺伝子変異は全体のうち8例(8%)、頭頸部扁平上皮癌82例中5例(6.1%)、唾液腺癌18例中3例(16.7%)に認めた。HRAS 遺伝子変異陽性例は遠隔転移を伴うことが多く、予後不良であった。HRAS 発現抑制により、変異陽性細胞の遊走は有意に抑制されたが、変異陰性細胞は抑制されなかった。【結論】HRAS 遺伝子変異は頭頸部癌、特に唾液腺癌において比較的高頻度に認められ、遠隔転移や予後不良との関与が示唆された。HRAS 遺伝子変異は頭頸部癌における予後予測因子および治療標的となる可能性がある。

2010年のWHO分類では、腺癌と神経内分泌細胞癌(neuroendocrinecarcinoma:以下NEC)が混在し、各々の成分が30%以上存在する腫瘍をmixedadenoneuroendocrinecarcinoma:以下MANECと定義され、NEC同様悪性度が高いとされている。そもそも希な疾患であり、MANECの報告例のほとんどは、胃・大腸・肺・胆嚢といった腹部消化管であり、頭頸部領域における報告はこれまで世界的に見ても5例のみであり、舌・副鼻腔・軟口蓋・上咽頭のみである。今回、我々は扁桃より発生したMANECを経験したので報告する。症例は70歳男性で、咽頭異物感にて近医で経過観察されていたが、腫瘍に気づき当科紹介となった。扁桃腫瘍を生検したところ扁平上皮癌又は基底扁平上皮癌の診断で、cT2N0M0、P16陽性であった。TPF2コースの化学療法施行後に予防的頸部郭清とTORSで完全切除となった。しかし、永久標本でMANECの診断となり、局所制御は良好であったものの、すぐに多発肝転移が認められた。腫瘍内科にて化学療法を施行するも肝転移の増大は止められずに約1年後に死亡となった。現在のところ、MANECの術後化学療法の標準治療は決まっておらず、NECに準じた化学療法が行なわれることが多いが、NECの標準治療も確立されておらず、小細胞肺癌に準じた一次療法としてプラチナ製剤をベースとしたCDDP+VP-16療法またはCDDP+CPT-11療法が推奨されている。しかし未だ予後は不良であり、標準術式や術前術後補助化学療法の確立のためには、今後も症例の集積と検討が必要である。頭頸部でのMANECの症例は極めて少なく、扁桃原発の報告は世界で初となる。治療法はまずは比較的症例数の蓄積された消化器原発MANECに従っていく必要があると思われる。

P5-4. 当科における下咽頭癌の治療の検討

○山本祐輝・安場雅高・亀井優嘉里・角南貴司子

大阪公立大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

近年、検診や消化器内科で施行する内視鏡検査によって早期に下咽頭癌と診断され治療される事が、年々増加している。しかし、下咽頭癌は初期には無症状な事が多くリンパ節転移をきたしやすく、診断時にはすでに進行している症例が未だに多い。そのため、頭頸部癌の中でも予後不良な癌の一つとされる。局所進行下咽頭癌に対しては下咽頭喉頭全摘術が標準治療とされてきたが、同時に併用化学放射線療法により制御な場合も多くあり、機能温存の観点より治療選択に悩まされる事も少なくない。特に当科では病院の立地的にも患者背景によって治療選択が制限される症例も多い。当科では、T1/T2症例では、内視鏡を使用した下咽頭部分切除や近年はTORSを主に選択する事が多い。合併症により全身麻酔が困難な場合は放射線治療や化学放射線治療を施行している。T3/T4症例に関しては、下咽頭喉頭全摘術を施行する事が多く喉頭温存は困難な場合が多い。喉頭温存希望があれば放射線化学療法を施行している。また、手術日までに期間がある場合に限っては、導入化学療法を施行する場合もある。今回は、当科における下咽頭癌治療の検討に関して報告する。

P5-5. 診断に難渋した節外性NK/Tリンパ腫、鼻型の1例

○宇留間周平¹⁾・野澤皓貴¹⁾・鍋山 新¹⁾・手口翔太²⁾

大氣采女¹⁾・中筋康太¹⁾・野垣岳穂¹⁾・小林 齊³⁾

木村百合香⁴⁾

1) 昭和医科大学横浜市北部病院 耳鼻咽喉科

2) 昭和医科大学病院 耳鼻咽喉科

3) 昭和医科大学藤が丘病院 耳鼻咽喉科

4) 昭和医科大学江東豊洲病院 耳鼻咽喉科

節外性NK/Tリンパ腫、鼻型(ENKL: extranodal natural killer/T-cell lymphoma, nasal type)は、鼻腔、咽頭に発症するNK細胞由来のリンパ腫である。本疾患は鼻腔内やその周辺臓器を病変の主体とするが、特徴的な所見に乏しく、腫瘍組織は肉芽形成や壊死の傾向が強く、病理診断に苦慮することが多い。しかし、進行すると非常に予後不良となるため、早期の診断が必要となる。

症例は咽頭痛が主訴の45歳の男性。近医内科で抗菌薬治療を受けたが改善なく、近医耳鼻咽喉科を受診し、軟口蓋鼻腔面に潰瘍性病変を認め、精査目的に当科に紹介された。当院初診時に口蓋垂鼻腔面の両脇に1cm未満の潰瘍性病変を認めた。悪性腫瘍を鑑別とし、鉗子付きファイバーで生検を施行したが、壊死組織と炎症性肉芽組織のみで悪性所見は認めないと病理報告であった。経口的には観察困難であり、病変が拡大した場合は経口的に生検を行う方針としつつ、難治性口内炎・咽頭潰瘍に準じて精査加療を行う方針とした。しかし、各種血液検査や培養検査、上下部消化管内視鏡検査では有意な所見は認めず、治療には奏功せず、病変は拡大していた。経口的観察可能となったため、正常組織も含めて生検を繰り返し、4度目の生検で上皮下に核粗造な中型のリンパ球が浸潤している所見を認め、悪性リンパ腫が初めて鑑別となった。病理検査では、EBER-ISH, CD3, CD56, TIA-1が陽性で、Ki67は80%程度の細胞に陽性だったことから、初診から73日目にENKLの診断が得られた。現在は他院へ転院して治療していただいている。

本症では進行性潰瘍性病変ということで、早期からENKLを鑑別としていたため、2回目以降の生検は正常組織も含めて経口的に生検を行ったが、4回目の生検でようやく有意な所見が得られた。鼻腔周辺組織原発の潰瘍性病変を認めた場合、ENKLを鑑別として診断に至るまで繰り返し生検をすることが重要であると考えられた。

P5-6. 当科における口腔癌 N0 に対する予防的頸部郭清の有用性の検討

○宇野大祐・吉崎智一

金沢大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

臨床的に頸部リンパ節転移を認めない口腔癌 N0 に対しては、潜在性の頸部リンパ節転移を予想して予防的頸部郭清を行うか、不要な侵襲を避けるべきとして頸部郭清をせず厳重な経過観察を行う、と 2 つの治療態度があり以前より議論されてきた。2015 年に口腔癌 T1-2N0 症例のランダム比較試験が発表され、予防的頸部郭清群が経過観察群より生存率が上回ると報告された。しかし、フォロー方法などの違いがあり、本邦の治療に外挿できないと考えられている。本邦での治療方針の結論はまだ出ておらず各施設にゆだねられている現状がある。今回、2008 年から 2022 年に当科に入院し口腔癌 N0 に対し予防的頸部郭清を行った症例における術後病理評価でのリンパ節転移の有無などを検討した。術前頸部リンパ節評価は CT、MRI、PET-CT などの画像検査や FNA を用いて総合的に判断している。症例は 33 例で平均年齢 61 歳、男性：19 人、女性：14 人で、原発は舌癌：28 人、口腔底癌：5 人、T1：16 人、T2：17 人であった。その内 13 例に予防的頸部郭清を施行した。実施術式は原発巣切除に加え、舌癌の場合は患側 1-3、口腔底の場合は両側 1-3 郭清基本とした。術後病理評価でリンパ節転移の診断がついたのは 13 例中 T1：0 人、T2：1 人、であり、舌癌の症例であった。予防的頸部郭清を施行した群に約 8% に頸部リンパ節転移が術後病理で判明した。また術後病理でリンパ節転移陰性であった 1 例で後にリンパ節再発を認めた。予防的頸部郭清を行わなかっただ群（治療的頸部郭清群）では 20 例中 5 例（25%）で後に頸部リンパ節再発を認めた。予防的頸部郭清についてその他評価項目や文献的考察も併せて報告する。

P6-1. 咽頭経口的手術後狭窄に対する細胞シートの予防効果：ラットモデルを用いた基礎検討

○平野正大・宇野光祐・塩谷彰浩・荒木幸仁

防衛医科大学校病院

【背景】咽頭癌に対する経口的手術は低侵襲な治療選択肢であるが、術後合併症の一つとして咽頭狭窄による通過障害が問題となる。特に食道入口部を含む半周以上の広範囲切除例では、瘢痕狭窄による経口摂取困難のリスクから手術適応が制限される場合がある。咽頭狭窄に対する確立された予防法は未だ存在しない。一方、細胞シート工学を用いた再生医療は、食道 ESD 後の狭窄予防において有効性が報告されている。【目的】本研究では、ラット経口的手術モデルを用い、同種口腔粘膜由来細胞シート移植による術後咽頭狭窄の予防効果を検証することを目的とした。【方法】成体 SD ラットの中咽頭後壁をポール電極付き電気メスで一定時間焼灼し、経口的手術創モデルを作成した。同種 SD ラットの口腔粘膜より採取した上皮細胞を温度感受性培養皿にて培養し、細胞シートを作製した。手術モデルラットに対し、細胞シートを移植する群（CS 群）と移植しない対照群を設定した。術後 3 カ月の時点で、咽頭内腔の狭窄率を計測し、摘出した咽頭組織についてヘマトキシリノ・エオジン染色で評価した。【結果】術後 3 カ月における咽頭狭窄率は、CS 群において対照群と比較して有意に低値を示した。組織学的評価では、狭窄部の線維化面積は CS 群で対照群に比して有意に減少していた。【結論】ラット経口的手術モデルにおいて、同種口腔粘膜由来細胞シートの移植は、術後の線維化を抑制し、咽頭狭窄を有意に予防することが基礎的研究により示唆された。本法は、咽頭癌経口的手術後の狭窄予防に対する新たな治療戦略となる可能性があり、今後の臨床応用が期待される。

P6-2. 上咽頭擦過療法により頸部皮下気腫を生じた一例

○片岡俊貴・中西わか子

JR東京総合病院 耳鼻咽喉科

【はじめに】近年、慢性上咽頭炎に対する上咽頭擦過治療（以下EAT：Epipharyngeal Abrasive Therapy）の有効性が明らかになってきており、多くの施設で実施されている。今回、EAT後に頸部皮下気腫を生じた一例を経験したため報告する。**【症例】**37歳男性。**【主訴】**右頸部違和感。**【現病歴】**2024年4月COVID-19罹患後より喀痰症状が継続。慢性上咽頭炎の診断にて、同年9月より近医耳鼻科にてEATが開始となった。その後定期的に同治療を行っていたが、2025年1月治療翌日より右頸部の違和感および疼痛が出現し前医受診。同日精査目的に当院紹介受診となった。**【臨床経過】**視診上頸部に異常は認めなかったが、触診上右頸部に握雪感あり。内視鏡では上咽頭にわずかな粘膜擦過所見を認めるのみで、その他穿孔所見などは認めなかった。頸部CTで左右上咽頭より胸骨柄付近まで広がる頸部皮下気腫が確認された。EAT後に生じた頸部皮下気腫と診断し、AMPC/CVA投与による保存的加療の方針とした。3日後再診時には頸部握雪感、疼痛は改善しており、初診時より約1ヵ月後に再度撮影した頸部CTで皮下気腫の消失が確認されたため、終診に至った。**【考察】**EATは、慢性上咽頭炎に対する保存的治療として広く普及しており、比較的侵襲の少ない処置とされているが、本症例のように頸部皮下気腫を生じる例は稀である。本症例では、強い粘膜損傷や穿孔所見を認めなかことから、通常の擦過操作に伴う微小な粘膜損傷が原因となり生じたものと推察される。治療は保存的加療のみで速やかに改善を認めたが、EATの手技が必ずしも無害ではないこと、稀に合併症を生じうることを念頭に置く必要がある。特に繰り返し処置を行う中で粘膜の脆弱化や損傷の蓄積が生じている可能性も考慮すべきである。今後は、更なる安全な擦過手技の確立とともに、施行後に違和感や疼痛症状等が出現した場合、皮下気腫などの合併症を念頭に置いた迅速な対応が求められる。

P6-3. 難治性の咽喉頭炎を呈した水疱性類天疱瘡の一例

○大氣采女・野澤皓貴・鍋山 新・矢野真衣
中筋康太・宇留間周平・野垣岳稔

昭和医科大学横浜市北部病院

類天疱瘡は、表皮基底膜部を構成するタンパク質に対する自己抗体の関与により、皮膚や粘膜に水疱を形成する自己免疫性水疱症である。粘膜類天疱瘡と水疱性類天疱瘡の亜型に大別される。水疱性類天疱瘡は、全身の皮膚に多発する搔痒を伴う浮腫性紅斑と緊満性水疱を特徴とし、粘膜疹を生じることもある。その多くは口腔内に限局し、それ以外の粘膜疹はまれである。今回我々は難治性の咽喉頭炎を呈した水疱性類天疱瘡の一例を経験したので報告する。症例は69歳女性、主訴は2ヵ月前から繰り返す咽頭痛で、近医での抗菌薬内服加療が奏功せず当院を紹介受診した。口蓋垂や軟口蓋、咽頭後壁、喉頭蓋、声帯披裂部に地図状の偽膜の付着を認め、補液・抗菌薬加療を行った。咽頭痛の軽快を認めたが粘膜疹の改善は認めなかった。入院経過中に偶発的に皮膚病変が出現し皮膚科へ診察依頼を行った。血液検査にて抗BP180抗体が高値を認め、後日、皮膚生検を行い水疱性類天疱瘡と診断された。皮膚科にてステロイド加療を開始し、その後は粘膜疹、自覚症状ともに改善傾向である。水疱性類天疱瘡は非常に稀で、60歳代から70歳代に多く、性差がない。体幹四肢などに搔痒を伴う浮腫性紅斑や緊満性水疱、びらんが多発し、粘膜病変を伴うものは約20%と言われている。粘膜類天疱瘡や水疱性類天疱瘡はともに喉頭病変を認める際には気管切開をする症例報告も見られ、重篤な喉頭病変を合併する可能性に留意する必要がある。高齢化社会に伴い、今後相対的に有病率が増える可能性があり、耳鼻科を初診として受診されるケースも増えることが予想される。本症例は偶発的に皮膚病変が出現し、皮膚科依頼して早期に診断をつけることが可能であった。高齢の長期にわたる粘膜病変は類天疱瘡も鑑別として挙げ、早期の皮膚科への診察依頼を行うことが重要である。

P6-4. IgA 抗体単独陽性を示した口腔咽喉頭の粘膜類天疱瘡例

○高岡 奨・佐藤 豪・川淵海翔・近藤英司
北村嘉章

徳島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

粘膜類天疱瘡 (mucous membrane pemphigoid: MMP) は、粘膜主体に水疱やびらん性病変を生じる稀な自己免疫性水疱症である。主に口腔粘膜や眼粘膜に病変を生じ、皮膚病変が生じることは稀である。BP180 やラミニン 332 などの表皮基底膜部抗原が標的抗原で、自己抗体の多くは IgG 抗体が関与し、IgA 抗体のみが検出されることは稀である。今回、我々は口腔から咽喉頭にかけて粘膜にびらん性病変を生じ、蛍光抗体間接法にて IgA 抗体のみが沈着する免疫学的所見を認めた IgA 抗体単独陽性の MMP 例を経験したので報告する。症例は 70 代女性。当科受診の 1 年前より咽頭痛および嚥下困難を自覚し、口腔から咽喉頭粘膜にかけてのびらん性病変が出現と消退を繰り返していた。複数の耳鼻咽喉科で治療を受けていたが十分な改善を得られないため、当院を紹介受診した。初診時、口腔および咽喉頭に白苔を伴う水疱とびらん性病変を認めたが、皮膚病変や眼病変は認めなかった。血液検査でも有意な異常所見を認めなかった。難治性粘膜病変として類天疱瘡などの鑑別を目的に、口腔および咽喉頭の粘膜から組織生検を行った。病理組織学的には粘膜上皮下に基底膜の剥離を認めたが、蛍光抗体直接法、蛍光抗体間接法の IgG 抗体は陰性であった。さらに、食塩水剥離皮膚を基質とした蛍光抗体間接法を行い、表皮側に IgA 抗体の沈着を認めたことから、IgA 抗体単独陽性の MMP と診断した。保存的治療の継続により咽頭痛や嚥下困難は改善し、ステロイド内服療法や免疫抑制療法を行うことなく、現在も病状は増悪せず経過観察中である。

IgA 抗体単独陽性の MMP 例は稀であるが、難治性粘膜病変を呈する症例で、病理組織学的に基底膜の剥離を認めた際には、IgG 抗体だけでなく、詳細な免疫学的検査を行うことが診断確定には重要であると考えられた。

P6-5. 健常人における外耳道カプサイシン刺激とサブスタンス P 濃度変化

○近藤英司・川淵海翔・高岡 奨・佐藤 豪
北村嘉章

徳島大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】 カプサイシンは唐辛子の主成分で、咽喉頭粘膜への刺激により末梢神経知覚 C 繊維を介して咳反射を誘発する。咽喉頭粘膜では局所刺激による軸索反射で知覚神経終末よりサブスタンス P (SP) が逆行性に遊離し咳反射が亢進することが知られている。我々はこれまでに、外耳道に 0.025% カプサイシン軟膏を塗布することで高齢嚥下障害患者の咳反射が亢進することを報告している。本研究では、外耳道への刺激が軸索反射を介して咽喉頭粘膜における SP 遊離を誘導し咳反射を亢進するという仮説を裏付けるため、カプサイシン軟膏の外耳道刺激が健常人の喀痰、唾液、血清中の SP 濃度に与える影響を検討した。**【方法】** 健常人 6 名（平均 32.8 歳）に対し、0.2g の 0.025% カプサイシン軟膏を右外耳道軟骨部に塗布。刺激前後 1 時間の喀痰、唾液、血清を採取し、ELISA 法により SP 濃度を測定・比較した。**【結果】** カプサイシン軟膏塗布後、喀痰および唾液中の SP 濃度はいずれも有意に上昇した。血清中では有意な変化を認めなかった。**【考察】** 外耳道の知覚は、迷走神経耳介枝 (Arnold 神経) および三叉神経枝 (耳介側頭神経) により支配され、カプサイシンは TRPV1 受容体を介してこれらの知覚神経を刺激する。カプサイシンにより刺激された Arnold 神経および耳介側頭神経に生じた軸索反射は、咽喉頭や口腔粘膜の神経終末において SP 遊離を誘導し、喀痰および唾液中の SP 濃度上昇に寄与した可能性がある。一方、血清中の SP はアンジオテンシン変換酵素などの分解酵素により速やかに代謝されるため上昇しなかったと推察された。今後は、高齢嚥下障害患者においてカプサイシンの外耳道刺激による SP 濃度変化と咳反射亢進について検討を進める予定である。

P7-1. 術中に発生した口蓋瘻孔に対し口腔側と鼻腔側から閉鎖した1例

○鄭 裕華¹⁾²⁾・嶋根俊和¹⁾・平野康次郎¹⁾・北嶋達也¹⁾
平林瑛子¹⁾・秦 美遙¹⁾

1) 昭和医科大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座

2) 昭和医科大学 江東豊洲病院

【はじめ】手術手技や光学機械の進歩により、鼻腔をcorridorとした頭蓋底手術の適応や件数は増加していっている。一方で、経鼻的アプローチの適応が拡大するに伴い、予期せぬ合併症が生じることもある。今回、他科で施行された経鼻内視鏡手術により口蓋瘻孔を形成し、当科にて即時再建を行った一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】患者は42歳女性、下垂体神経内分泌腫瘍による先端巨大症の診断で内視鏡下下垂体手術を施行され、術中のドリル操作により口蓋瘻孔を形成し、術中に当科へコンサルトがあった。鼻腔底（硬口蓋）正中に7×15mm大的瘻孔を認めた。予期せぬ手術合併症であったため、侵襲性の高い再建方法は避け、なるべく確実に閉鎖ができる、術後の痴皮付着や感染などの可能性を下げる方法を考慮し、口腔側からと鼻腔側から閉鎖する方針とした。下鼻甲介粘膜下骨切除術を施行し下鼻甲介骨を採取・トリミングし、瘻孔へ挿入し、さらに鼻中隔有茎粘膜弁を作成し、挿入した骨を覆うように鼻腔側の下鼻甲介骨挿入部と鋤骨を覆い、被覆しきれなかった骨の露出部には下鼻甲介粘膜を遊離粘膜弁として用いて被覆した。口腔側からは口蓋粘骨膜弁を作成し、瘻孔を閉鎖した。術後経過は良好であり、術後3カ月で上皮化を確認した。現在術後2年を経過し明らかな口蓋瘻孔の再発は認めていない。【まとめ】口蓋瘻孔は、口腔癌手術、感染、口蓋裂術後などに発生することが多い。再建法としては口蓋粘骨膜弁や遊離皮弁などが用いられる。本症例は鼻腔手術に起因した口蓋瘻孔であり、骨面の露出による感染や血流障害のリスクを考慮し、口腔側の粘骨膜弁による閉鎖に加え、鼻腔側から骨移植および有茎粘膜弁を用いた再建を同時に行った。口蓋瘻孔は食事や発声時の陰圧・機械的刺激により閉鎖困難となることがあるが、本症例では鼻腔側からの組織補填が奏功し、良好な閉鎖が得られたと考えられる。

P7-2. 口腔内から摘出した口腔底リンパ管腫の一例

○島田ひかる¹⁾・江崎伸一²⁾・佐藤慎太郎²⁾・有馬菜千枝²⁾
岩崎真一²⁾

1) 春日井市民病院 耳鼻咽喉科

2) 名古屋市立大学大学院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

口腔底に発生する囊胞のうち最も多のがガマ腫であり、皮様囊胞、類皮様囊胞、正中頸囊胞、側頸囊胞、リンパ管腫、血管腫などが発生する。今回、出血を伴う腫張を繰り返した口腔底囊胞で、経口腔的に摘出し、病理所見からリンパ管腫と判明した一例を経験したため報告する。症例は17歳女性で、既往歴は特に認めない。10年前に口腔底の腫張を訴えて近医総合病院へ紹介受診となつた。粘膜下に出血痕を伴う口腔底の腫張を認め、CTにて血管腫を疑う所見であった。経頸部による腫瘍摘出術と気管切開術を薦められたが、患者家族は希望しなかつたため経過観察となつた。その後口腔底の腫張や粘膜変化は消失した。3年前にも同様の腫張を認めた。半年前には著明な腫張があり、口腔底の著明な腫張が認められたため、口腔底粘膜を切開し、血腫を除去した。MRIで類上皮囊腫などの囊胞性病変と考えられ、経口腔による摘出術を説明し希望された。全身麻酔下にて手術を行つたところ、舌下腺の下層に囊胞を認めた。周囲の組織から剥がして摘出したところ、囊胞壁は薄く、内部には漿液性の液体を含んでいた。術後経過は順調で翌々日に退院となつた。病理標本では、囊胞壁は抗ポドプラニン抗体((D2-40)陽性の細胞で裏打ちされ、リンパ管腫と考えられた。今回、口腔底に発生し、出血を繰り返したリンパ管腫の一例を経験した。本症例は口腔内から摘出可能であり、侵襲面、整容面の両面からも良好であった。ガマ腫、側頸囊胞を除いた口腔底囊胞の報告を医中誌で検索したが、リンパ管腫の報告は1例のみであった。様々な口腔底囊胞の症例報告の画像を検討したところ、MRIで発生部位や形態からある程度の鑑別は可能であったが、詳細な質的診断は困難と思われた。リンパ管腫と診断できていればm TOR阻害剤も選択肢となりうるが、本症例を後方視的に検討しても、病理所見以外で確定させるのは困難であった。

P7-3. Pierre Robin Sequence 児の気道管理に関する検討

○三好直人・齋川智弘・今村香菜子・鈴木法臣
守本倫子

国立成育医療研究センター 耳鼻咽喉科

【はじめに】Pierre Robin Sequence (以下 PRS と略) は、小顎症や舌根沈下による上気道閉塞を主症状とする症状群であり、気管切開などの外科的介入が必要になることもある。しかし、近年では新生児期から舌固定術や下顎延長術が行われるなど、気管切開を回避する方法なども行われるようになってきた。そこで、2014-2025 年に当院耳鼻咽喉科を初診で受診した PRS 児 17 例に対して、咽頭狭窄症例の重症度スコア (高田ら 2024) を用いて、PRS の重症度と治療について検討した。【結果】出生後早期の気道管理を要したのは 17 例中 14 例であった。体位指導や経鼻 Airway などの非外科的介入による気道管理で対応可能であったのが 7 例で、スコアは平均値 2.57 点 (1-6 点) であった。一方で外科的介入による気道管理が必要だったのが 7 例で、スコアは平均値 5.42 点 (3-8 点) であった。また、口蓋形成術後に咽頭浮腫による呼吸状態の悪化で経鼻 Airway を留置した症例が 2 例あり、スコアはそれぞれ 4 点 / 7 点であった。舌固定術を施行した症例は 2 例で、スコアはそれぞれ 4 点 / 7 点であった。【考察】以前我々が提唱した小児咽頭狭窄症例の重症化スコアリングは、狭窄部位（鼻腔、上咽頭、中咽頭）や喉頭軟弱症・気管軟化症・嚥下障害などの合併症の有無を用いて評価している。今回の検討で、外科的介入が気道管理に必要であった症例が、非外科的介入で気道管理が可能であった症例に比べてスコアが高く、スコアが 4 点以上であると気管切開が必要となる可能性があると考えられた。また、スコアが高い症例では術後の気道狭窄を引き起こす可能性があると考えられた。一方、スコアが 7 点と高い症例でも、舌固定術を行えば気管切開術を回避できる症例もあった。【結語】こうした重症化スコアリングを用いることで、気道管理方針決定や今後の呼吸状態悪化の予測の一助となる可能性があると思われる。

P7-4. 仮性顔面動脈瘤により上気道狭窄をきたした一例

○内田晶子・新井志帆・五十嵐丈之・島田茉莉
伊藤真人・金澤丈治

自治医科大学 医学部 耳鼻咽喉科

顔面動脈など外頸動脈の分枝の仮性動脈瘤はまれで、かつこれまでの報告は頸部術後もしくは外傷性である。今回それらの病歴がなく、仮性顔面動脈瘤により上気道狭窄をきたした症例を経験したので報告する。症例は 82 歳女性。約 3 週間前からの左顎下部腫脹・疼痛を主訴に前医耳鼻科を受診した。左顎下部に 6cm 大の腫瘍を認め、受診 4 日後に撮影した MRI では血管腫を疑われた。翌日にかけて腫脹が増大し気道狭窄症状が出現したため救急要請し当科に搬送された。緊急入院し同日気管切開術を施行した。造影 CT では左顔面動脈の仮性動脈瘤および血種、血種内に過長茎状突起の先端を認めた。動脈瘤内の血腫が増大傾向であることから入院第 3 病日に経皮的経動脈的左顔面動脈塞栓術を施行後、血腫の除去及び確実な流入血管の結紮のため入院第 7 病日に頸部外切開にて血種除去術を行った。術中、腫瘍に顔面動脈が流入していることを確認しこれを結紮切離し摘出した。過長茎状突起は顔面動脈本幹の背側にあり、先端は腫瘍と強く癒着していたため骨折させ腫瘍とともに摘出した。その後動脈瘤の再発はなく、入院第 45 病日に退院した。本症例は頸部手術歴や外傷歴がないが仮性顔面動脈瘤に接する過長茎状突起を伴っており、動脈瘤形成の原因である可能性が示唆された。

P7-5. 経口で用いるフロントシュノーケルの競泳練習によって運動誘発性喉頭閉塞症が再発した競泳選手の一例

○大谷真喜子・河野正充・保富宗城

和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】運動誘発性喉頭閉塞症 (Exercise induced laryngeal obstruction: EILO) は高い強度の運動によって吸気性喘鳴を伴う吸気性呼吸困難を発症する疾患である。強い吸気による声門上部構造の虚脱が原因と考えられているが原因はまだ不明である。成人や男性に比較し喉頭腔が狭いとされる若年女性アスリートに多い。競泳選手は呼吸方法や呼吸戦略が他の競技と異なるため EILO 治療が困難であることが既に知られている。近年、競泳の練習には体幹バランス矯正と呼吸筋トレーニング目的にマウスピースを用いるフロントシュノーケルが広く使用されている。今回、フロントシュノーケル使用により EILO を再発した症例を経験したので報告する。

【症例】14歳女性 競泳選手

3歳時に水泳を開始、10歳から練習時にジュニア用フロントシュノーケルを使用していた。11歳から水泳中に吸気性呼吸困難を自覚するようになり、13歳時に当科を初診した。運動中の喉頭内視鏡検査 (CLE 検査) 所見より声門上部型 EILO と診断した。呼吸療法が無効であったため声門上形成術を施行し、術後自覚症状は消失し、CLE 検査所見も異常は認められなかった。術後半年後にフロントシュノーケルを成人用に変更したところ、術後1年後頃からフロントシュノーケル使用時にのみ吸気性呼吸困難を自覚するようになった。通常の CLE 検査では異常は認められなかったが、フロントシュノーケル装着時の CLE 検査で声門型 EILO を認めた。現在、フロントシュノーケルの使用を中止している。

【考察】EILO に対する高抵抗吸気筋トレーニングは声門型 EILO を発症させることが報告されている。EILO 治療歴のある競泳選手や若年女性のような高リスクの競泳選手がフロントシュノーケルを用いた練習を行う場合は高吸気抵抗となる可能性があり、慎重に施行すべきである。

P8-1. 当院で施行した誤嚥防止術の術後合併症と栄養・摂食状況変化の検討

○坂本めい・津田潤子・篠原秀平・山本陽平
菅原一真

山口大学大学院 医学系研究科 耳鼻咽喉科学

【はじめに】重度の嚥下障害患者に対しては、手術治療の一つとして誤嚥防止術が選択される。誤嚥防止術とは、喉頭から頸部気管のいずれかの部位で気道と消化管を分離し、誤嚥を防止する一群の手術である。この術式は、音声機能が犠牲となるが、誤嚥を確実に予防する事が可能となり、また術後に経口摂取再開が可能になることで患者の QOL の向上が期待される。このため、近年施行施設は増加し、また術式は様々な工夫がなされ報告されている。手術対象患者は全身状態不良症例が多いため、手術の安全性の向上は必須である。手術合併症の発症に関連するリスク因子を検討し、さらに手術前後の摂食状況レベルに関連する因子もあわせて検討した。【方法】2014年の1月から2023年の12月の10年間で、重度の嚥下障害患者に対して当科で誤嚥防止術を行った55症例について、術後の合併症や術前後の摂食状況レベルについて検討を行った。さらに、診療録より後ろ向きに情報を収集し、術後合併症に対するリスク因子、術前後での摂食状況レベルの変化に関連する因子について、SPSS ver. 29.0 による多変量解析を行った。【結果】術後合併症のうち、創部離開には脳性麻痺、創部感染には外傷、血腫形成には悪性腫瘍、皮弁壊死には喉頭全摘術が有意なリスク因子であった。気管孔狭窄については有意な関連因子は認められなかった。摂食状況レベルの改善には術後の嚥下リハビリが有意に関連していた。

【考察】脳性麻痺患者においては、痰が多いことによる術後肺炎のリスクや、創部感染のリスクが高くなるという報告もあり、抗菌薬の選択や術後の創傷管理に工夫が必要であると考える。また、術後の嚥下リハビリは摂食状況レベルを有意に改善しており、積極的な導入が望まれる。

P8-2. 稀な構音障害を初発とし舌萎縮を呈した慢性炎症性脱髓性多発神経炎例

○佐藤 豪・川淵海翔・高岡 奨・近藤英司
北村嘉章

徳島大学大学院 医歯薬学研究部 耳鼻咽喉科・頭頸部外
科学分野

慢性炎症性脱髓性多発神経炎 (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy : CIDP) は、8週以上にわたり進行性または再発性に四肢の筋力低下および感覚障害を主徴とする自己免疫性の末梢神経疾患である。その病態は、末梢神経のミエリン構成成分に対する自己免疫反応によると考えられている。多くは四肢の運動・感覚障害を呈するが、まれに脳神経が障害されることもある。今回われわれは、構音障害を初発とし舌萎縮を呈したCIDPの1例を経験したため報告する。症例は51歳、男性。主訴は構音障害であり、他院にて舌萎縮を指摘され、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) と診断されていた。症状が進行するため、精査加療目的に当院脳神経内科を受診した。構音障害および嚥下障害の評価のため当科を紹介された。既往歴として腰椎椎間板ヘルニア、不整脈がある。家族歴に類似疾患はなかった。初診時、左優位の舌萎縮と舌運動障害を認め、嚥下機能検査では口腔相の障害および喉頭蓋への食物残留を認めた。超音波検査では頸神経根および末梢神経の腫大を、末梢神経伝導検査では伝導速度の低下を認めた。免疫介在性末梢神経障害、特にCIDPを疑い、免疫グロブリン静注療法 (IVIG) を施行したところ、構音障害の一時的な改善を認めた。確定診断目的に施行した腓腹神経生椗では、小径神経線維の脱落性変化を認め、CIDPと診断した。現在、定期的なIVIG投与を継続し、リハビリテーション科と連携し構音訓練および嚥下訓練を併用して経過観察中である。

P8-3. COVID-19 既往の有無が耳鼻咽喉科手術周術期味覚に及ぼす影響

○川添 韶・木村翔一・坂田俊文

福岡大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室

【目的】SARS-CoV-2 感染歴が耳鼻咽喉科領域の予定手術患者における周術期味覚変化へ与える影響を明らかにする。【対象・方法】当科で全身麻酔手術を受ける18歳以上の入院患者40例を前向きに登録し、COVID-19既往の有無で陽性群・陰性群に二分する。電気味覚検査を入院当日 (T0)、術後 (T1) に実施し、味覚閾値の推移を主要評価項目とする。共変量として年齢・性別・術式・麻酔時間・ワクチン接種回数を収集し、COVID既往の影響を解析する。主要アウトカムは $\Delta T1$ ($T1-T0$)、副次アウトカムは回復速度、術式別サブ解析、感染から手術までの経過時間解析を行う。【結果】現在データ解析中であり、詳細な結果は本学会当日に報告する。【結論（予定）】COVID-19既往と手術侵襲が周術期味覚障害に及ぼす相互作用を明らかにし、術前評価と栄養管理の新たな指針を提案する見込みである。

P8-4. 味覚障害を主訴に受診し診断に至ったベーチェット病の一例

○春名威範・任 智美・都築建三

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】ベーチェット病は口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、皮膚病変、眼炎症、外陰部潰瘍を4主徴とする炎症性疾患であり、腸管、血管、中枢神経にも重篤な病変をきたすこともある。病因は未だ不明であるが、遺伝的素因に環境因子が付加され、免疫学的機序を介して発症に至ると考えられている。ただし、4主徴がすべて揃わないこともあり、診断に苦慮する場合も多い。この度、味覚障害を主訴に受診しベーチェット病の診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】61歳男性。味覚低下、舌の感覚異常、舌炎の寛解増悪を繰り返し紹介受診となった。陰部潰瘍、手掌足底の紅斑にて他院皮膚科に通院中であった。初診時、舌の発赤が顕著で舌乳頭は萎縮していた。電気味覚検査、濾紙ディスク法でともに神経支配に沿わない高度な閾値上昇がみられ、受容器障害と考えられた。HLA-51遺伝子検査は陰性であり診断に苦慮していたが、当院膠原病内科に紹介したところ、再発性口腔潰瘍や陰部潰瘍に加えて針反応陽性でありベーチェット病の診断に至った。その後、膠原病内科でステロイド治療が開始となり味覚検査にても改善を認めたが、ステロイド減量によって味覚異常の症状が再燃し、增量によって速やかに改善する傾向を認めた。舌所見においてもステロイドの量に合わせて糸状乳頭の萎縮に変化がみられ、病状を反映していることが示唆された。当科において現在も評価を継続中である。【まとめ】この度、味覚障害を主訴に受診したベーチェット病症例を経験した。加療開始後も味覚障害、舌苔の脱落の程度が病勢と相関をみとめた。ベーチェット病は内科疾患であるが、味覚障害を主訴にする場合があり、耳鼻咽喉科を受診する可能性もあるため味覚障害の原因として念頭に置いていく必要のある疾患であると考えられた。

P8-5. 口腔・中咽頭癌再建術前の高解像度マノメトリー検査を含めた嚥下機能評価

○高島寿美恵・熊井良彦

長崎大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【背景】頭頸部領域において、特に口腔と中咽頭は、解剖学的に嚥下の口腔期・咽頭期・食道期の全てに関与するため、頭頸部癌手術によるその形態変化は、術後嚥下機能低下に直結する。特に切除後再建が必要な場合は、様々な患者個体性も含めて、術後機能障害の程度を予測することは難しく、治療選択の段階で十分考慮すべき合併症の一つである。過去には、舌癌などで術式と術後の嚥下機能の関係を後方視的に検討されているが、同一患者での術前後の機能を比較した前向き研究の報告は少ない。【目的】現在我々は、口腔・中咽頭癌患者で再建手術が必要な患者を対象に、同一患者での術前術後の嚥下機能検査（高解像度マノメトリー、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査等）の実施解析を前向き臨床研究として進めている。今回再建手術を必要とする4症例における再建手術術前評価について検討し、嚥下圧検査とそれ以外の検査結果の違いについて明らかにし、その臨床的意義を明らかにすることを目的とした。【対象】頭頸部癌腫瘍切除後に再建手術を施行した4症例（舌癌2例、下歯肉癌1例、軟口蓋癌1例）【方法】術前検査として嚥下造影検査（VF）、嚥下内視鏡検査（VE）および高解像度マノメトリー検査（HRM）を実施した。【結果】1例を除き術前まで経口摂取が自立できていた。4例中2例で、嚥下内視鏡検査及び嚥下造影検査では明らかな咽頭圧低下を示唆する所見（クリアランス不良など）を認めなかつたが、HRMでは食道入口部圧の低下を認めた。術後に経口摂取ができた症例は術前も自立できていた3症例だった。【まとめ】口腔・中咽頭癌患者では術前に嚥下圧検査を行うことで、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査では明らかにできない知見を把握することができた。頭頸部癌術後の嚥下機能を予測することは難しく患者背景も十分考慮して切除再建方法を検討することが重要であり、このような症例に対する術前嚥下圧検査は有意義であることが示唆された。

P8-6. 当院の摂食嚥下チーム介入についての検討

○篠原秀平・坂本めい・山本陽平・津田潤子
菅原一真

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

【はじめに】 嚥下障害に対するリハビリテーションは多職種が連携するチーム医療が不可欠であり、現在多くの病院やクリニックで摂食嚥下チームやセンターが開設されている。急性期病院である当院では、摂食嚥下チームは2009年4月に発足し、本邦では比較的早い時期から取り組みを開始している。チームの構成は、耳鼻咽喉科医師、歯科口腔外科医師、摂食嚥下認定看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士からなる。入院患者を対象とし、累計で2,000例を超える症例に介入を行ってきた。その中で摂食状況レベルの改善を得ることができる症例を経験する一方で、介入前後で有意な変化がない、あるいは増悪する症例も経験する。症例を振り返ることにより、安全で有効な介入方法を検討することとした。**【方法】** 2022年4月から2024年12月までの2年8ヶ月間にチームが介入を行った症例は385症例であった。これらの症例に対して、診療科や介入時期や日数、介入方法、介入前後の摂食レベルについて検討を行った。**【結果】** 介入が多い診療科は脳神経内科、呼吸器内科、耳鼻咽喉科、脳神経外科であった。平均年齢は71.2歳（0歳～103歳）。介入日数は平均23.2日（最長189日）、1症例あたりのカンファレンス回数の平均は3.4回（最大24回）。介入前後のFILSは、介入開始時は平均5.2、終了時は平均6.2、介入前後のFOISは介入開始時は平均3.7、終了時は平均4.6であった。**【考察】** 当院の摂食嚥下チーム介入は各診療科の主治医からの紹介が主体となるため、診療科に偏りがみられ、またより早期からの介入が望ましい症例もあるなど、院内における誤嚥スクリーニングの施行やチームの啓蒙活動が重要である。

P9-1. ウイルス機能解析に向けたヒト初代咽頭扁桃上皮細胞の延命化法の確立

○高柳 夢¹⁾²⁾・小笠原徳子¹⁾²⁾・高野賢一²⁾

1) 札幌医科大学 医学部 感染学講座 微生物学分野

2) 札幌医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【背景】 咽頭扁桃は、出生後から5歳前後にかけて肥大化し、思春期以降には生理的に萎縮する特徴的な組織である。ヒトの咽頭扁桃は、粘膜関連リンパ組織であり、吸入抗原に対する初期免疫応答を担う。特に上皮細胞は、呼吸器ウイルスとの初期接触部位であると同時に、粘膜免疫の最前線に位置しているが、その初代培養確立は困難であり、反復感染やウイルス侵入機序を検証するためのin vitroモデルの整備が急務となっている。**【目的】** 本研究では、ヒトテロメラーゼ逆転写酵素(hTERT)およびSV40 ラージT抗原(SV40-T)を導入することで、咽頭扁桃由来初代上皮細胞の長期培養を可能とする延命化株を樹立、その機能的特性を評価し、呼吸器ウイルス感染と免疫機序の理解促進に寄与することを目指す。**【方法】** 単純肥大により小児から摘出された咽頭扁桃組織(IRB: 302_245)より初代上皮細胞を単離・培養し、「pediatric adenoid-derived primary epithelial(pAPE) cells」と命名した。これに、PEG8000で濃縮したレンチウイルスベクターを用いてhTERTまたはSV40-T遺伝子を導入し、継代培養を行った。さらに、RSウイルス(A2株)感染時のウイルス増殖能およびインターフェロン(IFN) β と α の産生能を測定した。**【結果】** hTERTおよびSV40-T導入細胞はpAPE細胞と比較して継代可能な期間が延長され、7-8継代後も安定した形態を維持していた。ウイルス増殖能に大きな変化はなかったが、SV40-T導入細胞ではRSウイルス感染時にIFN産生がみられず、hTERT導入細胞ではIFN産生が認められた。**【考察・結論】** 本研究により、ヒトpAPE細胞にhTERTまたはSV40-Tを導入することで、延命化株の樹立が可能であることが示された。得られた細胞株はpAPE細胞に類似した形態・機能を保持していたが、IFN産生能に明確な違いが認められた。以上より、異なる遺伝背景を持つ複数のドナー由来細胞の整備を進めることで、今後の基礎・応用研究への展開が期待できる。

P9-2. 小児の口蓋扁桃摘出術における凝固能検査異常の検討

○増田栄菜・福田裕次郎・齋藤沖真・小森正博
假谷 伸・原 浩貴

川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

【背景】 小児耳鼻咽喉科領域の手術において、術前凝固能検査は安全な周術期管理に不可欠である。しかしながら、術前凝固能異常に関する明確なガイドラインは、現時点では確立されていない。そのため術前検査で凝固能異常が認められた場合、家族歴の詳細な聴取、血液検査の再検査、小児専門医へのコンサルト等が推奨される。これらの対応により、凝固能異常疾患の早期発見と適切な周術期管理が可能となり、術後の出血リスクを低減できると期待される。

【目的】 小児における凝固能異常の頻度および背景因子を解析し、出血リスクの管理への影響を検討した。

【対象と方法】 2017年4月から2024年10月までの間に当科に入院した15歳未満の小児705例のうち、入院時に凝固能検査を施行していた628例を対象に後方視的検討を行った。全例で凝固能検査（PT-INR、PT活性、APTT、血小板数）を実施し、異常値を示した症例のうち、口蓋扁桃摘出術を施行した症例について頻度、性別、年齢、疾患、治療との関連性を分析した。

【結果】 対象628例のうち、入院時検査で凝固能検査異常を認めたのは85例であり、その内、口蓋扁桃摘出術を施行したものは36例であった。性別は男児27人、女児9人、年齢中央値は5歳（2～11歳）であった。術後出血を来たした症例は4例であり、全て従来法による口蓋扁桃摘出術を施行していた。その内1例は術後に血友病Bであることが判明した。

【考察】 小児の凝固能異常を来すものに先天性疾患では、血友病やVon Willebrand病、フィブリノーゲン異常症など、後天性疾患では肝疾患、ビタミンK欠乏症、抗リン脂質抗体症候群などの自己免疫疾患が含まれる。また一過性の凝固因子低下を認めることもある。口蓋扁桃摘出術の術後出血の割合は1～20%とされる。術前検査で凝固能異常が判明した場合、稀ではあるが予期せぬ術後出血の可能性があり、軽度な異常であっても軽視できないと思われる。

P9-3. コロナ禍前後のインフルエンザウイルスワクチン接種後口蓋扁桃内免疫誘導の比較検討

○橋本 韶¹⁾²⁾・川野利明¹⁾・岩田美咲¹⁾・上尾綾子²⁾
吉永和弘¹⁾・平野 隆¹⁾

1) 大分大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2) 独立行政法人国立病院機構別府医療センター

COVID19感染が鎮静化した2023/2024年シーズンには、インフルエンザウイルス感染が3年ぶりに大流行したことは記憶に新しい。コロナ禍以降マスク着用や手指衛生の習慣化などの感染対策の意識が低下していることにより、さらに今後インフルエンザウイルス感染の流行が広がる可能性もある。通常ワクチンの有効性の評価には採取しやすい血液が用いられるが、耳鼻咽喉科ならではの検体としては、上気道感染の免疫誘導の中心である口蓋扁桃を用いることが可能である。そこでコロナ禍前3年間とコロナ禍後3年間において当科で口蓋扁桃摘出術を行なった患者を対象とし、血液と摘出した口蓋扁桃を用いて抗体価や細胞内免疫誘導の検討を行った。当院の倫理委員会にて承認を得たのち（大分大学医学部倫理委員会承認番号2411）、同意をいただいた患者の口蓋扁桃摘出後の扁桃組織と血液を用いて研究を行った。コロナ禍前後の群に分け、口蓋扁桃と血球での免疫誘導の差異について比較検討を行った。細胞表面抗原マーカーのモノクローナル抗体で標識した検体のフローサイトメトリー（FCM）を行い、血液と扁桃組織内の免疫細胞の動態を網羅的に観察した。扁桃と血球での免疫誘導の違いを明らかにし、COVID-19流行前後さらにインフルエンザウイルスワクチン接種のあり、なし群での有意差検定を行い、上気道における免疫細胞誘導の関連について検討した。コロナ禍以降の過去3年間にインフルエンザウイルスワクチンの接種歴あり、なし群それぞれ6症例を用いて比較検討を行ったところ、ワクチン接種群で抗体産生が誘導されていることが示された。FCMではCD4+ CD69+ の細胞が扁桃内で強く誘導されていることが示された。さらにCD11b+ CD16lowが扁桃で有意に少ない結果となった。本検討では上気道感染防御の最前線である口蓋扁桃内で、コロナ禍がインフルエンザウイルスワクチンの有効性に与えた影響を評価検討し報告する。

P9-4. 口蓋扁桃摘出術後合併症の検討

○落合祐之・北野陸三・安松隆治

近畿大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【目的】口蓋扁桃摘出術は、耳鼻咽喉科領域において若手医師が執刀することの多い一般的な手術手技であるが、稀に術後出血といった合併症が発生することが知られている。そこで当科で行った口蓋扁桃摘出術を行った症例において術後出血の発生頻度およびその特徴について後方視的に検討した。【対象】2019年11月1日から2024年10月31日までの5年間に、当科で施行された両側口蓋扁桃摘出術169例を対象とした。【結果】術後出血の全体発生率16.6% (31/169) であり、そのうち全身麻酔下で止血術を施行した症例は4.7% (8/169) であった。出血時期の内訳は、術後当日が7例、術後1～6日目が11例、術後7日以降が13例（複数回出血を含む）であった。全身麻酔下での止血術の実施例は、術後当日に1例、術後7日以降に7例認められた。【考察】本検討における術後出血の発生率は、これまでの報告と同程度であった。しかしながら、当科においては術後1日目以降、特に術後7日目以降に出血を認める症例が多く、全身麻酔下での止血術も同様に術後7日目以降に集中する傾向がみられた。これらの背景要因として、術後の線溶系活性化のみならず、安静の不徹底や創部感染などの管理上の問題が関与している可能性がある。これらの結果を踏まえて、術後の食事指導および生活指導を徹底することが出血リスクの軽減に寄与するものと考えられる。

P9-5. 当科における関節炎を合併した掌蹠膿疱症の臨床検討

○大堀純一郎・山下 勝

鹿児島大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】掌蹠膿疱症は、手掌や足底に膿疱が生じる慢性皮膚疾患であり、関節炎を合併することがある。SAPHO症候群や掌蹠膿疱症性骨関節炎がその代表であり、口蓋扁桃摘出術が有効であるとされている。そこで今回我々は、関節炎を合併した掌蹠膿疱症に対する口蓋扁桃摘出術の有効性を検討した。【方法】2015年から2024年までの10年間に当科で掌蹠膿疱症と関節炎を合併している症例を対象とした。術後の経過観察期間が6ヵ月未満のものは対象から除いた。転機を以下の4つに分類して治療効果とした。1自覚的に悪くなったものを増悪、2自覚症状が変わらないものを不变、3薬物を継続投与されているが、自覚的に改善したものを改善、4経過観察中薬物投与終了、あるいは経過観察終了となつたものを著明改善とした。【結果】対象症例は9例（男性1例 女性8例）。手術時年齢は24歳から67歳（中央値50歳）であった。掌蹠膿疱症に合併した関節炎は胸鎖関節炎単独が4例、胸鎖関節炎に肩関節、股関節炎、手関節炎、などを合併していたものが3例。その他2例はそれぞれ肩関節炎、頸椎炎の合併であった。平均観察期間は26ヵ月、中央値は15ヵ月であった。転機は増悪、不变は0例、改善が5例、著明改善が4例であった。【結論】今回の検討では、9症例中4例が著明改善しており、著明改善しない症例でも、内服薬の継続にて自覚的に症状は改善していた。関節炎を合併した掌蹠膿疱症に対して口蓋扁桃摘出術を積極的に考慮すべきと考えられた。

P9-6. COVID-19 前後 10 年間における扁桃周囲膿瘍の症例動向

○芦田裕士・飯島宏章・山内麻由・寺邑堯信
谷水宏佳・小幡和史・和佐野浩一郎・大上研二

東海大学 医学部

当院で経験した扁桃周囲膿瘍症例について、再発や重症化、入院期間などの臨床的特徴を整理し、今後の診療方針の検討材料とすることを目的に、後方視的検討を行った。

2015年4月～2024年12月に当院で診断された扁桃周囲膿瘍症例421例（395人）を対象とし、性別、罹患側、喫煙歴、再発、重症合併症、入院日数、抗菌薬、培養結果を後方視的に集計・解析した。395人のうち、女性は110人（26.1%）、喫煙歴は191人（45.4%）であった。再発は421例中57例（13.5%）に認め、うち27例（47.4%）は喫煙歴を有していた。罹患側は右194例、左214例、両側13例で、統計的有意差は認めなかった。喉頭浮腫を伴った症例は82例（19.5%）、気管切開を要した症例は29例（6.9%）、全身麻酔下でドレナージを要した頸部膿瘍症例は17例（4.0%）であった。再発症例のうち32例は2019年までの受診であり、COVID-19流行以降はやや減少傾向にあったが、症例数全体との比率から有意な変化は認められなかった。

本検討では、既に複数の報告がある通り、COVID-19流行直後に扁桃周囲膿瘍の年間症例数が明らかに減少したことが示されたが、その傾向は流行初期に限らず、現在に至るまで継続していることが確認された。社会的行動制限をはじめとした背景や、培養結果について考察する。

P10-1. 頸下部に生じた濾胞樹状細胞肉腫の1例

○角田篤信・炭田芝穂・角恵理子

順天堂大学 練馬病院 耳鼻咽喉・頭頸科

頸下部に生じたまれな濾胞樹状細胞肉腫の1例を報告する。症例は71歳男性。1ヵ月前からの左頸部腫脹があり精査目的に当科紹介。頸部MRIで左耳下腺と頸下腺の間に最大径38mmの境界明瞭な類円形腫瘍を認めた。細胞診では多数のリンパ球に類上皮細胞を思わせる集塊が混在しサルコイドーシスが疑われた。生検を行ったところ、豊富な組織球を背景にリンパ球や形質細胞はみられるものの、類上皮肉芽腫はみられず、血液検査でもACE上昇が無いことからサルコイドーシスは否定的された。病変は縮小せず、1年後に摘出手術を施行。腫瘍は総頸動脈、内頸静脈と癒着していたが慎重に剥離のうえ一塊切除された。迷走神経や舌神経などと交通はなく、神経鞘腫を疑わせる所見もなかった。病理所見上、類円形の核と淡い好酸性の細胞質を有する類上皮細胞に類似する紡錘形細胞が錯綜しながら多結節状に増生していた。免疫染色ではCD21、D2-40が紡錘形細胞に強陽性。EMA、CD30、IgG、IgG4が形質細胞に陽性。CD3、CD20、CD79a、CD138がT細胞、B細胞、形質細胞に陽性。CD68、CK19、S100、p63、SMA、CD34、TdT、ALK、Desmin、ER、CD99は陰性。Ki-67 LIは紡錘形細胞の約20%程度に陽性。増生部周囲にリンパ球や形質細胞浸潤が多いことから非典型的ではあったが濾胞樹状細胞肉腫と診断された。5年経過し、局所ならび遠隔転移はみられていない。濾胞樹状細胞肉腫はリンパ濾胞内の濾胞樹状細胞から発生する稀な腫瘍である。発生母地は1/2～2/3がリンパ節で頸部に多くみられ、本症例では頸下リンパ節あるいは頸下腺原発と考えられた。本疾患は低～中等度悪性であり、予後不良因子として腫瘍最大径60mm以上、細胞異型の増強、腹部原発、核分裂の増加、凝固壊死の存在が挙げられる。マージンをつけた完全切除が推奨されているが、症例数が少なく治療法はまだ確立されていない。本症例も診断に難渋したため、確定診断のため一塊切除が有効と考えられた。

P10-2. 気道狭窄を来たした耳下腺癌 多発転移例

○川崎泰士

静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

症例は49歳男性。202X年4月に左耳下腺の腫れ、左顔面神経麻痺を指摘され近医を受診。その後、総合病院を紹介され化学療法を提示されたが治療には同意せず、さらに他の総合病院でも手術治療を提示されたが、治療は施行しなかった。同年12月下旬に母と共に来院し、丸山ワクチンを受けるための紹介状を希望して当院を受診。初診時右耳下部腫瘍は隆起状に腫大し、鎖骨上にも皮膚浸潤を認めた。右顔面神経麻痺を認めた。喉頭ファイバーでは気道狭窄を認め無かった。ご本人の希望に添って他院へ紹介し丸山ワクチンが投与されたが、徐々に顔面浮腫、左上腕の腫張、軽度の嚥下障害が起こり、202X+1年1月下旬に当院を受診した。ファイバーでは喉頭蓋の腫脹と気道狭窄を認めた。入院の上で、気管切開を勧めたが本人の拒否が有り施行できず、ステロイドとラシックスの投与を行った。腫瘍の生検のみ同意を得られたため生検を施行したところ耳下腺導管癌、HER2陽性の診断となった。頻回にファイバーチェックをしつつ、ハーセプチニン、ドセタキセルの化学療法を1クール施行したところ気道は著明に改善し経口摂取も問題なくなったため退院となった。その後外来で化学療法を継続している。顔面神経麻痺は治癒しないものの、皮膚浸潤し、隆起していた腫瘍はほぼ消失し左上腕の腫張も改善した。一症例ではあるがハーセプチニン、ドセタキセルの有効性について報告したい。

P10-3. 慢性反復性唾液腺炎から小児シェーグレン症候群の診断に至った一例

○多田紫布・福田裕次郎・假谷伸・小森正博
原 浩貴

川崎医科大学附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【緒言】シェーグレン症候群 (Sjogren's Syndrome: SS) は涙腺及び唾液腺における外分泌腺炎を中心とし、多種の自己抗体値の上昇を伴う全身性の自己免疫疾患である。小児期 SS は希少疾患であり診断されていない症例も多い。成人例は乾燥症状を認めることが多い一方、小児期 SS では乾燥症状を認めるることは少ない。乾燥症状に乏しい小児期 SS は発熱・反復性耳下腺腫脹などの非特異的症状が多く、本邦で発症から診断までに平均約 5 年を要する。今回我々は、反復性唾液腺炎から発症 1 年で小児期 SS の診断に至った 1 例を経験した。

【症例】9歳男児。出生歴に問題なし。右耳下部痛、腫脹で前医小児科受診。右耳前部リンパ節炎として抗生素を処方されるも症状の軽快はなかった。以降も寛解・増悪を繰り返し時には熱発もあった。前医の MRI では右頸部リンパ節腫脹のみで耳下腺腫大や腫瘍はなかった。慢性反復性化膿性耳下腺炎の診断となるも症状を反復するため精査目的で当科紹介受診。初診時、右耳下部に長径 10mm の腫瘍、同部位に圧痛、多発性右頸部リンパ節腫脹を認めた。ステノン管開口部からの排膿は認めなかっただ。一般的な血液検査では特記事項なく、アレルギー性線維素性唾液管炎の疑いで抗アレルギー薬を処方するも症状を反復していた。小児 SSなどを鑑別にあげ詳細な血液検査を再度施行したところ、抗 SS-A 抗体: > 1,200 (基準値 < 10), IgG: 1,791 (基準値 530-1,640), リウマチ因子: 167 (基準値 < 15) であった。シルマーテストでは右が mm/5 分、左が 30mm/5 分と左と比較して優位に涙液分泌低下があった。臨床症状、血液検査所見から Possible 小児期 SS の診断となった。全身症状は未発症であり、ステロイドや免疫抑制薬の投与は行わず今後も外来で定期経過観察を行う方針となり、現在経過観察中である。【まとめ】小児期 SS では、80% と高頻度に反復性耳下腺炎を認め、早期診断における耳鼻咽喉科医の役割は大きい。

P10-4. 口腔底に発生した巨大多形腺腫の一例

○曾由布・杉尾雄一郎

独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院

今回、口腔底の小唾液腺より発生した巨大な多形腺腫を経験したため報告する。

【症例】53歳、女性。

【現病歴】いびき、睡眠時無呼吸を主訴にX年11月下旬、前医を受診した。簡易睡眠時無呼吸検査で3%ODI = 20.8回/時の睡眠時無呼吸を、喉頭ファイバースコッピで舌根部の腫脹を認め、精査目的で同年12月上旬に当科を紹介された。

【所見】頸部触診上、頤部はやや硬くびまん性に腫脹していた。喉頭ファイバースコッピでは舌根部に正常粘膜に被覆された隆起性病変を認めた。咽頭腔はこの病変によって狭窄していた。

【画像所見】造影MRIにて口腔底から頤部に及ぶ5cm大の類円形腫瘍を認めた。腫瘍は中心部の囊胞成分と辺縁の充実成分から成り、充実成分はT2WIでやや低信号で不均一であった。DWIでは軽度高信号を呈し、ADCはやや低下していた。腫瘍全体に造影効果を認めた。

【治療経過】X+1年8月上旬、気管切開術および口腔底腫瘍摘出術を施行した。局所麻酔下で気管切開術を施行後、全身麻酔に移行し口腔底腫瘍摘出術を施行した。頤部に7cm程度の皮膚切開を置き、頤舌骨筋、頤舌筋を正中で左右に分け腫瘍に達した。視野の確保のため、腫瘍の液体成分を一部吸引除去した。腫瘍を周囲組織より剥離し、摘出した。病理結多形腺腫であった。術後経過は良好で、4病日に気管切開孔を閉鎖し、5病日に退院となった。1ヵ月後には舌根部の隆起はほぼ消失し、自覚症状の改善を認めた。4年7ヵ月経過観察し、再発を認めなかつたため終診とした。

【考察】口腔底に発生する腫瘍性病変としてはガマ腫の頻度が高く、次いで皮様囊腫が挙げられる。一方、多形腺腫は、耳鼻咽喉科領域では唾液腺に発生する腫瘍として知られている。自験例は口腔底の小唾液腺由来と考えられ、長期の経過で気道を狭窄しうる程巨大なものとなつたと考えられた。口腔底の腫瘍性病変の鑑別として多形腺腫も念頭におき、治療にあたることが必要と考えられた。

P10-5. 高齢者・進行例を含む耳下腺癌の治療経験

○福田裕次郎・斎藤沖真・小森正博・假谷伸原浩貴

川崎医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

【はじめに】耳下腺癌は唾液腺悪性腫瘍の中で最多であり、組織学的多様性、顔面神経との関係、発症の希少性から診断と治療には専門的判断が求められる。近年は高精度画像診断や術中神経モニタリングの進歩、放射線・化学療法の併用により、根治性と機能温存の両立が目指されている。一方で、高齢者や全身状態不良例、あるいは初診時に局所進行で発見される症例も多く、必ずしも根治術が適応とならないこともある。こうした背景から、緩和的手術や化学放射線療法、BSC (best supportive care) を含めた柔軟な治療戦略が求められる。耳下腺癌診療では、腫瘍学的因素に加えて患者のQOLや治療選好を考慮した包括的な意思決定が重要である。

【目的】当科で2018年4月-2025年3月に診療した耳下腺癌症例を後方視的に解析し、組織型、治療選択、臨床経過の傾向を明らかにすることで、今後の治療方針決定に資する知見を得ることを目的とした。

【結果】対象は計20例（男性13例、女性7例）、年齢中央値は69歳（35-89歳）であった。組織型は唾液腺導管癌5例、粘表皮癌4例、多形腺腫由来癌3例、扁平上皮癌2例、腺様囊胞癌2例、他4例であった。臨床病期はStage I-IVまで広範で、T4a以上の局所進行症例が7例含まれた。術式は耳下腺全摘が9例、拡大全摘が4例、術後放射線治療は12例に施行された。局所再発は3例、遠隔転移は肺、脳に計4例で認めた。平均観察期間は24ヵ月で2年粗生存率は53.7%，2年局所無再発生存率は36.0%であった。

【考察】耳下腺癌は臨床的に多様性が高く、治療方針は組織型・病期・神経浸潤の有無・患者背景などを総合的に判断する必要がある。進行例や高齢者症例においては、根治性と侵襲度のバランスを考慮した治療選択が重要であり、補助療法や緩和的介入の役割も無視できない。当科の症例検討からは、術前評価と多職種連携による個別化治療の重要性が再認識された。

P11-1. 自殺企図による頸部切創・開放性咽喉頭外傷の一例

○田中智規¹⁾・永野広海¹⁾・藤崎 亮²⁾・松元隼人¹⁾
山下 勝¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野

2) 鹿児島医療センター 耳鼻咽喉科

【はじめに】頸部は生命維持に重要な構造物を有しており、頸部外傷の状態によっては気道閉塞や大量出血を生じ致命的となる可能性がある。今回我々は自殺企図による頸部切創・開放性咽喉頭外傷の一例を経験したので報告する。【症例】52歳男性。社会的不安が強く自殺を試み、包丁にて右頸部を自ら刺した。両親が救急要請しドクターへリにて経口挿管され当院へ救急搬送となつた。来院時は右頸部に切創を認め、甲状軟骨の右半分は離断され下咽頭粘膜が露出し一部切離されていた。緊急手術を行う方針となり、全身麻醉下にて咽頭皮膚瘻形成術および気管切開術を施行した。術後は神経科精神科を併診し、精神状態が落ち着くまで集中治療室にて全身管理を行つた。後日、咽頭皮膚瘻を局所麻酔下に閉鎖し嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査を行い、瘻孔形成なく嚥下可能であることを確認し気管孔を閉鎖した。右声帯は切除されていたが、左声帯は残存しており嗄声はあるが发声可能であった。食事の経口摂取も誤嚥なく可能となり、精神状態が安定したことを確認し退院となつた。現在は機能障害は軽度で日常生活を送つてゐる。【結語】自殺企図による頸部切創・開放性咽喉頭外傷の一例を経験した。梅野らの喉頭外傷重症度分類にて最重症のGroup 5であったが、外科的治療を行い、機能障害を最小限に抑えることができた。頸部切創は咽喉頭損傷による気道閉塞や頸部血管損傷による大量出血の可能性があり、頸部臓器の損傷の評価が重要となる。傷害度に応じた治療、社会的背景を考慮した治療が必要であると考えられた。

P11-2. 咽頭異物（義歯）に対して意図的指搔き出し法が有効であった一例

○長尾明日香¹⁾・土井 彰²⁾・小桜謙一²⁾・手島直則¹⁾

1) 高知大学 医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

2) 高知医療センター 耳鼻咽喉科

【はじめに】咽頭異物は耳鼻咽喉科一般外来において広く診療されている。魚骨のように小さく細い異物であれば、鉗子で把持して摘出する方法が一般的であるが、義歯などのように大きくて硬い異物は鉗子で把持することが困難である。今回、義歯の咽頭異物に対して意図的指搔き出し法（鹿野、2019年）が有用であった一例を経験したため報告する。

【症例】94歳女性、重度認知症あり、ADL全介助。他院療養病棟入院中、右上顎の差し歯がない事に気づかれ、胸部レントゲンで咽頭に脱落した3~4cm大の義歯（ブリッジ）を指摘されたため、同日当科外来へ紹介された。内視鏡検査で食道入口部に異物（義歯）を認め、咽頭腔内に可動性を認めるもカールライネル氏喉頭鉗子では把持することができなかつた。そこで、患者の左口角より術者の右中指を挿入し、左咽頭側壁に沿つて進めたところ異物を触知した。次いで右口角より術者の左中指を挿入し、右咽頭側壁に沿わせながら進めて異物を触知し、術者の両中指で異物を把持して摘出した。

【考察】義歯の誤飲は日常診療でしばしば遭遇するが、覚醒下に摘出することが困難な場合には全身麻酔下に直達鏡下手術や上部消化管内視鏡手術が必要となる。今回は意図的指搔き出し法によって覚醒下で速やかに異物を摘出することができた。咽頭異物を用手摘出する場合、口腔正中からアプローチすると指が届かないばかりか異物を喉頭腔へ押し込むリスクがある。本手技では指を口角から挿入することで容易に異物ヘリーチし、また咽頭側壁に沿わせて意図的かつ愛護的に進めることで咽頭粘膜損傷を予防できる。異物を梨状陥凹や喉頭からすくい上げるように操作することで、盲目的に異物を喉頭腔へ押し込むリスクも低減できる。

【結語】咽頭異物摘出において、窒息や粘膜損傷のリスクを考慮する必要がある。意図的指搔き出し法は、咽喉頭の解剖を熟知した耳鼻咽喉科医にとって安全で有用な手技である。

P11-3. 当院における咽頭異物症例の検討

○有岡 駿・山下恵司・後藤謙太

市立函館病院 耳鼻咽喉科

【目的】咽頭異物は耳鼻咽喉科診療においてしばしば遭遇する疾患であり、摘出困難例や放置例では頸部膿瘍など重篤な経過をたどる場合がある。今回、当院における咽頭異物症例を後方視的に検討し、診療上の留意点について考察した。【対象と方法】2019年11月から2024年10月の5年間に当院を受診した咽頭異物症例39例を対象に、年齢・性別・介在部位・異物の種類・治療法について後方視的に検討した。【結果】年齢は0歳から9歳が最多で、中でも乳幼児に多かった。介在部位は中咽頭が最も多く、舌根部および口蓋扁桃に集中していた。異物の種類では魚骨が最多で、全体の84.6%（33例）を占めた。すべての症例において外来で摘出が可能であり、全身麻酔を要した症例はなかった。【考察】咽頭異物の診断においてはCT検査が有用であるが、水平断のみでは異物を同定困難な例もみられ、冠状断・矢状断を含めた三方向での撮影が推奨される。また、初回のCT検査で異物が確認できなくても、症状が持続・増悪する場合には再検査を行うことで検出可能となることがあり、異物残存が疑われる症例では積極的にCT検査を行う必要があると考えられた。【結語】咽頭異物は小児に多く、魚骨を中心であった。外来での対応が可能な症例が多かったが、異物残存を見逃さぬようCT検査を適切に活用することが重要である。

P11-4. 歯根充填材の上顎洞迷入による歯性上顎洞炎に対し鼻副鼻腔手術を行った一例

○増澤実亜・中村充人・澤口未来・玉木 京
山口裕聖・松井秀仁・和田弘太

東邦大学医療センター大森病院 耳鼻咽喉科

歯性上顎洞炎の治療方針は未だ議論があり、明確なガイドラインはない。原因歯の歯科治療後も上顎洞病変が軽快しない場合に内視鏡下鼻副鼻腔手術（ESS）を併用する報告が多く、当院も同様のプロセスで治療を行っているが、近年ではESS単独で良好な結果を得たとする報告もある。今回、我々は歯根充填材の上顎洞への迷入より上顎洞炎繰り返す症例に対し、再根管治療に先立ってESSを施行したものの、最終的に再根管治療が必要となった症例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。症例は30代男性。根尖性歯周炎に対する根管治療の際、根管充填材であるガッタバーチャポイントが上顎洞内に迷入し上顎洞炎を繰り返しているため当院紹介となった。我々は、異物の摘出とともにESS単独での根尖性歯周炎の治癒を目的とし、EMMM（Endoscopic Modified Medial Maxillectomy）による上顎洞内異物の摘出とともに、口腔外科相談のもと、上顎洞から根尖病巣の削開を行った。術後EMMM後の対孔から上顎洞内の経過観察を行い、概ね感染制御はできたものの、上顎洞粘膜の炎症所見が術後3ヵ月以上遷延し左上顎の違和感も残存した。術後3ヵ月以上経過した時点で、歯科にて再根管治療を実施したところ、直後より自覚症状と上顎洞粘膜の炎症所見は改善を認め、以後は再燃を認めていない。歯科治療に伴う根尖充填物などが上顎洞に迷入した場合、異物反応と感染による上顎洞炎を生じるため早期摘出が推奨される。本症例では異物の摘出に加えて根尖病巣の削開を試みたにもかかわらず、再根管治療がなされるまでは症状の完全な改善が得られなかった。鼻腔からのアプローチのみで根治が得られた報告があるものの、歯髓の感染巣を内視鏡下で完全に把握することは難しく、今回の症例のように再根管治療が必要となる症例は避けられないと考える。歯性上顎洞炎治療に際して、原因歯の保存のためにも耳鼻咽喉科と歯科の連携が重要と考える。

P11-5. 抜管時の次没食子酸ビスマス誤嚥により呼吸困難を起こした小児例

○川野利明・橋本 馨・岩田美咲・平野 隆

大分大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

次没食子酸ビスマス（以下ビスマス）はもともと下痢に使用する止瀉薬であるが、粘膜に塗布した場合の収斂作用から術後創部の止血目的に耳鼻咽喉科ではよく用いられる薬剤である。今回全身麻酔下での口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術後の抜管時に気道浮腫が起き、ビスマスを誤嚥したため再挿管となった症例を経験したため報告する。患児は2歳男性、Kaup指数は16.3と正常内、1歳ころから睡眠時のいびき、無呼吸があり、その後陥没呼吸があったため手術目的に当科紹介となった。扁桃はII°肥大でアデノイド増殖症も認めたため、当科で全身麻酔下の口蓋扁桃摘出とアデノイド切除術を施行した。自発呼吸確認後覚醒させ、抜管処置を行った後に咳嗽反射が起きず、呼吸状態の悪化を認めた。再挿管時に喉頭を確認したところ気道浮腫が起きておきており、再挿管後に胸部Xp撮影を行った。気管内に大量のビスマスを誤嚥しており、気管支鏡を用いてすべてのビスマス吸引除去を行った。術後ICU管理とし、気道浮腫が改善してから抜管処置を行った。特に児に合併症は起こすことなく、術後11日で自宅退院となった。術後口腔咽頭領域の出血予防として用いられるビスマスであるが、合併症の少ない安全な薬剤として報告されることが多い、今回のような合併症は稀である。再挿管後の気管内の観察では浮腫は全く起こしていないことから、ビスマスのアレルギーによる浮腫は原因としては考えにくい。ビスマス塗布量が多かったために、抜管時に喉頭周囲から気管内に流れ込んだものと考えられる。特に小児は気管内挿管による気道浮腫を起こしやすく、一旦気管内に入ったビスマスを排出できなかったために術後呼吸状態の悪化をきたしたものと考えられた。幼小児の手術の気道トラブルは致死的な状態になる可能性が高いため、幼少児に対するビスマス使用については今後十分配慮する必要がある。

P11-6. 外切開での摘出が必要になった食道穿孔異物の2例

○楊 量雅・中村宏舞・丸尾貴志・藤本保志

愛知医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

咽頭食道異物は外来診療において遭遇することが比較的多い。経口ないし喉頭ファイバーでの摘出が可能である例が多いが、症例によっては外切開での摘出術が必要となる。【症例1】80代女性。3日前にタイのあら汁を食した直後からのどに違和感が出現し、継続していたため近医を受診した。異物が認められなかつたため、同日に当科へ紹介となった。CTで頸部食道に異物が描出されたが、喉頭ファイバーでの観察可能範囲に異物は認めなかつた。上部消化管内視鏡での摘出目的に消化器内科へ紹介した。頸部食道左側壁に裂傷が認められたが、異物は観察不能であった。検査後のCTで異物の残存と縦隔気腫の出現があり、食道穿孔、異物迷入にて縦隔炎が危惧され、緊急入院となった。翌日に炎症反応が上昇したため、異物摘出術目的に当科再紹介となった。弯曲型喉頭鏡では視認できず、外切開にて食道筋層内から魚骨を摘出した。【症例2】60代男性。5日前にサバ（冷凍加工食）を食した直後から咽頭痛が出現し、徐々に増悪してきたためA病院を受診。喉頭ファイバーを施行され、左披裂部から喉頭蓋に浮腫が認められ、唾液貯留が著明であった。CTで左梨状窩から甲状軟骨外側まで連続する異物が認められ、気道確保と異物摘出目的に当科に紹介となった。弯曲型喉頭鏡で異物確認できず外切開を施行したところ、食道前壁から突出する針金が認められ摘出した。吉村らによると咽頭異物の部位は、中咽頭67%、下咽頭18%、頸部食道10%の順であった。摘出方法として、喉頭ファイバーより下が57%，経口腔的摘出が20%，上部消化管内視鏡が12%であり、全身麻酔では外切開が7%，弯曲型喉頭鏡での摘出が3%であったと報告している。さらに全身麻酔下での摘出を要した症例では異物誤飲から受診に至るまで平均日数は3.1日であった。今回経験した2例では摘出までに4日、5日かかっており、共に外切開が必要となつた。食道穿孔異物の2例を経験したので報告する。

P12-1. 頬粘膜小唾液腺由来のclear cell carcinomaの一例

○三輪奈都美・中平光彦・安田大成

埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科

【緒言】clear cell carcinomaは唾液腺腫瘍の中では1%と頻度が低く稀な疾患である。口腔領域では舌や口蓋に好発し、小唾液腺由来が多い。今回、頬粘膜小唾液腺から発生したclear cell carcinomaの一例を経験したため報告する。【症例】68歳女性。喫煙歴なく、その他特記すべき既往なし。23年前から右頬部にしこりを自覚し、10年前から徐々に増大してきたとのことで、前医で悪性腫瘍を疑われX年4月当科紹介受診。右頬粘膜に35mm大の可動性良好な腫瘍を認め、咬筋への浸潤があったが、リンパ節転移や遠隔転移は認めなかっただ。頬粘膜生検でclear cell carcinoma疑いとなり、頬粘膜癌cT3N0M0の診断で、X年7月に頬粘膜腫瘍切除、頸部郭清、再建を施行した。組織学的検査では、核小体明瞭、不整な核および清明な細胞質を有する腫瘍細胞を認めた。上皮性マーカーであるAE1/AE3は部分陽性、EMAは陰性で、腫瘍性筋上皮マーカーはp63陽性、calponin部分陽性であったが、 α -SMA、S-100は陰性を示し、EWSR1 split FISHは陽性であった。これらの結果からclear cell carcinomaの確定診断となった。R0切除で後治療は実施せず、現在も再発なく経過している。【考察】本症例の診断に関して、組織学的検査ではclear cell carcinomaの他にclear cell typeの粘表皮癌や筋上皮癌、上皮筋上皮癌などが鑑別として挙がったが、SMAやcalponinなどの腫瘍細胞特異的な陽性像は認めず、筋上皮分化はないと判断し、筋上皮癌と上皮筋上皮癌は除外された。EWSR1 split FISH陽性から粘表皮癌も除外され、clear cell carcinomaの確定診断に至った。clear cell carcinomaは低悪性度でリンパ節転移や遠隔転移は少ないとされている。本症例も初診時に転移はなく、現在も再発なく経過しているが、術後長期の経過で再発した症例の報告もあり、今後も慎重な経過観察が重要である。【結語】頬粘膜小唾液腺由来のclear cell carcinomaという稀な疾患を経験した。

P12-2. 術前評価で良性が疑われた副耳下腺分泌癌の1例

○永井遼斗¹⁾²⁾・笠原 健¹⁾・御子柴卓弥¹⁾・関水真理子¹⁾
小澤宏之¹⁾

1) 慶應義塾大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

2) 東京都済生会中央病院

副耳下腺腫瘍は頻度が少なく、特に低悪性度腫瘍では術前診断が困難な場合がある。そのため治療方針や術式に関する報告が少ない。我々は術前評価で良性が疑われた副耳下腺分泌癌の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30代男性。7年前より緩徐に増大する右頬部腫瘍を主訴に来院した。MRIでは、T1強調画像で内部低信号、T2強調画像で辺縁低信号・内部高信号を示し、被膜様構造を伴う多結節状腫瘍で、境界は明瞭であった。穿刺吸引細胞診では明らかな悪性所見はなく、多形腺腫疑いと診断し手術の方針とした。全身麻酔下に右耳前部から頸下部にかけてS字切開を加え、皮弁を挙上した。術中神経モニタリングを用いて顔面神経頬骨枝・頬筋枝を同定・温存し、腫瘍を周囲組織から剥離した。腫瘍は咬筋上に位置し、ステノン管と接していたが切離可能であった。手術時間は2時間54分、出血量は14mlであった。術後、顔面神経麻痺や唾液漏などの合併症はなかった。術後病理組織診断では、腫大した類円形核と清明～好酸性細胞質を有する異型細胞が、豊富な粘液産生を伴い乳頭状・篩状構造を形成していた。厚い線維性被膜の一部に被膜内浸潤が疑われたが、被膜外浸潤、脈管侵襲、神経周囲浸潤はなかった。切除断端は陰性であった。免疫染色ではS100陽性、Pan-TRK陽性、MIB-1 index 15%であった。以上の所見から副耳下腺分泌癌と診断した。追加治療は行わず、経過観察の方針とした。現在術後3年目で再発転移はない。副耳下腺は耳下腺と比較して悪性腫瘍の発生率が高いとされている。一方で本症例のように低悪性度腫瘍は特に術前診断は難しく、術後に初めて悪性と診断される例も少なくない。術式は耳前部切開、腫瘍直上切開、経口的アプローチなど複数提唱されているが、確立された術式はない。副耳下腺腫瘍では術前診断が良性であっても悪性の可能性を考慮した上で、治療方針や術式の検討をすることが望ましい。

P12-3. 軟口蓋に生じた多形腺腫を内視鏡下で摘出した一例

○松尾聰一郎・西尾直樹・曾根三千彦

名古屋大学 医学部 耳鼻咽喉科

P12-4. 当院における唾液腺癌の治療の検討

○亀井優嘉里・山本祐輝・安場雅高・角南貴司子

大阪公立大学 耳鼻咽喉科

多形腺腫は唾液腺由来の腫瘍の中で最も頻度が高い良性腫瘍である。耳下腺や頸下腺に多く発生するが、小唾液腺由来の多形腺腫は全体の約10%を占めると報告されている。通常は無痛性で緩徐に増大するが、診断から5年以内の悪性化の頻度は1, 5%, 15年経過すると約10%に達するとの報告がある。そのため年齢、既往などの患者背景は考慮して、手術での摘出が推奨されている。耳下腺や頸下腺由来の多形腺腫では通常直視下での摘出術が行われるが、鼻腔内や口腔内など狭い空間に生じた多形腺腫に対しては視野確保に優れる内視鏡下での摘出術も選択肢となる。今回我々は軟口蓋に生じた多形腺腫に対して内視鏡下で摘出し得た症例を経験したので報告する。患者は14歳男児。右軟口蓋に腫瘍性病変を認め、当院に紹介となった。口腔からの組織生検を施行した結果、多形腺腫の診断であった。20XX年2月に全身麻酔下にて内視鏡を併用して腫瘍摘出術を施行した。開口器で視野を確保し、硬性内視鏡にて腫瘍被膜を剥離して、腫瘍を損傷なく摘出する事ができた。摘出後は、筋層と粘膜を吸収糸にて縫合し閉創した。術後5日目に創部が一部離開し、術後8日目には創部から出血を認めたが、保存的処置にて経過観察をした。その後は再出血なく経過良好で、術後14日目に退院となった。本症例では内視鏡下で視野確保を行うことで、腫瘍の切除の際に筋層を詳細に同定する事ができ、腫瘍を損傷することなく完全摘出する事ができた。しかしながら本症例では創部の離開および術後出血という合併症があり、摘出後の閉創や術後の管理も検討する必要がある。

唾液腺癌は頭頸部悪性腫瘍の中で、比較的稀であり、全悪性腫瘍の約3~5%といわれている。その中で耳下腺癌は60~70%，頸下腺癌20~30%，舌下腺癌は2~3%程度である。また、唾液腺癌は多様な組織型を有し、組織型により悪性度や治療感受性も大きく異なる。放射線や化学療法単独では治癒が難しく、治療の第一選択は手術療法とされているが、確立された標準治療方針は存在しない。今回われわれは2013年1月から2019年12月までの7年間に当科で一次治療を行った大唾液腺癌症例について、臨床的検討を行ったため報告する。部位は、耳下腺癌、頸下腺癌の順に多く、舌下腺癌の症例は認めなかった。組織型は多彩であり、耳下腺癌は一般的に腺様囊胞癌、粘表皮癌が多いとされているが、当院では多型腺腫由来癌、唾液腺導管癌、扁平上皮癌を多く認め、ついで腺癌、粘表皮癌などであった。また、頸下腺癌では腺様囊胞癌、腺癌の順に多く、その他、扁平上皮癌、唾液腺導管癌などを認めた。根治治療目的では全例で手術治療が行われ、症例により放射線治療や化学療法の併用を行った。これらの大唾液腺癌症例の治療や生存率などについて後方視的に検討し、若干の文献的考察を加えて報告する。

日本口腔・咽頭科学会会則

1988年9月3日施行
2009年9月11日改正
2012年5月12日改正
2015年9月11日改正
2017年9月8日改正
2021年9月2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2年とし、理事は連続3期までとする。

第12条（会長および役員の職務、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。また理事会、評議員会で意見を述べることができるが、採決に加わることはできない。
- 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（会長および役員の選任）

- 1) 理事は正会員の中から投票によって12名、理事長の推薦によって若干名を選任する。選任は細則の定めるところによる。
- 2) 監事は、評議員の経験のある正会員の中から評議員の投票により選出する。選出は細則に定めるところによる。
- 3) 理事長は理事の互選とする。
- 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（評議員の選任）

- 1) 本会に評議員若干名を置く。
- 2) 評議員は以下のいずれかの項目に該当する正会員とする。
 - イ) 講座もしくは診療科の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。
 - ロ) 口腔咽頭科学領域に関して十分な業績を有し、理事長が推薦し理事会が認めた正会員。
- 3) 評議員の任期
 - イ) による評議員の任期は所属講座もしくは診療科の退任までとする。ただし、退任後、後任評議員が決定するまでは評議員として留まることができる。
 - ロ) による評議員の任期は役員の任期終了時とし再選は妨げない。
- 4) 評議員は評議員会を構成し、本会の重要事項を審議する。

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) 参与の任期は2年とし、再選は妨げない。
- 4) 参与の選出は細則の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) 幹事の任期は2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たときは、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、参与の選出）

1) 理事の選出

イ) 理事は選出時に原則として満65歳を超えていないものとする。ただし大学の講座主任の者では、大学の定年が66歳以上の場合は当該施設の定年を越えていないものとする。

ロ) 投票による理事候補者は役員、評議員、参与、顧問又は名誉会員のうちの2名の推薦を受けて所定の立候補届を提出し、立候補した正会員を被選挙人とする。

ハ) 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。

ニ) 投票による理事の選出は、評議員会における出席評議員の投票又は郵送による評議員の無記名投票で以下の方法で当選者を決定する。

(1) 女性立候補者が複数の場合には、女性のうち最も得票数の多い者（女性最多得票者）1名を決定し、次に、女性最多得票者を除いた者の中から得票数順に定数までの候補者を当選者とする。

(2) 女性立候補者が1名の場合には、信任投票のみを行う。信任となったときは、残りの定数について得票順に決定し、不信任のときは、同号第5項に準じる。

(3) 女性立候補者がいない場合には、得票数順に定数までの候補者を当選者とする。

(4) 同号第2項、同号第3項において、得票数が同数の場合には、選挙管理委員会が行う抽選によって決定する。

(5) 立候補者が定数と同数または定数に満たない場合には、信任投票を行い、残りの候補者を推薦理事として補完することができる。

ホ) 推薦理事は、理事長が専門分野を考慮した上で推薦し、理事会の議を経て選任する。

2) 理事長の選出

理事長は選出された理事の互選により単記、無記名投票によって選出される。

3) 監事の選出

イ) 監事は評議員経験者の正会員の中から役員、評議員、参与、顧問又は名誉会員のうちの2名の推薦を受けて所定の立候補届を提出し、立候補した者を被選挙人とする。

ロ) 監事は、選出時に満70歳を超えていないものとする。

ハ) 定数に満たない場合には、残りの候補者を理事会の議を経て補完することができる。

4) 参与の選出

65歳以上75歳以下であって本会に著しく貢献した役員、評議員の経験がある正会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ます。

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。

役員・評議員・幹事等 名簿

| | | | | | | | | | | |
|------|-------|-------------------------------------|-------|------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 理事長 | 彦彰子 | 良清倫 | 俊紘祐誠信 | 雄治 | 一一五 | 生子 | 一裕則 | 糺彦郎 | 浩明彦穣朗 | 則久弘愛志介彦香勝子 |
| 理事 | 井原本 | 熊塚守 | 吉夜黒中村 | 安井岩 | 大小北熊齋塩鈴會工近手中橋平藤堀松森山余 | 藤下崎保川原井藤谷木根 | 松島山口野本 | 本田下田 | 瑞綾真公武 | 良康彰雅三千一直次一保龍文由敬 |
| 監事 | 原陣野田上 | 尚郎城 | 夫吉了晴光 | 仁人大二 | 一夫香二樹郎子幹司剛彦一貴治城毅之拓一 | 幸真研孝幸百合健大庸貴經光伸浩重宗重智 | 荒伊岩大香木近櫻杉角高田堤中萩原藤保松室山吉 | 福田裕次郎 | 俊紘祐誠信 | 雄治 |
| 顧問 | 田谷富 | 賴一宗 | 敏駿健政 | 木藤井上森取村藤井山南原測 | 平森枝富延野下崎 | 藤下崎保川原井藤谷木根 | 松島山口野本 | 本田下田 | 良清倫 | 一一五 |
| 名譽會員 | 折橋保 | 山馬河内兵 | 下場田藤頭 | 荒伊岩大香木近櫻杉角高田堤中萩原藤保松室山吉 | 福田裕次郎 | 瑞綾真公武 | 良康彰雅三千一直次一保龍文由敬 | 彦彰子 | 吉夜黒中村 | 安井岩大小北熊齋塩鈴會工近手中橋平藤堀松森山余 |
| 參與 | 之一志 | 喜喜篤之一夫 | 宏賢保 | 高高秀幸徹 | 朝伊今江太折北小坂嶋鈴高橋都中任花平星本三安山 | 寺田田田 | 藤下崎保川原井藤谷木根 | 松島山口野本 | 本田下田 | 吉夜黒中村 |
| 評議員 | 澤野本 | 輪輪崎内田見 | 澤野本 | 輪輪崎内田見 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 瑞綾真公武 | 良康彰雅三千一直次一保龍文由敬 | 彦彰子 | 吉夜黒中村 |
| | 小高藤 | 三三小川友氷 | 高真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 良清倫 | 俊紘祐誠信 | 雄治 | 吉夜黒中村 |
| | 浩森 | 村内井子村上測 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 彦彰子 | 吉夜黒中村 | 安井岩大小北熊齋塩鈴會工近手中橋平藤堀松森山余 | 吉夜黒中村 |
| | 原伊小任 | 山川岩金市阪原吉赤生猪梅大小北小坂志鈴高竹塚中丹羽平藤堀三守山和酒八矢 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 安井岩大小北熊齋塩鈴會工近手中橋平藤堀松森山余 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 理事長 | 貴人学美江之大郎 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 安井岩大小北熊齋塩鈴會工近手中橋平藤堀松森山余 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 理事 | 一史明雄文亮典仁史之正己文人志 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 監事 | 一夫彰志一人滋典新清子代太や夫太 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 顧問 | 千代太や夫太 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 名譽會員 | 和正諒 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 參與 | 武弘 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |
| | 評議員 | あ正諒 | 浩真智幸秀 | 高高秀幸徹 | 藤西崎田田村森本根木橋谷築島澤野川間輪松村 | 寺 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 | 吉夜黒中村 |

(2025年7月1日現在)

原著号投稿規定

(2025年5月29日改訂)

1. 学会誌原著号は（独）科学技術振興機構が運営するJ-STAGEに登載・公開される。
2. 学会誌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・咽頭科学会会員に限る。
3. 投稿原稿は口腔および咽頭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。
4. 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) 原稿は原則として電子メールにて投稿すること。投稿の方法については本規定11.を参照のこと。
 - 2) 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。
 - 3) 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。
 - 4) 本文はMS-Word等のワープロソフトを用いて作成し、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字で行をあけずに横書きとし、ページ数を入れること。
英語の場合は、A4の用紙設定としdouble spaceにてタイプし、ページ数を入れること。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) 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、筆頭著者の生年月日（著者の生年月日は奨励賞の選考に際し必要となる）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。
- 9) 図（写真を含む）・表は、MS-PowerPoint、MS-Excel等を使用し、JPEG形式、PDF形式、PPT形式、XLSX形式いずれかでの提出が望ましい。解像度は、写真で350dpi以上、線描画で600dpi以上が望ましい。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。グラフは平面図とする。
また、図表は上下を明示し、一連の番号をつけ、本文原稿とは別のファイルとして作成すること。本文原稿に図表を貼り付けての投稿はしないこと。
他誌の図表を引用する時は、版権のある出版社から転載許可を受けること。
- 10) 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、誤嚥性肺炎^{7,17}
- 11) 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頸下腺多形腺腫例. 口咽科
2011; 24: 97-101.

(例) Winkler E, Golden 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.

12) 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。動物を対象とする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。ヒト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する。原著論文については、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。

13) 利益相反について、著者は論文内容に影響を及ぼす可能性のある、報酬、助成金、寄付金、特許、株式の保有やその他の援助（機材の提供、施設の使用などを含む）の有無を末尾に記載する。利益相反がない場合でも、利益相反に該当する事項がない旨を記載する。また、日本口腔・咽頭科学会ホームページより利益相反申請書をダウンロード、記入の上、論文原稿と併せて提出すること。

5. 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。なお、推薦論文であっても掲載の可否については通常の査読を経たのちに決定される。

6. 校正は初校正を著者校正とする。

7. 著者には論文PDFを寄贈する。別刷を希望する場合は、下記事務局宛に申し出ること。別刷は著者負担で製作する。

8. 採用論文の掲載予定号の発刊日まで期間が空く場合、著者は J-stage への早期公開を希望することが出来る。

9. 掲載実費は下記による。

1) 掲載料は 30,000 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、表組に要した費用は著者負担とする。

3) 図表はカラー、モノクロどちらの掲載でも掲載料は変わらない。

4) 英文抄録の校閲費用は著者負担とする。

5) J-stage への早期公開を希望する場合、登載手数料は著者負担とする（早期公開時に請求）。

10. 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。

11. 投稿原稿、および利益相反申請書は下記事務局宛に電子メールにて送付する。メールでの投稿が困難な場合はデータ(CD-R 等)を書留郵便、又はレターパックなど郵送記録の残るもので送付のこと。なおCD-R 等電子媒体は返却しない。

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

Email : jssp_submit@onebridge.co.jp

編集担当理事：藤本保志・山村幸江

編集委員長：木村百合香

編集委員：酒井あや・鳴原俊太郎・鈴木健介・津田潤子
中島逸男・松延 肇

原稿募集

口腔・咽頭科 Vol. 39 2026 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_submit@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38巻 第2号

2025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・咽頭科学会贊助会員

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3社
(2025年7月1日現在)

二〇一五年八月一日印刷
二〇一五年八月十日発行

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
发行人

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
理事長 原 浩貴

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
中村延雄社

・学会事務
編集所

二〇一五年六月一日(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)〇三一五六二〇一九五三