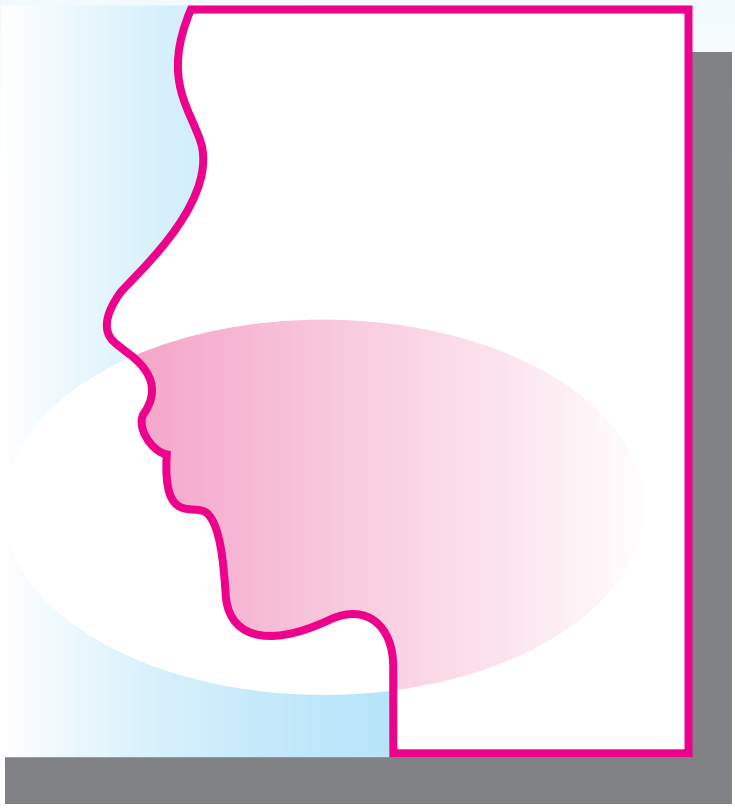
ISSN 0917-5105　口腔・咽頭科
Kōkū, intōka(Stomato-pharyngology)

口腔・咽頭科

Stomato-pharyngology



Vol. 39　No. 2　2026

日本口腔・咽頭科学会

Japan Society of Stomato - pharyngology

口 咽 科
Stomato-pharyngol

ご挨拶



会長　塚　原　清　彰
東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

この度，第39回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会を主催させていただくこととなりました．この場をお借りして，役員・会員の皆様に心より御礼申し上げます．本学会を当教室が主催させていただきますのは初めてとなりますが，前身である日本扁桃研究会は第13回（1973年）を白岩俊雄先生，第22回（1982年）を竹田千里先生が会長を務められており，沿革を含めますと当教室が主催させていただくのは3回目となります．

テーマは「やっぱり食が好き」とさせていただきました．食べることは生命の根幹であると同時に文化です．私達は生まれた時から当たり前のように食べる・飲むを繰り返しています．しかし，それを失った時，その大切さに気付き，心の底から「食べたい」と感じます．口腔・咽頭疾患を扱う我々は，まさに「食の番人」です．本学会では，「食べる」を守る低侵襲手術である経口腔的ロボット支援手術のライブサージャリーをさせていただきます．唾液腺は食に不可欠で，耳下腺腫瘍を公開されています中川翔子さん，諏訪部順一さん，扇一平さんに加え，中野美奈子を特別講演にお招きいたしました．その他，学術企画として，再発口腔咽頭唾液腺癌の治療，唾液腺疾患，咽頭疾患，嚥下，味覚，睡眠障害，保険診療など幅広い内容を用意いたしました．ハンズオンセミナーも多岐に渡ります．もちろんご参加の皆様を「食」でおもてなしさせていただく準備も万端です．

口腔・咽頭科学会の歴史に新たな一歩を刻み，皆様にご満足いただけるよう，今回の第39回にちなんで，サンキュー！の気持ちで教室員・同門会で皆様をお迎えさせていただきます．心行くまでお楽しみ下さい．

ご　案　内

1. 会期

【現地開催】

2026 年 9 月 3 日（木）・4 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

ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター

〒 160-002　東京都新宿区西新宿 8-17-1　住友不動産新宿グランドタワー 5F

TEL：050-3112-0919

3. 参加費・参加登録，参加方法

1. 一般（会員）　：15,000 円（不課税）
2. 一般（非会員）：15,000 円（不課税）
3. 医学部学生・初期臨床研修医：無料

※支払いは現金のみとなります.

※インボイス番号は取得しておりません.

※ネームカードは所属・氏名をご記入のうえ，会期中は必ずご着用ください.

※医学部学生・初期臨床研修医の方は HP より在籍証明書をダウンロード頂き，必要事項ご記入の上，大会当日，参加受付にご提出ください.

●参加受付

日時	参加受付場所
9 月 3 日（木）7：30～16：00	ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター 5 階　ROOM I
9 月 4 日（金）8：00～14：00	

ネームカードは当日，参加受付にてお渡しいたします.

参加証明書，領収書はネームカードについております.

4. 学会誌（抄録集）

抄録集は，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. 日耳鼻アプリ・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

「日耳鼻ナビ（旧称：日耳鼻アプリ）」もしくは「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会カード（IC カード）」の登録は，全会員が対象です．なお，「日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医証（旧カード）」は使用できません.

「日耳鼻ナビ」での登録について

1. 学会会場に来場時，各会場にある出席単位受付に設置された「QR コード」を読み込むことで受付ができます．または，領域講習，共通講習の入場用 QR コードを読み込むことでも受付が可能で

す．その場合は，出席単位受付の QR コードを改めて読み込む必要はありません．
耳鼻咽喉科領域講習参加単位取得は受講の入退室時にそれぞれ指定のQRコードを読み込んでください．

2. 登録をした講習は，アプリ上ですぐに確認することができます．

「IC カード」による登録について

1. 学会会場に来場時，出席単位受付のカードリーダーにカードを置くと，接続されたコンピュータ上に名前が表示されますので，コンピュータ画面を確認してからカードを取ってください．
耳鼻咽喉科領域講習参加単位取得は受講の入退室時にカードリーダーでの登録がそれぞれ必要となります．なお，耳鼻咽喉科領域講習の受講単位取得には，学会参加登録を事前に済ます必要があります．
2.「IC カード」を忘れた場合
「日耳鼻ナビ」をご利用いただくか，仮カードを発行（有料，デポジット制）いたしますので，総合案内までお越しください．

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 39 回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会	2 単位	参加受付を済ませ，ネームカードをご着用の上，「日耳鼻ナビ」，もしくは日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード「IC カード」で受付をしてください．	9 月 3 日（木）	7：30 ～ 16：00
			9 月 4 日（金）	8：00 ～ 14：00

※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	取得単位	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	各 1 単位	参加受付で学会参加登録を済ませた後，入室ならびに，退出時に，「日耳鼻ナビ」，もしくは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．

＊「耳鼻咽喉科領域講習」は本総会・学術講演会の参加者に限ります．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. 取得単位

1. 学会参加単位：2 単位
2. 耳鼻咽喉科領域講習：1 単位／セッション（会期中上限 2 単位）
3. 耳鼻咽喉科領域講習（検査に関する実技講習）：1 単位／セッション（事前予約制）

7. 耳鼻咽喉科領域講習　対象セッション

1. 9 月 3 日（木）10：40 ～ 12：10　シンポジウム 1（第 1 会場 ROOM A-D）
2. 9 月 3 日（木）14：20 ～ 15：20　シンポジウム 3（第 2 会場 ROOM G）
3. 9 月 4 日（金）9 ：00 ～ 10：00　シンポジウム 4（第 1 会場 ROOM A-D）
4. 9 月 4 日（金）10：40 ～ 11：40　パネルディスカッション（第 1 会場 ROOM A-D）

8. 耳鼻咽喉科領域講習（検査に関する実技講習）対象セッション（事前予約制）

1. 9月4日（金） 9：00～10：00　耳鼻咽喉科医のためのSAS診療ハンズオンセミナー
～HSAT・在宅PSG・CPAP導入を実践的に学ぶ～
（東京医科大学　5階　クリニカル・シミュレーション・ラボ）

2. 9月4日（金）10：40～11：40　味覚検査ハンズオンセミナー
（東京医科大学　5階　クリニカル・シミュレーション・ラボ）

9. クローク

日時：9月3日（木）7：30～16：30
9月4日（金）8：00～15：30
場所：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5階　ROOM I

10. 託児のご案内

HPにて募集いたします．詳細はHPをご参照ください．

11. 共催セミナー

開催に伴いお弁当や軽食をご用意しております．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．

12. 企業展示

日時：9月3日（木）9：00～15：30
9月4日（金）9：00～14：00
会場：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5階　ホワイエ

13. ハンズオンセミナー

各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．

（1）ロボット手術ハンズオンセミナー
（9/2（水）① 12：00～13：10　② 13：55～15：05　③ 15：50～17：00）
会場：インテュイティブサージカル合同会社　トレーニングセンター
講師：清水　顕（東京医科大学），岸本　曜（京都大学），黒瀬　誠（札幌医科大学），
佐野大佑（横浜市立大学附属病院），瓜生英興（九州医療センター），
加藤久幸（藤田医科大学）

（2）第7回唾液腺管内視鏡手術ハンズオンセミナー
（9/2（水）13：30～15：30）
会場：東京医科大学　5階　クリニカル・シミュレーション・ラボ
講師：松延　毅（防衛医科大学校），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（東北医科薬科大学），
髙原　幹（旭川医科大学），寺田哲也（大阪医科薬科大学）

(3) ハンズオンセミナー 1

(9/3（木）10：40 ～ 12：10)

「第 3 回上咽頭擦過療法ハンズオンセミナー」

会場：東京医科大学　5 階　クリニカル・シミュレーション・ラボ

講師：大野芳裕（大野耳鼻咽喉科），楠山敏行（東京ボイスクリニック品川耳鼻咽喉科），
田中亜矢樹（田中耳鼻咽喉科），西　憲祐（西耳鼻咽喉科医院），
萩野仁志（はぎの耳鼻咽喉科），茂木立学（もぎたて耳鼻咽喉科）

(4) ハンズオンセミナー 2

(9/3（木）① 11：30 ～ 12：00　② 13：50 ～ 14：20)

(9/4（金）③ 11：00 ～ 11：30　④ 12：50 ～ 13：20)

「臨床で役立つイラストセミナー」

会場：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　Room E・F（ ポスター会場）

講師：井上セナ（手術専門イラストスタジオ・URGIC）

(5) ハンズオンセミナー 3【耳鼻咽喉科領域講習（検査に関する実技講習)】

(9/4（金）9：00 ～ 10：00)

「耳鼻咽喉科医のための SAS 診療ハンズオンセミナー
～ HSAT・在宅 PSG・CPAP 導入を実践的に学ぶ～」

会場：東京医科大学　5 階　クリニカル・シミュレーション・ラボ

講師：北村拓朗（産業医科大学），中島逸男（獨協医科大学）

(6) ハンズオンセミナー 4【耳鼻咽喉科領域講習（検査に関する実技講習)】

(9/4（金）10：40 ～ 11：40)

「味覚検査ハンズオンセミナー」

会場：東京医科大学　5 階　クリニカル・シミュレーション・ラボ

講師：山村幸江（東京女子医科大学），任　智美（兵庫医科大学）

14. 役員会

理事会

日時：9 月 2 日（水）14：00 ～ 16：00

場所：パークハイアット東京　39F　ドローイングルーム

評議員会

日時：9 月 2 日（水）16：10 ～ 18：10

場所：パークハイアット東京　39F　ヴェネシアンルーム

新理事会

日時：9 月 3 日（木）7：30 ～ 8：20

場所：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　ROOM L

15. 総会

日時：9 月 3 日（木）13：20 ～ 13：50

会場：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　ROOM A-D（第 1 会場）

16. 会員懇親会

日時：9 月 3 日（木）16：50 ～

会場：東急歌舞伎町タワー　2F　新宿カブキ hall

※会長挨拶等はございません．到着後，順次飲食をお楽しみください．

　ネームカードを着用の上，会場内各飲食店をご利用頂けます．

（懇親会会場行シャトルバス　出発時刻）

① 16：10　② 16：15　③ 16：30　④ 16：40

ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター 1 階より懇親会会場までバスでご案内いたします．

※車 10 分，徒歩 20 分程度の経路となります．

※満車時や道路の混雑状況によって出発時刻が変更になる可能性がございます．

※乗り切れない場合もございますのであらかじめご了承ください．

17. 特別講演 2　記念撮影

特別講演終了後，ゲストの諏訪部順一様，中野美奈子様両名と一緒に記念撮影を行います．

是非，学会参加の記念に医局の皆様で記念撮影にご参加ください．

記念撮影希望者は HP にて事前募集いたします．

日時：9 月 4 日（金）15：20 ～

会場：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　ROOM A-D（第 1 会場）

18. インターネットサービス（無料 Wi-Fi）

ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階フロアにてご利用いただけます．

SSID：shinjyuku-g

PW：sjg00014

19. その他

（1）ポロシャツを含むクールビズでご参加ください．※ネクタイ，短パン，ビーチサンダルは不可

（2）講演会場内で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．

（3）第 1 会場内での録音・録画・写真撮影は固くお断り申し上げます．

　他会場内では発表内容，発表スライド等，発表や資料に対しての録音・録画・写真撮影は固くお断り申し上げます．それ以外の参加者同士の記念撮影は自由ですが，SNS への投稿などはご遠慮ください．会場内での許可無き録音・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（口演）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．座長・司会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（口演）　1 題 10 分（発表 7 分，質疑 3 分）

・企画セッション　個別にご案内

(3) 口演発表では発表の終了 1 分前に黄色のランプが点灯，発表終了時間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，お願いいたします．

2. 企画セッション，一般演題（口演）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　1 題 10 分（発表 7 分，質疑 3 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，発表終了時間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 メモリ等に保存してご持参ください．

④フォントは文字化けを防ぐため，下記フォントに限定します．

⑤日本語…MS ゴシック，MSP ゴシック，MS 明朝，MSP 明朝，メイリオ，Meiryo UI，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．

⑧ 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．

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，Macintosh を使用する場合はバックアップとしてご自身のパソコンもご持参ください．

⑪すべてのご発表について，音声の使用が可能です．

⑫ PC データ受付

日時：9 月 3 日（木）7：30 ～ 15：00

9 月 4 日（金）8：00 ～ 14：00

場所：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　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．

⑬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媒体（USB フラッシュメモリ等）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．付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．

⑭ COI の開示について

・本学会で口頭発表およびポスター発表をする筆頭演者と共同演者は，全ての利益相反（COI）状態について自己申告による開示が必要です。本学会における利益相反（COI）についての指針は，日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が定めたものを準用しています。
大会 HP の「司会・座長・演者へのご案内」に掲載の指針・細則をご確認いただき，利益相反（COI）発表スライドにて開示してください。

3. 一般演題（ポスター）概要

ポスター会場：ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター　5 階　Room E・F
発表時間：1 題 7 分（発表 5 分，質疑 2 分）

	ポスター 1　9/3（木）	ポスター 2　9/4（金）
貼付時間	8 ：00 ～ 10：00	8 ：00 ～ 10：00
供覧時間	8 ：00 ～ 14：20	8 ：00 ～ 13：20
座長受付	**14：00 ～ 14：20**	**13：00 ～ 13：20**
発表時間	**14：20 ～ 15：10**	**13：20 ～ 14：00**
撤去時間	15：10 ～ 16：00	14：00 ～ 15：00

※ 1 日目と 2 日目でポスターは貼り替えとなります．

4. 一般演題（ポスター）の座長の方へ

(1) 座長の方は，ご担当セッション開始予定時刻の 10 分前までにポスター会場前に設けます「ポスター座長受付」にお越しください．座長用リボンをお渡しいたしますのでご着用の上，担当ポスターパネル前でお待ちください．
(2) 定刻になりましたら進行スタッフより指示棒をお渡しいたしますので，セッションを開始してください．

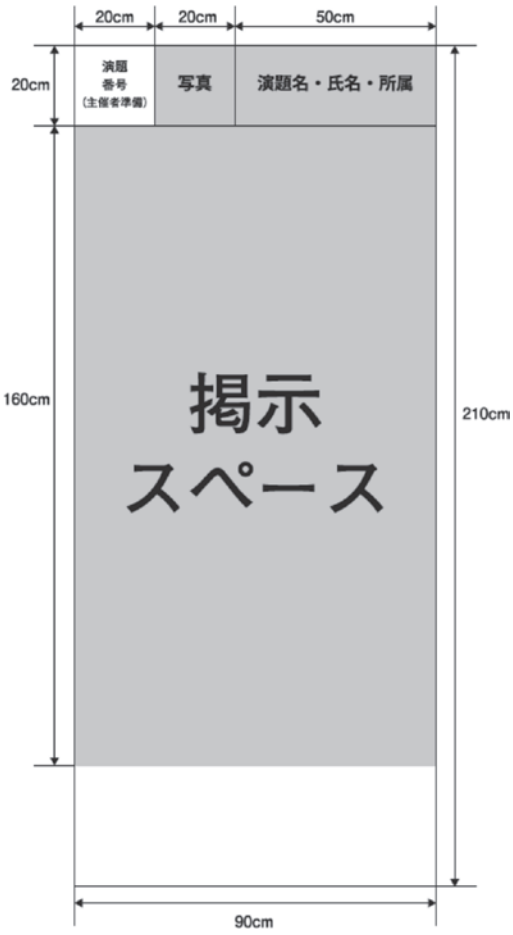
(3) 発表時間の計時はスタッフが行い，発表の終了時（発表開始後 5 分）に一度ベルを鳴らします．また，質疑の終了時（発表開始後 7 分）に二度ベルを鳴らしますのでプログラムの円滑な進行をお願いいたします．

(4) セッションが終了しましたら進行スタッフに座長用リボンと指示棒をご返却ください．

5. 一般演題（ポスター発表）の発表者の方へ

(1) ポスター発表の演者の受付はございません．発表者は指定された時間にポスター会場内に設置してあるポスターパネルに直接ポスターを掲示してください．掲示用のピンを各パネル前にご用意しています．

(2) ポスターパネルは右図のように用意します．顔写真（絵なども可）は 20×20cm，演題名，所属は 20×50cm の枠内，発表内容は 160×90cm の枠内でご準備ください．演題番号，掲示用のピン，演者用リボンは事務局にて用意します．



(3) 発表者は指定された発表開始時刻には，演者用リボンを付けて，ポスターパネルの前で待機してください．

(4) 撤去時間を過ぎても撤去されないポスターは事務局で処分いたしますので，あらかじめご了承ください．

(5) COI の開示について

本学会で口頭発表およびポスター発表をする筆頭演者と共同演者は，全ての利益相反（COI）状態について自己申告による開示が必要です。本学会における利益相反（COI）についての指針は，日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が定めたものを準用しています。

大会 HP の「司会・座長・演者へのご案内」に掲載の指針・細則をご確認いただき，利益相反（COI）発表スライドにて開示してください。

【事務局】

東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野
〒 160-0023　東京都新宿区西新宿 6-7-1
TEL：03-3342-6111

【運営事務局】

株式会社学会サービス
〒 150-0032　東京都渋谷区鶯谷町 7-3-101
TEL：03-3496-6950　FAX：03-3496-2150
E-mail：jssp39@gakkai.co.jp

交通案内

ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター

〒160-0023　東京都新宿区西新宿 8-17-1　住友不動産新宿グランドタワー 5F
「西新宿駅」1 番出口徒歩 4 分（丸ノ内線）
「都庁前駅」A5 出口徒歩 8 分（大江戸線）
「新宿駅」西口徒歩 14 分（JR 線・小田急線・京王線）

ハンズオンセミナー会場：
東京医科大学　5 階
クリニカル・シミュレーション・ラボ



※地図上の 1▶印は、写真の方向を示しています。
※実線はハンズオンセミナー会場までの経路です。

西新宿駅　1 番出口（丸の内線）ルート



改札を出てすぐ左へ.
1 番出口から地上へ上がります.



地上へ出たら**すぐ右へ.**
JR 新宿駅を背にしてゆるい下り坂の青梅街道を進みます.



250m ほど進んだ右手が，住友不動産新宿グランドタワーです.



会議室（5F）へは，**建物内のエレベーターを利用**します.



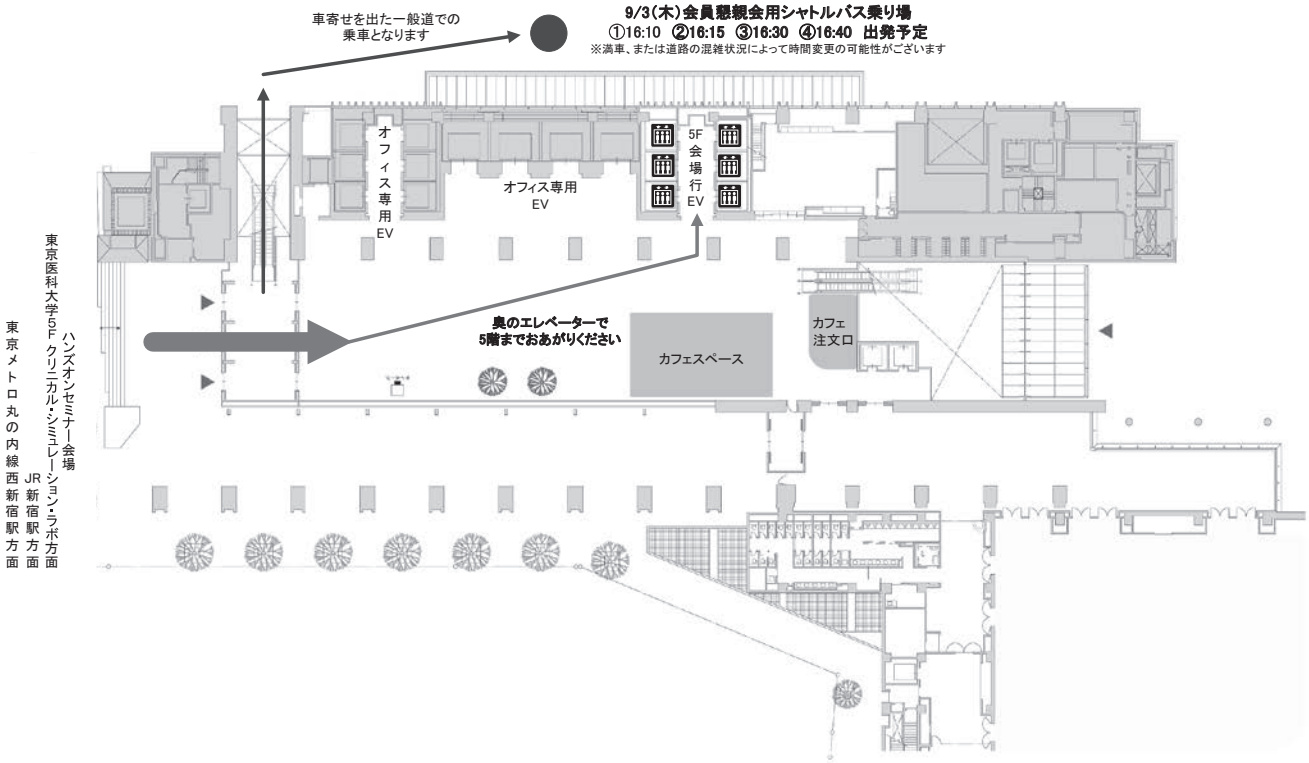
バンク A　5〜13F 行きエレベーターで **5F** へ.



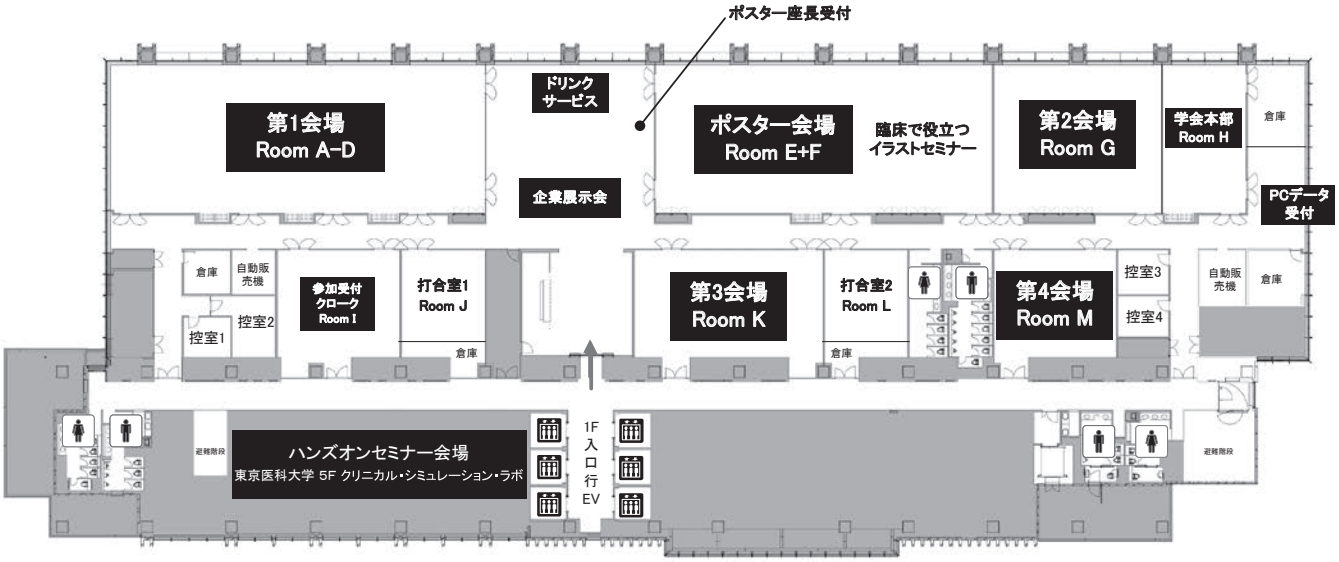
会議室到着.

会場案内

1F エントランス



5F フロア



第1日目 9月3日(木) 日程表

第1会場 Room A-D

9:30-10:30
ライブサージャリー
～見て感じる経口腔的ロボット支援手術～
司会：楯谷 一郎（京都大学）
上田 勉（広島大学）
演者：塚原 清彰（東京医科大学）

10:40-12:10
シンポジウム1
唾液は美味しさのエッセンス
司会：折田 頼尚（熊本大学）
高野 賢一（札幌医科大学）
演者：有本 友季子（千葉県こども病院）
齋藤 陽元（熊本大学）
向川 卓志（静岡がんセンター）
岸田 拓磨（東京医科大学）
領域講習

12:20-13:10
ランチョンセミナー 1
頭頸部アルミノックス治療，5年間の臨床知見と次の問い
司会：香取 幸夫（東北大学）
演者：樽谷 貴之（広島大学）

13:20-13:50
総会

13:50-14:10
学会奨励賞授賞式・受賞講演

15:30-16:10
特別講演1
笑顔の未来をまもるために しょこたんと学ぶ耳下腺腫瘍のこと～早期発見と向き合い方～
インタビュアー：扇 一平（プロデューサー，アナウンサー）
演者：中川 翔子（歌手，タレント，声優，俳優，イラストレーター）

第2会場 Room G

8:30-9:20
第1群
舌下神経・扁桃病巣感染
座長：水足 邦雄（東京女子医科大学）
生駒 亮（横浜南共済病院）

10:40-12:10
シンポジウム2
食事を支える咽頭
司会：山村 幸江（東京女子医科大学）
守本 倫子（国立成育医療研究センター）
演者：高橋 奈央（長岡赤十字病院）
大原 賢三（旭川医科大学）
横山 菜悠（聖マリアンナ医科大学／国立成育医療研究センター）
西 憲祐（西耳鼻咽喉科医院）

12:20-13:10
ランチョンセミナー 2
がんゲノム医療 UPDATE
司会：塩谷 彰浩（防衛医科大学校）
演者：上田 百合（東京医科大学）
齊藤 祐毅（東京大学）

14:20-15:20
シンポジウム3
よく寝て，美味しく食べる
司会：原 浩貴（川崎医科大学）
藤本 保志（愛知医科大学）
演者：丸山 諒（東京医科大学）
任 智美（兵庫医科大学）
杉山 庸一郎（佐賀大学）
領域講習

16:10-16:50
バス移動 ①16:10/②16:15/①16:30/②16:40発
※ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター 1F ロータリー外

16:50-
会員懇親会
東急歌舞伎町タワー 2F 新宿カブキhall
※会長挨拶等はございません．到着後，順次飲食をお楽しみください．
ネームカードを着用の上，会場内各飲食店をご利用頂けます．

第3会場 Room K

8:20-8:30
開会式

8:30-9:20
第2群
嚥下1
座長：北原 糺（奈良県立医科大学）
山下 勝（鹿児島大学）

9:30-10:30
ライブサージャリー
中継会場
※混雑の場合のみ開場いたします。

10:40-11:30
第3群
睡眠1
座長：角南 貴司子（大阪公立大学）
都築 建三（兵庫医科大学）

11:30-12:10
第4群
睡眠2
座長：和田 弘太（東邦大学）
井下 綾子（順天堂大学）

12:20-13:10
ランチョンセミナー 3
国産マイクロ波デバイスの進化と実践
～アクロサージを使いこなす Tips&Tricks～
司会：藤原 和典（鳥取大学）
演者：羽生 健治（東京医科大学）
小森 学（聖マリアンナ医科大学）

14:20-15:10
スイーツセミナー 1
「未来を開く ～新化する新しい針の形～」
司会：猪原 秀典（大阪大学）
演者：西村 文吾（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター）
岡村 純（聖隷浜松病院）

第4会場 Room M

8:30-9:20
第5群
学生・専攻医セッション1
座長：手島 直則（高知大学）
小川 恭生（東京医科大学八王子医療センター）

10:40-11:30
第6群
学生・専攻医セッション2
座長：堀井 新（新潟大学）
髙橋 邦行（宮崎大学）

11:30-12:10
第7群
その他1
座長：藤枝 重治（福井大学）
藤田 岳（神戸大学）

12:20-13:10
ランチョンセミナー 4
再発・転移頭頸部癌治療：今一度考えるセツキシマブの価値
司会：小澤 宏之（慶應義塾大学）
演者：田中 英基（東京医科大学）

14:20-15:20
第8群
腫瘍1
座長：松浦 一登（国立がん研究センター東病院）
中平 光彦（埼玉医科大学国際医療センター）

領域講習：耳鼻咽喉科領域講習 1単位

第1日目 9月3日(木) 日程表

ポスター会場

Room E

8:00
9:00
10:00
11:00
12:00
13:00
14:00
15:00
16:00
17:00
18:00

8：00–10：00
ポスター貼付・供覧

10：00–14：20
ポスター供覧

14：00–14：20
座長受付

14：20–15：09
P1群
睡眠1
座長：坂本 達則（島根大学）
北村 嘉章（徳島大学）

14：20–15：09
P2群
睡眠2
座長：花澤 豊行（千葉大学）
堀 龍介（産業医科大学）

14：20–15：09
P3群
扁桃
座長：山田 武千代（秋田大学）
西山 信宏（東京医科大学）

14：20–15：02
P4群
唾液腺1
座長：菅原 一真（山口大学）
田渕 経司（筑波大学）

14：20–15：09
P5群
腫瘍1
座長：今西 順久（国際医療福祉大）
柴田 博史（三重大学）

14：20–15：02
P6群
化学療法・放射線療法
座長：櫻井 大樹（山梨大学）
羽生 健治（東京医科大学）

15：10–16：00
ポスター貼替

Room F

11：30–12：00
ハンズオンセミナー 2
①

13：50–14：20
ハンズオンセミナー 2
②

臨床で役立つ
イラストセミナー
講師：井上セナ
（手術専門イラストスタジオ・URGIC）

ハンズオンセミナー会場

東京医科大学　5F
クリニカル・シミュレーション・ラボ

10：40–12：10
ハンズオンセミナー 1
第3回上咽頭擦過療法ハンズオンセミナー
講師：大野 芳裕（大野耳鼻咽喉科）
楠山 敏行
（東京ボイスクリニック品川耳鼻咽喉科）
田中 亜矢樹（田中耳鼻咽喉科）
西 憲祐（西耳鼻咽喉科医院）
萩野 仁志（はぎの耳鼻咽喉科）
茂木立 学（もぎたて耳鼻咽喉科）

第2日目 9月4日(金) 日程表

第1会場 Room A-D

9:00-10:00
シンポジウム4
こんなに変わった保険診療2026
司会：岩井 大（岩井医院院長）
　　熊井 良彦（長崎大学）
演者：松塚 崇（朝日大学病院）
　　上田 百合（東京医科大学）
　　千葉 伸太郎（国際医療福祉大学）
領域講習

10:05-10:35
第9群
嚥下2
座長：梅野 博仁（久留米大学）
　　森田 由香（富山大学）

10:40-11:40
パネルディスカッション
再発 口腔・咽頭・唾液腺癌の食べられる治療戦略
司会：安松 隆治（近畿大学）
　　小川 武則（岐阜大学）
演者：東野 正明（四国がんセンター）
　　全田 貞幹（国立がん研究センター東病院放射線治療科）
　　松木 崇（神奈川県立がんセンター）
　　田中 英基（東京医科大学）
領域講習

11:50-12:40
ランチョンセミナー 5
エキスパートから聞く口腔・咽頭感染症 Up date
司会：原渕 保明（旭川医科大学名誉教授）
演者：保富 宗城（和歌山県立医科大学）
　　伊藤 真人（自治医科大学）

12:50-13:10
教育講演1
やっぱり食べたい～嚥下障害診療のススメ～
司会：兵頭 政光（櫛木病院）　演者：木村 百合香（昭和医科大学江東豊洲病院）

13:10-13:30
教育講演2
"食べる幸せ"を損なわないOSA外科治療
司会：中田 誠一（名鉄病院）　演者：福田 裕次郎（川崎医科大学）

14:10-15:10
特別講演2
トークショー
～自分らしく伝えるために，
大切にしてきたこと～
インタビュアー：中野 美奈子（フリーアナウンサー）
演者：諏訪部 順一（声優，ナレーター，ラジオパーソナリティ）

15:10-15:20
閉会式

15:20-15:40
特別講演2　記念撮影

第2会場 Room G

9:00-10:10
第10群
TORS
座長：荒木 幸仁（防衛医科大学校）
　　松本 文彦（順天堂大学）

10:10-11:10
第11群
扁桃
座長：堤 剛（東京科学大学）
　　和佐野 浩一郎（東海大学）

11:10-11:40
第12群
IgG4
座長：近松 一朗（群馬大学）

会議のため入室不可

12:50-13:50
第13群
EAT
座長：赤木 博文（岡山市）
　　太田 伸男（東北医科薬科大学）

第3会場 Room K

9:00-9:50
第14群
味覚
座長：室野 重之（福島県立医科大学）
　　工 穣（信州大学）

10:00-10:50
スイーツセミナー 2
"食べる"を守る口腔・咽頭外科
～機能温存と手術効率を両立するEnergy Deviceの役割～
司会：近藤 健二（東京大学）
演者：伏見 千宙（国立がん研究センター中央病院）
　　神山 亮介（がん研究会有明病院）

11:00-11:40
第15群
その他2
座長：齋藤 康一郎（杏林大学）
　　平野 愛（東北大学病院）

11:50-12:40
ランチョンセミナー 6
KEYNOTE-689が拓く，
頭頸部癌周術期治療の新時代
司会：三谷 浩樹（がん研究会有明病院）
演者：岡本 伊作（東京医科大学）

12:50-13:50
第16群
感染症
座長：平野 隆（大分大学）
　　余田 敬子
　　（東京女子医科大学附属足立医療センター）

15:30-17:30
Sleep Surgery 研究会

第4会場 Room M

9:00-10:00
第17群
唾液腺1
座長：鈴木 幹男（琉球大学）
　　濵中 啓祐（日本医科大学付属病院）

10:00-11:10
第18群
腫瘍2
座長：大上 研二（東海大学）
　　山下 拓（北里大学）

11:10-11:40
第19群
唾液腺2
座長：牧野 琢丸（岡山大学）

11:50-12:40
ランチョンセミナー 7
次世代 Energy System―DUALTO™―で
高める精緻な頭頸部手術
司会：朝蔭 孝宏（東京科学大学）
演者：近藤 貴仁（東京医科大学）
　　長岡 真人（東京慈恵会医科大学）

12:50-13:50
第20群
唾液腺3
座長：三澤 清（浜松医科大学）
　　北村 守正（金沢医科大学）

領域講習：耳鼻咽喉科領域講習　1単位

第2日目 9月4日(金) 日程表

ポスター会場

Room E

8:00 – 10:00 **ポスター貼付・供覧**

10:00 – 13:00 **ポスター供覧**

13:00 **座長受付**

P7群 13:20–13:55
頭頸部癌1
座長：本間 明宏（北海道大学）
嶋根 俊和（昭和医科大学病院）

P8群 13:20–13:48
頭頸部癌2
座長：志賀 清人（いわき市医療センター）
松本 希（福岡大学）

P9群 13:20–13:55
腫瘍2
座長：寺田 哲也（大阪医科薬科大学）
山本 祐輝（大阪公立大学）

P10群 13:20–13:55
その他1
座長：鈴木 雅明（帝京大学ちば総合医療センター）
橋口 一弘（ふたばクリニック）

P11群 13:20–13:55
その他2
座長：中山 次久（獨協医科大学）
白井 杏湖（東京医科大学）

P12群 13:20–13:48
唾液腺2
座長：平野 滋（京都府立医科大学）
志賀 英明（金沢医科大学）

14:00 – 15:00 **ポスター撤去**

Room F

11:00 – 11:30
ハンズオンセミナー 2 ③

臨床で役立つ
イラストセミナー
講師：井上セナ
（手術専門イラストスタジオ・URGIC）

12:50 – 13:20
ハンズオンセミナー 2 ④

ハンズオンセミナー会場

東京医科大学 5F
クリニカル・シミュレーション・ラボ

9:00 – 10:00
ハンズオンセミナー 3
耳鼻咽喉科医のための
SAS診療ハンズオンセミナー
―HSAT・在宅PSG・CPAP導入を実践的に学ぶ
講師：北村拓朗（産業医科大学）
中島逸男（獨協医科大学）
検査講習 / 領域講習

10:40 – 11:40
ハンズオンセミナー 4
味覚検査ハンズオンセミナー
講師：山村 幸江（東京女子医科大学）
任 智美（兵庫医科大学）
検査講習 / 領域講習

検査講習/領域講習：耳鼻咽喉科領域講習（検査に関する実技講習） 1単位

第 1 日 9 月 3 日（木）
第 1 会場

ライブサージャリー　（9：30 ～ 10：30）

司会：楯　谷　一　郎（京都大学）
上　田　　勉（広島大学）

ライブサージャリー　～見て感じる経口腔的ロボット支援手術～
塚原　清彰（東京医科大学）

耳鼻咽喉科領域講習

シンポジウム 1　（10：40 ～ 12：10）

司会：折　田　頼　尚（熊本大学）
高　野　賢　一（札幌医科大学）

「唾液は美味しさのエッセンス」

1. 小児にみられる唾液腺疾患
有本友季子（千葉県こども病院）
2. 唾液腺内視鏡を用いた低侵襲治療
齋藤　陽元（熊本大学）
3. 唾液腺・頭頸部手術における機能温存
向川　卓志（静岡がんセンター）
4. 唾液腺がんの薬物療法アップデート～ HER2・AR を標的とした新時代の治療戦略～
岸田　拓磨（東京医科大学）

ランチョンセミナー 1　（12：20 ～ 13：10）

司会：香　取　幸　夫（東北大学）

頭頸部アルミノックス治療，5 年間の臨床知見と次の問い
樽谷　貴之（広島大学）

特別講演 1　（15：30 ～ 16：10）

インタビュアー：扇　　一　　平（プロデューサー，アナウンサー）

笑顔の未来をまもるために しょこたんと学ぶ 耳下腺腫瘍のこと～早期発見と向き合い方～
中川　翔子（歌手，タレント，声優，俳優，イラストレーター）

第 1 日 9 月 3 日（木）
第 2 会場

第 1 群　舌下神経・扁桃病巣感染　　**（8：30 ～ 9：20）**

座長：水　足　邦　雄（東京女子医科大学）
生　駒　　亮（横浜南共済病院）

O1-1. 舌下神経電気刺激療法の治療成績：症例追加による検討
井下　綾子（順天堂大学）

O1-2. 舌下神経電気刺激装置植込み術後に舌咽神経痛発生し舌咽神経切断術に至り改善した一例
中田　誠一（名鉄病院）

O1-3. Floppy epiglottis を合併した舌下神経刺激療法の経験と課題
安達　美佳[1)2)]（[(1)]東北大学，[2)]東北大学病院　睡眠医療センター）

O1-4. 掌蹠膿疱症に対する扁桃摘出術後の長期有効性および予後の検討
大湊　久貴（旭川医科大学）

O1-5. 掌蹠膿疱症に対する口蓋扁桃摘出術の当院における治療成績
岩崎すみれ（山梨大学）

シンポジウム 2　　**（10：40 ～ 12：10）**

司会：山　村　幸　江（東京女子医科大学）
守　本　倫　子（国立成育医療研究センター）

「食事を支える咽頭」

1. **咽喉頭異常感症：GETS-J（日本語版 GETS）を用いた評価**
   高橋　奈央（長岡赤十字病院）
2. **扁桃病巣疾患の現在地**
   大原　賢三（旭川医科大学）
3. **扁桃摘出術を支える術後食事管理～従来法と PITA による違いの検討～**
   横山　菜悠（聖マリアンナ医科大学 / 国立成育医療研究センター）
4. **上咽頭擦過療法の作用機序と臨床効果：基礎と臨床の統合**
   西　　憲祐（西耳鼻咽喉科医院）

ランチョンセミナー 2　　**（12：20 ～ 13：10）**

司会：塩　谷　彰　浩（防衛医科大学校）

「がんゲノム医療 UPDATE」

1. **包括的がんゲノムプロファイリング概説と，頭頸部癌における有用性**
   上田　百合（東京医科大学）
2. **当科における頭頸部癌，甲状腺癌に対する CGP 検査の現状とその有用性について**
   齊藤　祐毅（東京大学）

耳鼻咽喉科領域講習

シンポジウム 3　　(14：20 ～ 15：20)

司会：原　　浩　貴（川崎医科大学）
藤　本　保　志（愛知医科大学）

「よく寝て，美味しく食べる」

1. 睡眠が変わると食も変わる：耳鼻咽喉科医からみた SAS
丸山　　諒（東京医科大学）

2. 美味しいを支える味覚の役割
任　　智美（兵庫医科大学）

3. のどの機能と嚥下～美味しく食べるために～
杉山庸一郎（佐賀大学）

第 1 日 9 月 3 日（木）
第 3 会場

第 2 群　嚥下 1　　(8：30 ～ 9：20)

座長：北　原　　糺（奈良県立医科大学）
山　下　　勝（鹿児島大学）

O2-1. 咬筋から発症し重度嚥下障害を合併した皮膚筋炎症例の治療経験
大澤　陽子（福井赤十字病院）

O2-2. High-resolution manometry が嚥下関連手術の選択に有用であった嚥下障害の一例
田中加緒里（愛媛大学）

O2-3. 重度嚥下障害に対する誤嚥防止手術症例に関する検討
陣野　智昭（佐賀大学）

O2-4. 頭頸部癌患者における嗜好性食品選択の特徴～「温かい汁あり麺類」に着目した検討～
松井　祐興（日本海総合病院）

O2-5. カプサイシン軟膏による外耳道刺激併用が嚥下訓練に及ぼす影響
近藤　英司（徳島大学）

第 3 群　睡眠 1　　(10：40 ～ 11：30)

座長：角 南 貴 司 子（大阪公立大学）
都　築　建　三（兵庫医科大学）

O3-1. 私の睡眠時無呼吸遍歴
村上　信五（名古屋市立大学医学部附属東部医療センター）

O3-2. 最近の成人 OSA 患者に対する手術療法とその治療成績
鈴木　賢二（みたき総合病院）

O3-3. 閉塞性睡眠時無呼吸に対する UPPP における口蓋扁桃肥大の臨床的意義の再検討
橋本　　光（東北大学病院）

O3-4. 小児閉塞性睡眠時無呼吸症に対する口蓋扁桃・アデノイド摘出術前後の体位変換の検討
平田　正敏（名鉄病院）

O3-5. 小児アレルギー性鼻炎の睡眠 QOL：口呼吸が示す保護者認識の乖離
兵　　行義[1)2)]（[1)]川崎医科大学，[2)]兵医院）

第 4 群　睡眠 2　　(11：30 ～ 12：10)

座長：和　田　弘　太（東邦大学）
井　下　綾　子（順天堂大学）

O4-1. CPAP 治療中の睡眠時無呼吸症候群患者における治療選好の定量的評価
　　徳永　貴広（真生会富山病院）

O4-2. CPAP 残遺眠気に関する検討
　　本間　あや[1)2)]([1)]札幌花園病院睡眠医療センター，[2)]北海道大学）

O4-3. 薬物睡眠下内視鏡検査（DISE）の標準化に向けた文献的考察―現状と課題―
　　中島　逸男[1)2)]([1)]獨協医科大学，[2)]獨協医科大学病院　睡眠医療センター）

O4-4. 小児気道疾患に対する DISE の有用性
　　池田このみ（聖マリアンナ医科大学）

ランチョンセミナー 3　　(12：20 ～ 13：10)

司会：藤　原　和　典（鳥取大学）

「国産マイクロ波デバイスの進化と実践　～アクロサージを使いこなす Tips & Tricks ～」

1. アクロサージを用いた頸部郭清術
　　羽生　健治（東京医科大学）

2. 口蓋扁桃手術におけるパワーデバイス活用～アクロサージの使用経験を踏まえて～
　　小森　　学（聖マリアンナ医科大学）

スイーツセミナー 1　　(14：20 ～ 15：10)

司会：猪　原　秀　典（大阪大学）

「未来を開く ～新化する新しい針の形～」

1. 縫合針の種類と選択について～針が導く新しい縫合の世界～
　　西村　文吾（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター）

2. 耳鼻咽喉科頭頸部外科領域における新世代針付縫合糸の使用経験
　　岡村　　純（聖隷浜松病院）

第 1 日 9 月 3 日（木）
第 4 会場

第 5 群　学生・専攻医セッション 1　　（8：30 ～ 9：20）

座長：手　島　直　則（高知大学）
小　川　恭　生（東京医科大学八王子医療センター）

O5-1. 長期経過を経て診断に至ったシェーグレン症候群合併耳下腺 MALT リンパ腫の一例
川口菜々子（旭川医科大学）

O5-2. Bell 麻痺と診断された耳下腺深葉悪性腫瘍の 2 例
柊山　広樹（川崎医科大学附属病院）

O5-3. irAE 膵炎と鑑別を要した下咽頭癌膵転移の一例
廣嶌　克紀（筑波大学）

O5-4. 治療に苦慮した放射線治療後難治性咽頭潰瘍の一例
横山　沙樹（近畿大学病院）

O5-5. 中咽頭癌に対するロボット支援下経口的手術と放射線治療の機能的予後の比較
気仙　健心（横浜市立大学）

第 6 群　学生・専攻医セッション 2　　（10：40 ～ 11：30）

座長：堀　井　　新（新潟大学）
髙　橋　邦　行（宮崎大学）

O6-1. 頭頸部がん患者におけるアピアランスケアの重要性と QOL への影響
石川　結菜（埼玉医科大学）

O6-2. 当科における舌癌症例の臨床的検討
康　　壮（近畿大学）

O6-3. 肩痛を主訴に著明な疼痛を呈し，診断が遅れ得た下行性壊死性縦隔炎の 1 例
金田　侑大（常磐病院）

O6-4. 扁桃炎様所見を呈したサイトメガロウイルスによる伝染性単核球症の 1 例
平田　成未（川崎医科大学）

O6-5. 発症 7 日以降の血清抗体価で診断した口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス感染症の検討
武内杜詩子（千葉市立海浜病院）

第 7 群　その他 1　　（11：30 ～ 12：10）

座長：藤　枝　重　治（福井大学）
藤　　田　　岳（神戸大学）

O7-1. 副咽頭間隙神経鞘腫症例の臨床的検討
前野　有紀[1)2)]（[1)]昭和医科大学，[2)]昭和医科大学　頭頸部腫瘍センター）

O7-2. 過去 10 年間に手術を施行した Eagle 症候群の報告
中島　　颯（琉球大学）

O7-3. 魚骨異物症例の臨床的検討
安藤菜々子（宮崎大学）

O7-4. 好酸球性副鼻腔炎に対するメポリズマブの臨床効果の検討
橋本　和明（産業医科大学病院）

ランチョンセミナー 4　　(12：20 ～ 13：10)

司会：小　澤　宏　之（慶應義塾大学）

再発・転移頭頸部癌治療：今一度考えるセツキシマブの価値

田中　英基（東京医科大学）

第 8 群　腫瘍 1　　(14：20 ～ 15：20)

座長：松　浦　一　登（国立がん研究センター東病院）

中　平　光　彦（埼玉医科大学国際医療センター）

O8-1. 中咽頭癌の HPV ステータス判定における p16 免疫組織染色の不確実さ
林　　計企（大阪大学）

O8-2. HPV 関連中咽頭癌における術前化学療法後の病理学的退縮パターンと再発・予後の相関
別所　佑樹（静岡がんセンター）

O8-3. レスポンス適応型化学放射線療法による HPV 陽性中咽頭癌治療強度の最適化
益田　宗幸（九州がんセンター）

O8-4. 当科における中咽頭癌の治療成績
神人　　彪（大阪医科薬科大学）

O8-5. 中咽頭癌経口切除術の術式検討　外視鏡 ORBEYE は術後疼痛を軽減し得るか
阪上　智史（関西医科大学）

O8-6. 咽頭食道表在癌に対する経口的手術後に発生した異時性他臓器癌の検討
加納　孝一（東海大学）

第 1 日 9 月 3 日（木）

ポスター会場

P1 群　睡眠 1　　(14：20 ～ 15：09)

座長：坂　本　達　則（島根大学）

北　村　嘉　章（徳島大学）

P1-1. 単純性いびき症に対し Barbed reposition pharyngoplasty を施行し改善した一例
澤口　未来（東邦大学医療センター大森病院）

P1-2. 睡眠関連呼吸障害の危険因子としての鼻閉の検討
鈴木　雅明（帝京大学ちば総合医療センター）

P1-3. OSA 合併顎変形症に対する MMA で CPAP 離脱に至った 1 例
中村　慎哉（鳥取大学医学部附属病院）

P1-4. 耳鼻咽喉科常勤医再配置に伴う当院の睡眠時無呼吸症候群診療体制の再構築と臨床的検討
宮本　佑美（今村総合病院）

P1-5. OSA 治療における耳鼻咽喉科医の責務～劇症型心筋炎に至った症例からの考察～
中山　明峰（めいほう睡眠めまいクリニック）

P1-6. 舌下神経電気刺激療法における診察前問診を用いた忍容性評価と刺激の最適化：1 例報告
所　　郁里（名鉄病院）

P1-7. 舌下神経電気刺激装置植込み術後に Twiddler 症候群を来たした一例
石水瑛理奈（順天堂大学）

P2 群　睡眠 2　　（14：20 ～ 15：09）

座長：花　澤　豊　行（千葉大学）
堀　　龍　介（産業医科大学）

P2-1. 小児キアリ奇形 11 例の睡眠ポリグラフ検査の検討
佐藤慎太郎[1)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）

P2-2. 巨舌による口唇閉鎖不全を伴うダウン症 OSAS 患者に対する CPAP 療法の 1 例
岩野　将平（大分大学医学部附属病院）

P2-3. 睡眠時無呼吸に対する咽頭手術後に CPAP の導入を要したダウン症児の 2 例
小野　誠也（成田記念病院）

P2-4. 当院における小児閉塞性睡眠時無呼吸症に対する治療成績～携帯型睡眠検査による評価～
酒井　あや（金沢医科大学）

P2-5. 小児矯正歯科における耳鼻咽喉科医との連携の必要性
萩原　　岳（はぎわら歯科こども歯科クリニック）

P2-6. 当院における小児閉塞性睡眠時無呼吸症経過観察症例の検討
倉田　耀介（藤田医科大学ばんたね病院）

P2-7. 1 歳児の重症閉塞性睡眠時無呼吸に対し CITA により改善を認めた 2 例
西村　省吾（山口大学）

P3 群　扁桃　　（14：20 ～ 15：09）

座長：山 田 武 千 代（秋田大学）
西　山　信　宏（東京医科大学）

P3-1. 後期高齢者の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）

P3-2. 扁桃周囲膿瘍に対する切開排膿後 routine 創内洗浄の臨床的意義
宮本　大輔[1)2)]([1)]福井大学，[2)]市立敦賀病院）

P3-3. 当院における過去 3 年間の扁桃周囲膿瘍症例の臨床的検討
丸子鶴代史（名古屋市立大学医学部附属東部医療センター）

P3-4. 切開排膿を要した乳幼児扁桃周囲膿瘍の 2 例
中西　仁奈（京都第一赤十字病院）

P3-5. 小児 OSA を合併した家族性地中海熱患者に対し扁桃摘出術を施行した一例の検討
河内　理咲（関西医科大学）

P3-6. 扁桃周囲膿瘍に対して即時扁桃摘出術を施行した高齢者及び小児例
下野友太郎（厚生中央病院）

P3-7. 口蓋扁桃摘出後に反復した舌扁桃炎に対する舌扁桃切除術の経験
北山　慧祐（東京医科大学）

P4 群　唾液腺 1　　（14：20 ～ 15：02）

座長：菅　原　一　真（山口大学）
田　渕　経　司（筑波大学）

P4-1. 口腔底膿瘍を契機に診断された舌下腺唾石症例
小松崎　洸[1)2)]([1)]戸田中央総合病院，[2)]東京医科大学）

P4-2. 副耳下腺に発生した Apocrine intraductal carcinoma の一例
野村　昌紀（倉敷中央病院）

P4-3. 口内法で摘出しえた副耳下腺多形腺腫の 1 例
大渕真理恵（順天堂大学）

P4-4. 当科におけるガマ腫に対する舌下腺全摘術の臨床成績
小佐野雅識（山梨大学）

P4-5. IPD で長期制御し得た線維素性唾液腺管炎例
石谷　祐記（徳島大学）

P4-6. 診断に難渋した耳下腺脂腺型リンパ腺腫の一例
今井理紗子（群馬大学）

P5 群　腫瘍 1　　（14：20 ～ 15：02）

座長：今　西　順　久（国際医療福祉大学）
柴　田　博　史（三重大学）

P5-1. 軟口蓋小唾液腺に発生したオンコサイトーマの 1 例
宮崎　航佑[1)2)]([1)]北斗病院，[2)]旭川医科大学）

P5-2. 若年男性の口腔内に発生した巨大神経鞘腫
池田　吏玖（順天堂大学）

P5-3. 咽頭狭窄を来した巨大な口腔底類皮嚢胞の 1 例
梅本　匡弘（近畿大学）

P5-4. 内視鏡下開窓術を行った巨大鼻口蓋管嚢胞の一例
前田　秀光（藤田医科大学）

P5-5. 舌小帯短縮症を伴った舌下部過誤腫の乳児症例
中里　　瑛（富山大学）

P5-6. 舌癌との鑑別を要した放線菌性舌膿瘍の一例
川野　美咲（九州医療センター）

P5-7. Fanconi 貧血に合併した下咽頭癌に対し内視鏡的咽喉頭手術（ELPS）を施行した 1 例
津崎　文香（東京科学大学病院）

P6 群　化学療法・放射線療法　　(14：20 〜 15：02)

座長：櫻　井　大　樹（山梨大学）
羽　生　健　治（東京医科大学）

P6-1. 放射線性顎骨壊死に抗生剤入りセメント状骨充填剤を用いた症例の長期経過
川崎　泰士（静岡赤十字病院）

P6-2. 転移性腎癌患者におけるニボルマブ関連 irAE 難治性咽頭炎の 1 例
徳永　修也（東京女子医科大学）

P6-3. 免疫チェックポイント阻害薬にて脳炎を来した 2 例
髙橋　　響（金沢大学）

P6-4. TPF 導入化学療法中にペグフィルグラスチム投与後発症した G-CSF 関連大動脈炎の 1 例
平井　信行（金沢大学）

P6-5. 頭頸部 CRT に起因する口腔粘膜炎に対する取り組み
清水目奈美（八戸市立市民病院）

P6-6. 頭頸部アルミノックス治療後に腎障害を来し，緊急透析を要した 1 例
川田　幸造（岡山大学病院）

第 2 日 9 月 4 日（金）
第 1 会場

耳鼻咽喉科領域講習

シンポジウム 4　　（9：00 ～ 10：00）

司会：岩　井　　大（岩井医院院長）
熊　井　良　彦（長崎大学）

「こんなに変わった保険診療 2026」

1. 頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算　意義と運用の実際
   松塚　　崇（朝日大学病院）
2. 上咽頭がんに関する新たな保険診療～ゲムシタビン～
   上田　百合（東京医科大学）
3. 2026 年度保険改定：新しい方向性を明確にした睡眠障害領域での保険改定
   千葉伸太郎（国際医療福祉大学）

第 9 群　嚥下 2　　（10：05 ～ 10：35）

座長：梅　野　博　仁（久留米大学）
森　田　由　香（富山大学）

O9-1. 認知機能・ADL 等を考慮した入院患者の摂食嚥下スクリーニング
兵頭　政光（細木病院）

O9-2. 教育機関における嚥下治療センターの運用
香取　幸夫（東北大学）

O9-3. 高齢者「のどフレイル」と「嚥下機能低下症」の概念とスクリーニング検査法の検討
熊井　良彦（長崎大学病院）

耳鼻咽喉科領域講習

パネルディスカッション　　（10：40 ～ 11：40）

司会：安　松　隆　治（近畿大学）
小　川　武　則（岐阜大学）

「再発　口腔・咽頭・唾液腺癌の食べられる治療戦略」

1. 東野　正明（四国がんセンター）
2. 全田　貞幹（国立がん研究センター東病院放射線治療科）
3. 松木　　崇（神奈川県立がんセンター）
4. 田中　英基（東京医科大学）

ランチョンセミナー 5　　（11：50 ～ 12：40）

司会：原　渕　保　明（旭川医科大学名誉教授）

「エキスパートから聞く口腔・咽頭感染症 Up date」

1. 感染伝播モデルから考える口腔・咽頭の感染制御
   保富　宗城（和歌山県立医科大学）
2. 感染症の歴史と薬剤耐性（AMR）対策の現状と展望
   伊藤　真人（自治医科大学）

教育講演 1　　**（12：50 ～ 13：10）**

司会：兵　頭　政　光（細木病院）

やっぱり食べたい～嚥下障害診療のススメ～

木村百合香（昭和医科大学江東豊洲病院）

教育講演 2　　**（13：10 ～ 13：30）**

司会：中　田　誠　一（名鉄病院）

“ 食べる幸せ ” を損なわない OSA 外科治療

福田裕次郎（川崎医科大学）

特別講演 2　　**（14：10 ～ 15：10）**

インタビュアー：中 野 美 奈 子（フリーアナウンサー）

トークショー～自分らしく伝えるために，大切にしてきたこと～

諏訪部順一（声優，ナレーター，ラジオパーソナリティ）

第 2 日 9 月 4 日（金）
第 2 会場

第 10 群　TORS　　**（9：00 ～ 10：10）**

座長：荒　木　幸　仁（防衛医科大学校）

松　本　文　彦（順天堂大学）

O10-1. 当科における径口腔的ロボット支援手術（TORS）導入後 10 例の検討
　　黒木　博子（熊本大学）

O10-2. 当院における経口的ロボット支援手術導入初期症例の臨床的検討
　　石田航太郎（浜松医科大学）

O10-3. 専攻医による TORS アシスタント術者の経験
　　竹内錬太朗[1)2)]（[1)]国際医療福祉大学成田病院，[2)]東京医科大学）

O10-4. 経口腔的ロボット支援手術における VR 教材の開発～ Unreal Engine 5 による実装～
　　片岡　英幸（鳥取大学）

O10-5. 経口的ロボット支援手術（TORS）の有効性と安全性について
　　上田　　勉（広島大学）

O10-6. TORS における外頸動脈損傷に対し，緊急頸部外切開への移行により止血し得た 1 例
　　佐野　大佑（横浜市立大学）

O10-7. 同一手術にて中咽頭・食道同時ロボット支援手術を施行した一例
　　石井　　亮（東北大学）

第 11 群　扁桃　　（10：10 ～ 11：10）

座長：堤　　剛（東京科学大学）
和佐野浩一郎（東海大学）

O11-1. 小児口腔・咽頭疾患に対するセファログラムの有用性
山野　貴史（福岡歯科大学）

O11-2.「パワーデバイスを用いた口蓋扁桃・アデノイド手術の手引き」の紹介
伊藤　真人[1)2)]([1)]自治医科大学，[2)]日本口腔咽頭科学会　PITA Working Group）

O11-3. 扁桃摘出術後出血の疾患別頻度と年齢依存性の検討
堀　賢太朗（信州大学）

O11-4. 口蓋扁桃摘出術後の音声変化の検討
荒木　直人（山形大学）

O11-5. 外視鏡 ORBEYE を用いた被膜外口蓋扁桃摘出術と被膜内口蓋扁桃摘出術
北村　嘉章（徳島大学）

O11-6. 硬性内視鏡で術野を共有した扁桃摘出術における専攻医と指導医の手術成績の比較
古山　聖梨（山形県立新庄病院）

第 12 群　IgG4　　（11：10 ～ 11：40）

座長：近　松　一　朗（群馬大学）

O12-1. Tph 細胞と CD11c 陽性 B 細胞による IgG4 産生機構の解明
竹澤　紀之（札幌医科大学）

O12-2. IgG4 関連疾患の病態形成における性差の免疫学的背景の検討
高柳　　心（札幌医科大学）

O12-3. IgG4 関連疾患の病態形成における制御性 T 細胞サブセットの機能
田中　紀久（札幌医科大学）

第 13 群　EAT　　（12：50 ～ 13：50）

座長：赤　木　博　文（岡山市）
太　田　伸　男（東北医科薬科大学）

O13-1. 慢性上咽頭炎における黒斑・顆粒状変化を用いた診断評価
茂木立　学（もぎたて耳鼻咽喉科）

O13-2. 慢性上咽頭炎における Th17/Treg バランスと EAT の効果
茂木立　学（もぎたて耳鼻咽喉科）

O13-3. 内視鏡下上咽頭擦過療法 E-EAT 手技講習における 4 種模型の使用可否検証の経験
田中亜矢樹（田中耳鼻咽喉科）

O13-4. 上咽頭炎モデルマウスの塩化亜鉛による抗炎症効果の追加解析
井上　貴博（旭川医科大学）

O13-5. 上咽頭擦過療法の適応病態について
萩野　仁志（はぎの耳鼻咽喉科）

O13-6. Long COVID に対する上咽頭擦過療法に関する後向きアンケート調査―中間報告
熊井　琢美[1)2)]([1)]旭川医科大学，[2)]上咽頭擦過療法検討委員会）

第 2 日 9 月 4 日（金）
第 3 会場

第 14 群　味覚　　（9：00 ～ 9：50）

座長：室　野　重　之（福島県立医科大学）
工　　穣（信州大学）

O14-1. 亜鉛補充不応の味覚障害に対する神経障害性疼痛治療薬の治療成績
山村　幸江（東京女子医科大学）

O14-2. 口蓋扁桃摘出患者の血清亜鉛値と味覚機能の検討
田中　真琴[1)2)]([1)]東京都立広尾病院，[2)]日本大学）

O14-3. テキストマイニングを用いた味覚自己評価質問票（SATQ）の開発
任　　智美（兵庫医科大学）

O14-4. 嗅覚・味覚センターにおける味覚障害の実態
柴田　美雅[1)2)3)]([1)]産業医科大学病院嗅覚・味覚センター，[2)]産業医科大学，[3)]産業医科大学病院）

O14-5. 当科におけるクロナゼパムの局所投与についての検討
山内　一崇[1)2)]([1)]むつ総合病院，[2)]弘前大学）

スイーツセミナー 2　　（10：00 ～ 10：50）

司会：近　藤　健　二（東京大学）

「“ 食べる ” を守る口腔・咽頭外科～機能温存と手術効率を両立する Energy Device の役割～」

1. 点と線から面へ　口腔咽頭科学会
伏見　千宙（国立がん研究センター中央病院）

2. “ 食べる ” を守る頭頸部外科：エネルギーデバイスがもたらす手術の効率化と若手育成
神山　亮介（がん研究会有明病院）

第 15 群　その他 2　　（11：00 ～ 11：40）

座長：齋 藤 康 一 郎（杏林大学）
平　野　　愛（東北大学病院）

O15-1. 嗄声を契機に診断された全身性 AL（κ）アミロイドーシスの 1 例
藤井　一輝（新潟大学）

O15-2. 喉頭痙攣による上気道閉塞を契機に診断した球脊髄性筋萎縮症の 2 例
熊谷　太樹[1)2)]([1)]東京臨海病院，[2)]東京慈恵会医科大学付属病院）

O15-3. 呼吸筋トレーニングにより改善した運動誘発性喉頭閉塞症の 1 例
平　憲吉郎（鳥取大学）

O15-4. 日本の HPV/HPV ワクチンに関する実施および意識調査
大谷　美樹（東海大学）

ランチョンセミナー 6　　（11：50 ～ 12：40）

司会：三　谷　浩　樹（がん研究会有明病院）

KEYNOTE-689 が拓く，頭頸部癌周術期治療の新時代
岡本　伊作（東京医科大学）

第 16 群　感染症　　（12：50 ～ 13：50）

座長：平　野　　隆（大分大学）
余　田　敬　子（東京女子医科大学附属足立医療センター）

O16-1. 難治性口腔内症例
土井　　彰（高知医療センター）

O16-2. 当院における難治性咽喉頭潰瘍の検討
有本　蔵人（防衛医科大学校）

O16-3. 口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス感染症の HSVPCR と迅速抗原検査　第二報
大塚雄一郎（千葉市立海浜病院）

O16-4. 当科で最近経験した梅毒の 3 症例
余田　敬子（東京女子医科大学附属足立センター）

O16-5. 上気道感染症の主要原因細菌に対する lascufloxacin の mutant selection window の検討
河野　正充（和歌山県立医科大学）

O16-6. 喫煙が鼻腔・上咽頭・口腔細菌叢に及ぼす影響に関する検討
川本　健介[1)2)]（[1)]福岡歯科大学，[2)]福岡大学）

第 2 日 9 月 4 日（金）
第 4 会場

第 17 群　唾液腺 1　　（9：00 ～ 10：00）

座長：鈴　木　幹　男（琉球大学）
濵　中　啓　祐（日本医科大学付属病院）

O17-1. 耳下腺唾石および耳下腺内外の石灰化病変の描出における MRI の有用性
江崎　伸一（名古屋市立大学）

O17-2. 顎下腺唾石症に対する経口的摘出術症例の検討
山口　真央（聖隷浜松病院）

O17-3. 顎下腺唾石摘出術後に発生したがま腫への対応
鈴木　貴博（東北医科薬科大学）

O17-4. 顎下型がま腫に対して舌下腺全摘術を施行した 4 例
新井　風菜（春日井市民病院）

O17-5. 当科における唾液腺内視鏡手術システムの立ち上げ
木下　一太（大阪医科薬科大学）

O17-6. シェーグレン症候群に対する唾液腺内視鏡治療についての文献的考察
長井健一郎（防衛医科大学校）

第 18 群　腫瘍 2　　（10：00 ～ 11：10）

座長：大　上　研　二（東海大学）
山　下　　拓（北里大学）

O18-1. 高齢頭頸部癌症例における治療前機能評価と治療中インシデントの発生状況
東野　正明（四国がんセンター）

O18-2. 下咽頭・喉頭癌アルミノックス治療の QOL 変化と有害事象
浅野　　悠（東京医科大学八王子医療センター）

O18-3. 下咽頭・声門上癌化学放射線療法症例の予後予測における宿主の炎症・栄養・免疫の影響
高野　峻輔（国際医療福祉大学医学部成田病院）

O18-4. 舌癌の疫学動向と急速進行性若年例における腫瘍免疫微小環境の検討
菅谷　翔太（京都府立医科大学）

O18-5. 頭頸部扁平上皮癌における安静時心拍数の予後因子としての意義
対馬那由多（北海道大学）

O18-6. 口腔・咽頭領域に多発した扁平上皮癌における時間的・空間的腫瘍表現型変化の検討
高橋　　薫（群馬大学）

O18-7. Stage Ⅲ・Ⅳ頭頸部扁平上皮癌における手術待機期間と治療効果の検討
足立　将大（筑波大学）

第 19 群　唾液腺 2　　（11：10 ～ 11：40）

座長：牧　野　琢　丸（岡山大学）

O19-1. 耳下腺腫瘍手術における FIESTA-C 法と MENSA 法併用による術前腫瘍局在評価
御子柴卓弥（慶應義塾大学）

O19-2. Warthin 腫瘍と多形腺腫を比較した免疫組織学的検討
小玉　祐維（大分大学）

O19-3. 悪性リンパ腫とワルチン腫瘍におけるペリオスチン発現
舘田　　豊（東北医科薬科大学）

ランチョンセミナー 7　　（11：50 ～ 12：40）

司会：朝　蔭　孝　宏（東京科学大学）

「次世代 Energy System ―DUALTO™―で高める精緻な頭頸部手術」

1. 次世代エネルギーシステム DUALTO™ で切り拓く VANS の新展開
近藤　貴仁（東京医科大学）

2. HARMONIC® FOCUS と DUALTO™ が拓く頭頸部癌手術の安全性と効率性
長岡　真人（東京慈恵会医科大学）

第 20 群　唾液腺 3　　（12：50 ～ 13：50）

座長：三　澤　　清（浜松医科大学）
北　村　守　正（金沢医科大学）

O20-1. ワルチン腫瘍を対照にした耳下腺悪性腫瘍における新規予後予測マーカーの開発
本多　雄飛（大分大学）

O20-2. 当院における耳下腺腫瘍 300 例の臨床統計的検討と耳下腺小細胞神経内分泌癌の 1 例
森倉　一朗（島根大学）

O20-3. 術後再発転移耳下腺癌に対する救済治療の臨床的検討
川野　利明（大分大学）

O20-4. 北日本 13 施設における耳下腺癌の臨床的検討
山田武千代（秋田大学）

O20-5. 当科における頭頸部粘表皮癌の臨床的検討
味村淳太郎（千葉大学医学部附属病院）

O20-6. 耳下腺腫瘍の悪性予測モノグラムとそのピットフォールについて
八木　正夫（関西医科大学）

第 2 日 9 月 4 日（金）
ポスター会場

P7 群　頭頸部癌 1　　（13：20 ～ 13：55）

座長：本　間　明　宏（北海道大学）
嶋　根　俊　和（昭和医科大学病院）

P7-1. 導入化学療法による病勢制御後に根治手術を施行し得た舌癌 T3N3b の 1 例
池宮城秀崇（神奈川県立がんセンター）

P7-2. 慢性 GVHD を背景に発症した硬口蓋癌の一例
室谷　祐樹（金沢大学附属病院）

P7-3. 当科における進行口腔癌皮弁再建症例の検討
平野　　隆（大分大学）

P7-4. 下咽頭癌根治治療後に発症した進行下口唇癌に対し DP 皮弁再建を行った 1 例
小林　義明（愛知県がんセンター）

P7-5. cheek-splitting transbuccal approach を用いた臼後部エナメル上皮癌の 1 例
前角　宙音（国立がん研究センター中央病院）

P8 群　頭頸部癌 2　　（13：20 ～ 13：48）

座長：志　賀　清　人（いわき市医療センター）
松　本　　希（福岡大学）

P8-1. 上咽頭癌放射線治療後に生じたフィブリノイド壊死の一例
岩田慎一郎（近畿大学）

P8-2. 下咽頭癌遊離空腸再建後頸動脈出血に対し IVR 止血後大胸筋皮弁再建術を行い救命した 1 例
石川健一朗（東北大学）

P8-3. 当科における中咽頭癌の治療の検討
中田　敦貴（大阪公立大学）

P8-4. 中咽頭病変部の多量出血により気道緊急に至ったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫例
足立　壮伸（関西医科大学附属病院）

P9 群　腫瘍 2　　（13：20 ～ 13：55）

座長：寺　田　哲　也（大阪医科薬科大学）
山　本　祐　輝（大阪公立大学）

P9-1. 下咽頭に発生した顆粒細胞腫の一例
表　　宏亮（金沢医科大学）

P9-2. 片側頸動脈小体腫瘍摘出術後に圧受容器反射障害をきたし意識消失を繰り返した症例
中村　文香（愛知医科大学）

P9-3. 両側外側頸部に及ぶ後咽頭間隙の巨大脂肪腫を摘出し得た 1 例
貝原　大毅（岡山大学病院）

P9-4. 副咽頭間隙の下顎神経鞘腫に対して経頸部アプローチでの摘出術を行った 1 例
出井　克昌（慶應義塾大学）

P9-5. 稀な位置に発生した交感神経鞘腫の 1 例
垣鍔　香織（昭和医科大学）

P10 群　その他 1　　（13：20 ～ 13：55）

座長：鈴　木　雅　明（帝京大学ちば総合医療センター）
橋　口　一　弘（ふたばクリニック）

P10-1. 悪性リンパ腫との鑑別に難渋した伝染性単核球症の一例
佐野　実亜（東邦大学）

P10-2. 急性骨髄性白血病に随伴した頬部腫脹を契機に診断されたムーコル症の 1 例
坂本　　萌（山形大学附属病院）

P10-3. 頸部痛，嚥下障害を主訴とした甲状腺癌放射線治療後の頸椎骨髄炎
鴫原俊太郎[1)2)]（[(1)]西東京中央総合病院，[2)]日本大学）

P10-4. 著明な舌・口腔底腫脹をきたした Ludwig angina の 1 例
佐藤　直弥（福山医療センター）

P10-5. ボイスプロテーゼ挿入後の肉芽に対してステロイド局所注入が有効であった 2 例
米田アリシア（順天堂大学）

P11 群　その他 2　　（13：20 ～ 13：55）

座長：中　山　次　久（獨協医科大学）
白　井　杏　湖（東京医科大学）

P11-1. 転落外傷後に遅発性に生じた Vernet 症候群の 1 例
大野　純希（長崎大学病院）

P11-2. 出血源不明の吐血として発症し診断に難渋した舌根部静脈奇形の 1 例
増田　栞菜（川崎医科大学）

P11-3. 医療処置によって発生した咽頭穿孔の 2 症例
竹本　梨紗（熊本大学病院）

P11-4. R-CHOKYs 法により鼻呼吸の改善を認めた 2 例
小松崎　祐（東京慈恵会医科大学）

P11-5. 耳鼻咽喉科に受診し急性白血病と診断された例
高橋　將輝（兵庫医科大学病院）

P12 群　唾液腺 2　　(13：20 ～ 13：48)

座長：平　野　　滋（京都府立医科大学）
志　賀　英　明（金沢医科大学）

P12-1. 耳下腺切除後欠損に対し顎二腹筋・茎突舌骨筋弁を用いた 1 例
堀内　　伸（関西医科大学）

P12-2. 重症知的障害を有する耳下腺分泌癌患者に対し多職種連携のもと根治手術を施行した 1 例
山根　敬雅（東京大学医学部附属病院）

P12-3. SJS/TEN オーバーラップに続発したステノン管閉塞の一例
矢島　諒人（札幌医科大学）

P12-4. Stensen 管から連続する異常導管による先天性耳下腺皮膚瘻例
金城　賢弥（琉球大学病院）

口腔・咽頭科　第39巻　第 2 号
Stomato-pharyngology　Vol. 39　No. 2

第39回　日本口腔・咽頭科学会総会号

令和 8 年 9 月 3 日（木）・4 日（金）
ベルサール新宿グランドコンファレンスセンター
担当：東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

日 本 口 腔 ・咽 頭 科 学 会
Japan Society of Stomato-pharyngology

目　　次

特別講演 …… 78

ライブサージャリー …… 80

教育講演 …… 82

シンポジウム …… 84

パネルディスカッション …… 92

ランチョンセミナー …… 94

スイーツセミナー …… 102

一般演題（口演）…… 106

一般演題（ポスター）…… 157

企画セッション

口 咽 科　2026； **39**(2)：78（総会号）

特別講演 1
笑顔の未来をまもるために しょこたんと学ぶ 耳下腺腫瘍のこと
～早期発見と向き合い方～



中川　翔子

歌手，タレント，声優，俳優，イラストレーター



（インタビュアー）
扇　一平

プロデューサー，アナウンサー

2002 年に芸能界デビュー．“しょこたん”の愛称で親しまれ，歌手・タレント・声優・女優・イラストレーターとして幅広く活躍．

2006 年に歌手デビューし，3rd シングル「空色デイズ」はアニメ『天元突破グレンラガン』主題歌として大ヒット．「NHK 紅白歌合戦」でも披露され，代表曲となる．2024 年には「ACROSS THE WORLD」が『機動戦士ガンダム：銀灰の幻影』主題歌としてオリコン週間ランキング 3 位を記録．

声優としても『ポケットモンスター』映画シリーズに 12 年連続出演するなど高い評価を受けるほか，エッセイや著書などの執筆活動も行い，2019 年刊行の著書は令和 7 年度版中学校道徳教科書に掲載．2025 年にはフリースクール「空色スクール」を開校し，子どもたちの多様な学びを支援している．

X 約 90 万人，YouTube 約 95 万人のフォロワーを持つなど SNS での発信力も高く，近年は育児にも真摯に向き合いながら，仕事と家庭を両立する新たなライフステージにも注目が集まっている．

2026 年には育児エッセイ『しょこたんの子育てクエスト ママ Lv.1』を発売．同年，フリースクール「明光みらい」の公式アンバサダーにも就任し，子育て・教育分野にも活躍の場を広げている．

猫好きとしても知られ，10 年以上にわたり動物愛護団体やボランティアと連携し，猫の保護活動や里親探しを継続中．

1978 年慶應義塾大学を卒業後，文化放送にアナウンサーとして入社．芸能，スポーツ，報道とすべての番組を担当，スポーツは，ソウルオリンピック，北京オリンピック派遣アナウンサー．ナイター，箱根駅伝，女子マラソンなどの実況を担当．またナレーターとしては，日本民間放送連盟賞ラジオ CM 部門優秀賞，芸術祭賞優秀賞を受賞し，プロデューサーとしても日本民間放送連盟賞ラジオ生ワイド部門優秀賞を受賞した．クルマ，レースが大好きな扇は富士スピードウェイ，筑波サーキットの場内実況をおよそ 25 年に渡り担当．90 年，91 年にはフランス，ル・マン 24 時間実況中継を文化放送でラジオ初として成功させた．MC も様々なコンサート，イベントを担当し，結婚式の司会は 38 年間で 400 組を数え，親交のある近藤真彦，工藤夕貴，宮瀬博文（プロゴルファー）などの披露宴司会も行った．2015 年 7 月，文化放送を定年退職．株式会社トミッシュジャパンを立ち上げフリーとしてのスタートを切る．2015 年 11 月には東京運動記者クラブより会友として承認．

2018 年 10 月，これまでの視覚障害者ボウリングなどを支援する社会貢献活動 CSS などや文化放送時代からのボウリング界に対する貢献が認められ，新たに設立されたボウリング 8 団体を統括する「JBO 日本ボウリング機構」理事に就任する．そして 2019 年 11 月から 5 年間，扇の企画で男女トッププロボウラー，男女アマチュアシニアが一堂に会し，しのぎを削るプロボウリング公式トーナメント「全卸連プレゼンツ SSS カップ」を開催．演出とともにテレビ実況をする扇の姿に注目が集まった．

口 咽 科　2026； **39**(2)：79（総会号）

特別講演 2
トークショー～自分らしく伝えるために，大切にしてきたこと～



諏訪部順一

声優，ナレーター，ラジオパーソナリティ



（インタビュアー）
中野美奈子

フリーアナウンサー

1990 年代半ばから活動を始め，現在に至るまで数多くの番組や作品，ＣＭに出演．その年に活躍した声優を表彰する声優アワードでは，2012 年に ST ☆ RISH のメンバーとして歌唱賞を，2013 年と 2018 年に助演男優賞を，2019 年にパーソナリティ賞を，2023 年に富山敬賞を受賞．

近年は音楽朗読劇に注力しており，東宝主催「VOICARION」やソニーミュージック主催「READING HIGH」では，中心メンバーとして数々の作品に参加．多くの公演で座長も務め，帝国劇場や日本武道館，東京ガーデンシアターなど，従来の朗読劇のスケールを超える大規模な会場での公演も成功に導いてきた．

世界中にファンを持ち，海外イベントにも多数出演．

SNS の総フォロワー数は 174 万（2026 年 5 月現在）である．

声優としての主な出演作品
アニメ）
『テニスの王子様』跡部景吾
『呪術廻戦』両面宿儺
『僕のヒーローアカデミア』相澤消太
『BLEACH』グリムジョー・ジャガージャック
『ジョジョの奇妙な冒険黄金の風』レオーネ・アバッキオ
『キングダム』昌平君　他多数
吹替）
映画『ヴェノム』シリーズ エディ・ブロック
映画『トロン：アレス』アレス
映画『スーパーマン』ミスター・テリフィック
映画『グリーンブック』ドクター・ドナルド・シャーリー
ドラマ『トッケビ』トッケビ
ドラマ『イカゲーム』スカウトマン　他多数

香川県丸亀市出身．

慶應義塾大学商学部卒業後，2002 年にフジテレビジョンに入社．

入社 1 年目より，「めざましテレビ」にキャスターとして出演．

2011 年，東日本大震災発生後に FNS チャリティキャンペーンの番組の取材で被災地に 1 週間滞在し現地を取材．

被災した家族，子供たちを取材し，報道した経験を持つ．

2012 年，フジテレビジョンを退社しフリーとなる．

2023 年，内閣官房「こども未来戦略会議」有識者構成員に任命される．

現在は，地元香川県丸亀市を拠点にフリーアナウンサーとして活動する傍ら，二児の母親として子供たちとの日常を SNS で発信し，仕事と育児に奮闘中．

口 咽 科　2026；**39**(2)：80（総会号）

ライブサージャリー
～見て感じる経口腔的ロボット支援手術～

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）が保険適応になってから数年が経過し，国内の各学会で TORS のセッションが組まれています．TORS は鏡視下手術であるため，術中録画された動画が多く供覧されています．一方，TORS に限らず，全ての手術は現場の空気感や，瞬間的判断と対応から学ぶことが多いのが実情です．そこで，本学会では，「食べる」を守る低侵襲手術である経口腔的ロボット支援手術のライブサージャリー（注：日本マイクロサージャリー学会に準じて，サージェリーではなく，サージャリーとしています）をさせていただくこととしました．通常，ここには症例背景，手技などについて記載しますが，ライブサージャリーの特性上，本抄録を作成している時点で症例は決まっていません．本番では独特な雰囲気と緊張感含めてお楽しみいただきながら，皆様の手技向上に寄与したいと思っています．

口 咽 科　2026；**39**(2)：82（総会号）

教育講演 1
やっぱり食べたい～嚥下障害診療のススメ～

木村百合香

昭和医科大学江東豊洲病院　耳鼻咽喉科

超高齢社会の進行に伴い，嚥下障害診療の重要性はますます高まっている．誤嚥性肺炎は85歳以上の超高齢者における急性期入院原因の第一位を占める疾患であり，生命予後やADL，さらには「食べる楽しみ」を大きく損なう病態である．一方で，嚥下障害は単に「食べられない」ことだけを意味するものではない．低栄養，サルコペニア，フレイル，認知機能低下，呼吸障害など，多面的な老年症候群と深く関連し，患者の生活そのものに影響を及ぼす．耳鼻咽喉科医には，患者の「食べたい」という思いに応えながら，「生きる」ための呼吸を担保し，正確な病態評価に基づいて多職種をつなぐリーダー，そしてコーディネーターとしての役割が求められる．

耳鼻咽喉科は，誤嚥の場である咽頭・喉頭の解剖と機能を専門とする診療科である．問診，全身所見，神経学的診察，口腔・咽頭の視診・触診に加え，嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査を通じて，口腔期，咽頭期，食道期に何が起こっているのかを包括的に評価することができる．これは嚥下障害診療を進めるうえで極めて重要である．なぜ嚥下障害が生じているのか，治療可能な原因疾患はないのか，器質的疾患や機能障害を来す神経・筋疾患が背景に存在しないかといった視点から診療にあたることが求められる．近年では，加齢による摂食嚥下機能低下にも注目が集まり，「口腔機能低下症」や「のどフレイル」といった概念の普及により，早期介入やセルフケアによる嚥下機能低下の進行抑制，さらには誤嚥性肺炎予防への期待が高まっている．

また，嚥下障害診療は保存的治療だけではなく，外科的治療によって患者の人生を大きく変えうる領域でもある．嚥下機能改善手術は「食べられない」を「食べられる」に導く手術であり，誤嚥防止手術は「誤嚥から命を守る」ための手術である．耳鼻咽喉科医は，これらの手術を通じて患者の「食べたい」という願いを支え，時に失われた人生の楽しみを取り戻す“ゲームチェンジャー”となり得る存在である．そのため，適切な症例選択と手術適応に関する理解が重要となる．

本講演では，超高齢社会における嚥下障害診療の意義を概説するとともに，耳鼻咽喉科医が果たすべき役割について，診療の実際，「のどフレイル」に始まる早期介入のポイント，誤嚥性肺炎の予防，多職種連携，さらには外科的治療まで含めて解説する．「やっぱり食べたい」という患者の思いに応えるために，耳鼻咽喉科医として何ができるのかを，日常診療に即して考える機会としたい．

口 咽 科　2026；**39**(2)：83（総会号）

教育講演 2
“食べる幸せ”を損なわない OSA 外科治療

福田裕次郎

川崎医科大学　耳鼻咽喉・頭頸部外科

閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）は，睡眠中の上気道虚脱により低酸素血症や睡眠分断を来す疾患であるが，その影響は夜間睡眠にとどまらない．OSA 患者では，咽頭狭窄や口呼吸習慣，慢性的な咽頭炎症により，口腔乾燥，味覚低下，咀嚼・嚥下時違和感を自覚することが少なくない．また，睡眠の質の低下は食欲調節ホルモンにも影響を与え，過食や肥満を助長する一方で，重症例では「息苦しくてゆっくり食事ができない」「食後に強い眠気を感じる」といった理由から，食事そのものへの満足度が低下することもある．さらに CPAP 治療では，口腔乾燥や装着への煩わしさ，旅行・会食時の制約などから，患者が社会的な“食べる楽しみ”を失う場面も経験される．すなわち OSA は，単なる睡眠呼吸障害ではなく，口腔・咽頭機能や食の QOL にも密接に関与する疾患と捉える必要がある．こうした背景から，近年，新たな外科的治療選択肢として舌下神経刺激療法（hypoglossal nerve stimulation：HGNS）が注目されている．

HGNS は，吸気に同期して舌下神経を電気刺激し，主として舌突出筋である genioglossus muscle を収縮させることで舌根沈下を防ぎ，上気道開存を維持する治療法である．海外では高い有効性と安全性が報告され，日本でも 2021 年の承認以降，導入施設が増加している．本治療の特徴は，睡眠中のみ機能的に気道を拡大し，覚醒時の構音・咀嚼・嚥下機能を温存できる点にある．すなわち，「眠りを改善しながら，食べる機能を守る」治療である．

HGNS 植込術は，①右上頸部における舌下神経の同定と刺激電極リードの留置，②右胸部へのセンサーリード設置，③植込み型パルスジェネレータ（IPG）との接続，の 3 段階から構成される．この中で最も重要なのは第 1 ステップであり，術後の舌運動や嚥下機能，さらには患者の QOL を左右する．舌下神経麻痺を回避しつつ，適切な筋群に選択的刺激を与えるためには，舌下神経分枝の精緻な解剖学的理解が不可欠である．

我々は，安全性と再現性向上のため，低侵襲かつ機能温存を重視した手技を行っている．皮膚切開は下顎骨正中と舌骨正中を結ぶ線より 1 cm 外側に約 3 cm 置き，広頚筋切開後，顎下腺および顎舌骨筋を丁寧に剥離する．舌下神経を明視下に置いたうえで分枝を慎重に剖出し，神経刺激装置を用いて genioglossus branch 優位の反応を確認しながら刺激電極リードを留置する．特に重要なのは，術後に舌下神経麻痺を絶対に生じさせないことであり，そのために神経周囲の過度な牽引や熱損傷を避け，伴走血管を含めた愛護的操作を徹底している．また，舌突出を得つつ舌後退や嚥下障害を生じさせない刺激選択を重視している．さらに，皮下剥離範囲を最小限に留め，必要部位のみ鈍的剥離を行うことで，出血や術後疼痛の軽減を図っている．

本講演では，実際の手術映像を供覧しながら，舌下神経周囲の解剖，刺激電極リード留置のポイント，刺激確認方法，ならびに合併症回避の工夫について具体的に解説する．特に，術後の舌運動障害や嚥下障害を防ぎ，“食べる幸せ”を損なわないための神経温存手技に焦点を当てる．HGNS は単なる OSA 治療ではなく，睡眠・呼吸・口腔咽頭機能を包括的に改善し，患者の日常生活と食の QOL を支える治療である．本講演が，耳鼻咽喉科医にとって本治療の理解と導入の一助となれば幸いである．

シンポジウム 1　唾液は美味しさのエッセンス

口 咽 科　2026；**39**(2)：84（総会号）

シンポジウム 1-1
小児にみられる唾液腺疾患

有本友季子

千葉県こども病院　耳鼻咽喉科

日常診療で耳下腺等の唾液腺が腫脹した小児に遭遇した場合にどのような疾患を思い浮かべるだろうか．代表的なものに流行性耳下腺炎があるが，何度も耳下腺の腫脹を反復する場合は反復性耳下腺炎のことが多い．反復性耳下腺炎の典型例では，徐々に腫脹を生じることが少なくなり，10 歳頃までに自然治癒がみられる．乳児期早期に唾液腺の腫脹を認めた場合には，血管腫やリンパ管腫等の良性腫瘤が多い．口腔底から顎下部の腫脹では粘液嚢胞が多く，唾石症は少ないが 2，3 歳の幼少児例の報告もある．シェーグレン症候群のような自己免疫疾患も小児期発症があるが，成人期とは臨床像が異なっており，その違いについて周知されているとは言えず，診断が遅れる可能性が指摘されている．ここでは小児期における唾液性疾患について，注意すべき点について検討する．

注意すべきものの一つとして，日常診療でよく遭遇する反復性耳下腺炎がある．反復する耳下腺腫脹がシェーグレン症候群の症状である場合や，後にシェーグレン症候群に移行する症例があることに注意が必要である．シェーグレン症候群は，国際的にはシェーグレン病の名称に変わりつつある．小児期シェーグレン病は成人期とは異なり，口腔や眼の乾燥症状が乏しい一方で，発熱・倦怠感・リンパ節腫脹のような腺外症状を認める割合が高い．不明熱とリンパ節腫脹で耳鼻咽喉科に紹介になった際にはその可能性に気づかず実はシェーグレン病の症状であったということも生じうる．シェーグレン病は唾液腺や涙腺等の外分泌腺の炎症による障害を主体とし，多彩な腺外臓器障害を認める全身性の炎症性自己免疫疾患であるが，唾液腺の腫脹は認めないこともある．また SLE との合併も多い．他に血管腫も単独のことが多いが，症候群の一症候であることもあり併発する疾患にも注意することが必要で，そのような症例についても触れておきたい．

シンポジウム 1-2
唾液腺内視鏡を用いた低侵襲治療

齋藤　陽元

熊本大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

唾液は咀嚼・嚥下を円滑にするのみならず，味物質を舌乳頭へ運搬し，味覚受容を成立させる重要な役割を担っている．そのため唾石症による唾液流出障害は，疼痛や腫脹だけでなく「食事が美味しくない」「味が薄く感じる」といった QOL 低下につながる可能性が考えられる．しかし実臨床では，唾石症と味覚障害との関連について十分に検討される機会は少なく，過去の報告も決して多くはない．

唾液腺内視鏡は 1991 年以降ヨーロッパで普及し，本邦では 2014 年に保険適用となった．直径 1.6mm の細径内視鏡を唾液腺導管内に挿入することで，唾石・導管狭窄・慢性炎症などの病変を直接観察，処置することが可能である．特に唾石症に対して有用であり，従来の切開手術と比較して腺の温存が可能で，術後合併症も少ないことが特徴である．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以降，可能な限り腺機能温存を目的とした低侵襲治療を行ってきた．直径が 4mm 前後までの唾石は内視鏡挿入後，把持鉗子やバスケット鉗子を用いて摘出が可能であることが多い．唾石のサイズが大きくまた癒着が高度で内視鏡単独での摘出が困難な場合には，内視鏡補助下に口腔底粘膜を切開する口内法（combined approach）や，積極的にホロミウム（Ho）-YAG レーザーを用いるようにしている．比較的サイズの大きな唾石であってもレーザーで破砕することで内視鏡単独での摘出が可能となることも多く，すべて摘出できなくとも可及的に除去することによって唾液の流れが戻り症状を緩和させる効果がある．

本発表では，当科における唾石症に対する唾液腺内視鏡手術の実際を供覧するとともに，Ho-YAG レーザーを用いた低侵襲治療の有用性について述べる．また，唾液と味覚との関連に着目し，唾液流出改善が患者の「美味しさ」の回復にどのように寄与するのかについて考察する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：85（総会号）

シンポジウム 1-3
唾液腺・頭頸部手術における機能温存

向川　卓志

静岡県立静岡がんセンター　頭頸部外科

唾液腺・頭頸部手術では，腫瘍制御のみならず，顔面神経機能，唾液機能，嚥下・構音機能，整容性など，術後 QOL に直結する機能温存が重要な課題である．特に耳下腺良性腫瘍では，顔面神経温存や整容面への配慮を含めた低侵襲手術が重視される一方，悪性腫瘍では根治性を担保しつつ，神経温存や再建を含めた適切な術式選択が求められる．また，術後の顔面神経麻痺，唾液瘻，Frey 症候群，first bite syndrome などへの対応も重要であり，安全な剥離操作と解剖学的理解に基づいた丁寧な手術手技が不可欠である．

近年，画像診断，神経モニタリング，内視鏡・ロボット支援手術などの技術進歩により，頭頸部外科領域における低侵襲化と機能温存はさらに発展しつつある．整容性を考慮したアプローチや，深部操作における拡大視効果は，唾液腺手術においても有用性が期待されている．さらに，内視鏡頸部郭清術や経口的手術など，頭頸部外科領域全体で蓄積されてきた低侵襲手術の経験や視野展開技術は，唾液腺手術にも応用可能であると考えられる．

一方で，これらの技術革新はあくまで外科基本手技を補完するものであり，適切な術式選択，解剖学的理解，愛護的な組織操作，根治性を意識した切除戦略が依然として重要である．本講演では，良性・悪性唾液腺腫瘍に対する手術戦略を概説するとともに，機能温存や低侵襲化に向けた工夫，また今後の展望について述べる．

シンポジウム 1-4
唾液腺がんの薬物療法アップデート～HER2・ARを標的とした新時代の治療戦略～

岸田　拓磨

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

唾液腺がんは頭頸部悪性腫瘍の中でも希少かつ組織型が多様であり，再発・転移例に対する標準的な薬物療法はこれまで確立されていなかった．しかし近年，唾液腺導管癌（SDC）を中心に HER2 過剰発現およびアンドロゲン受容体（AR）陽性が高頻度に認められることが明らかとなり，これらを標的とした分子標的治療の開発が急速に進んでいる．

HER2 標的治療においては，抗体薬物複合体トラスツズマブ デルクステカン（T-DXd）が DESTINY-PanTumor 02 試験において HER2 IHC3+症例で ORR 61.3%，PFS 中央値 11.9 ヵ月という顕著な有効性を示した．これを受け 2026 年 3 月，「HER2 陽性（HER2 遺伝子増幅または IHC 3+）の進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）」として国内承認を取得し，唾液腺がんへの新たな治療選択肢となった．

AR 標的治療においては，第 2 世代 AR 阻害薬ダロルタミドとゴセレリンによる CAB 療法を検証した DISCOVARY 試験において，ORR 45.2%，PFS 中央値 13.1 ヵ月，12 ヵ月 OS 率 87%と良好な成績が示された．同じく 2026 年 3 月，AR 陽性唾液腺がんに対する効能追加承認が取得され，唾液腺がんに対するホルモン療法として世界初の承認となった．

同月に 2 つの新規分子標的薬が相次いで承認されたことは，唾液腺がん薬物療法の歴史的転換点といえる．これらを適切に届けるためには病理診断における HER2 および AR のバイオマーカー評価が不可欠であり，本シンポジウムでは両標的治療の最新エビデンスを概説するとともに，実臨床における治療選択と今後の課題について議論したい．

口 咽 科　2026；**39**(2)：86（総会号）

シンポジウム 2-1
咽喉頭異常感症：GETS-J（日本語版 GETS）を用いた評価

高橋　奈央

長岡赤十字病院　耳鼻咽喉科

咽喉頭異常感症（異常感症）は「患者が咽喉頭に異常感を訴えるが通常の耳鼻咽喉科診察で訴えに見合うような器質的病変を認めないもの」と定義されている．耳鼻咽喉科外来の 5 ～ 10%を占めるものの，適切な診断と治療は困難である．

The Glasgow Edinburgh Throat Scale（GETS）は，のどに関する一般的な症状 10 項目と症状による患者の苦痛度から成る問診票である（I.J. Deary et al. 1995）．症状項目は球症状（Globus），嚥下困難症状，痛み・腫れ症状に分類され，異常感症患者の苦痛度は球症状と相関したことから，GETS の球症状項目は異常感症の診断や評価に有用とされている．

我々は GETS を和訳し，異常感症 55 症例での検討の結果，GETS 同様の高い信頼性と妥当性を報告した（Takahashi N, ANL 2018）．ついで，異常感症の治療薬であるボノプラザンフマル酸塩（PCAB）と SNRI の効果および有効性の予測因子を検討した．31 例に PCAB（20mg），14 例にミルナシプラン（15mg）を 4 週間投与し，治療前後の GETS-J を評価した（Takahashi N, Eur Arch Otorhinolaryngol, 2021）．

平均すると PCAB 投与により苦痛度と痛み・腫れ症状が有意に改善し，50%以上の症状改善を認めた PCAB 有効群は，無効群よりも治療前の痛み / 腫れ，球症状，苦痛度が有意に高かった．一方，SNRI 投与により苦痛度は有意に改善したが，その他の症状は変化しなかった．また SNRI 有効群では球症状，嚥下困難症状は無効群より有意に低かった．

以上より異常感症患者の中には痛み腫れ症状を主体とする患者が存在し，その症状改善に PCAB が有効である一方，SNRI は軽症例において苦痛度に対して限定的な効果を示すにとどまった．

シンポジウム 2-2
扁桃病巣疾患の現在地

大原　賢三[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

扁桃病巣疾患とは「扁桃が原病巣となり，遠隔臓器に器質的，機能的傷害を引き起こす疾患」と定義される疾患群である．症状や所見の改善には口蓋扁桃摘出術（以下扁摘）が有効とされているが，対象疾患によりその効果や分子生物学的機序のエビデンスには差があるのが現状である．扁桃病巣疾患は，皮膚疾患，腎疾患，骨関節疾患，自己炎症性疾患に分類されており，それぞれの代表的疾患として掌蹠膿疱症，IgA 腎症，胸肋鎖骨過形成症，periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis（PFAPA）症候群などが挙げられる．皮膚科，腎臓内科，小児科からの紹介などで扁摘を依頼される機会はまれではないと思われるが，高いエビデンスを持った客観的診療指針が存在せず，実際に扁摘を施行するに至るかが診察を行った耳鼻咽喉科医に左右されているのが現状と考えられる．このような状況を改善するために，日本口腔・咽頭科学会では 2019 年に扁桃病巣疾患診療の手引き作成委員会を設立し，2023 年 5 月に「扁桃病巣疾患診療の手引き 2023」を発刊した．さらに，2024 年には英文での手引きの要約が Auris Nasus Larynx に掲載された．

当科では 2011 年に扁桃病巣疾患に関するアンケート調査を行い，皮膚科，腎臓内科のみならず耳鼻咽喉科においても本疾患概念の認識が低いという結果を報告している．2026 年に扁桃病巣疾患診療の手引き作成委員会主導で扁桃病巣疾患に関するアンケートの再調査がなされた．結果は現在解析中だが，本講演では診療の手引き作成前後での各診療科医師の実臨床での変化，また扁桃病巣疾患のなかで，とくに掌蹠膿疱症と IgA 腎症に関して発症の機序，扁摘の効果を中心に解説する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：87（総会号）

シンポジウム 2-3
扁桃摘出術を支える術後食事管理 ～従来法と PITA による違いの検討～

横山　菜悠[1)2)]

1）聖マリアンナ医科大学　耳鼻咽喉科
2）国立成育医療研究センター　耳鼻咽喉科

従来，扁桃摘出術は強い疼痛を伴うことが知られており，流動食や軟食を中心とした術後の食事管理が行われてきた．その背景には，創部刺激による疼痛増悪や術後出血への懸念がある．実際，術後の食事指導においては，刺激物や硬い食品を避けるよう説明されることが多く，術後食の内容は施設ごとにさまざまである．一方で近年，術後の食事内容と疼痛・出血との関連について再検討が進んでおり，通常食摂取群と制限食群との間で，疼痛や術後出血率に明らかな差を認めなかったとする systematic review も複数報告されている．

特に小児においては，術後早期から十分な栄養・水分摂取を確保することが重要であり，経口摂取不良は脱水や活動性低下につながりうる．加えて，食べ慣れた食事を摂取できることは，患児や家族の安心感にもつながり，術後回復を支える一因となる可能性がある．そのため，術後食管理においては，「創部を刺激しないこと」に加え，「いかに食べられる状態を維持するか」という視点も重要であると考えられる．

近年，被膜内摘出を行う Powered intracapsular tonsillectomy and adenoidectomy（PITA）が普及しはじめ，従来法と比較して術後疼痛の軽減を示す報告もみられる．それに伴い，早期の経口摂取再開も期待されており，食事制限の在り方についても改めて検討する必要があると考えられる．

本シンポジウムでは，従来法と PITA の違いに着目し，術後食に関する review を概説するとともに，当院における PITA 術後疼痛の検討結果や，複数施設における術後食管理の実際を提示する．また，通常食導入の利点である，十分な栄養摂取，患児にとって食べ慣れた食事を選択できること，早期回復への寄与などについても考察する．

術式の変化に伴い，扁桃摘出術後管理は「痛みを避ける食事」から「回復を支える食事」へ変化しつつある．本発表を通じて，術後疼痛管理と摂食機能の維持の観点から，扁桃摘出術の在り方について考察する．

シンポジウム 2-4
上咽頭擦過療法の作用機序と臨床効果：基礎と臨床の統合

西　憲祐[1)2)]

1）福岡歯科大学口腔医学研究センター
2）西耳鼻咽喉科医院

慢性上咽頭炎は多彩な局所および全身症状に関与することが報告されてきたが，その病態および治療戦略の体系的理解にはなお検証の余地が残されており，上咽頭擦過療法（epipharyngeal abrasive therapy：EAT）の臨床的意義をより明確にする試みが進められている．本発表では，上咽頭擦過療法に関する臨床および基礎研究の知見を統合し，その作用機序と臨床的意義について考察する．上咽頭擦過療法検討委員会が実施している多施設前向き試験において，EAT は慢性上咽頭炎に関連する症状を有意に改善し，委員会が作成した内視鏡的炎症スコアの改善と関連した．また，慢性上咽頭炎では症例ごとに内視鏡所見や治療経過が多様であり，各症例の詳細な経時的観察をもとに EAT の有効性を検討する重要性についても考察する．基礎的検討も行われている．上咽頭組織を用いて EAT が上咽頭に与える影響について解析が行われており，空間的遺伝子発現解析により，EAT による組織学的変化を遺伝子発現から読み解く試みも報告されている．近年では，long COVID における上咽頭粘膜の持続的炎症や免疫応答異常との関連も報告されており，上咽頭が慢性炎症の持続に関与する可能性，および EAT の治療可能性が示唆されている．また，上咽頭は迷走神経反射を介した神経調節機構とも関連していることが示唆されており，EAT がこれらを調節する可能性が報告されている．さらに，慢性上咽頭炎の客観的評価法として，AI による内視鏡所見の解析も報告されている．これらの知見を踏まえ，本発表では，慢性上咽頭炎の診断と治療に関する現状を整理し，EAT の臨床的意義について展望する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：88（総会号）

シンポジウム 3-1
睡眠が変わると食も変わる：耳鼻咽喉科医からみたSAS

丸山　諒

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

睡眠障害は日中機能障害や生活習慣病と関連する重要な疾患群であり，その分類はICD-11において，不眠症，睡眠関連呼吸障害，中枢性過眠症，概日リズム睡眠・覚醒障害，睡眠時随伴症，睡眠関連運動障害などに体系化されている．なかでも睡眠関連呼吸障害は耳鼻咽喉科医が深く関与する領域であり，閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）は上気道の解剖学的狭窄と機能的虚脱を背景とする．

OSAは肥満と関連するが，近年，適切な睡眠は食欲調節やエネルギー代謝の恒常性維持に関与することが報告されている．十分な睡眠はレプチンやグレリンなどのホルモンバランスを介して過食抑制に関与することが報告されており，健康的な食生活との関連が示唆されている．

耳鼻咽喉科領域では，鼻閉，扁桃肥大，軟口蓋・舌根沈下などの上気道病変がOSAの発症・増悪に関与する．標準治療は持続陽圧呼吸療法（CPAP）であるが，上気道抵抗の改善はそのアドヒアランス向上に寄与する可能性があり，鼻手術は有効な補助療法となりうる．さらに口蓋扁桃摘出術，口蓋垂軟口蓋咽頭形成術，舌根手術などの外科的治療は，適切な症例選択により無呼吸低呼吸指数の改善が期待される．

本シンポジウムでは，睡眠障害の基本分類を概説するとともに，健康的な食生活と適切な睡眠の相互作用に着目し，耳鼻咽喉科医による上気道介入を含めた包括的診療の意義を検討する．

シンポジウム 3-2
美味しいを支える味覚の役割

任　智美

兵庫医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

食事の際に“味”と表現されるものは，純粋な味覚だけで構成されるわけではなく，嗅覚，触覚，温度，視覚が記憶や情動，快・不快といった複数の感覚が統合されて得られる複合的な知覚体験である．“美味しい”は，こういった高次要因が重層的に関与し，さらに食事環境や身体・精神状態，過去の経験や文化的背景などの影響を受けて形成される動的な主観である．「美味しい・まずい」は，摂食行動の調整に直接関与し，食欲を促進あるいは抑制する方向へと導く重要な心理的ドライバーとして機能する．

その中で味覚は，原始的な食物摂取の判断や“美味しい”という感覚の基盤を形成する中心的な役割を担っている．6基本味（甘味・塩味・酸味・苦味・うま味・脂肪味）はそれぞれ異なる生理的意義を持ち，エネルギー源の識別，電解質維持，腐敗・毒性の回避，タンパク質・脂質摂取の促進など，生体にとって重要な情報を提供する．したがって味覚の役割を理解することは，「美味しい」を支える生理学的基盤を正しく捉えるうえで不可欠であり，食行動の理解や臨床的介入の質を高めるための重要な視点となる．時に「美味しい」の欠如は「楽しい」「嬉しい」といった快情動の低下とリンクすることがあり，周辺症状の有無や脳機能の状態にも配慮する必要がある．味覚障害診療の場においても，美味しさへの配慮は不可欠である．味覚障害は食欲低下や栄養状態の悪化を招き，QOLに大きく影響する．美味しさの低下は単なる嗜好の問題ではなく，健康維持に直結する課題である．

本講演では，味覚の生理学的基盤，五基本味が担う生体的意義，嗅覚・フレーバーとの統合，さらに臨床における味覚変化の影響について概説する．美味しさという複合感覚の中で，味覚がどのように“支え”として機能しているのかを整理し，臨床応用の面からもその重要性を考察する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：89（総会号）

シンポジウム 3-3
のどの機能と嚥下～美味しく食べるために～

杉山庸一郎

佐賀大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

本シンポジウムのテーマである「よく寝て，美味しく食べる」の「食べる」について，「嚥下」はその根幹となる振る舞いである．摂食・嚥下には食物の認知から口腔への移動，口腔内での咀嚼や食塊形成の後，いわゆる口腔期である咽頭への送り込み運動，それに引き続く咽頭期嚥下，食道期嚥下で構成される．「食べる」ためにはそのすべてが円滑に行われることが必要となるが，「誤嚥無く」食べるためには咽頭期嚥下が特に重要な分岐点となる．食道期嚥下について，咽頭期嚥下と連続するいわゆる１次蠕動波とそれに引き続く２次蠕動波の異常も嚥下障害の原因となりうる．口腔から咽頭への送り込みについても，早期咽頭流入や舌運動不良により咽頭期嚥下のタイミングがずれて誤嚥の要因となる．咽頭期嚥下だけでなく，口腔から咽頭へ，そして飲み込んだ後の食道運動まで含めて「嚥下」を捉えることが重要である．

本講演では，嚥下の基本となる考え方から実際の嚥下障害のタイプ，それぞれの嚥下障害に対する対応について解説する．

「食べる」ことは栄養摂取という観点だけでなく，「味わう」「香る」を含めた様々な感覚を統合した振る舞いでもある．まだ研究の域はでない内容もあるが，様々な内臓感覚刺激を統合する脳のシステムは「嚥下」を「促通」するための重要なメカニズムでもある．

嚥下内視鏡検査は摂食・嚥下の状況を把握し，経口摂取の可否や嚥下障害の程度について評価する検査としてだけでなく，喉頭機能検査の一つでもある．ストロボスコピーなど他の喉頭機能検査の情報も嚥下機能を評価する一つの見方になりうる．嚥下を制御する神経システムの仕組みから電気刺激療法を含めた嚥下リハビリテーションと外科的介入の適応やその組み合わせ，術式の工夫や考慮すべき点などについても含め，日常の嚥下診療をより深めるための一助となれば幸いである．

口 咽 科　2026；**39**(2)：90（総会号）

シンポジウム 4-1
頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算　意義と運用の実際

松塚　崇

朝日大学病院　頭頸部外科・耳鼻咽喉科

【背景】頭頸部早期癌においては潜在的な転移のリスクを考慮し予防的頸部郭清術（END）が推奨されてきた．END は知覚鈍麻から肩運動障害などの合併症による患者の生活の質（QOL）の低下を伴う．

こうした背景からセンチネルリンパ節生検（SLNB）が注目された．センチネルリンパ節（SLN）とは，原発腫瘍からのリンパ流が最初に到達するリンパ節を指す．この SLN を同定し病理学的に転移が陰性であればその下流のリンパ節に転移がない可能性が高く，頸部郭清の回避が可能になる．乳腺外科や皮膚科領域では 2010 年に診療報酬改定から標準治療として定着し，欧米では頭頸部癌も推奨されるようになった．

【臨床的エビデンスと適応拡大】国内多施設共同研究により頭頸部領域における SLNB の有用性は証明された．T1 および T2N0 の口腔癌が対象の無作為化比較試験で，SLNB 群と END 群間で粗生存率に差がなく，術後の上肢挙上機能において SLNB 群の低侵襲が確認された．

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会等の要望を受け，2023 年にトレーサーとなる「テクネ®フチン酸キット」の甲状腺癌を除く頭頸部癌における SLN の同定およびリンパシンチグラフィの効能・効果が追加され，2026 年の診療報酬改定で「頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算」の算定が可能となった．

【算定要件と施設基準】本加算は，甲状腺を除き，頸部郭清術が加算と扱われる悪性腫瘍手術が対象となる．触診および画像診断で頸部リンパ節転移が認められない頭頸部悪性腫瘍の手術が対象となる．腫瘍周囲に放射性同位元素で標識したトレーサーを局所注射し，シンチグラムやガンマプローブを用いて SLN を同定・摘出する．この際に使用する薬剤料や，放射線検出に要する費用，病理診断料はそれぞれ規定の点数により算定する．

施設基準は以下が求められる．耳鼻咽喉科または歯科口腔外科の経験 5 年以上を有し，指導医の下で術者として 3 例以上の経験を持つ医師の配置．放射線科常勤医の配置．病理部門および病理医の配置．

シンポジウム 4-2
上咽頭がんに関する新たな保険診療 ～ゲムシタビン～

上田　百合[1)2)]

1）東京医科大学病院　臨床腫瘍科
2）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

2026 年 1 月 29 日，ゲムシタビン（GEM）は公知申請に係る事前評価が終了し，上咽頭がんに対する保険適用が認められた．対象は，①局所進行上咽頭がんに対する化学放射線療法の導入化学療法としての GEM＋プラチナ製剤併用療法，ならびに ②再発または遠隔転移を有する上咽頭がんに対する GEM＋プラチナ製剤併用療法および GEM 単剤療法である．

GEM＋シスプラチン併用療法は，局所進行例および再発・遠隔転移例の双方で，NCCN ガイドライン category 1 に位置付けられる国際的標準治療である．本邦では長らく保険適用外であったが，今回の承認により標準治療の選択が可能となった意義は大きい．

局所進行例においては，従来の導入化学療法であるドセタキセル＋シスプラチン＋5FU（TPF）に比して好中球減少などの有害事象が少なく，忍容性向上が期待される．また再発・転移例では，治療選択肢の拡大により，生存期間延長への寄与が期待され，いずれの用法においても積極的に使用を検討したいところである．

一方，今後の課題として免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の位置付けがある．局所進行および再発・遠隔転移例の両者において，GEM 併用化学療法に ICI を上乗せする臨床試験が進行しており，特に再発・遠隔転移例では toripalimab（抗 PD-1 抗体）＋GEM＋シスプラチンがすでに NCCN ガイドライン category 1 として推奨されている．本邦では頭頸部扁平上皮がんに準じてペムブロリズマブ＋プラチナ製剤＋5-FU が選択されることがあるが，GEM と ICI の併用は保険適用外である．このため本邦の現状では，再発・遠隔転移例において GEM と ICI のどちらを先行するかが実臨床上の論点となる．

本講演では，今後の薬剤承認動向に注目しながら，本邦における上咽頭がん診療の新たな方向性について検討したい．

口 咽 科　2026；**39**(2)：91（総会号）

シンポジウム 4-3
2026 年度保険改定：新しい方向性を明確にした睡眠障害領域での保険改定

千葉伸太郎

国際医療福祉大学　睡眠学・睡眠外科学講座

2026 年 6 月，国民・患者の睡眠障害の診療を行う医療機関へのアクセスを向上させる観点から，医療法で定められる標榜可能な診療科名について，新たに「睡眠障害科」が標榜可能となった．診療科標榜のためには，1．独立した診療分野を形成していること　2．国民の求めの高い診療分野であること　3．診療科名が分かりやすく国民が適切に受診できること　4．国民の受診機会が適切に確保できるよう，診療分野に関する知識・技術が医師に普及・定着していること　の 4 つの条件が必要で，特に 4 については医療の質の担保が重要で，専門医療者の確保・育成が重要となる．この一つの例として日本睡眠学会は 2002 年より睡眠医療専門医，施設についての認定制度を運用している．そして耳鼻咽喉科領域としては新たに口腔咽頭科学会が耳鼻咽喉科睡眠認定医制度を開始し，耳鼻咽喉科医において睡眠医療の知識と技術を専門職として活用する新たな方向性を作り出した．こうした睡眠医療の変革の流れの中で行われた今回の診療報酬改定は，本邦での睡眠医療の在り方を大きく変え，将来の方向性を明確にした改定である，とくに，耳鼻咽喉科医が多く接する睡眠時無呼吸症に関しては，いまだ診断・治療に至っていない多くの睡眠時無呼吸症（OSA）患者の診断・治療のさらなる推進，そして同時に診療の質を重視するという，今後の新しい方向性を示すものとして注目される．まず，終夜ポリグラフ検査については D237-3 ハが新たに追加され，在宅での終夜ポリグラフが正式な検査となり，明確に位置図けが行われた．これは，近年，検査機器の進歩により在宅での睡眠検査が普及していたにもかかわらず，睡眠ポリグラフ検査（PSG）での入院検査と在宅検査の診療報酬に差が設けられていなかった不均衡が是正されたこと，そして何より，900 万人以上とされる治療の必要な OSA 患者に対する医療アクセスのハードルを下げることになり，限られた医療資源を効率的に活用することが可能となる．CPAP に関しても，これまで適応基準が終夜ポリグラフ検査で診断された無呼吸低呼吸指数（AHI）20 回 / 時，簡易呼吸検査で AHI 40 回 / 時であったものが，各々 15 回 / 時，30 回 / 時と国際標準となり，特に前者は上述した在宅の PSG が含まれることから，治療アクセスが向上する．一方，CPAP のアドヒーランスについて基準が導入された．CPAP の使用時間が 1 時間未満では患者指導料が算定できなくなり，加算については使用時間が 4 時間以上の患者の割合が 40% を超えた場合，施設加算が算定可能となる．これらは，まさに医療アクセスの向上とともに医療の質の担保を求めており，われわれ医療者には新たな対応で診療にあたる必要がある．本講演では，今回の診療報酬改定と新たな睡眠障害科標榜について概説する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：92（総会号）

司会のことば

安松　隆治[1)]・小川　武則[2)]

1）近畿大学医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科学
2）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

再発頭頸部癌診療において，「いかに生存期間を延長するか」と同時に，「いかに食べられる状態を維持するか」は極めて重要な課題である．特に口腔癌・中咽頭癌・下咽頭癌・唾液腺癌では，再発時に局所制御困難例や既治療照射例も多く，治療選択に際しては根治性のみならず，嚥下機能，誤嚥リスク，栄養状態，発声機能，気道管理，さらには患者の価値観を含めた総合的判断が求められる．しかし実臨床では，「治療は可能であるが食べられなくなる」「局所制御を優先すべきかQOL維持を重視すべきか」など，意思決定に難渋する症例を日常的に経験する．

本パネルディスカッションでは，「再発　口腔・咽頭・唾液腺癌の“食べられる”治療戦略」をテーマに掲げ，実臨床に即した症例提示を通じて，治療選択と機能温存の両立について多角的に議論したい．

局所治療としての救済手術，再照射，内視鏡的切除，緩和的外科治療，アルミノックス治療やBNCTに加え，全身治療として免疫チェックポイント阻害薬，分子標的薬，化学療法をどのように組み合わせるべきかなどを検討する．また，嚥下リハビリテーション，NST介入，PEG適応，気管切開管理など支持療法のタイミングについても議論を深めたい．さらに，再発頭頸部癌診療では，「食べられる」という概念自体が単なる経口摂取可否ではなく，患者本人の満足度や社会生活まで含めた包括的視点で捉える必要がある．そのため，本ディスカッションでは，エビデンスや治療成績のみならず，患者背景や意思決定支援を踏まえた「現実的な最適解」を共有したい．

本企画を通じて，再発頭頸部癌に対する治療戦略を“腫瘍制御”のみならず“食べる機能をどう守るか”という視点から再考し，日常診療に直結する実践的知見を提供することを目的とする．パネリストの先生方との討論を通じて，ご聴講いただいた先生方が自施設で応用可能な治療戦略を持ち帰る機会となれば幸いである．

口 咽 科　2026； **39**(2)：94（総会号）

ランチョンセミナー１
頭頸部アルミノックス治療，５年間の臨床知見と次の問い

樽谷　貴之

広島大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

口 咽 科　2026；**39**(2)：95（総会号）

ランチョンセミナー 2-1
包括的がんゲノムプロファイリング概説と，頭頸部癌における有用性

上田　百合[1)2)]

1）東京医科大学病院　臨床腫瘍科
2）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

包括的がんゲノムプロファイリング（CGP）は，腫瘍・血液検体を用いて数十～数百のがん関連遺伝子を網羅的に解析し，治療薬や治験候補探索を行う検査である．2019 年 6 月の保険収載以降，2026 年 4 月時点での累計実施数は 13 万例を超えている（C-CAT 登録症例数より）．

CGP には，腫瘍検体のみを用いる FoundationOne CDx，腫瘍＋血液を用いる NCC オンコパネル・GenMineTOP，血液のみを用いる FoundationOne Liquid CDx・Guardant360 CDx があり，さらに 2026 年 6 月には新たに TSO Comprehensive パネルシステムが保険収載された．実施にあたっては，各検査の特徴と限界に応じた検査種選択が求められている．

がん種横断的な薬剤承認も増加し，*NTRK* 融合に対する *NTRK* 阻害薬，*BRAF* 変異に対する *BRAF*+*MEK* 阻害薬，HER2 増幅に対するトラスツズマブ デルクステカン，*ALK* 融合遺伝子に対するアレクチニブなどが承認されている．こうした流れから，従来（標準治療終了後 or 終了見込み）より早期の CGP 実施を推奨する流れが進んでおり，がん関連 3 学会ブリーフィングレポート（2025 年 6 月）の早期実施推奨や，標準治療終了前の CGP を評価する先進医療 A（2026 年 1 月開始）など，体制整備が進んでいる．

頭頸部癌においても，甲状腺癌での *BRAF* 変異，唾液腺癌での *NTRK* 融合，頭頸部癌全般での HER2 増幅など，CGP が臨床的意義をもつ場面は増加している．

本講演では，CGP 各検査の特徴を概説するとともに，頭頸部癌領域における活用事例や今後の展望について解説する．

ランチョンセミナー 2-2
当科における頭頸部癌，甲状腺癌に対する CGP 検査の現状とその有用性について

齊藤　祐毅

東京大学　耳鼻咽喉科頭頸部外科

2019 年より標準治療終了後の固形癌患者を対象として包括的ゲノムプロファイリング（Comprehensive Genomic Profiling：CGP）検査が保険収載されている．これまで頭頸部領域では薬剤到達に至る頻度が比較的低く，その臨床的有用性に関する報告は限られている．東京大学医学部附属病院はゲノム中核拠点病院として，GenMineTOP パネルの前身である Todai OncoPanel（TOP）の開発に参画してきた．GenMineTOP は 737 遺伝子の DNA 解析に加え，455 遺伝子の RNA 解析を同時に行う Tumor/Normal ペア型 CGP 検査であり，融合遺伝子，エクソンスキッピング，コピー数異常，生殖細胞系列バリアントなど多面的なゲノム情報を取得可能である．

抄録作成時点において，これまで当院から出検した CGP 検査は頭頸部癌 72 例，甲状腺癌 10 例であり，このうち GenMineTOP による解析は頭頸部癌 47 例，甲状腺癌 6 例であった．扁平上皮癌 1 例（*FGFR3-TACC3*），唾液腺癌 2 例（*ETV6-NTRK3*），甲状腺癌 4 例（*CCDC6-RET*，*BRAF*），歯原性癌 1 例（*FGFR2*）で薬剤到達に至った．予後予測に寄与する変異として *HRAS*・*CASP8* 変異，*NOTCH1* 変異，*RAD51B* 変異が有用であった．直接的な治療標的が得られなかった場合でもコピー数解析や Mutational Signature 解析結果を通じて病態理解につながる症例も多い．本口演では当院における頭頸部癌・甲状腺癌に対する CGP 検査の現状，GenMineTOP から得られた情報を実診療へ応用した代表症例を提示する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：96（総会号）

ランチョンセミナー 3-1
アクロサージを用いた頸部郭清術

羽生　健治

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

現在様々なエネルギーデバイスが存在し手術時に活用されている．アクロサージはマイクロ波を用いて水分子に作用し，水分子が発熱することで周囲の蛋白変性を惹起する性質を利用した器具である．そのため組織の炭化がおきず，サージカルスモークも発生しないという優れた特徴を持つ．今回頸部郭清術の手術動画を用いてアクロサージの使用方法や頸部郭清術における効果的な使用方法を解説する．

エネルギーデバイスに関しては術者，助手のどちらでも使用可能であり施設や術者により差異がある．アクロサージに関しては基本的に術者が使用する器具である．アクロサージは先端がハサミ形状となっており繊細な処理が可能である．また，ベッセルシーリングデバイスなどが苦手とする連続的操作が可能なことも特徴である．しかしながら鋭的な処理を行うことにはいくつかの注意点がある．具体的には組織の裏が確認できる安全な状態を確保したうえで使用することであり実際の手術動画で解説を予定している．

頭頸部手術においてはアクロサージ Palm が最も使用しやすく当院では同製品を使用している．頸部郭清術は頭頸部外科手術の最も基本的な手術であり各施設で一定の「型」が存在する．東京医大で行っている頸部郭清を供覧しながらどのタイミングでアクロサージを使用しているかを解説する．頸部郭清には鋭的処理を原則とするが鈍的な剥離が有用な場面も存在し，どの部位のどのような処理かで最適な器具が変化する．アクロサージは術中使用する最適な器具の一つであり使用方法の一助になれば幸いである．

ランチョンセミナー 3-2
口蓋扁桃手術におけるパワーデバイス活用
～アクロサージの使用経験を踏まえて～

小森　学

聖マリアンナ医科大学　耳鼻咽喉科

口蓋扁桃手術は耳鼻咽喉科診療において日常的に行われる基本手術であり，若手医師が早期から経験する術式でもある．一方で，術野は狭く，裸眼下で施行されることも少なくないため，切離層の認識や止血操作，周囲組織の扱いに術者間のばらつきが生じやすいと考えられる．したがって，デバイスの特性を理解したうえで，安定した術野のもとに安全かつ再現性の高い手技とすることが重要である．近年は各種パワーデバイスの進歩により，被膜外摘出術のみならず被膜内摘出術（PIT：Powered Intracapsular Tonsillectomy）を含めて術式の幅が広がり，病態や年齢，低侵襲性の観点を踏まえた使い分けが求められている．本セミナーでは，日機装アクロサージを用いた口蓋扁桃手術の実際を，使用経験を踏まえて紹介する．アクロサージはマイクロ波エネルギーを用い，均一でムラの少ない凝固層形成と組織封止が可能であり，凝固・止血時の飛沫や煙の発生が少なく，クリアな術野を保ちやすい点に特徴がある．また，細い先端形状により狭い口腔内でも繊細な操作を行いやすく，把持・圧挫しながら処理できることは，扁桃周囲の切離と止血のバランスを意識した手技に有用と考えられる．さらに，内視鏡や外視鏡を併用することは術野の共有を容易にし，術者，助手，指導医が同一視野で操作を確認できるため，手術手技の標準化や適切な教育・指導にもつながる．被膜外摘出術および PIT における活用法に加え，症例に応じたデバイス選択の考え方，他方式との違い，各術式で重視すべきポイント，手技上の工夫や pitfall について整理し，扁桃手術をより安全かつ確実に行うための実践的なデバイス活用のあり方を共有する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：97（総会号）

ランチョンセミナー 4
再発・転移頭頸部癌治療：今一度考えるセツキシマブの価値

田中　英基

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

頭頸部癌は再発率の高い疾患である．局所進行の状態で発見された場合であっても，根治治療後に約半数の患者が再発し，追加治療を要する．追加治療として局所治療のみで根治が期待できる症例も存在するが，切除困難例や遠隔転移を有する場合には薬物療法が治療の中心となる．

転移再発頭頸部癌に対する治療は，近年急速に進歩し，選択肢が大きく拡大している．2000 年代まではシスプラチンと 5-FU の併用療法が長年にわたり標準治療として用いられてきたが，多くの殺細胞薬併用レジメンが検討されたにもかかわらず，生存期間の延長を明確に示すことは困難であった．

2000 年以降の転移再発頭頸部癌治療において重要な役割を担ってきた薬剤として，抗 EGFR 抗体セツキシマブと免疫チェックポイント阻害薬が挙げられる．EGFR は頭頸部癌の 90％以上に高発現しているとされ，重要な治療標的である．セツキシマブ併用による生存期間の延長を示した代表的な臨床試験が，2008 年に報告された EXTREME 試験である．本試験は，シスプラチンまたはカルボプラチンと 5-FU の併用療法にセツキシマブを追加する有用性を検証した第Ⅲ相試験であり，全生存期間中央値はセツキシマブ併用群で 10.1 ヵ月，プラチナ系抗がん薬と 5-FU 併用のみの対照群で 7.4 ヵ月と，併用群において有意な延長（HR 0.80［95％CI 0.64–0.99］）が認められた．

セツキシマブの導入以降，同薬を基盤としたさまざまな治療法が開発されている．パクリタキセル＋カルボプラチン＋セツキシマブ（PCE 療法）は，大規模な第Ⅲ相試験は存在しないものの，第Ⅱ相試験において EXTREME レジメンと同等の有効性が報告されている．EXTREME レジメンでは 5-FU の持続静注（24 時間・4 日間）が必要であり，入院管理を要する施設が多い一方，PCE 療法は外来での施行が可能である点が臨床上の利点として挙げられる．また，プラチナ製剤に不応あるいは不耐の症例に対しては，パクリタキセルとセツキシマブの併用療法が良好な成績を示しており，治療継続性の観点からも重要な選択肢となっている．有効例では長期に治療継続が可能であるため，有害事象の適切な管理が不可欠である．

さらに，抗 EGFR 抗体に光感受性物質 IRDye700DX（IR700）を結合させ，レーザー光照射によって細胞障害を誘導する頭頸部アルミノックス治療も，新たな治療選択肢として注目されている．本治療は本邦において，切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して承認されており，照射部位に限定した細胞障害作用を有する高い腫瘍選択性が特徴である．

一方，免疫チェックポイント阻害薬の登場は，転移再発頭頸部癌の治療体系に大きな変化をもたらした．免疫チェックポイント阻害薬は，腫瘍の PD-L1 や免疫細胞上の PD-1 といった免疫制御分子を標的とする治療である．抗 PD-1 抗体ニボルマブは，2016 年に報告された CheckMate 141 試験において二次治療として検証され，医師選択治療と比較して有意な全生存期間の延長（7.7 ヵ月 vs. 5.1 ヵ月，HR 0.68［95％CI 0.54–0.86］）を示し，標準治療の一つとなった．

また，抗 PD-1 抗体ペムブロリズマブは，2019 年に転移再発頭頸部扁平上皮癌の一次治療として EXTREME レジメンとの比較試験が行われた．その結果，ペムブロリズマブ単独療法は CPS≧1 の集団において（12.3 ヵ月 vs. 10.3 ヵ月，HR 0.78［95％CI 0.64–0.96］），ペムブロリズマブ＋プラチナ系抗がん薬＋5-FU 併用療法は CPS に依らず（13.0 ヵ月 vs. 10.7 ヵ月，HR 0.77［95％CI 0.63–0.93］），EXTREME レジメンと比較して有意な生存期間の延長を示した．

これらの結果に基づき，現在の標準治療は，プラチナ感受性例ではまず CPS を測定し，CPS≧1 であればペムブロリズマブを含む治療，CPS＜1 では EXTREME レジメンが選択される．一方，プラチナ抵抗性例ではニボルマブが推奨されている．

しかしながら，2025 年に周術期ペムブロリズマブの有効性が報告され，本邦でも 2026 年 2 月に保険収載されたことにより，免疫チェックポイント阻害薬は局所進行頭頸部癌にも使用される機会が増加している．これに伴い，再発時にはすでに免疫療法既治療である症例が増加することが想定され，転移再発頭頸部癌における治療戦略は今後再検討が必要となる可能性がある．

このような状況において，セツキシマブは転移再発頭頸部癌治療において引き続き重要な役割を担うことが考えられる．

口 咽 科　2026；**39**(2)：98（総会号）

ランチョンセミナー 5-1
感染伝播モデルから考える口腔・咽頭の感染制御

保富　宗城

和歌山県立医科大学

口腔・咽頭領域は，多様な微生物が常在するとともに，感染症の起点となりうる重要な解剖学的領域である．近年，薬剤耐性（AMR）対策の観点から抗菌薬適正使用の重要性が強調されているが，同時に局所における感染制御の重要性も高まっている．そのため，診療環境においては，接触機会の低減および集団密度の適正化が基本的な戦略となる．

本セミナーでは，マウス実験系を用いた肺炎球菌の感染伝播モデルをもとに，集団密度の上昇およびインフルエンザウイルス重感染が細菌伝播を増強することについて概説する．すなわち，口腔・咽頭に存在する病原微生物は，ウイルス感染に伴う宿主免疫応答の変化に加え，接触機会の増加により伝播効率が増強されることが示されている．これらの知見は，外来診療・処置空間における「密度管理」と「曝露制御」の重要性を支持するものである．

一方で，感染対策の強化は，口腔・咽頭診療におけるコミュニケーションにも影響を及ぼしうる．特に高齢者や難聴患者では，聴覚情報の低下が診療理解度および医療安全に直結する．したがって，感染制御と診療コミュニケーションをいかに両立するかは重要な課題である．

ランチョンセミナー 5-2
感染症の歴史と薬剤耐性（AMR）対策の現状と展望

伊藤　真人

自治医科大学　耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉科感染症の約 80％は初期にはウイルス性であるが，症例によっては 2 次的に細菌感染症が惹起されて，中には重症化を起こしたり難治の経過をとる場合がある．口腔・咽頭科領域では，急性扁桃炎が重症化して扁桃周囲膿瘍や深頸部感染症を惹起して，ときには縦隔膿瘍などの重篤な病態を引き起こす．

人類の歴史は感染症との戦いの歴史でもあり，古くはメソポタミア文明の時代から記録に残るパンデミックに対して，人類はただ神に祈ってひれ伏すしか術はなかった．人類が初めて感染症に対する有力な武器を持ったのは，1796 年のエドワード・ジェンナーによる「種痘」の開発である．その後 1928 年のサー・アレキサンダー・フレミングによるペニシリンの発見があり，折しも勃発した第 2 次世界大戦において，ペニシリンは「奇跡の薬」といわれたのである．しかし，抗菌薬を使用することによって次々と薬剤耐性（AMR）菌が出現し人類の新たな脅威となってきた．昨今の AMR の最大の原因は「抗菌薬の不適正使用」と考えられているが，「不適正使用」には，不必要な使用と不適切な使用がある．本セミナー後半では，感染症の歴史を振り返るとともに，現代の AMR 対策の現状と展望について考える．

口 咽 科　2026； **39**(2)：99（総会号）

ランチョンセミナー 6
KEYNOTE-689 が拓く，頭頸部癌周術期治療の新時代

岡本　伊作

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

局所進行頭頸部扁平上皮癌に対する治療は，根治的手術と術後化学放射線療法，あるいは化学放射線療法を組み合わせた集学的治療として発展してきた．再建手術技術や周術期管理の進歩により局所制御率は向上している一方で，再発や遠隔転移，さらには嚥下・発声障害や形態変化に伴う QOL 低下はいまだ大きな臨床課題である．このような背景のもと，局所治療に全身治療をどのように組み合わせるべきか，特に免疫チェックポイント阻害薬を軸とした周術期治療戦略が近年注目されている．

頭頸部癌領域では，再発・遠隔転移症例を対象とした免疫療法の有効性がこれまでに示され，免疫チェックポイント阻害薬は標準的治療選択肢として位置づけられつつある．近年は，治癒切除が可能な局所進行症例において，より早期の段階から免疫療法を導入することで長期予後の改善が得られるかが重要な検討課題となっている．

KEYNOTE-689 試験は，切除可能な局所進行頭頸部扁平上皮癌患者を対象に，周術期免疫療法の有効性と安全性を検討した第Ⅲ相試験である．本試験では，術前にペムブロリズマブを 2 サイクル投与し，手術後には病理学的リスクに応じてペムブロリズマブ + 放射線療法 ± シスプラチンを 3 コース施行し，その後ペムブロリズマブ単独投与を継続する治療レジメンが採用された．

主要評価項目である無イベント生存期間（event-free survival：EFS）において，ペムブロリズマブ併用群は対照群と比較して改善が示された．さらに，切除標本を用いた病理学的評価として，major pathological response（mPR）の達成率が副次評価項目として検討され，術前免疫療法により原発巣およびリンパ節における腫瘍残存が減少した症例が認められた．mPR の達成と EFS との関連についても解析が行われている．

安全性については，周術期における免疫関連有害事象や手術合併症への影響が懸念されたが，Grade 3 以上の免疫関連など特に注目すべき有害事象（APat 集団）全治療期での発現率は，ペムブロリズマブ併用群で 10%，対照群で 0.6%，手術を完了した患者の割合は，ペムブロリズマブ併用群で 88.4%，対照群で 87.7%であった．

KEYNOTE-689 試験の結果は，局所進行頭頸部癌における周術期免疫療法の有効性を検討する新たなエビデンスを提示するものである．一方で，すべての患者に一律に適用すべきかどうか，適切な患者選択や治療強度の最適化については今後の検討課題である．本講演では，局所進行頭頸部癌における周術期治療の変遷を概説するとともに，KEYNOTE-689 試験のデザイン，有効性および安全性に関する評価結果を整理し，術前・術後免疫療法の臨床的意義，今後の治療戦略，ならびに実臨床導入に際しての課題と展望について考察する．

口 咽 科　2026；**39**(2)：100（総会号）

ランチョンセミナー 7-1
次世代エネルギーシステムDUALTO™で切り拓く VANS の新展開

近藤　貴仁

東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

甲状腺手術に対する Video-Assisted Neck Surgery（VANS）は整容性に優れた低侵襲手術である．一方，狭小術野において安全かつ精緻な操作を行うためには，各種手術機器の最適化が重要である．当科では VANS 手術手技の最適化を進めており，血管処理には KN ベッセルダイセクター，血管クリップには先端角度可変型デバイスである OMNIFinger，Berry 靭帯の処理にはバイポーラである Calvian endo-pen を用いるなど，各操作に応じた器具選択を行っている．

エネルギーデバイスとしてのハーモニック 1100 は，その繊細な先端形状と良好な操作性から，VANS において最適なデバイスと考えている．今回，新規医療機器である次世代エネルギーシステム「Dualto」を使用する機会を得た．本システムは超音波デバイスと電気メスの本体が一体化されており，手術室内の機器配置の簡素化が可能である．さらに，ハーモニック 1100 の出力立ち上がり時間の短縮により，従来と比較して約 9% の処置速度向上が報告されている．実際の使用においても操作効率の向上が示唆された．VANS の手術動画を供覧しつつ，Dualto の有用性と今後の展望について報告する．

ランチョンセミナー 7-2
HARMONIC® FOCUS と DUALTO™ が拓く頭頸部癌手術の安全性と効率性

長岡　真人

東京慈恵会医科大学　耳鼻咽喉科学教室

頭頸部癌手術は，狭小かつ複雑な解剖領域において，根治性と機能温存の両立が求められる．近年，超音波凝固切開装置の進歩により，出血制御と手術効率は向上している．本講演では HARMONIC® FOCUS の最新ジェネレーター DUALT を用いた頸部郭清・口腔手術の実践的手技を供覧する．DUALT は複数デバイスの同時出力を 1 台で制御し手術室の省スペース化と運用効率を向上させるとともに，従来比約 25% の切離速度向上を実現した．超音波デバイスはブレード熱への注意を要する一方，側方熱拡散やスチーム熱は比較的低く，安全性にも優れる．加えて，鋭利な先端により繊細な剥離が可能で，1 本で剥離・止血・切離を担える点も利点である．その性能を最大限に引き出すためには，適切なデバイスマネジメントが重要である．本セッションでは，①先端を主体とした操作，②「ひねり」を加えた切開，③組織に対する適切なテンションの付与，④連続使用による熱効率の維持といった具体的な Tips を提示する．

デバイスの特性を十分に理解し，電気メスなど他のエネルギーデバイスと適切に使い分けることは，安全性と手術効率を両立する上で重要な戦略である．明日からの手術に活かせる「スマートな活用術」を共有したい．

スイーツセミナー1　未来を開く ～新化する新しい針の形～

口 咽 科　2026；**39**(2)：102（総会号）

スイーツセミナー 1-1
縫合針の種類と選択について
～針が導く新しい縫合の世界～

西村　文吾

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

手術において組織を切ることと縫合することは表裏一体かつ最も基本的な手技である．今回は縫合において重要な役割を果たす縫合針の特性について概説を行い，さらに新たな形状の縫合針について紹介する．

縫合針の種類は以下の構造的特徴によって分類される．

1．形状：直針か弯曲針かに分けられ，通常の縫合では円弧の一部を取った弯曲針を使用する．また単純な円弧ではなく，曲率の変化率を一定としたクロソイド・カーブを取り入れたクロソイド針や，先端部分と針元寄りの部分で弯曲の程度に変化をつけたコンパウンド針なども開発されている．

2．大きさ：弯曲針の場合，円弧の半径の大きさや針の全長によって規定される．

3．断面：先端の断面が丸型の丸針と，角型の角針に分けられる．持針面の断面にも丸型と角型がある．

4．針元の形状：糸を装着するため普通孔あるいは弾機孔の開いているタイプと，糸が針に埋め込まれている無傷針（針付き糸）がある．

縫合する組織（皮膚，粘膜，筋膜，血管，神経など）と，操作を行う状況（体表面か，口腔，咽頭腔などの狭い空間か）に適した縫合針を選択し，その特性を理解した上で適切な手技，運針を行うことが重要である．

スイーツセミナー 1-2
耳鼻咽喉科頭頸部外科領域における
新世代針付縫合糸の使用経験

岡村　純

聖隷浜松病院　耳鼻咽喉科

【はじめに】耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の縫合手技は多岐にわたり，微細な技術と高い精度が求められる．今回，従来本領域で未導入であった新世代針付縫合糸の使用経験から，その特性と有用性を手術ビデオを中心に報告する．【針の種類と症例】①逆クロソイド針（3-0 丸針）：先端が直線で徐々に曲線となる．運針が困難でちぎれやすい口腔底粘膜の縫合が容易となり，顎下腺唾石症の経口摘出後や舌亜全摘後の皮弁縫合に有用であった．②クロソイド針（4-0，13mm）：刺入後にカーブが漸減し円弧運動を要さず引き抜けるため，狭小な術野で行う両側声帯麻痺に対する披裂軟骨切除術で粘膜ダメージを減らし有用であった．③弱弯針（5-0 丸針）：狭い術野を伴う鼻中隔矯正術（Hemitransfixion 法）で操作性が良好であった．④コンパウンド針（3-0 角針）：先端が弱弯，後方が強弯で，若手医師でも皮下組織を大きく拾うことが可能となり，縫合回数と時間の短縮に寄与した．【結語】新世代針付縫合糸は操作性向上，手術時間短縮，組織損傷軽減をもたらし極めて有用である．

口 咽 科　2026；**39**(2)：103（総会号）

スイーツセミナー 2-1
点と線から面へ　口腔咽頭科学会

伏見　千宙

国立がん研究センター中央病院　頭頸部外科

1926 年カンデンスキーが絵画の構成要素を分析し，理論的に点と線と面の役割を説明した．2020 年隈研吾がボリュームを点と線と面に解体し，風通しを良くしたうえでの再構成の意義について語っている．さらに人は面だけの空間にいると自分の位置が分からなくなるので，点というランドマークを配置するとしている．

以前，点（解剖）と線（始点と終点）の重要さについてお話ししたが，外科の歴史はそれらが織りなす正しい「面」を発見してきた歴史でもある．整形外科領域では Internervous plane という概念があり，異なる神経に支配される筋肉の間に存在する解剖学的平面のことで，この平面を通じて剥離することで，筋肉の脱神経リスクなく広範な展開が可能になるとされる．また，消化器外科領域では Holy plane が有名であり，直腸間膜筋膜と骨盤壁側筋膜の間の無血管の疎性結合組織層のことである．頭頸部領域では，副咽頭間隙の styloid diaphragm が有名であり，側頸部の ahiru plane や顎下部の eguchi plane も頸部郭清では有用であると考えている．

建築における空間（面）は，点や線を配置することにより完成するが，その一部にゆがみが生じると軽微な修正では戻すことはできない．手術における面も同様であり，点と線の認識にゆがみが生じると本来の面に戻ることは困難である．

この点と線を歪みなく明示するのに有用なのが Valleylab™ の電気メスである．また，線と面を作るときのノイズ（穿通枝血管等）の処理で役立つのが LigaSure™ である．これらを駆使した手術についてお話しさせていただければと思います．

スイーツセミナー 2-2
“食べる”を守る頭頸部外科：エネルギーデバイスがもたらす手術の効率化と若手育成

神山　亮介

がん研究会有明病院　頭頸科

頭頸部癌手術では，根治性と術後の「嚥下機能」温存の両立が極めて重要である．本発表では，本学会のテーマである「食（食の機能）」を見据え，機能温存と手術効率を両立するエネルギーデバイスの有用性と，当科における若手頭頸部外科医育成の取り組みについて概説する．

近年のエネルギーデバイスの進化は，精緻な組織剥離と確実な止血を可能にし，術中出血の低減と手術時間の短縮に寄与している．これにより得られる良好な術野での操作は，嚥下関連神経や筋への熱侵襲を抑えて早期の経口摂取再開につながるだけでなく，若手外科医の修練の機会においても大きなサポートとなる．

本講演では，当科における口腔癌の標準的手術指導手技や，進行した頸部転移例での頸部郭清術の実際などを動画等で供覧したい．患者が術後も「やっぱり食が好き」と笑顔で言える低侵襲手術の実現に向け，頭頸部外科におけるエネルギーデバイスの役割と，次世代への確実な技術継承のあり方について展望する．

一 般 演 題

O1-1. 舌下神経電気刺激療法の治療成績：症例追加による検討

○井下綾子・大峡慎一・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

【背景と目的】これまで我々は，舌下神経電気刺激療法（hypoglossal nerve stimulation：HNS）の初期成績を報告し，高い治療効果と患者満足度の可能性を示した（Inoshita A, et al. Auris Nasus Larynx; 53(3)：367-374）．今回，症例数を追加し，HNS の治療効果および中期成績について検討した．

【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閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）患者を対象とした．終夜ポリグラフ検査（PSG）を術前，術後 6 ヵ月，術後 1 年で施行し，無呼吸低呼吸指数（AHI，回 / 時），酸素飽和度（SpO_2）関連指標を評価した．治療奏効率（治療前の AHI と比較して術後 AHI＜20 かつ 50％以上の AHI 減少と定義）と，AHI 減少率を算出した．

【結果】2022 年 8 月から 2026 年 4 月までに 39 例（男性 33，女性 6）に対し装置植込み術を施行し，術後 38 日より HNS を開始した．術後 PSG を施行した 34 例（男性 29 例，女性 5 例，60.1 歳，BMI 25.0）を解析対象とした．術前と術後 6 ヵ月（175 日）では，AHI は 41.9 から 12.5 へ，最低 SpO_2 は 76.8％から 88.1％へ，SpO_2＜90％時間は 45.3 分から 3.1 分へいずれも有意に改善した（すべて p＜0.001）．治療奏効率は 88％，AHI 減少率は 71.9％であった．さらに 12 例（男性 10，女性 2，60.2 歳，BMI 24.7）へ術前，術後 6 ヵ月（179 日），術後 1 年（407 日）に PSG を施行した．AHI は 36.6，12.3，10.4 と推移し，術前と術後 6 ヵ月（p＜0.001），術前と術後 1 年（p＜0.001）で有意差を認め，術後 6 ヵ月と術後 1 年では有意差を認めなかった．以上の数値は全て平均値である．

【結語】HNS は術後 1 年以上経過した症例においても治療効果が維持される可能性が示唆された．CPAP を受容できない OSA 患者において，睡眠の質や日中眠気の改善を通じて QOL 向上に寄与する有用な治療選択肢となり得る．なお，本抄録は登録時点のデータであり，発表時には追加症例を含めた結果を報告予定である．倫理的背景を考慮して発表する．

O1-2. 舌下神経電気刺激装置植込み術後に舌咽神経痛発生し舌咽神経切断術に至り改善した一例

○中田誠一[1)]・浅井久貴[2)]・所　郁里[3)]・平田正敏[3)]
木村文美[4)]・倉田耀介[4)]・岡野高之[4)]・藤本保志[5)]

1）名鉄病院　耳鼻咽喉科/睡眠障害センター
2）名鉄病院　耳鼻咽喉科
3）名鉄病院　睡眠障害センター
4）藤田医科大学　ばんたね病院　耳鼻咽喉科
5）愛知医大　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

症例は 55 歳男性　PSG 検査は 2018 年 7 月 X 日に行われ AHI25.9 回 / 時 L-SPO_2 85％にて CPAP 治療行うも，CPAP がうまく使えないということにて CPAP 不耐症と診断．閉塞性睡眠時無呼吸，CPAP 不耐症にて藤田医大ばんたね病院に来院．鼻咽頭に明らかな器質的閉塞部位はなく BMI28.5 にて DISE 検査は前後型，患者さんも舌下神経電気刺激装置植込み手術治療を希望され 2024 年 4 月 Y 日に手術施行．手術時間は 3 時間 50 分出血量 10CC にて舌下神経は LateHG はなく，カフで舌下神経に刺激リードのカフを巻いた．術中術後にトラブルは，なかった．術後舌下神経電気刺激療法を行うため藤田医大ばんたね病院から当院に紹介受診．2024 年 6 月 Z 日に 1 回目電圧設定（Activation）施行．1 回目は A モード Default（パルス幅 /rate；90/33）で感覚閾値（ST）0.3V 作用閾値（FT）0.5V でスタートした．しかし Activation から 4 ヵ月後，この舌下神経電気刺激療法にて明確化した右舌咽神経痛が確定し，舌下神経電気刺激療法も 4 時間以上使用率は 0％にて電圧も A 設定（(パルス幅 /rate；90/33 → 150/33 に変更）0.3V までしか上げれず舌下神経電気刺激療法を中止（2025 年 12 月）その間，患者自身で右舌咽神経痛に対して脳神経外科クリニックにて痛みのブロック治療や鎮痛剤（ノルスパンテープ）を試そうとされたがいずれもうまくゆかず，当院にてもこの舌咽神経痛に対して患者と話した結果，右舌咽神経切断術（右口蓋扁桃摘出術も併用）を行うことに対して患者と合意に達した．2026 年 5 月 W 日に全麻下で右口蓋扁桃摘出術，右舌咽神経切断術を行い，それによって舌咽神経痛は VAS（10）8 → 2 に軽減し舌下神経電気刺激療法を再開することができた．今回はその舌咽神経切断術のビデオとともに文献的に舌下神経電気刺激装置植込み術の合併症についてお話してゆく．

O1-3. Floppy epiglottis を合併した舌下神経刺激療法の経験と課題

○安達美佳[1)2)]・橋本　光[1)2)]・石井　亮[1)]・平野　愛[1)]
香取幸夫[1)]

1）東北大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）東北大学病院　睡眠医療センター

舌下神経刺激療法（hypoglossal nerve stimulation：HNS）は，持続陽圧呼吸療法（CPAP）が継続困難な閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）に対する有効な治療法として普及しつつある．しかしながら，floppy epiglottis（FE）を合併した症例に対する治療効果については一定の効果を示す報告がある一方で，十分な改善が得られない症例も報告されており，その評価は一定しない．症例は 62 歳男性．主訴はいびきおよび日中の眠気であった．AHI40.4/時の重症 OSA と診断され，CPAP が導入されたが，呼吸困難からパニックを生じ継続使用が困難であり，HNS 目的に当科を受診した．drug-induced sleep endoscopy（DISE）では前後型閉塞を認め，喉頭観察では吸気時に喉頭蓋が喉頭内へ倒れ込む EF をみとめた．HNS の適応基準を満たし，さらに先行報告では FE が HNS により改善する可能性が示されていることから，X－1 年 1 月に HNS 装置の埋込術を施行した．術後，刺激電圧 1.2mV　A 設定で安定した使用が可能となったため同年 7 月に PSG 下で刺激条件の調整を行ったが，AHI は 47.4/時と改善を認めなかった．B 設定に変更した．しかし，簡易睡眠検査でも REI 35.6/ 時と改善を認めなかったため，HNS 作動下 DISE を行った．舌根部の前方移動は得られていたものの，FE による閉塞が残存していた．このため，術後 1 年で喉頭蓋部分切除術を施行した．術後は摂食時の症状改善を認めたが，REI 26.3 と無呼吸の残存を認める．FE を伴う OSA に対して HNS が有効とする報告がある一方，本症例では十分な治療効果が得られなかった．FE を伴う OSA に対する HNS の適応および課題を考えるうえで示唆に富む症例と考えられたので報告する．

O1-4. 掌蹠膿疱症に対する扁桃摘出術後の長期有効性および予後の検討

○大湊久貴[1)]・坂上翔大[1)]・井上貴博[1)]・脇坂理紗[1)]
山木英聖[1)]・大原賢三[1)2)]・熊井琢美[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
2）旭川医科大学　頭頸部癌先端的診断・治療学

掌蹠膿疱症は手掌および足底に無菌性膿疱を主体とする皮膚疾患である．扁桃摘出術は保存的治療に反応しない掌蹠膿疱症例に対する治療選択肢であり，扁桃摘出後の皮膚症状の改善率は 80% 前後と高率である．皮疹の改善は術後 1 ヵ月から有意に認められ，術後 1 年で消退に至る例が多いとされる．これまでの報告の多くは短期的な効果に焦点を当てたものであり，掌蹠膿疱症に対する扁桃摘出術後の長期的な経過や再燃の有無，生活習慣との関係，QOL への影響などについての系統的な検討は十分ではない．今回我々は，掌蹠膿疱症に対する扁桃摘出術の長期的な効果を明らかにするために，アンケート調査を実施した．

対象は，2000 年 4 月から 2020 年 3 月までに当院で掌蹠膿疱症に対して扁桃摘出術を施行し，5 年以上経過した 162 例である．このうち連絡先などが判明し，アンケート調査が可能であった 122 例に対して調査を行い，51 例から回答を得て解析した．調査項目は年齢，性別，発症時期，手術時期，術前，術後 1 年，3 年，5 年，10 年，回答時の皮膚症状，既往歴，喫煙歴，金属アレルギー歴とした．

対象 51 例の内訳は男性 12 例，女性 39 例で，手術時年齢は 26 ～ 69 歳（中央値 52 歳），回答時年齢は 31 ～ 86 歳（中央値 70 歳）であった．術後経過年数は 5 ～ 25 年（中央値 18 年）であった．手掌・足底の Skin Severity Score（SSS）は術後長期経過においても改善が維持され，術前と比較して術後各時点で有意な低下を認めた．また，扁桃摘出術に対する満足度は 90.2%（46/51 例）と高値であった．掌蹠膿疱症に対する扁桃摘出術は，術後長期にわたり皮膚症状の改善が維持され，高い満足度が得られる有効な治療選択肢であることが示唆された．

O1-5. 掌蹠膿疱症に対する口蓋扁桃摘出術の当院における治療成績

○岩崎すみれ・石井裕貴・櫻井大樹

山梨大学　医学部附属病院　耳鼻咽喉科

【目的】掌蹠膿疱症（PPP）は，扁桃が原病巣となり，扁桃から離れた皮膚に反応性の器質的・機能的障害を引き起こす「扁桃病巣感染症」の代表的疾患である．扁桃常在菌に対する免疫寛容の破綻がトリガーとなり，扁桃由来の活性化 T 細胞が掌蹠皮膚へホーミングすることや，活性化 B 細胞からの自己抗体の産生が発症に関与している．病巣扁桃の多くは無症状の潜在性炎症であるため，耳鼻科医は皮膚科医と連携して病巣としての寄与を正確に診断し，適切な外科的介入を行う必要がある．本研究では，当院での手術症例を基にその有効性と安全性を検討した．【対象と方法】当院において 2019 年から 2025 年までに PPP に対し口蓋扁桃摘出術を施行した 20 名を対象とし，後方視的に検討を行った．患者背景は，平均年齢51.0歳，男性6名，女性14名であった．術後 6 ヵ月程度の症状が安定した時点で，皮膚科医が症状の改善度合いをスコアリングした医師グローバル評価（PGA）という尺度で評価した．また，術後 3 ヵ月，6 ヵ月，1 年の各時点において，皮疹や疼痛の改善度を「軽快」「改善」「不変」の 3 段階で評価した．20 名のうち 1 名は，術後評価ができなかった．【結果】手術は全例全身麻酔下で両側摘出を施行し，平均手術時間は 102 分（1時間42分）であった．術後6ヵ月の時点での評価は，軽快が 8 名，改善が 6 名であり，全体の約 74%（14/19 名）において有意な皮疹や疼痛の改善を認めた．また，皮膚科医による PGA の平均値は 81.3 と良好な結果を示した．1 例では術後出血を認め，再手術となった．【結論】今回の検討を通して PPP に対する扁桃摘出術は，高い症状改善率を期待できる有効な治療法であった．皮膚科と連携して病巣診断を行い手術適応を検討し，安全に手術を提供することが患者の QOL 向上に大きく寄与すると考えられる．

O2-1. 咬筋から発症し重度嚥下障害を合併した皮膚筋炎症例の治療経験

○大澤陽子・佐々木千愛・竹川莉菜子・小山佳祐

福井赤十字病院　耳鼻咽喉科

嚥下機能障害は加齢による機能低下以外に，脳血管障害や神経筋疾患が原因となりうる．皮膚筋炎や多発性筋炎が重要な鑑別疾患である．皮膚筋炎や多発性筋炎が原因となる嚥下障害はは早期であるほどステロイドや免疫抑制剤などの薬物治療への反応性が期待される．今回我々は，左咬筋を初発症状とし，重度嚥下障害を合併した皮膚筋炎症例の治療及び嚥下リハビリを経験したので報告する．症例は 74 歳女性．X－1m，かかりつけ歯科を左頬部腫脹にて初診．当初，歯源性感染による左咬筋及び頬部皮膚の蜂窩織炎が疑われ，保存的に治療するも悪化あり当科歯科口腔外科に紹介．同日，左頸部腫脹も認められたため，当科対診となった．初診時現症としては，左上顎・頬部の腫脹，左咽頭・喉頭浮腫があり，左頬部から左頸部鎖骨付近までの皮膚腫脹・発赤を認めた．歯科口腔外科入院で SBT/ABPC 9g 点滴を開始するも左頬部腫脹が前胸部へと拡大し，気道狭窄および嚥下障害が悪化し，歯科口腔外科では対応困難と判断され，X＋8d 当科転科となった．経鼻胃管を挿入し，抗生剤を TAZ/ABPC 18g に変更するが，皮膚の腫脹が顔面全体まで悪化したため，PSL 30mg を追加．X＋14d，左下 8 番の抜歯を実施したが，左上肢浮腫が出現．X＋22d，右上肢・左下肢の浮腫出現．両手背関節の発赤顕著化（ゴットロン徴候）．両側上眼瞼の発赤が顕著化（ヘリオトロープ疹）．X＋23d，右下肢浮腫出現も出現，皮膚筋炎を疑い皮膚科で皮膚生検を実施．X＋24d，左頸部（胸鎖乳突筋）の筋生検を実施．X＋25d より，PSL 45mg に増量し，タクロリムス 2mg 内服を開始した．X＋30d，皮膚生検の結果，皮膚筋炎が確定されたためタクロリムス 3mg に増量．その後病状の改善を見ながらタクロリムスを増量した．同時に，嚥下リハビリも積極的に介入．X＋55d，直接リハビリ開始．X＋67d，ムース食開始．X＋71d，ペースト食開始．X＋73d，経鼻胃管抜去，経口摂取に完全移行した．

O2-2. High-resolution manometryが嚥下関連手術の選択に有用であった嚥下障害の一例

○田中加緒里[1)]・浅山理恵[1)]・鹿野真人[2)]・羽藤直人[1)]

1）愛媛大学　医学部　耳鼻咽喉科頭頸部外科
2）大原総合病院

【はじめに】嚥下障害に対する外科的治療では，病態を的確に評価し，症例に応じた術式を選択することが重要である．今回，High-resolution manometry（HRM）による嚥下動態評価が術式選択に有用であり，喉頭蓋管形成術により経口摂取が可能となった症例を経験したため報告する．【症例】60代男性．両側視床出血後，誤嚥性肺炎を反復し絶食管理となっていた．片側完全片麻痺を認め，ADLはほぼ全介助であった．また，構音障害を認めたが，筆談によるコミュニケーションも困難であった．【嚥下機能評価】嚥下障害の病態として，口腔期機能低下による位相のずれ，嚥下反射惹起性の低下を認めた．HRMでは咽頭収縮力の低下を認めたものの，嚥下圧伝搬パターンは保たれており，上部食道括約筋の開大も良好であり理，咽頭期運動出力は比較的保たれていた．以上より，本症例の誤嚥は，咽頭期障害そのものよりも，口腔期機能低下，ADL低下に伴うタイミング不良，および嚥下反射惹起遅延による下降期型誤嚥が主因と考えられた．【経過】本人・家族に音声温存の希望があったため，誤嚥防止手術ではなく，音声機能温存が期待できる喉頭蓋管形成術を選択した．術後，誤嚥リスクは軽減し，嚥下食の全量摂取が可能となった．【考察】HRMにより，咽頭期嚥下運動およびUES開大が概ね保たれていることを確認できたため，音声を温存しながら誤嚥を軽減する術式として喉頭蓋管形成術を選択し得た．本術式は，咽頭期機能が比較的保たれ，主たる誤嚥要因が嚥下反射惹起遅延やタイミング不良にある症例において，有用な選択肢となる可能性が示唆された．

O2-3. 重度嚥下障害に対する誤嚥防止手術症例に関する検討

○陣野智昭・石田知也・嶋崎絵里子・峯崎晃充
杉山庸一郎

佐賀大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

嚥下障害に対する治療的なアプローチには様々な方法があり，それらを適切に組み合わせて診療を行うことが重要となる．リハビリテーション，栄養療法などに加えて外科的治療も選択肢にあがる．誤嚥防止手術は嚥下機能改善手術では改善が見込めない，あるいは進行性疾患等による進行性嚥下障害を含む重度の障害で，誤嚥による肺炎を繰り返し，実質上音声が喪失した状態にある症例に適応となる．2024年から約2年間に当科にて行った誤嚥防止手術症例について，原疾患や嚥下機能，呼吸機能，術式，術後経過等について検討を行った．原疾患には脳性麻痺，神経変性疾患，脳血管障害など様々であった．年齢も乳幼児から高齢者まで幅広く分布していた．手術術式は喉頭気管分離術，narrow-field laryngectomyが主で，症例によって選択されていた．術後の経口摂取については，原疾患に依存する結果であったが，経口摂取可能となった症例もみられた．嚥下障害だけでなく，気管狭窄等の気道トラブルを合併している症例もあり，複数回の手術を要する症例もみられた．

誤嚥防止手術は誤嚥を防ぐ手術であるが，原疾患の状況や気道の状況を把握し，適切な術式選択と周術期加療が必要である．

O2-4. 頭頸部癌患者における嗜好性食品選択の特徴 ～「温かい汁あり麺類」に着目した検討～

○松井祐興

日本海総合病院

【目的】頭頸部癌患者では，放射線治療や化学放射線療法に伴う味覚変化，食欲低下，嚥下障害により経口摂取が低下することがある．当院では，通常病院食に加え，患者自身が選択可能な嗜好性食品（ラーメン，そば，カレーなど）を提供している．今回，頭頸部癌患者では放射線関連治療後の味覚・摂食機能変化を背景として，温かい汁あり麺類が選択されやすいと仮説を立て，その特徴について検討した．【対象と方法】2018 年 1 月から 2024 年 12 月までに，当院で嗜好性食品を提供した 3,895 例，22,174 食を対象に後方視的検討を行った．うち頭頸部癌患者は 47 例，440 食であった．今回，温度・汁物・麺類という共通特性を有する食品として，醤油ラーメンおよび温そばを温かい汁あり麺類と定義した．温かい汁あり麺類を注文した患者割合を主要評価項目として比較し，繰り返し注文割合および提供食数割合についても検討した．カテゴリ変数の比較には Fisher 正確検定を用いた．【結果】温かい汁あり麺類を注文した患者割合は，頭頸部癌患者で 72.3%であり，非頭頸部癌患者の 52.3%と比較して有意に高値であった（p＝0.008）．さらに，温かい汁あり麺類を 2 回以上注文した患者割合は，頭頸部癌患者 46.8%，非頭頸部癌患者 23.4%であり，頭頸部癌患者では同一食品を再注文する傾向があった（p＜0.001）．また，温かい汁あり麺類の提供食数割合は頭頸部癌患者で 50.9%，非頭頸部癌患者で 21.9%であり，頭頸部癌患者で有意に高値であった（p＜0.001）．【考察】頭頸部癌患者では，放射線関連治療などに伴う味覚変化や摂食機能変化を背景として，温かい汁あり麺類が高頻度に選択された．これらの食品は，温度，香り，出汁など複数の感覚入力を有し，水分を含み咽頭通過性にも優れることから，治療中においても経口摂取が維持されやすかった可能性が考えられた．嗜好性食品の提供は，経口摂取維持や治療継続支援の一助となる可能性が示唆された．

O2-5. カプサイシン軟膏による外耳道刺激併用が嚥下訓練に及ぼす影響

○近藤英司・高岡　奨・北村嘉章

徳島大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】嚥下訓練には，食物を用いない間接訓練と食物を用いる直接訓練があり，直接訓練には誤嚥のリスクを伴う．我々は先行研究において，カプサイシン軟膏を外耳道へ塗布し，迷走神経耳介枝である Arnold 神経を刺激することで，高齢嚥下障害患者の声門閉鎖反射および咳反射が亢進し誤嚥リスクが低下することを報告してきた．本研究では，カプサイシン軟膏による外耳道刺激併用が嚥下訓練に及ぼす影響について検討した．【対象・方法】脳血管障害後遺症またはパーキンソン病による嚥下障害を有し，嚥下内視鏡検査で経口摂取困難と判断された入院患者 99 名を対象とした．対象を，嚥下訓練に加えてカプサイシン軟膏による外耳道刺激を行ったカプサイシン群 16 名と，嚥下訓練のみを行ったコントロール群 83 名に分け，嚥下機能，経口摂取再開率，および経口摂取再開までの嚥下訓練期間について比較検討した．【結果】嚥下訓練開始後，両群とも声門閉鎖反射および咳反射は有意に亢進し，その効果はカプサイシン群でより大きかった．カプサイシン群では，コントロール群と比較して経口摂取再開が可能となった患者割合が高い傾向を認めた．また，カプサイシン群では，嚥下訓練開始から経口摂取再開までの期間，および直接訓練導入から経口摂取再開までの期間はいずれも有意に短かった．試験期間中，軟膏使用の継続が困難となる有害事象は認めなかった．【考察・結論】嚥下訓練は，嚥下障害患者の声門閉鎖反射および咳反射を亢進させた．さらに，カプサイシン軟膏による外耳道刺激の併用は，これらの反射をより増強し，誤嚥リスクを低減することで，直接訓練導入および経口摂取再開までの期間短縮に寄与した可能性が示唆された．カプサイシン軟膏による外耳道刺激は，脳血管障害後遺症およびパーキンソン病による嚥下障害患者の嚥下訓練を促進する補助療法となる可能性がある．

O3-1. 私の睡眠時無呼吸遍歴

○村上信五[1)]・中山明峰[2)]

1）名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
2）めいほう睡眠めまいクリニック

本年6月1日より睡眠障害が診療科名として標榜できることになりました．サブスペシャルティーとして睡眠障害を持つ耳鼻咽喉科医にとって朗報と考えます．実は私自身，睡眠時無呼吸と長年付き合ってきました．44歳時に咽頭の違和感を自覚し，また睡眠時の無呼吸を指摘されたため扁桃摘出とUPPPの手術を受けました．数ヵ月間は無呼吸もいびきも完全に治まり「何と素晴らしい治療」と喜んでいましたが，それもつかの間，1年も経たないうちに再発しました．その後，共同演者からCPAPを勧められましたが，口呼吸で寝ている私がCPAPで睡眠できるわけがないと頑なに拒んでいました．ところが3年前に生死を彷徨う劇症型心筋炎に罹患し，睡眠時無呼吸による心臓への負荷が危惧され，共同演者の忠言を素直に受け入れCPAPを行うことにしました．私の場合，睡眠時無呼吸に関連する症状としては，大いびき，夜間の口喝・頻尿，日中の眠気（中等度）などでした．CPAPを開始して顕著に改善したのは，無呼吸は勿論ですが，いびきをかかなくなり，夜間の口喝も改善し，頻尿も2-3回から1-0回に減りました．日中の眠気に関してはさほど変化を感じていませんが，睡眠時間が短くても眠気は少ないような気がしています．ただ，夜中に息苦しくなってマスクを外してしまうことが時折あります．CPAPの体験談を紹介し，その功罪を共有することで，より良いCPAP医療の一助になればと考えています．

O3-2. 最近の成人OSA患者に対する手術療法とその治療成績

○鈴木賢二・岩田　昇・古橋　篤

みたき総合病院　耳鼻咽喉科

【はじめに】我々はこれまで成人のOSA疑い患者に対して，鼻腔通気度検査，アレルギー検査，鼻副鼻腔CT，鼻咽喉頭ファイバー検査，顔面側面XP等およびFull PSG検査を施行し，適応があればCPAPを第一選択として勧め，現在当科では600例以上のCPAP管理を行っている．しかしCPAP使用不耐その他で手術を希望あるいは選択する患者には，手術可能症例であれば鼻腔・咽頭に対し必要な上気道開大手術を行いOSA手術治療の更なる改善を目指している．【対象と方法】OSAにつき手術治療を希望する33例の患者に対し，必要な症例には舌扁桃切除術も加え全症例に両口蓋扁桃摘出術と軟口蓋咽頭形成術（千葉らのCWICKs）を施行した．更に鼻閉を訴え精査にて必要と確認したものには，鼻中隔彎曲症があれば鼻中隔矯正術を施行し，肥厚性鼻炎を認める場合の粘膜肥厚に対してはレーザー粘膜焼灼術・下鼻甲介骨肥厚を認めれば粘膜下下鼻甲介骨切除術を行い，更にアレルギー性鼻炎を認め希望があれば経鼻的翼突管神経切断術等も併用した．術後3ヵ月以上経過後に術後Full PSGを施行し，2012年の久松らの判定基準を用いて手術効果判定を行った．【結果】手術した33例を検討し，著効は17例51.5%，有効は10例30.3%，無効は6例18.2%であり，全体の有効率は81.8%と比較的良好であった．【考察】CPAP使用不耐あるいは手術的治療希望の成人OSAに対する手術治療として，我々の行っている鼻腔・咽頭の狭窄部位を開大する手術療法は，症例を選べば良好な効果が得られることが示された．報告では更に最近の追加症例も加えて報告する．今後は最近始めたHNS手術施行も併せて，CPAPが使用できないあるいは手術希望のOSA患者のQOL向上に寄与したい．

O3-3. 閉塞性睡眠時無呼吸に対するUPPPにおける口蓋扁桃肥大の臨床的意義の再検討

○橋本　光[1)]・千葉伸太郎[2)]・安達美佳[1)]・香取幸夫[1)]

1）東北大学病院耳鼻咽喉・頭頸部外科
2）太田睡眠科学センター

【背景・目的】閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）に対する口蓋垂軟口蓋咽頭形成術（UPPP）において，口蓋扁桃肥大は手術成功の最も重要かつ強力な予測因子とされてきた．しかし臨床においては，扁桃肥大が軽度であっても劇的に改善する症例や，逆に高度肥大を有しながらも改善に乏しい症例をしばしば経験する．本研究では，UPPP単独施行例の術後成績を詳細に解析し，口蓋扁桃肥大が手術成否に与える影響とその臨床的限界について再検討することを目的とした．【対象・方法】2009年から2023年までに太田総合病院にてUPPP単独手術を施行した成人OSA患者181名を対象とした．術後3-6ヵ月に睡眠ポリグラフ検査を施行し，Sherの基準（AHI減少率50%以上かつ術後AHI20 events/h未満）を満たした症例を「成功群」，満たさなかった症例を「非成功群」と定義した．術前の口蓋扁桃肥大度（Brodsky分類）について，両群間で比較検討を行った．【結果】対象181名のうち，成功群は93名（51.4%），非成功群は88名であった．術前口蓋扁桃肥大の中央値は，成功群で3，非成功群で2であり，成功群において有意に高かった（$p < 0.05$）．しかし詳細な分布をみると，成功群93名のうち3度以上の高度肥大を有していたのは55名（59.1%）にとどまり，残る約4割は2度以下の軽度肥大であった．また，非成功群88名の中にも34名（38.6%）に3度以上の高度肥大が認められた．【考察・結語】UPPPにおいて口蓋扁桃肥大は重要な成否因子であるが，「成功例の約4割が軽度肥大」であり，「高度肥大例の約4割が不成功に終わる」という予後予測因子としての限界が浮き彫りとなった．特にOSAにおいて骨格的要因が強い東アジア人においては，軟組織（口蓋扁桃肥大）の評価のみならず，セファログラムによる気道径や舌骨位置といった頭蓋顔面骨格構造などを包括的に統合した，マルチモーダルな術前適応決定が極めて重要であると考えられる．

O3-4. 小児閉塞性睡眠時無呼吸症に対する口蓋扁桃・アデノイド摘出術前後の体位変換の検討

○平田正敏[1)]・所　郁里[1)]・中田誠一[2)]

1）名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院　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

【背景】小児閉塞性睡眠時無呼吸症の主な原因は口蓋扁桃およびアデノイド肥大であり，口蓋扁桃・アデノイド摘出術は第一選択の治療である．一方，睡眠中の体位変換と睡眠時無呼吸の関係については十分な検討がなされていない．

【目的】口蓋扁桃・アデノイド摘出術前後における終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）から得られる無呼吸低呼吸指数（AHI）と体位変換の変化について検討した．また，手術を行わず経過観察となった患児についても同様に検討した．

【対象】2018年から2023年の間にPSGを施行した小児閉塞性睡眠時無呼吸症患児のうち，口蓋扁桃・アデノイド摘出術前後でPSGを施行した302例，および手術を行わず経過観察前後でPSGを施行した89例を対象とした．

【方法】PSG記録の映像より体位変換回数を確認し，体位変換回数を総睡眠時間で除した値を体位変換指数として算出した．手術群では手術前後のAHIおよび体位変換指数を比較し，経過観察群でも同様に比較した．本研究は藤田医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した．

【結果】手術群ではAHIおよび体位変換指数は手術前後でいずれも有意に低下した．一方，経過観察群ではAHIおよび体位変換指数ともに有意な変化は認めなかった．

【結論】小児閉塞性睡眠時無呼吸症に対する口蓋扁桃・アデノイド摘出術により，AHIの改善とともに体位変換も減少する可能性が示唆された．

O3-5. 小児アレルギー性鼻炎の睡眠QOL：口呼吸が示す保護者認識の乖離

○兵　行義[1)2)]・三宅宏徳[1)3)]・横山彩佳[1)]・福田裕次郎[1)]
假谷　伸[1)]・原　浩貴[1)]

1）川崎医科大学　耳鼻咽喉・頭頸部外科
2）医療法人社団兵医院
3）みやけ内科小児科耳鼻咽喉科医院

【はじめに】小児アレルギー性鼻炎（AR）は睡眠関連QOLを著しく低下させるが，小児は自覚症状の訴えが乏しく，保護者も鼻づまりの程度を正確に判断できない場合が多い．本研究では，扁桃肥大を除外した小児AR症例を対象に，睡眠関連QOL低下を最も的確に予測する指標を特定し，保護者の認識と実際の症状との乖離（Perception Gap）を検討した．

【対象と方法】耳鼻咽喉科専門医がARと診断し扁桃Brodsky分類2度以下の6～12歳の小児236例（平均8.6歳）を対象とした．保護者にJRQLQ（鼻症状）およびOSA-18（睡眠QOL）を実施した．主要評価項目は，項目重複バイアスを避けるためOSA-18から「いびき」「口呼吸」を除外した修正OSA-18スコア（16項目）とした．同スコアの第75パーセンタイル（≧33点）をQOL低下と定義し，各症状の予測精度をROC解析にて比較した．いびき・口呼吸スコア3以上かつJRQLQ鼻づまりスコア1以下の群を「認識乖離群」と定義した．

【結果・考察】修正OSA-18に対するAUCは，口呼吸0.767，鼻づまり0.734，いびき0.664，鼻漏0.659であった．多変量解析では口呼吸のみが独立した有意な予測因子であった（OR 1.40，p＝0.002）．対象の28.0％が認識乖離群に該当し，同群の睡眠QOLは徴候なし群より有意に悪化していた．口呼吸は鼻づまりスコアより睡眠QOL低下を鋭敏に予測した．保護者の約4人に1人はいびきや口呼吸があっても小児の鼻づまりを認識できておらず，口呼吸やいびきを積極的に問診することがARの早期介入に有用と考えられた．

O4-1. CPAP治療中の睡眠時無呼吸症候群患者における治療選好の定量的評価

○徳永貴広[1)]・藤枝重治[2)]

1）真生会富山病院　耳鼻咽喉科
2）福井大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】CPAP治療中の閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSA）患者を対象に，仮想的な治療案を繰り返し選択させる離散選択実験を用いて，「患者が何を重視して治療を選ぶか」を定量的に評価し，個別化医療・共有意思決定への応用を検討した．

【方法】真生会富山病院にCPAP治療で通院中のOSA患者161名に，睡眠の質改善・使用頻度・副作用・通院頻度・月額費用の5属性がそれぞれ異なる仮想的治療案を8問提示し，どちらを選ぶかを回答させた．各属性の重要度と支払意思額（WTP：その改善のために払ってもよい金額）を統計モデルで推定した．またCPAPアドヒアランスの良否（使用率≧70％対＜70％）による選好の違いを検定し，群間差の大きさを標準化効果量（Hedges'g）で定量した．

【結果】睡眠の質改善が最も重視される属性であり（相対的重要度42.4％，WTP 5,298円／月，p＜0.001），次いで使用頻度の軽減が有意に好まれた（WTP 1,302円／月，p＝0.002）．一方，通院頻度の減少は有意に嫌われ（WTP －1,232円／月，p＝0.016），患者が通院頻度の維持を望むことが示された．費用の増加も有意に選択確率を下げた（p＜0.001）．CPAPアドヒアランスによる選好の有意な異質性が確認され（p＜0.001），不良群では通院維持への選好がさらに強く（WTP －1,863円／月，p＝0.006），良好群との差は極めて大きかった（Hedges'g＝1.93）．これは両群が根本的に異なる価値観を持つことを示している．

【結論】OSA患者は治療効果を最重視し，通院頻度の減少を好まない傾向にあった．特にアドヒアランス不良患者は医療者との接触機会の維持を強く重視しており，遠隔医療導入時には対面フォローアップの併用が重要であると考えられた．

O4-2. CPAP 残遺眠気に関する検討

○本間あや[1)2)]・本間明宏[2)]

1）札幌花園病院　睡眠医療センター
2）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

【背景】閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法は，日中の眠気を改善しうるが，適切に治療されているにもかかわらず耐え難い眠気が残存する症例があり，残遺眠気と呼ばれる．眠気は QOL 低下のみならず労働生産性低下や交通事故リスク増大に関与するため，その評価と適切な介入が重要である．

【方法】2024 年から 2025 年に CPAP 残遺眠気の精査目的で終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）および反復睡眠潜時検査（Multiple Sleep Latency Test：MSLT）を施行した 11 例（男性 10 例，女性 1 例）を対象とした．CPAP メモリデータ，質問紙，2 週間の睡眠日誌と活動量計, PSG および MSLT の結果を後方視的に検討した．

【結果】年齢は 47.5 ± 3.8 歳，1 日の CPAP 平均使用時間は 5.5 ± 0.3 時間，治療期間は 4.6 ± 1.5 年であった．CPAP 装用下 PSG における AHI は 5.0 ± 1.4/h であり治療前の 14.1 ± 3.9％に減少していたが，1 例で AHI：16.3/h の呼吸イベント残存を認め，CPAP メモリデータの呼吸イベント（AHI：0.7/h）との乖離を認めた．エプワース眠気尺度（ESS）のスコアは 14.7 ± 2.1 点であった．MSLT では 9 例で平均睡眠潜時（MSL）8 分以下の病的眠気を認めた．診断内訳は，ナルコレプシー 4 例，不眠症を合併した残遺眠気 1 例，他の睡眠障害の合併のない残遺眠気 4 例であった．ESS と MSL との間に有意な相関は認めなかった（r＝0.541，p＝0.088）．

【結論】CPAP 残遺眠気の診断においては, CPAP データのみに依存せず PSG により治療効果を評価するとともに，他の睡眠障害の鑑別を行うことが重要である．少数例の検討ではあるが，自覚的眠気と客観的指標の乖離も認められることから，MSLT を用いた客観的評価に基づいた診断および適切な治療介入のため，睡眠専門機関との連携が求められる．

O4-3. 薬物睡眠下内視鏡検査（DISE）の標準化に向けた文献的考察 ―現状と課題―

○中島逸男[1)2)]・添田弘之[1)]・今井貫太[1)]・中山次久[1)]

1）獨協医科大学　医学部　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

【背景】薬物睡眠下内視鏡検査（drug-induced sleep endoscopy：DISE）は，閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）における上気道閉塞部位を動的に評価できる検査として広く用いられている．近年は咽頭形成術などの外科的治療のみならず，舌下神経電気刺激療法（hypoglossal nerve stimulation：HNS）の適応判定にも重要な役割を担っている．一方で，評価法や鎮静方法，記録様式には施設間差が存在し，標準化は十分とは言えない．【目的】DISE の標準化に関する既報を整理し，その現状と課題について検討する．【方法】DISE に関する国際的な Position Paper，Consensus Statement，Review 論文を中心に文献的検討を行った．【結果】評価法として VOTE 分類が国際的に広く普及しているものの，閉塞程度の判定基準や記録方法には一定のばらつきが認められた．また，プロポフォールやデクスメデトミジンなど鎮静薬の違いが検査所見に影響する可能性が報告されている．さらに判定者間一致率の問題や，近年では AI を用いた画像解析・定量評価の試みも報告されていた．【考察】DISE は OSA の病態評価および治療方針決定に有用であるが，多施設間で比較可能なエビデンスを構築するためには，評価体系，鎮静プロトコール，記録方法の標準化が必要である．特に HNS の普及に伴い，DISE 所見の再現性と客観性の向上が求められる．【結論】DISE のさらなる発展のためには標準化が不可欠であり，今後は本邦における評価体系の統一と AI 技術を活用した客観的評価法の確立が期待される．

O4-4. 小児気道疾患に対するDISEの有用性

○池田このみ[1)]・横山菜悠[1)2)]・小野瀬好英[1)]・望月文博[1)3)]
春日井滋[1)]・小森　学[1)]

1）聖マリアンナ医科大学　耳鼻咽喉科
2）国立成育医療研究センター　耳鼻咽喉科
3）東京慈恵会医科大学附属病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

薬剤誘発睡眠内視鏡検査（drug-induced sleep endoscopy：DISE）は，薬剤誘発下睡眠状態における上気道の閉塞部位および閉塞様式を直接評価し，閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）の治療方針決定に有用な検査として1991年にPringleとCroftにより報告された．成人ではVOTE分類（Velum, Oropharyngeal lateral wall, Tongue base, Epiglottis）に基づき閉塞部位，程度，様式の評価が体系化されている．一方，小児においてはアデノイド，口蓋扁桃，舌扁桃，喉頭軟化症，声門上構造の動的虚脱など多因子的評価が必要であるにもかかわらず，適応や評価分類は未だ統一されていない．新生児や乳幼児の気道疾患では覚醒時診察が困難であり，啼泣や協力不良により気道所見が修飾されるため，外来所見と保護者の訴える臨床症状が乖離することがある．DISEは擬似的睡眠下での動的評価を可能とし，こうした症例において有用な診断手段となり得る．本検討では，小児の気道疾患全般に対しDISEを施行しPedDISE-8分類を用いて，その診断的有用性を評価した．DISEによりOSA以外の喘鳴や呼吸障害症例においても覚醒時には同定困難であった多部位閉塞や動的虚脱病変の検出が期待され，個々の病態に応じた外科的介入の選択に有用であった．以上より，DISEは小児気道疾患の包括的評価ツールとして有用であり，診療戦略の最適化に寄与する可能性が示唆された．

O5-1. 長期経過を経て診断に至ったシェーグレン症候群合併耳下腺MALTリンパ腫の一例

○川口菜々子・脇坂理紗・山木英聖・大原賢三
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

シェーグレン症候群（SjS）は唾液腺腫脹を呈する代表的疾患であり，慢性炎症を背景として悪性リンパ腫，特に耳下腺MALTリンパ腫の発症リスクが高いことが知られている．一方，耳下腺MALTリンパ腫は画像所見や血液所見に特異性を欠き，穿刺吸引細胞診や針生検による術前診断が困難なことも少なくない．今回我々は，SjSを背景に耳下腺嚢胞・腫脹を反復し，長期経過の末に耳下腺浅葉切除により診断に至った一例を経験したので報告する．

症例は60代女性．40代で間質性腎炎を合併したSjSと診断され，ステロイド加療を受けていた．X－8年にMRIで左耳下腺内に1cm未満の嚢胞性病変を指摘され，以後当科で経過観察されていた．X－6年に左耳下腺腫脹が出現し，SjSに伴う唾液腺炎としてプレドニゾロン増量により軽快した．その後も耳下腺嚢胞・腫脹を反復し，その都度穿刺吸引や細胞診が施行されたが悪性所見は認めず，抗菌薬投与により軽快と増悪を繰り返していた．X－1年，SjS増悪に対する生物学的製剤の導入が検討されたが，耳下腺嚢胞・腫脹を反復していた経過からリンパ腫の可能性を否定できず，再評価のうえ診断目的に左耳下腺浅葉切除術を施行し，耳下腺MALTリンパ腫と診断した．

耳下腺MALTリンパ腫は穿刺吸引や針生検では診断が困難な場合があり，摘出標本により初めて診断されることも少なくない．また低悪性度で緩徐に進行することから経過観察となる場合も多いが，本症例のように治療方針に影響を及ぼす状況では確定診断が重要となる．シェーグレン症候群症例において耳下腺腫脹を繰り返す場合には本疾患を念頭に置き，臨床経過や治療方針への影響を踏まえて組織診断を検討することが重要と考えられた．

O5-2. Bell 麻痺と診断された耳下腺深葉悪性腫瘍の 2 例

○柊山広樹[1)]・福田裕次郎[2)]・斎藤沖真[2)]・小森正博[2)]
假谷　伸[2)]・原　浩貴[2)]

1）川崎医科大学附属病院　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】顔面神経麻痺の多くは Bell 麻痺や Hunt 症候群であるが，悪性腫瘍が原因となる症例も存在する．今回われわれは，Bell 麻痺として初期治療された後に耳下腺深葉悪性腫瘍と診断された 2 症例を経験したため報告する．

【症例】1 例目は 66 歳男性．顔面神経麻痺を主訴に近医脳神経外科を受診した．頭部 MRI では脳梗塞や脳腫瘍を認めず，Bell 麻痺と診断され，近位耳鼻咽喉科へ紹介されるも経過観察となった．その後別の耳鼻咽喉科を受診し，頸部 MRI で右耳下腺深葉に腫瘍を認めたため精査目的に当科紹介となった．唾液腺導管癌 T4aN3bM0 と診断し，拡大耳下腺全摘，再建術，化学放射線治療を施行した．その後肝転移認めたため，化学療法を施行したが病状が増悪し，原病死となった．2 例目は 79 歳女性．閉眼障害が出現したため近医脳神経外科を受診した．頸部 MRI で脳梗塞や脳腫瘍を認めず，Bell 麻痺と診断されステロイド治療を受けた．徐々に耳下部から頸部皮膚の発赤が出現したため，精査目的に当科紹介となった．唾液腺導管癌 T4aN2cM0 と診断し，化学療法を施行し，一時部分寛解を得たが，最終的に病状増悪し，原病死となった．

【考察】顔面神経麻痺を伴う耳下腺腫瘍は悪性を強く示唆する重要所見である．一方，耳下腺深葉病変は外表から指摘困難であり，画像上も見逃される可能性がある．本症例では，初回 MRI 撮像時点で病変は描出されていたものの，脳内病変に主眼が置かれたことで診断に至らなかった．高齢者の顔面神経麻痺やステロイド抵抗性症例では，Bell 麻痺のみならず耳下腺悪性腫瘍を含めた鑑別が重要であると考えられた．

【結語】顔面神経麻痺診療においては，非典型例や治療抵抗例では腫瘍性病変を念頭に置き，耳下腺深葉を含めた慎重な画像読影が重要である．

O5-3. irAE 膵炎と鑑別を要した下咽頭癌膵転移の一例

○廣嶌克紀・足立将大・渡部将史・田渕経司

筑波大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】転移・再発頭頸部癌では，免疫チェックポイント阻害剤（ICI）が用いられる．ICI 投与患者では，ICI による免疫関連有害事象（irAE）に注意を要する．今回我々は，irAE 膵炎と鑑別を要した下咽頭癌膵転移症例を経験したので報告する．【症例】55 歳男性．X 年 X 月より肝転移を有する下咽頭癌（扁平上皮癌，cT4aN3bM1）に対して，5-FU＋シスプラチン＋ペムブロリズマブ療法を 6 コース施行した．X＋5 ヵ月，遠隔転移は縮小傾向であったが下咽頭病変増大と新規頸部リンパ節転移が出現し，放射線治療（70Gy/35fr）を施行した．以降，ペムブロリズマブ単剤による維持療法へ移行した．X＋11 ヵ月，CT で肝転移増大を認めたため progressive disease と判断した．また CT で膵頭部腫大と膵体尾部で主膵管拡張を認めた．血液検査では Grade 2 のリパーゼ上昇も認めたため，irAE 膵炎が疑われた．消化器内科と相談し，無症候性であるため経過観察とした．X＋12 ヵ月，血液検査では肝胆道系酵素の上昇を認め，閉塞性黄疸のため入院とした．MRCP では膵頭部に腫瘤性病変を認めた．ERCP では十二指腸乳頭部に腫瘍所見あり，門脈周囲リンパ節からの生検では扁平上皮癌の診断であった．このため，irAE 膵炎ではなく下咽頭癌の膵転移と考えられた．膵管ステント留置および胆道ドレナージを施行し，症状や検査所見は改善した．現在，パクリタキセル＋セツキシマブ併用療法を継続中である．【考察】irAE 膵炎は，腹痛や悪心などの腹部症状，血液検査における膵酵素上昇，画像検査における膵腫大などで疑われる．ICI 投与患者での新規症状出現時は，irAE に注意を要する一方，その原因としては原疾患の進行が多いとされる．本症例では，当初 irAE 膵炎を疑い経過観察を行ったが，所見の増悪を認め原疾患の膵転移と判断した．【結語】頭頸部癌に対する ICI 投与患者では，新規症状出現時には irAE のみならず，原疾患進行の可能性も念頭に置いた評価が重要である．

O5-4. 治療に苦慮した放射線治療後難治性咽頭潰瘍の一例

○横山沙樹[1)2)]・小池　智[2)]・木村隆幸[2)]・久我亮介[2)]
佐藤満雄[2)]・北野睦三[2)]・安松隆治[2)]

1）近畿大学病院　医学教育研修センター
2）近畿大学　医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】頭頸部癌放射線治療後の救済手術は，創傷治癒遅延や瘻孔形成などの重篤な合併症を来しやすい．今回，放射線治療後の経口的下咽頭悪性腫瘍手術後に生じた出血性咽頭潰瘍および咽頭皮膚瘻に対し，複数回の外科的介入を要し，最終的に治癒し得た1例を経験したため報告する．【症例】60代男性．中咽頭癌 T2N3bM0 に対し，X−4年に頸部郭清術，X−3年に化学放射線治療を施行した．X−1年，下咽頭左後壁に新規病変を認め，同年3月に経口的下咽頭悪性腫瘍手術を施行した．術後より創部潰瘍の治癒遅延を認め，再発を疑い2度の生検を施行したが，いずれも悪性所見を認めなかった．その後，潰瘍部からの出血を繰り返したため，窒息予防目的に気管切開術を施行した．さらに経カテーテル動脈塞栓術を2回施行し止血は得られたものの経口摂取は不能の状態であった．本人と十分に協議した上で，経口摂取を可能にする目的に咽喉頭摘出術および外側大腿皮弁による再建術を施行した．術後に咽頭皮膚瘻を生じ，瘻孔閉鎖術および局所陰圧閉鎖療法を施行した結果，術後約4ヵ月で瘻孔閉鎖が得られ，自宅退院となった．【考察】経口的下咽頭悪性腫瘍手術は機能温存を目的とした術式であるが，救済手術症例では，組織の脆弱化や創傷治癒能の低下により重篤な合併症のリスクがある．また，化学放射線治療後の咽喉頭摘出術では咽頭皮膚瘻の発生率が高く，その治療に難渋することが少なくない．本症例では複数回の外科的介入を要したが，最終的に瘻孔閉鎖を得ることができた．化学放射線治療後に救済的咽喉頭摘出術を施行する際には，十分なインフォームド・コンセントを行うとともに，合併症に対する適切なマネジメントが重要であると考えられた．

O5-5. 中咽頭癌に対するロボット支援下経口的手術と放射線治療の機能的予後の比較

○気仙健心・逸見真弘・佐野大佑・折舘伸彦

横浜市立大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】中咽頭癌に対する根治治療ではその根治性のみならず治療後の QoL が重視されている．しかし，ロボット支援下経口的手術（TORS）と放射線治療（RT）の治療後の機能的予後，とくに経管栄養依存および肺炎発症に関する比較検討は十分ではない．本研究では両治療後の経管栄養依存率および肺炎発症率を比較検討した．

【方法】2013年1月から2025年12月までに当科で初回治療を施行した T1-2 中咽頭癌 112 例（TORS 群 71 例，RT 群 41 例）を対象とした．主要評価項目を治療後 1，3，6ヵ月時点の経管栄養依存率とし，年齢，性別，腫瘍サイズを調整因子とした多変量ロジスティック回帰分析を行った．副次評価項目を肺炎発症の有無とし，3年間の累積肺炎発症率を Gray 検定により比較した．

【結果】RT 群に対する TORS 群の経管栄養依存率の調整オッズ比（95%信頼区間［CI］）は，治療後1ヵ月で 0.291（95% CI：0.105-0.810，p=0.018）であり，TORS 群で有意に低かった．一方，3ヵ月では 0.531（95% CI：0.151-1.87，p=0.324），6ヵ月では 0.823（95% CI：0.160-4.23，p=0.815）であり，有意差を認めなかった．3年間の累積肺炎発症率は RT 群 32.2%（95% CI：19.4-59.3%），TORS 群 11.7%（95% CI：6.0-22.2%）であり，TORS 群で有意に低かった（p=0.033）．

【結論】TORS 群では RT 群と比較して，治療後早期（1ヵ月時点）の経管栄養依存率が低かった．また，累積肺炎発症率も低く，良好な機能予後を示した．治療時期の違いや治療選択バイアスといった研究デザイン上の限界が存在するため結果の解釈に慎重を要するが，適切に選択された症例に対する TORS の機能温存上の有用性が示唆された．

O6-1. 頭頸部がん患者におけるアピアランスケアの重要性とQOLへの影響

○石川結菜[1)]・山崎知子[2)]

1）埼玉医科大学　医学部　6年
2）埼玉医科大学国際医療センター　頭頸部腫瘍科

【背景・目的】頭頸部がんは，手術・放射線・薬物療法のいずれもが顔面・頸部という「隠せない部位」に影響を及ぼす点で，他のがん種と比較して外見変化が患者のQOLに与える影響が特に大きい．本発表では，実臨床での症例を契機に，頭頸部がん治療におけるアピアランスケアの意義と医師の役割について考察する．【症例・背景】70代女性．歯肉がん再発に対しパクリタキセル＋セツキシマブ療法の導入が予定された．診察室では治療方針に冷静に同意し，医師からは「協力的な患者」と認識されていた．しかし，医師不在の看護師によるアピアランス相談の場では，「顔が荒れたり髪がなくなったりして外に出られなくなるのが不安」との本音が語られた．診察室における患者の「協力的な姿」が，外見変化に対する深刻な不安を見えにくくしていた．【アピアランスへの影響と対策】EGFR阻害薬（セツキシマブ）は顔面・頸部へのざ瘡様皮疹・乾燥・爪囲炎を，タキサン系（パクリタキセル）は完全脱毛・爪変形を引き起こす．これらへの対応として，治療開始前からの予防的保湿・遮光，ウィッグの早期準備，カモフラージュメイク指導などが有効である．LacoutureらのSTEPP試験は，予防的スキンケアが皮疹の重症化を抑制し治療継続率を向上させることを示しており，アピアランスケアは単なる美容的介入ではなく，治療アドヒアランスを維持するための医療介入と位置づけられる．【考察・結語】アピアランスケアはQOL改善にとどまらず，治療中断の防止・抑うつ予防・社会復帰支援を通じて治療成績向上に寄与する．医師には，患者の小さなサインを察知し，アピアランス外来・専門看護師・薬剤師へ適切に繋ぐ役割が求められる．頭頸部がん診療においては，CureとCareを統合した視点が不可欠である．

O6-2. 当科における舌癌症例の臨床的検討

○康　　壮[1)]・梅本匡弘[2)]・岩田慎一郎[2)]・佐藤満雄[2)]
木村隆幸[2)]・安倍大輔[2)]・久我亮介[2)]・北野睦三[2)]
安松隆治[2)]

1）近畿大学　医学部
2）近畿大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】日本の総人口は減少傾向にある一方で，65歳以上の高齢者人口は増加し，過去最多となっている．これに伴い，口腔癌罹患者数も増加傾向にある．舌癌治療においては，摂食・嚥下機能障害や併存疾患など，患者背景が治療選択や予後に影響を及ぼすことが知られている．今回，当科における舌癌症例の臨床的検討を行ったので報告する．【方法】2015年1月から2024年12月までに当科を受診した舌癌症例53例を対象とし，後方視的に検討した．【結果】PSは0-1が約80%，2-3が約20%であった．病期ではT2およびN0症例が最多であり，遠隔転移は全例で認めなかった．併存疾患では心疾患が最多であり，80歳以上の高齢者では認知機能低下を含む精神疾患の合併も多く認められた．治療方針としては，80歳以上のT4a症例では多くでbest supportive care（BSC）が選択されたが，80歳未満の症例では概ね病期に応じた標準治療が施行された．治療関連合併症の発生率は80歳以上では約46%，80歳未満では約20%であった．全症例における3年全生存率は55.5%であり，80歳以上では41.6%，80歳未満では45.5%であった．【考察】舌癌治療においては，患者本人および家族の希望も踏まえて治療適応を決定しているが，PSによって生存率に差が認められることから，治療方針の決定には患者背景を総合的に考慮する必要がある．また，併存疾患の多さは術後合併症や長期予後に関連するとの報告があり，本検討においても入院期間や生存率に影響を及ぼす可能性が示唆された．【まとめ】舌癌治療の適応決定においては，年齢のみならず，PS，病期，術後合併症リスク，併存疾患数などを総合的に評価することが重要であると考えられた．今後は，ガイドラインに基づいた高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）の導入についても検討していきたい．

O6-3. 肩痛を主訴に著明な疼痛を呈し，診断が遅れ得た下行性壊死性縦隔炎の１例

○金田侑大

常磐病院臨床研修センター

【背景】下行性壊死性縦隔炎（DNM）は稀ではあるが致死率の高い重篤な感染症であり，早期診断が予後を左右する．典型的には歯性感染や咽頭感染を契機に発症し，発熱，頸部腫脹，嚥下痛などの症状を呈する．【症例】57 歳男性．糖尿病の既往あり．アルコール摂取歴なし．倦怠感，発熱，右後頸部から右肩に放散する強い疼痛を主訴に救急受診した．受診約 2 週間前より右後頸部痛が出現し，徐々に右肩へ移行・増悪した．受診前日に整形外科を受診し肩への注射を受けたが，その後症状はさらに悪化した．入院時，血液検査では CRP 高値を認めた一方，白血球数は軽度上昇にとどまり，血小板減少，低アルブミン血症，凝固異常を伴っていた．単純 CT では胸水や胸骨後軟部陰影の軽度増加を認めた．疼痛は身体所見に比して著明で鎮痛薬に抵抗性であり，胸骨付近の圧痛を認めたが明らかな局在所見に乏しかった．翌日の造影 CT にて縦隔膿瘍が疑われ，高次医療機関へ転院となった．血液培養からはメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され，抗菌薬治療により改善を認めた．3 週後の CT では膿瘍は限局し，外科的ドレナージを行わず保存的に軽快した．【考察】本症例のように，身体所見に比して著明な疼痛や説明困難な疼痛分布を認める場合には，深部感染の可能性を念頭に置くことが重要である．特に本症例では肩優位の疼痛が前景に立ち，初期評価が整形外科的疾患に偏ったことが診断遅延の一因となった可能性がある．本症例では初期の単純 CT においても軽微な異常所見が存在していたが，臨床的疑いが十分でなければその意義は見逃され得る．したがって，画像所見の有無のみに依存するのではなく，身体所見と臨床経過に基づいた解釈および適切な再検査が求められる．【結論】身体所見に比して強い疼痛を認める症例では深部感染を疑い，臨床所見と画像所見を統合した評価を行うことが DNM の診断に重要である．

O6-4. 扁桃炎様所見を呈したサイトメガロウイルスによる伝染性単核球症の１例

○平田成未[1)]・福田裕次郎[2)]・多田紫布[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

【はじめに】伝染性単核球症は Epstein-Barr virus（EBV）によるものが代表的であるが，サイトメガロウイルス（CMV）も原因となりうる．CMV による伝染性単核球症は，EBV と比較して咽頭痛や扁桃腫大，リンパ節腫脹が軽度である一方，発熱や倦怠感が主体となる非典型的臨床像を呈することが多く，診断に難渋することがある．また CMV 単核球症は肝機能障害を高頻度に伴うことが知られている．今回，歯痛および顔面痛を初発症状として呈し，扁桃炎様所見を認めた CMV 単核球症の 1 例を経験したため報告する．【症例】19 歳女性．X 日より発熱，歯痛，顔面痛が出現し近医を受診した．X＋3 日より咽頭痛・嚥下時痛が出現し，X＋6 日に当院を受診した．初診時，含み声や開口障害は認めなかった．両側口蓋扁桃に白苔付着を認めた．頸部リンパ節は両側性に腫大を認め，右側では圧痛を伴っていた．喉頭内視鏡検査では喉頭浮腫・声帯麻痺は認めなかった．食事摂取困難であり入院での疼痛管理および補液などの対症療法を行った．腹部超音波検査で肝脾腫を，血液検査では肝酵素上昇および異型リンパ球増多を認めた．EBV VCA-IgM 1.4，EBV VCA-IgG 1.1，EBNA 抗体＜10，CMV IgM 抗体 4.04（基準値＜0.85）であった．EBV VCA-IgM は低力価陽性，EBV VCA-IgG および EBNA 抗体陽性より EBV 既感染と判断し，CMV による伝染性単核球症と診断した．X＋16 日には肝酵素が低下し，自覚症状も消退したため退院となった．【考察】CMV 単核球症は EBV と比較して咽頭所見や頸部リンパ節腫脹が乏しいとされるが，本症例のように扁桃白苔を伴う扁桃炎様所見を呈することもあり，細菌性扁桃炎との鑑別を要する場合がある．本症例は歯痛および顔面痛を初発症状とした点が特徴的であり，頸部リンパ節炎に伴う関連痛の可能性が考えられた．発熱，咽頭痛に加え肝機能障害や異型リンパ球増多を認めた場合には，CMV 感染を含めたウイルス性単核球症との鑑別が重要である．

O6-5. 発症 7 日以降の血清抗体価で診断した口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス感染症の検討

○武内杜詩子[1)]・大塚雄一郎[1)]・米倉修二[2)]・花澤豊行[2)]

1）千葉市立海浜病院
2）千葉大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス（以下 HSV）感染症は歯肉口内炎型と咽頭扁桃炎型と EB ウイルス類似症例の 3 つの臨床像が報告されている．診断には血清抗 HSV-IgM/IgG 抗体の測定が一般的であるが発症 Day7 以降でないと検出できない．我々は発症早期に抗 HSV 抗体が陰性であった症例でも Day 7 以降に再検することで 2016 年 4 月から 2024 年 4 月までに 58 例の HSV 感染症を診断した．症例 1：19 歳女性．発熱・咽頭痛で受診．口蓋扁桃の肥大と白苔を，上咽頭に白苔を，舌根から喉頭にアフタを多数認めた．扁桃の迅速抗原検査で HSV 抗原陽性だった．扁桃白苔の PCR は 1 × 10E6 コピーと著明高値だった．咽頭扁桃炎型の HSV 感染症の診断で入院となりセフトリアキソンとアシクロビルの点滴を投与して症状・所見ともに改善した．血液検査は Day2 では HSV-IgM 抗体（−），IgG 抗体（−）だったが Day6 に IgM 抗体（＋）IgG 抗体（±）と陽転化したことから HSV 初感染と診断した．症例 2：4 歳女児．発熱と歯肉痛で経口摂取不良となり，歯肉出血を認め，当院小児科で歯肉口内炎型 HSV 感染症の疑いで入院となった．上下の歯肉腫脹と舌に複数のアフタを認めた．アシクロビル投与により症状・所見ともに改善した．血液検査は Day 4 では HSV-IgM 抗体（−），IgG 抗体（−）だったが Day 8 に IgM 抗体（＋）IgG 抗体（±）と陽転化したことから HSV 初感染と診断した．自験例 58 例の内訳は男性 29 例・女性 29 例，年齢は 0 歳から 41 歳で平均 29.4 歳．体温は 37.4 から 41 ℃ で平均 39.4℃，57 例が咽頭痛を訴え 47 例は食事摂取が不能，10 例で食事量が減少していた．口腔咽喉頭の HSV 感染症は高熱と強い咽頭痛を特徴としてその診断には Day7 以降の血清抗体検査が必須である．

O7-1. 副咽頭間隙神経鞘腫症例の臨床的検討

○前野有紀[1)2)]・北嶋達也[1)2)]・嶋根俊和[1)2)]

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　頭頸部腫瘍センター

【はじめに】副咽頭間隙は視野やワーキングスペースの観点から，手術操作に制限がある．同部位には重要血管，神経が多数走行し，安全に手術を行うためには明視下での手術が望まれる．内視鏡を併用することで良好な視野が得られ，腫瘍摘出に有用であるとの報告も存在するが，解剖学的に狭い部位であり，たとえ視野的に改善できても手術操作は難しい．今回我々は副咽頭間隙に発生した神経鞘腫の手術症例について臨床的に検討したので報告する．【対象】2025 年 2 月から 2026 年 2 月までに当科で副咽頭間隙に発生した神経鞘腫に対し，被膜間摘出術を行った 13 例を対象とした．手術では持続吸引シリンジ法を併用し，止血と神経線維の損傷予防目的にフロシールを使用した．検討項目：年齢，性別，由来神経，腫瘍の最大径，手術時間，出血量，術前の神経脱落症状，術後の神経脱落症状，転帰（6 ヵ月後の神経脱落症状），その他の合併症とした．結果：年齢は 16 〜 61 歳，性別は男性 7 例，女性 6 例．由来神経は交感神経 9 例，迷走神経 3 例，頸神経 1 例．腫瘍の最大径は 36 〜 84mm，手術時間は 144 〜 270 分，出血量は 8 〜 120g．術前の神経脱落症状ありが 1 例，なしが 12 例，術後の神経脱落症状ありが 5 例，なしが 7 例，不変が 1 例であった．転帰はなしが 7 例，一過性麻痺が 4 例，永続性麻痺が 1 例，不変が 1 例であった．その他の合併症では一過性のファーストバイト症候群が 5 例に認められた．【まとめ】副咽頭間隙に発生した神経鞘腫手術では腫瘍頭側の剥離が明視下で行えないという問題があったが持続吸引シリンジ法を併用することで全例経頸部法で摘出することができた．また止血に関してもフロシールを用いることで術後に大きな合併症も起こすことなく安全に摘出が可能であった．術後の神経脱落症状に関しても比較的良好な結果が得られたと考えられた．

O7-2. 過去 10 年間に手術を施行した Eagle 症候群の報告

○中島　颯・真栄田裕行・石川航大・嘉陽祐紀
比嘉朋代・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

Eagle 症候群は茎状突起過長症とも称され，茎状突起自体の過長や加齢に伴う変形，あるいは茎状舌骨靭帯の石灰化により舌咽神経・頚動脈・頸動脈周囲の交感神経叢が圧迫されたり，頸部の動作により過度の刺激が発生することにより，頸部や顔面に様々な不快な症状を生ずる疾患である．今回われわれは過去 10 年間に当科で手術的治療を行い，良好な結果を得た複数の症例を経験した．症例数 6 例のうち男性は 3 名，女性 3 名であり，年齢は 42 歳から 72 歳であった．すべての例で咽頭・顎下部・頸部から耳内にかけての疼痛・あるいは嚥下痛があった．1 例は茎状突起が内頸動脈を圧迫することにより Stylo-Carotid artery syndrome が生じ，頭蓋内圧亢進症状が生じていた．手術は両側の茎状突起切除が 4 例で，2 例は症状の顕著な患側のみの切除であった．5 例は口内法による切除で，1 例が頸部外切開による切除であった．切除された茎状突起の長さは最短で 9mm，最長で 37mm であった．術後全例で症状の消退，または改善が見られた．一般に茎状突起の正常長は 17-19mm 程度とされ，30mm 以上が過長とされているが，長さと症状の関係は一様ではなく，30mm 以上であっても無症状のケースも多々存在する．あくまでも茎状突起と周囲臓器との解剖学的位置関係が重要とされる．以上の症例についての詳細を文献的考察を加えて報告する．

O7-3. 魚骨異物症例の臨床的検討

○安藤菜々子・高橋邦行

宮崎大学　医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【背景と目的】魚骨異物は救急・耳鼻咽喉科外来で頻度の高い疾患であるが，患者年齢と刺入部位，治療法との関連について検討した報告は少ない．そこで，宮崎県北部地域の基幹病院であり，多くの救急患者が受診する県立延岡病院における魚骨異物症例の臨床的特徴を検討した．【方法】2016 年 1 月から 2025 年 12 月までに「魚骨刺入」または「咽頭異物」の診断で同院を受診し，医師が魚骨を確認した 95 例を対象に，年齢，刺入部位，治療法について調査，検討した．【結果】年齢分布は 5 歳を中央値とする 18 歳未満の未成年と，60 歳代の成人に多い 2 峰性であった．刺入部位は口蓋扁桃から喉頭蓋谷までの中咽頭領域が 76 例，下咽頭から食道までが 19 例であった．年齢別にみると，18 歳未満では全て中咽頭であり，そのうち口蓋扁桃が 13 例，それ以外の中咽頭が 6 例であった．また 66 歳未満では中咽頭に留まる症例が大半であったのに対し，66 歳以上では下咽頭以深への刺入が有意に多かった（$p < 0.001$）．治療法は内視鏡的摘出が 62 例と最多であった．66 歳未満では口腔内摘出や自然脱落など低侵襲治療が中心であった一方，66 歳以上では内視鏡的摘出や全身麻酔下手術を要する高侵襲治療による摘出が有意に多かった（$p < 0.001$）．【考察】18 歳未満の未成年では生理的に口蓋扁桃の肥大がみられるため，中咽頭，特に口蓋扁桃に刺入することが多いと考えられた．また 66 歳以上では下咽頭以深への刺入が多く，口腔・咽頭領域の感覚低下，咀嚼力，嚥下機能の低下の影響が示唆された．また，66 歳以上では刺入部位に関わらず高侵襲治療が多く，中咽頭領域刺入例においても口腔からの摘出が困難な舌根，喉頭蓋谷に刺入していることが多いためと考えられた．【結論】魚骨異物診療においては年齢を踏まえた初期評価が重要であり，特に 66 歳以上では下咽頭以深への刺入，高侵襲治療が必要であることを念頭に置き，対応する必要があると思われた．

O7-4. 好酸球性副鼻腔炎に対するメポリズマブの臨床効果の検討

○橋本和明・堀　龍介・北村拓朗・伊藤有紀

産業医科大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】好酸球性副鼻腔炎（ECRS）に対しては複数の生物学的製剤が使用可能であるが，メポリズマブの上気道病変に対する有効性，特に生物学的製剤ナイーブ症例とデュピルマブからの切り替え症例における差異は十分に明らかでない．そこで当科におけるメポリズマブ導入例の臨床効果を検討した．【方法】2024 年 10 月から 2025 年 7 月までに当科でメポリズマブを導入し，半年後の治療前後で評価可能であった 10 例（男性 7 例，女性 3 例，平均年齢 54.2 歳，喘息合併 9 例）を対象に後方視的検討を行った．評価項目は鼻茸スコア（0-8），Lund-Mackay CT スコア，嗅覚認知閾値（T&T オルファクトメーター），両側鼻腔抵抗値，末梢血好酸球分画・好酸球数，血清総 IgE，ACT とした．生物学的製剤ナイーブ群 7 例とデュピルマブ切り替え群 3 例に分けて比較した．【結果】全 10 例で，末梢血好酸球分画は 9.82% から 0.82%，好酸球数は 690/μL から 103/μL へ著明に低下した．鼻茸スコアは 5.4 から 4.7，CT スコアは 16.8 から 13.0，嗅覚認知閾値は 4.5 から 3.3 と，全体として改善傾向を認めた．ナイーブ群では，鼻茸スコアは 6.3 から 4.4，CT スコアは 19.4 から 11.3，好酸球分画は 8.0% から 1.0%，好酸球数は 651 から 91/μL へ低下し，嗅覚認知閾値も 4.90 から 3.83 へ改善傾向を示した．一方，切り替え群では，好酸球分画は 14.17% から 0.33%，好酸球数は 782 から 130/μL へ低下したが，鼻茸スコアは 3.33 から 5.33, CT スコアは 10.7 から 17.0 と増悪した．【結論】メポリズマブは ECRS 症例で末梢血好酸球を強力に抑制した．ナイーブ症例では上気道病変の改善も認めたが，切り替え症例ではその効果は限定的であり，病態に応じた生物学的製剤の選択が重要と考えられた．

O8-1. 中咽頭癌の HPV ステータス判定における p16 免疫組織染色の不確実さ

○林　計企・猪原秀典

大阪大学大学院　医学系研究科　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

中咽頭癌における HPV ステータスの判定には様々な方法があるが，実臨床においては p16 免疫組織染色（IHC）による判定が広く用いられている．一方で，症例が蓄積されるにつれて p16 IHC の結果と HPV ステータスが一致しない症例があることもしられている．目的：中咽頭癌のなかで p16 IHC と HPV ステータスが異なるものの特徴を把握する方法：当施設を 2015 年から 2019 年に受診し根治治療を行った 310 例に対して p16 IHC および DNA-PCR にて HPV ステータスを判定し，その臨床的特徴および分子生物学的特徴を解析した．結果：中咽頭癌の各症例の割合は p16＋/HPV＋：p16－/HPV＋：p16＋/HPV－：p16-/HPV－＝121 例：2 例：23 例：164 例であり，p16＋/HPV－の中咽頭癌は臨床的にも分子生物学的にも HPV 非関連癌に近いプロファイルを持っていた．結論：p16＋/HPV－は HPV 関連癌と比べてより予後が不良であり，HPV 関連癌に対する低侵襲治療を考慮するようになった際には p16 IHC のみでの判定では不十分となりうる．

O8-2. HPV 関連中咽頭癌における術前化学療法後の病理学的退縮パターンと再発・予後の相関

○別所佑樹・小島崇史

静岡県立　静岡がんセンター

【目的】HPV 関連中咽頭癌治療関連の晩期合併症軽減を目指し，当院では術前化学療法（NAC）後の低侵襲手術を推進している．HPV 関連中咽頭癌において NAC による完全奏効例は予後良好であることが知られている．また，頭頸部扁平上皮癌全体では NAC 後の病理学的退縮パターンで癌集塊が島状に点在する多巣性（Multifocal）の場合，集塊が 1 つの単巣性（Unifocal）よりも局所制御率が低下するとされるが，HPV 関連中咽頭癌での報告は乏しい．本研究は，HPV 関連中咽頭癌における NAC 後の病理学的退縮パターンと再発・予後との相関を明らかにすることを目的とした．【対象と方法】2017 年から 2023 年に静岡県立静岡がんセンターで NAC 後に手術を施行した HPV 関連中咽頭扁平上皮癌 79 例を対象とした．退縮パターンを完全奏効（CR），Unifocal，Multifocal の 3 群に分類し，全生存割合（OS），無再発生存割合（RFS）および臨床病理学的因子との関連を後方視的に検討した．【結果】退縮パターンは CR 56 例（70.9%），Unifocal 9 例（11.4%），Multifocal 14 例（17.7%）であった．観察期間中央値 4.48 年で OS に群間差はなかった．一方，RFS の単変量解析では Multifocal は CR に対し有意な再発予測因子であった（HR 3.26，p＝0.041）．Multifocal 群は非 TPF レジメン例に多く，病理学的リンパ節転移，脈管侵襲，切除断端陽性が高頻度であった．一方，画像効果判定や原発退縮率と退縮パターンとの相関は見られなかった．【結論】HPV 関連中咽頭癌において，NAC 後の病理学的退縮パターンは再発予測因子となりうることが示された．

O8-3. レスポンス適応型化学放射線療法による HPV 陽性中咽頭癌治療強度の最適化

○益田宗幸[1)]・本郷貴大[2)]・山内盛泰[1)]・藤　賢史[1)]

1）国立病院機構九州がんセンター　頭頸科
2）国立病院機構九州医療センター　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

進行頭頸部癌の標準治療である高用量 CDDP 併用化学放射線療法（CRT）は，高頻度に重篤な晩期障害・治療関連死を起こすため，治療強度の適正化が求められている．これまでわれわれは，CRT 40Gy（CDDP 80mg/m^2 ×1）時点でのレスポンスに応じて治療法を振り分けるアルゴリズム（response-adapted chemoradioselection）により，大多数の進行癌患者に対して 70Gy（CDDP 最大 160mg/m^2）の CRT により，良好な生存と機能的な臓器温存が達成できることを報告してきた（Oral Oncol 2025；168）．本報告では進行中咽頭癌に対する前向き試験の結果を報告する．2012 年から 2024 年までに臨床病期Ⅲ / Ⅳ（AJCC 7th）の中咽頭癌 139 例の登録を行い，110 例（79%）が p16 陽性であった．135 例で解析が可能であり，40Gy 時点で，CRT 反応群（118 例），CRT 非反応 /CRT 継続群（2 例），CRT 非反応 / 手術群（15 例）に分類された．全体の 5 年 OS は 78% と，過去の高用量 CDDP CRT に遜色ない生存が得られた．QLQ H&N35 による評価でも良好な機能が示された．生存率と機能温存の両立を可能とする本治療戦略は，高用量 CDDP にかわるプラットフォームとして有用であることが示唆された．

O8-4. 当科における中咽頭癌の治療成績

○神人　彪・寺田哲也・木下一太・粟飯原輝人
萩森伸一・河田　了

大阪医科薬科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

中咽頭癌は，治療反応性および予後が良好な HPV 関連癌（p16 陽性）が 2017 年に UICC TNM 分類第 8 版において独立した分類として扱われるようになり，2025 年には第 9 版が発行された．今回，2009 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日までに当科で加療した中咽頭癌 172 例を対象に，HPV 関連（p16 陽性）の有無，TNM 分類，治療内容，疾患特異的生存率について後方視的に検討した．HPV 関連癌の割合が増加していることが知られるが，本検討では 2009 年から 4 年ごとにみると 38%，70%，53%，64%と推移していた．当科における中咽頭癌の治療成績を提示し，文献的考察を加えて報告する．

O8-5. 中咽頭癌経口切除術の術式検討　外視鏡 ORBEYE は術後疼痛を軽減し得るか

○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

【背景】中咽頭癌経口切除術では，切除断端を確保した根治性を担保しつつ，術後出血などの合併症を回避することが重要である．その上で，術後疼痛の軽減による経口摂取の早期回復は QOL 向上のために重要な課題である．近年，従来の直視下切除に加え，拡大視野を利用した外視鏡手術や Transoral Robotic Surgery（TORS）が導入されているが，切除侵襲や術後疼痛の比較検討は限られている．本研究では各術式の術後疼痛および切除特性を比較検討した．【対象と方法】2020 年 5 月から 2026 年 5 月の間に当科で経口切除術を施行した中咽頭癌（直視 12 例，TORS 6 例および ORBEYE 10 例）28 例を対象とし，後方視的に比較した．術後疼痛は術後 1，4，7 日の疼痛スコア（Numerical Rating Score：NRS）で評価した．また，腫瘍面積，切除面積，切除速度（切除面積 / 手術時間）を比較した．【結果】平均切除速度（mm^2/min.）は直視下 20.7 で TORS 11.6，ORBEYE 13.9 と比べて速い傾向が見られた．平均腫瘍面積（mm^2）は直視下 221 と ORBEYE 286 で同等であったが，平均切除面積は直視下 958，ORBEYE 538 と ORBEYE の方が小さく，術後 7 日目の平均 NRS は直視下 2.9 に対して ORBEYE 0.9 と少ない傾向が見られた．TORS では平均腫瘍面積 375，平均切除面積 1,319 で共に最大で術後 7 日目の平均 NRS 4.7 と疼痛も最も高値であった．【考察】ORBEYE は直視と比較して拡大視野により病変境界および切除層の認識を改善し，必要最小限の切除を可能にすることで術後疼痛の軽減に寄与した可能性が考えられた．一方，TORS ではより広範な病変に対する切除が行われており，術後疼痛には病変背景や切除侵襲の影響が反映された可能性が考えられた．【結論】中咽頭癌経口切除術において，各術式は異なる侵襲特性を示した．ORBEYE を用いた切除は精密な切除による低侵襲化および術後疼痛軽減に寄与する可能性が示唆された．

O8-6. 咽頭食道表在癌に対する経口的手術後に発生した異時性他臓器癌の検討

○加納孝一・小幡和史・山内麻由・渡邉　嶺
大谷美樹・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

【目的】咽頭食道表在癌に対する経口的手術後には，異時性重複癌の発生が臨床上重要な問題となる．本研究では，経口的手術後に発生した異時性他臓器癌の実態と臨床経過について検討した．【対象と方法】2006 年 1 月から 2018 年 12 月までに病理組織学的に扁平上皮癌と診断され，経口的手術を施行した咽頭食道表在癌 440 例（食道 370 例，咽頭 70 例）を対象とした．異時性他臓器癌の発生部位，5 年累積異時性咽頭・食道癌発生割合，5 年累積異時性他臓器癌発生割合，死亡原因および臨床経過を後方視的に検討した．【結果】年齢中央値は 71 歳，男性 382 例（86.6%）であった．観察期間中央値 61 ヵ月における 5 年累積異時性咽頭・食道癌発生割合は 30.6%，異時性他臓器癌発生割合は 25.0%であった．異時性他臓器癌は胃癌 49 例，肺癌 35 例，大腸癌 9 例，前立腺癌 8 例，悪性リンパ腫 5 例などを認め，胃癌および肺癌はその他の癌種と比較して有意に高頻度であった（$p < 0.01$）．死亡例は 84 例であり，原病死 7 例（8%），他癌死 44 例（52%）であった．他癌死のうち経口的手術後に発生した異時性他臓器癌による死亡は 28 例（33%）で，肺癌 16 例，肝胆膵癌 7 例が大半を占めた．【結論】咽頭食道表在癌に対する経口的手術後には，異時性他臓器癌が高率に発生し，その中でも胃癌および肺癌の頻度が高かった．また，死亡原因として異時性他臓器癌の占める割合は大きく，長期予後改善のためには咽頭・食道のみならず胃および肺を含めた継続的なサーベイランスが重要と考えられた．

O9-1. 認知機能・ADL 等を考慮した入院患者の摂食嚥下スクリーニング

○兵頭政光・楯　敬蔵

細木病院　耳鼻咽喉科/こえと嚥下のセンター

【目的】社会の超高齢化に伴い，認知機能や ADL が低下した高齢の嚥下障害患者が増えている．このような患者では食事中の誤嚥や窒息事故のリスクが高く，医療安全の面からも大きな問題となっている．当院は急性期，回復期，慢性期を含むケアミックス型病院であり，摂食嚥下障害を有する高齢の入院患者が多い．そこで，入院時に摂食嚥下スクリーニング（以下，スクリーニング）を実施し，適切な食形態の選択や誤嚥・窒息の予防を図ることとした．

【方法】スクリーニングは小児科，精神科，短期の検査入院患者を除く全ての入院患者を対象とする．入院時に 1）年齢，入院前の食事内容，直近の体重減少，2）誤嚥性肺炎，脳卒中，神経筋疾患などの既往，3）向精神薬（抗うつ薬，抗不安薬，睡眠薬，抗精神病薬）および抗けいれん薬の内服，4）認知機能と ADL，5）口腔機能（オーラルフレイル），6）聖隷式質問紙による食事状況，を電子カルテ上の専用シートにチェックすることで点数化し，それらの合計点数が 5 点以上であれば耳鼻咽喉科で嚥下内視鏡検査（VE）等による嚥下機能評価を実施することとした．なお，スクリーニング項目のチェックは医療クラーク，看護師，薬剤師などが分担することで，できるだけ医師の負担にならないように配慮した．

【結果】対象患者の約 25%がスクリーニング陽性となり，全身状態が不良な患者や離床できない患者などを除き，原則 VE による嚥下機能評価を実施した．そしてその結果に基づき，経口摂取の可否，適切な食形態，内服薬の調整，必要な嚥下リハビリテーション，などを主治医や言語聴覚士等のメディカルスタッフにフィードバックした．

【考察】スクリーニングにより誤嚥や窒息のリスクを軽減することはもとより，医師や看護師等に摂食嚥下障害に対する意識を喚起する効果があった．言語聴覚士に対しても適切な訓練手技を提示する点で有用と考えている．

O9-2. 教育機関における嚥下治療センターの運用

○香取幸夫・平野　愛

東北大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】嚥下障害において適切な口腔機能，咽頭機能の評価において耳鼻咽喉科頭頸部外科の役割は大きく，また各職種との連携は重要と考えられる．そのうえで多くの職種や診療科が所属し，若手の耳鼻咽喉科頭頸部外科医が研鑽を積む教育機関において，嚥下診療を充実させる必要がある．本発表では，各地での嚥下治療センターの設置の一助としたく，自施設の経験を供覧するとともに課題と反省点を抽出する．【方法】2019 年 7 月から 2026 年 6 月まで 7 年間の東北大学病院嚥下治療センターの活動を後方視的に検討する．【成績】同センターは 2019 年 7 月に病院の中央診療部門の一つとして設置され，診療部門，教育研修部門，広報部門，嚥下安全部門，研究部門の 5 部門を設置して，医師，歯科医師，歯科衛生士，看護師，言語聴覚士，管理栄養士等が各部門に関わるように運用している．診療では年間 800 件と程度の嚥下内視鏡検査，150 件程度の嚥下造影検査，200 件程度の口腔機能検査を実施し，嚥下障害の評価にあたるとともに，入院患者の摂食嚥下リハビリテーションや嚥下障害手術に関する多職種カンファランスを週一回行っている．教育研修では年 2 ～ 4 回，病院内外の参加者を対象に摂食嚥下に関する研修会を実施している．広報ではスクリーニングテストや嚥下リハビリテーションの動画を作成し病院 HP に掲載している．嚥下安全では EAT-10 と水飲み検査による入院患者スクリーニングの普及に努めるとともに，院内各所を対象とした指導を行っている．研究は各部署の論文発出を紹介して啓発を行っている．年間 5 編程度の論文掲載実績を有している．【結論】多くの職種，診療科が参加するメリットを活かして，大学病院での嚥下治療センターを運営している．一方で，大学病院に多い人事交代への対応や，診療科横断的な研究が発展途上にあるなど課題が多く存在する．

O9-3. 高齢者「のどフレイル」と「嚥下機能低下症」の概念とスクリーニング検査法の検討

○熊井良彦・高島寿美恵・大野純希

長崎大学病院　耳鼻咽喉科頭頸部外科

【目的】高齢者の誤嚥性肺炎予防には，明らかな嚥下障害が顕在化する前の「予兆」段階での早期発見・早期介入が重要である．本研究では，「のどフレイル」および「嚥下機能低下症」という新たな疾患概念を提唱するとともに，簡便な嚥下機能スクリーニング法として最大発声持続時間（MPT）およびのどフレイルチェックリスト（NF-5）の有用性を検討した．【対象および方法】嚥下障害の原因となる基礎疾患を有さない 70 歳以上の高齢者を対象とした．予備検討 1 として食事中のむせを主訴に嚥下センターを受診した 5 名（男性 4 名・女性 1 名，年齢 73-90 歳）に対し MPT・FEES・VF を施行した．予備検討 2 として嚥下センターおよび有料老人ホームで NF-5 と FEES を実施した 11 名（平均年齢 85.3 ± 2.3 歳，男性 7 名・女性 4 名，全員常食摂取）を対象とした．【結果】予備検討 1 では，MPT が 5-7 秒と著明に短縮した症例において，FEES 上の唾液貯留・咽喉頭感覚低下および VF でのクリアランス不良が認められた．予備検討 2 では，NF-5 の陽性項目数が多い群ほど FEES 異常や喉頭侵入を認める傾向があり，嚥下センター受診者 9 名中 7 名が陽性であった．【考察・結論】MPT および NF-5 は，特別な機器を要しない簡便な指標でありながら，FEES 所見と関連する可能性が示された．嚥下内視鏡検査が困難な介護施設や在宅においても，これらを組み合わせた「嚥下機能検査パッケージ」を活用することで，嚥下機能低下症の早期発見・予防的介入が実現できると考えられる．今後は症例数を拡大し，医科歯科連携のもとで診断基準の確立と有効性の検証を進めていく

O10-1. 当科における径口腔的ロボット支援手術（TORS）導入後10例の検討

○黒木博子・齋藤陽元・竹本梨紗・折田頼尚

熊本大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】径口腔的ロボット支援手術（Transoral Robotic Surgery：TORS）は，頭頸部扁平上皮癌に対する低侵襲手術として普及が進んでおり，腫瘍制御と嚥下機能温存の両立が期待されている．当科では2025年2月よりTORSを導入しており，その治療成績について検討した．【対象と方法】2025年2月から2026年4月までに当科でTORSを施行した中咽頭癌8例，喉頭癌2例の計10例を対象とした．年齢，性別，原発亜部位，病期，手術時間，切除断端，周術期合併症，経口摂取開始時期および予後について後方視的に検討した．【結果】対象は男性8例，女性2例で，年齢中央値は69歳であった．原発部位は中咽頭前壁4例，側壁2例，上壁2例，喉頭（声門上）2例であった．臨床病期はいずれもStage Ⅰであり，p16陽性中咽頭癌N1症例2例に対しては頸部郭清術を併施した．手術時間（コンソール時間）中央値は32分であった．切除断端は陰性3例，近接または評価困難4例，陽性3例であった．術後出血は認めず，その他の重篤な周術期合併症も認めなかった．経口摂取開始日は術後2日（中央値）であり，多くの症例で良好な嚥下機能が維持された．【考察】当科におけるTORSは重篤な合併症を認めず，安全に導入可能であった．また，多くの症例で早期経口摂取が可能であり，良好な機能温存が得られた．一方，切除断端の近接・陽性例が比較的多く認められ，適切な切除範囲の設定や術中評価の工夫が課題と考えられた．早期中咽頭癌および声門上癌に対する低侵襲治療として有用である可能性が示唆されたが，長期的な腫瘍制御能の評価にはさらなる症例集積と経過観察が必要である．文献的考察を加えて報告する．

O10-2. 当院における経口的ロボット支援手術導入初期症例の臨床的検討

○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

【背景】経口的ロボット支援手術は，咽喉頭癌に対する低侵襲治療として本邦でも導入が進んでいる．当院では2025年12月より経口的ロボット支援手術を導入した．【目的】当院における経口的ロボット支援手術導入初期症例の臨床経過を検討し，導入初期における安全性と課題を明らかにすることを目的とした．【対象と方法】2025年12月から2026年5月までに当院で経口的ロボット支援手術（da Vinci Xi）を施行した5例を対象とした．年齢，性別，診断，セッティング時間，コンソール時間，術後嚥下機能，術後合併症の有無，在院日数，術後病理組織診断などについて後方視的に検討した．【結果】年齢中央値は57歳（範囲：52–77歳）で，男性3例，女性2例であった．原発部位は中咽頭側壁4例，声門上1例であった．中咽頭側壁癌症例では，頸部郭清時に顔面動脈および舌動脈の結紮を行った．セッティング時間中央値は21分（範囲：13–27分），コンソール時間中央値は72分（範囲：23–115分）であり，ロボット支援下手術の遂行困難によりコンバージョンを要した症例は認めなかった．重篤な術中合併症および術後出血は認めなかった．在院日数中央値は8日（範囲：5–16日）であったが，遠方在住の症例では在院日数が長い傾向を認めた．術後1ヵ月時点でのFunctional Oral Intake Scaleは全例でLevel 7であった．切除断端はいずれも陰性であった．【考察】経口的ロボット支援手術は，適切な症例選択と導入支援体制のもとで導入することにより，導入初期においても安全に施行可能であった．術後出血リスクに対しては，必要に応じた在院日数の調整や紹介元医療機関との連携が重要と考えられた．今後適応拡大に伴ってさらなる安全性への配慮が課題と考えられた．

O10-3. 専攻医によるTORSアシスタント術者の経験

○竹内錬太朗[1)2)]・渡部佳弘[1)]・今西順久[1)]

1）国際医療福祉大学成田病院　耳鼻咽喉科頭頸部外科
2）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

内視鏡技術の進歩による咽喉頭癌の早期診断率の向上から，鏡視下咽喉頭悪性腫瘍手術の需要はますます増加している．その手術手技においては，適切な術野展開，モニター下での器械操作が求められるが，専門性の高さから，若手医師（特に専攻医）がこれらを修練する機会は限られている．一方で，2025年6月にTORS（transoral robotic surgery）のアシスタント術者の基準が緩和されたことにより，専門医取得に関わらず日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員が所定のトレーニングを終了することで資格取得可能となった．今回，資格基準の緩和を契機にTORSアシスタント術者資格を取得した専攻医の経験を報告する．

所定のトレーニングを終了した専攻医がTORS にアシスタント術者として参加した．担当操作は彎曲喉頭鏡による喉頭展開および開口操作，補助鉗子操作，止血補助，洗浄，吸引などであった．術中はコンソール術者から直接指導を受け，術後にもフィードバックを得た．症例経験を重ねる中で，術野展開，彎曲した鉗子等の取り扱い，モニター下操作の習得には修練を要すると認識した．熟練者と比較して操作に時間を要する場面はあったが，専攻医がアシスタントを担当したことに起因する有害事象は認めなかった．

TORSのアシスタント術者としての経験は，経口手術に共通する基盤技能を段階的に修練する機会となり，頭頸部外科手術を志す人材の育成に有益と考える．さらに，暫定コンソール術者に関する基準も新たに定められ，TORSアシスタント術者10例以上を経験することで，耳鼻咽喉科専門医取得後に暫定コンソール術者資格を得ることが可能である．専攻医から積極的にアシスタント術者としてTORSを経験し，開口操作や鉗子操作の手技を修練することは，将来の鏡視下咽喉頭悪性腫瘍手術の安全な導入と発展にも寄与すると考える．

専攻医によるTORSのアシスタント術者経験について，手術動画を供覧の上，教育的考察を加えて報告する．

O10-4. 経口腔的ロボット支援手術におけるVR教材の開発 ～Unreal Engine 5による実装～

○片岡英幸[1)2)]・中村慎哉[2)]・中森基貴[2)]・藤原和典[2)]

1）鳥取大学　医学部　保健学科
2）鳥取大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】経験する機会が少ない手術や入室人数に制限がある手術では，VRを活用することで手術室体験実習が可能となり，学習効果の向上が期待できる．今回我々は，臨場感のある参加型VR体験を実現するため，リアルタイム3Dコンテンツ制作ツールUnreal Engine 5（UE5）を用いたVR教育支援教材の作成を試みた．【実践内容】UE5を用いて実際の手術室を模した3D手術室を作成した．無影灯，麻酔器，電気メス，手術用ベッド，Robot Arms，Surgeon Consoleなどのアセットを配置し，ロボット手術の流れを再現した．ヘッドマウントディスプレイを装着することで，仮想手術室内を自由に移動し，手術の様子を擬似体験できる．プログラミングにはBlueprintと呼ばれるビジュアルスクリプティングを採用し，直感的な実装を行った．【結果】実際の手術室に即した3D空間を構築し，咽頭がんにおける経口腔的ロボット支援手術のVR教材として体験可能なコンテンツを完成させた．学習者は複数の視点から手術機器や術野を観察できる環境を実現した．【考察】ロボット手術の実見学が可能な学生は限られており，術中にロボットへ近接して詳細に観察することも困難である．本VR教材を活用することで，手術室内の自由な移動，多角的な観察，臨場感ある擬似体験が可能となり，より高い学習効果が期待される．

O10-5. 経口的ロボット支援手術（TORS）の有効性と安全性について

○上田　勉・樽谷貴之・濱本隆夫・竹野幸夫

広島大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

経口的ロボット支援手術（Transoral Robotic Surgery：TORS）は，中咽頭癌を中心に，低侵襲かつ嚥下・構音機能温存を目的とした治療法として普及が進んでいる．本邦においても施行施設および症例数は増加しており，近年では導入施設の拡大とともに，適切な症例選択，安全性の担保，さらには医療資源の有効活用を踏まえた運用が重要な課題となっている．加えて，2026年度診療報酬改定では，ロボット支援手術の年間実施症例数が200例以上など一定の施設基準を満たす医療機関に対し，「内視鏡手術用支援機器加算」が新設され，外科医および症例の集約化による医療の質向上，外科医の働き方改善，病院経営の安定化が期待されている．一方で，TORSの適応については一定のコンセンサスは存在するものの，実臨床における最適な適応基準については依然検討の余地がある．当院では2019年よりDa Vinci Xiを用いたTORSを導入し，2025年9月以降はDa Vinci 5も併用しながら，これまでに数多くの症例を経験してきた．今回，当院におけるTORS症例を後方視的に有効性，安全性について検討した．特に，術野展開困難例や深部進展例における手術完遂性，術後出血や嚥下障害などの周術期合併症，追加治療の必要性について解析し，TORS適応最適化に向けた課題と今後の展望について報告する．

O10-6. TORSにおける外頸動脈損傷に対し，緊急頸部外切開への移行により止血し得た1例

○佐野大佑・折舘伸彦

横浜市立大学医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【緒言】経口的ロボット支援手術（Transoral robotic surgery；TORS）における手術関連合併症の中で，最も留意すべきものの1つが術中・術後出血である．TORSの対象となる咽喉頭癌の深部には外頸動脈の分枝が走行しており，術中・術後出血予防を目的とした血管処理の併施が頭頸部ロボット支援手術運営委員会より推奨されている．しかし，これらの処理を施したにもかかわらず生じる出血に対しては，経口的に止血を得ることが時に困難である．今回，TORS中に生じた外頸動脈損傷に対し，緊急頸部外切開への移行により止血し得た1例を経験したので報告する．【症例】症例は85歳，男性．左頸部リンパ節腫脹の精査目的に当科を紹介受診となり，悪性リンパ腫を疑いリンパ節摘出術が施行された．術後病理組織学的検査ではp16陽性扁平上皮癌の転移であり，その後の精査で原発巣が左口蓋扁桃に同定され，p16陽性中咽頭扁平上皮癌（左側壁，T1N1M0）と診断した．既往に器質化肺炎があり，手術加療の方針とした．原発巣に対するTORSの2週間前に左側頸部郭清術と舌・顔面動脈結紮術が施行された．同術後に開創を要さない手術部位感染を認めた．TORSでは術野展開は良好であったが，咽頭収縮筋周囲に癒着を認め，外尾側の咽頭収縮筋切離時に大出血を来した．経口的にクリッピングを施すも止血困難のため緊急ロールアウトとし，頸部郭清術の皮膚切開創を用いて頸部を開創し，外頸動脈本幹を結紮切離して止血を得た．原発巣は経口的に切除したところ，咽頭と頸部が交通したため，咽頭粘膜を経口的に可及的に縫合し，さらに顎二腹筋後腹や顎下腺を用いてその交通を遮断した．最後に気管切開を施し手術を終了した．術後8週に胃瘻を造設し，リハビリテーション目的に転院となった．現在は経口摂取可能となり外来通院中である．

O10-7. 同一手術にて中咽頭・食道同時ロボット支援手術を施行した一例

○石井　亮・東賢二郎・石川健一朗・宮口　潤
登米　慧・大越　明・香取幸夫

東北大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

ロボット支援手術は，頭頸部領域の鏡視下咽頭悪性腫瘍手術および食道領域の胸腔鏡下食道手術においてそれぞれ確立された術式である．今回進行中咽頭癌と食道癌に対し，同一手術でロボット支援手術を施行した一例を経験したため報告する．

症例は 57 歳女性．2024 年 X－3 月に咽頭違和感を自覚し前医で中咽頭癌と診断された．スクリーニングの上部内視鏡検査にて食道癌も指摘され，2024 年 X－1 月当科紹介となった．精査の結果，中咽頭癌 cT2N2bM0（扁平上皮癌，側壁, p16 陰性），胸部食道癌 cT1bN1M0（扁平上皮癌，UtMt），頸部食道表在癌 cTisN0M0（扁平上皮癌）の診断となった．

2024 年 X 月にロボット支援胸腔鏡下食道切除術・ロボット支援鏡視下咽頭悪性腫瘍摘出・左頸部郭清・気管切開・HALS 胃管作成・後縦隔経路再建・腸瘻造設術を施行した．まず半側臥位でロボット支援下胸腔鏡手術（食道切除・縦隔郭清）を行い，その後仰臥位（開脚）で頸部郭清術と HALS 胃管作成を同時に行った．仮閉創，気管切開の後，仰臥位（頸部後屈）で経口的ロボット支援手術を施行し，最後に胃管の頸部吻合と腸瘻造設を行った．術中にリンパ漏を認め修復を要したが，手術時間は 13 時間 50 分，出血は 30 g であった．

術後に左頸部の液貯留と左胸水を認めたがドレナージにて軽快し第 6-7 病日に頸胸部のドレーンは全て抜去した．第 7 病日の CT にて肺塞栓を認め抗凝固療法を開始した．術後 22 病日の嚥下透視では縫合不全を認めなかったが挙上期型誤嚥を認めた．病理診断にてリンパ節外浸潤を認めたため，第 48 病日より術後補助化学放射線療法を開始し予定通り完遂した．治療後 1 年 2 ヵ月時点で再発・転移なく，経口栄養確立の状態で経過していたが，2026 年 X－7 月に劇症型溶連菌感染症による敗血症性ショックにて死亡した．

O11-1. 小児口腔・咽頭疾患に対するセファログラムの有用性

○山野貴史[1)]・川本健介[1)]・西　憲祐[2)]

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

【背景】小児の口腔・咽頭疾患では，アデノイド肥大や口蓋扁桃肥大，顎顔面形態の発育異常が，口呼吸，いびき，睡眠時呼吸障害，構音障害などの病態形成に関与することが知られている．これらの評価には咽頭内視鏡検査が有用であるが，小児では侵襲性や検査への協力度の問題があり，低侵襲かつ客観的に形態評価が可能な補助的検査法が求められている．今回，小児口腔・咽頭疾患に対するセファログラム（cephalogram：Ceph）の有用性について検討した．【対象および方法】2023 年 3 月から 2026 年 2 月までに当科を受診し，Ceph を撮影した小児口腔・咽頭疾患患者 80 例（男児 47 例，女児 33 例，年齢 3 ～ 15 歳，平均 7.9 歳）を対象とした．主訴は，いびき，口呼吸，睡眠障害，構音障害，難聴などであり，診断にはアデノイド増殖症，口蓋扁桃肥大，睡眠時無呼吸症候群，舌小帯短縮症などが含まれた．Ceph を用いて，鼻咽腔および中咽頭気道の前後径，舌および舌骨の位置，顎顔面形態を計測し，咽頭内視鏡所見および臨床症状との関連について後方視的に検討した．【結果】全症例において鼻咽腔から中咽頭にかけての気道形態を客観的に評価することが可能であった．特に，いびきを主訴とする症例（35 例）やアデノイド・口蓋扁桃肥大症例では，内視鏡所見および手術所見と一致した気道狭窄所見が多く認められ，顎顔面形態や舌位置との関連も視覚的に把握することができた．【考察および結論】Ceph は，低被ばくで簡便に施行可能な検査であり，小児口腔・咽頭疾患における上気道および顎顔面形態評価の補助的手段として有用であると考えられた．内視鏡所見のみでは把握しにくい，顎顔面形態と咽頭気道との位置関係を客観的に評価できる点で，病態理解および治療方針決定の補助として意義があった．咽頭内視鏡検査など他の評価法と併用することで，小児における口腔・咽頭機能および形態の包括的な評価に寄与する可能性が示唆された．

O11-2.「パワーデバイスを用いた口蓋扁桃・アデノイド手術の手引き」の紹介

○伊藤真人[1)2)]

1）自治医科大学　小児耳鼻咽喉科・耳鼻咽喉科
2）日本口腔咽頭科学会　PITA Working Group

小児の閉塞性睡眠時無呼吸症に対して，口蓋扁桃・アデノイド切除術は有効な治療法として広く施行されているが，従来法の手術には術後早期・後期の後出血や，術後疼痛による食事摂取の遅れなどの問題が指摘されてきた．扁桃手術は耳鼻咽喉科の基本的手術手技のひとつであるが，術後出血が起こると再入院や再手術による止血処置が必要なこともあり，時に生命の危険を伴うことから，患者・医療者双方に身体的・精神的ストレスのかかる手術である．殊に幼少児の口蓋扁桃・アデノイド手術においては，従来法よりも安全な手術法が望まれる．1990 年代後半からは電気メス（バイポーラやモノポーラ）に加えて，コブレーターやバイザクトなどの各種パワーデバイスを用いた扁桃手術が導入されてきた．さらに近年，パワーデバイス（コブレーター，マイクロデブリッター）による被膜内口蓋扁桃・アデノイド手術（PITA）が導入されてきていることから，これらの各種術式の実際を解説するとともに手術の Tips & Pittfalls を示すために，日本口腔咽頭科学会では「パワーデバイスを用いた口蓋扁桃・アデノイド手術の手引き」を作成して，2025 年 12 月に e-book として学会 HP に掲載したので，その概要を報告する．口蓋扁桃手術は大きく分けて，被膜外手術と被膜内手術とに分類される．そしてパワーデバイスと鏡視下手術の融合により，被膜内手術においても精緻な手術が可能となった．これらの術式は対象疾患によって使い分けがなされている．また，間接後鼻鏡下に Curett などを用いた従来法のアデノイド切除では，視野の不良と用いる手術器械の形状から十分な切除が難しいことがあり，術後の症状再発が起きやすい．また反対に深く削り取りすぎると術中・術後の出血が見られたり，耳管扁桃の損傷による耳管機能障害の危険がある．1990 年代後半から，硬性内視鏡下にパワーデバイスを用いたアデノイド切除術がわが国にも導入されている．

O11-3. 扁桃摘出術後出血の疾患別頻度と年齢依存性の検討

○堀賢太朗・工　　穣

信州大学　医学部　耳鼻咽喉科頭頸部外科

【背景】扁桃摘出術後出血は比較的頻度の高い合併症であり臨床上重要である．出血リスクは原因疾患や患者背景により異なる可能性が指摘されているが，原因疾患別に出血頻度と関連因子を体系的に評価した報告は限られている．そこで本研究では，原因疾患別に出血頻度を評価し，さらに各群における出血関連因子を検討することを目的とした．

【方法】2017 年 4 月から 2025 年 10 月までに当科で両側口蓋扁桃摘出術を施行した 567 例を対象とした．主要評価項目は術後出血イベントとした．原因疾患は SAS，習慣性扁桃炎，病巣感染症の 3 群に分類した．まず疾患別に出血頻度を比較し，その後 SAS 症例に限定して多変量解析を行った．さらに ROC 解析により年齢のカットオフを検討した．

【結果】出血頻度は SAS 10.1%，習慣性扁桃炎 33.0%，病巣感染症 23.4%と疾患別に差を認めた（$p < 0.001$）．SAS 症例に限定した多変量解析では年齢が独立した関連因子として抽出された（OR 1.11，$p = 0.019$）．ROC 解析では AUC は 0.63 であり，6 歳をカットオフとした場合に一定の識別能を示した．6 歳以上で出血リスクが高かった（OR 2.36，$p = 0.019$）．

【結論】扁桃摘出術後出血は原因疾患により頻度が異なり，特に SAS 症例では年齢依存的にリスクが変化する可能性が示唆された．

O11-4. 口蓋扁桃摘出術後の音声変化の検討

○荒木直人・倉上和也・伊藤　吏

山形大学医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【目的】口蓋扁桃摘出術による音声変化の有無とその程度について評価，検討すること．

【対象と方法】対象は 2025 年 4 月から 2026 年 3 月の間に山形大学医学部附属病院耳鼻咽喉科，公立置賜総合病院耳鼻咽喉科で両口蓋扁桃摘出術を施行した成人例 15 例である．内訳は男性 7 例，女性 8 例，年齢中央値は 43.0 歳であった．適応疾患は習慣性扁桃炎が 10 例，扁桃周囲膿瘍の既往が 1 例，扁桃病巣疾患が 4 例であった．手術前と術後 3 ヵ月目に音声評価を施行し，変化の有無について検討した．評価項目は最長発声持続時間（MPT），話声位，jitter%，shimmer%，NHR，持続発声母音 /a/ における第 1 ～ 4 フォルマント周波数，Voice handicap index（VHI）とした．音響分析パラメータは防音環境下で IC レコーダー（SONY ICD-UX570F）を用いて音声データを録音し，音響分析ソフト Praat で解析し算出した．また，自覚的な音声変化の訴えの有無についても併せて調査した．

【結果】MPT，Shimmer%，NHR，フォルマント周波数は有意な変化を認めなかった．Jitter% は術前中央値 0.471，術後 0.359 であり有意な低下を認め（P＝0.035），話声位は術前中央値 173.3Hz，術後 175.3Hz と変化の程度は軽度であるが，有意な上昇を認めた（P＝0.008）．VHI は術前中央値 2 点，術後中央値 0.5 点であり，術前から低値であるがさらに有意な低下を認めた（P＝0.044）．術後の自覚的な音声変化の訴えは 2 例に認めた．

【考察】術後に音響分析値は改善傾向，話声位は上昇傾向を認め，扁桃摘出と術操作による咽頭腔の形状，性状の変化に起因したことが考えられた．一般的な日常生活の中で自覚する程の音声変化を来すことは少なく，軽度の影響に留まると考えられた．

O11-5. 外視鏡 ORBEYE を用いた被膜外口蓋扁桃摘出術と被膜内口蓋扁桃摘出術

○北村嘉章・石谷祐記・高岡　奨・近藤英司

徳島大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

我々は外視鏡 ORBEYE を用いて口蓋扁桃摘出術を行っており，その有用性について検討した．ORBEYE を用いて被膜外口蓋扁桃摘出術を行った ORBEYE 群 15 例（男性 8 例，女性 7 例，平均年齢 24.5 ± 10.2 才）と肉眼で行った肉眼群 14 例（男性 5 例，女性 9 例，平均年齢 30.2 ± 16.1 才）の比較では，ORBEYE 群の手術時間が 10 分ほど長かった．しかし，口蓋扁桃摘出術とアデノイド切除術を行った ORBEYE 群 10 例（男性 6 例，女性 4 例，平均年齢 6.7 ± 2.4 才）と肉眼群 15 例（男性 10 例，女性 5 例，平均年齢 6.9 ± 2.5 才）の比較では，手術時間に差はなかった．また ORBEYE 群と肉眼群で準備時間に差はなく，ORBEYE 群の出血量は全症例で 10ml 以下であった．ORBEYE では術野が鮮明に拡大されるため，細かい血管の走行や出血点の同定が容易になり，出血の少ない手術が可能であったと考えられた．さらに，我々は術後の疼痛や摂食障害，出血が軽減されることが報告されている被膜内口蓋扁桃摘出術についても ORBEYE を用いて行っている．ORBEYE により口蓋扁桃被膜を温存しながら，扁桃実質と被膜との境界が同定できる明瞭な術野で口蓋扁桃を摘出することが可能であった．ORBEYE は，Heads-up surgery により術者の姿勢負担が軽減され，3D の大画面で術野を共有できるため，専攻医の指導や学生への教育効果が期待できる．また手術の進行状況を指導医や看護師などが共有できる利点もある．以上のことから，外視鏡 ORBEYE を用いた口蓋扁桃摘出術は，肉眼より明瞭な術野による小血管や扁桃被膜の同定に有用で，安全で教育効果も期待できる手術であると考えられた．

O11-6. 硬性内視鏡で術野を共有した扁桃摘出術における専攻医と指導医の手術成績の比較

○古山聖梨・古川孝俊・長瀬顕輝

山形県立新庄病院　耳鼻咽喉科

口蓋扁桃摘出術は耳鼻咽喉科医が初めに習得する手術手技の1つである．経口腔的手術のため，指導医が術野を共有して指導することが困難という問題がある．また，専攻医執刀例と指導医執刀例の手術経過の違いの検討は少ない．当科では硬性内視鏡で術野確認しながら執刀医とスコピスト（指導医）とで術野を共有して手術指導を行っており，今回，専攻医執刀例と指導医執刀例とで手術経過に差異があるのかを検討した．

対象は2017年4月から2024年3月までの間に当科で硬性内視鏡で術野確認しながら口蓋扁桃摘出術を行った92例である．内訳は男性51例，女性41例，年齢は21～68歳（平均21.5歳），疾患は扁桃肥大41例，慢性扁桃炎40例，IgA腎症11例である．専攻医執刀例と指導医執刀例とで手術時間・扁桃摘出術後創の扁桃被膜と筋層の間にある疎性結合組織（以下，被膜下結合組織）残存程度・術後疼痛・食事量・術後出血の有無・入院日数に差異があるのかを検討した．術後出血に影響する因子も検討した．手術の比較の結果は，平均手術時間は専攻医手術で82分，指導医手術で58分と，専攻医手術で有意に長くなっていた．それ以外の項目では有意差がなかった．術後出血に影響する因子については単変量解析の結果，成人例，IgA腎症，術後創の被膜下結合組織残存が1/3以下であると術後出血が有意に生じやすい結果となった．

硬性内視鏡で術野共有した扁桃摘出手術では，手術時間は長くなるものの専攻医執刀例でも指導医と遜色ない術後経過を得られる結果であった．また，専攻医は指導医と同等以上に被膜化結合組織を温存できており，硬性内視鏡で術野を共有した手術指導は有用と考えられた．

O12-1. Tph細胞とCD11c陽性B細胞によるIgG4産生機構の解明

○竹澤紀之・亀倉隆太・酒本博史・高柳　心
田中紀久・高野賢一

札幌医科大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

【目的】IgG4関連疾患（IgG4-RD）は多臓器の腫大と機能障害を呈する全身性疾患であるが，その病態形成機序は未解明な点が多い．臨床的には高IgG4血症，病理学的には異所性リンパ組織形成を特徴とする．本研究では，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，濾胞外で抗体産生に関与するCD11c陽性B細胞に着目し，IgG4-RDにおける免疫学的役割を検討した．

【方法】2020年改訂IgG4関連疾患包括診断基準に基づき診断されたIgG4-RD患者を対象とし，治療開始前に採取した末梢血単核球をフローサイトメトリーで解析した．年齢を一致させた健常者を対照とした．Tph細胞（$CD4^+CD45RA^-CXCR5^-PD\text{-}1^{hi}$）はCXCR3およびCCR6の発現に基づきTph1, Tph2, Tph17に分類した．CD11c陽性B細胞は$CD3^-CD19^+CD11c^+CD21^-$細胞と定義した．さらに単離細胞を用いた共培養によりIgG4産生誘導能の機能解析を行った．

【結果】IgG4-RD患者では健常者と比較してTph2細胞およびCD11c陽性B細胞の割合が有意に増加していた．Tph2細胞の頻度は血清IgG4値およびCD11c陽性B細胞の割合と有意な正の相関を示した．さらに，Tph細胞はCD11c陽性B細胞からのIgG4産生を強く誘導し，その相互作用の重要性が示された．

【結論】Tph細胞は濾胞外においてCD11c陽性B細胞を介したIgG4産生を促進し，IgG4-RDの病態形成に関与する可能性が示唆された．本研究はIgG4-RDの新たな治療標的の同定にも寄与することが期待される．

O12-2. IgG4 関連疾患の病態形成における性差の免疫学的背景の検討

○高柳　心・高柳　心・亀倉隆太・竹澤紀之
田中紀久・高野賢一

札幌医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】IgG4 関連疾患（IgG4-RD）は，唾液腺をはじめとする頭頸部病変や全身臓器に腫大・線維化をきたす疾患である．一般的な自己免疫疾患は女性に好発するが，IgG4-RD では男性優位を示し，深部臓器病変や重症化リスクも男性で高いことが知られている．しかし，この特異な「性差のパラドックス」を生み出す免疫学的背景は未解明である．本研究では，IgG4-RD 患者の大規模な臨床データおよび末梢血リンパ球解析から，本疾患の性差の免疫学的機序を解明することを目的とした．【方法】札幌医科大学附属病院で診断された IgG4-RD 患者 292 例（男性 152 例，女性 140 例）を対象に，臨床所見の性差を後方視的に検討した．さらに，末梢血単核球の詳細なフローサイトメトリー解析が可能であった 151 例（男性 80 例，女性 71 例）を対象に，病態の「アクセル役」となるエフェクター細胞群（活性化 Tfh 細胞，プラズマブラスト等）と，「ブレーキ役」となる制御性細胞群（Treg，Tfr，Breg）の割合を男女間で比較検討した．【結果】臨床パラメータにおいて，男性群は女性群と比較して発症年齢が有意に高く，血清 IgG4 値や可溶性 IL-2 レセプター値が有意に高値を示した．免疫解析では，男性群において抗体産生を強力に誘導する「活性化 Tfh 細胞」および「プラズマブラスト」の割合が有意に増加していた．一方，女性群では過剰な免疫応答を抑制する「Treg」「Tfr」「Breg」といった制御性細胞群が有意に高く保たれていた．【結論】IgG4-RD の臨床像の性差は，免疫環境の違いに起因することが示唆された．女性ではより多層的な免疫抑制機構が機能し比較的軽微な臨床所見に留まるのに対し，男性ではこの抑制機能の破綻によりエフェクター細胞が暴走し，重症化や高 IgG4 血症を招いているのではないかと考えられる．

O12-3. IgG4 関連疾患の病態形成における制御性 T 細胞サブセットの機能

○田中紀久・亀倉隆太・竹澤紀之・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，及び診断のために摘出した顎下腺組織を用いてフローサイトメトリー解析を行った．Treg（$CD4^+CD25^{hi}CD127^{low}CD45RA^-Foxp3^+$）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 Treg1 細胞および Treg2 細胞の割合が有意に増加していたが，Treg17 細胞には有意な差を認めなかった．また，Treg2 細胞の割合は血清 IgG4 濃度，Memory B 細胞，plasmablast 細胞と正の相関を示した．顎下腺組織においてはコントロール群と比較して Treg1 細胞および Treg2 細胞の割合が有意に増加しており，Treg17 細胞の割合は有意に低下していた．【結論】Treg2 細胞は，IL-10 に加えて IL-4 および IL-13 を産生し，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．今後は，Treg2 細胞の機能的役割の解明を進めるとともに，IgG4-RD における新たな治療標的となり得る可能性について検討していきたい．

O13-1. 慢性上咽頭炎における黒斑・顆粒状変化を用いた診断評価

○茂木立学[1)]・山口裕聖[2)]・藤川桃紀[2)]・西脇宜子[3)]
大野芳裕[4)]・伊藤宏文[5)]・和田弘太[2)]

1）もぎたて耳鼻咽喉科
2）東邦大学医療センター大森病院　耳鼻咽喉科
3）本橋耳鼻咽喉科医院
4）大野耳鼻咽喉科
5）いとう耳鼻咽喉科

【目的】慢性上咽頭炎の診断は通常光内視鏡による色調，腫脹，粘液・痂皮付着，擦過時出血の4所見に基づくが，擦過時出血は処置依存で上咽頭擦過療法（EAT）を行わない観察では評価できない．帯域制限光で観察される黒斑と顆粒状変化は粘膜表層の変化を捉え，擦過前診断の客観化に有用となる可能性がある．本研究ではこれらを診断スコアに組み込み，その意義を検討した．【方法】2016から2021年にもぎたて耳鼻咽喉科を受診し通常光・帯域制限光内視鏡動画が保存されていた200例を対象とした．従来スコアに対し，擦過時出血を黒斑で代替するA案，A案に顆粒状変化を加点するB案の2案を作成した．EAT精通医3名の合議を基準としてROC-AUC，ICCを比較し，黒斑・顆粒状変化の病態軸との関連も検討した．【成績】A案は従来スコアに対しROC-AUCで非劣性を示し，黒斑が非侵襲的な出血軸指標として機能した．B案ではROC-AUCがさらに上昇し，顆粒状変化の追加により識別性能が向上した．ICCはいずれの案でも改善し，黒斑・顆粒状変化の導入が再現性向上に寄与した．黒斑は擦過時出血と弱から中等度の相関を示し出血軸を反映した．一方，顆粒状変化は独立した炎症軸として重症度評価を補完した．補助解析として行ったAIによる識別は限定的であったが，精通医合議と一定の整合性を示した．【結論】黒斑と顆粒状変化を用いた擦過前診断スコアは，擦過操作を伴わない段階でも重症度評価を可能とし，従来の擦過依存型診断を補完する枠組みとなる．EATを行わない診療環境や他科の経鼻内視鏡にも応用可能で，慢性上咽頭炎診断の標準化に寄与し得る．

O13-2. 慢性上咽頭炎におけるTh17/Tregバランスと EATの効果

○茂木立学

もぎたて耳鼻咽喉科

【目的】慢性上咽頭炎では粘膜炎症が持続するが，その免疫学的特徴や局所と全身免疫の関係は十分に解明されていない．本研究ではTh17/Tregバランスに着目し，慢性上咽頭炎における局所免疫と全身免疫の差異を明らかにするとともに，EAT（Epipharyngeal Abrasive Therapy）が全身免疫に及ぼす影響を前向きに検討した．【方法】慢性上咽頭炎患者38例を対象とした前向き観察研究を実施した．上咽頭擦過細胞および末梢血を用いてTh17，Treg，Th17/Treg比をフローサイトメトリーで解析した．15例ではEAT前後（初診時およびEAT12回目）のペア解析を行った．内視鏡所見は上咽頭擦過療法検討委員会の4項目（発赤，腫脹，粘液・痂皮付着，擦過時出血）に加え，OEmode1で観察される黒斑および顆粒状変化を評価した．【成績】ベースラインでは，上咽頭擦過細胞のTh17/Treg比は末梢血より有意に高く，慢性上咽頭炎に特徴的なTh17優位の局所免疫環境が確認された．局所Th17/Treg比は内視鏡重症度と正の相関を示した．前向きペア解析では，末梢血Th17が有意に低下（P＝0.033），Th17/Treg比も有意に改善した（P＝0.012）．Tregは増加傾向を示したが有意差には至らず，全身免疫改善の主因はTh17抑制と考えられた．局所免疫も同方向の変化を示したが，ばらつきにより有意差は得られなかった．【結論】本研究により，慢性上咽頭炎では局所と全身の免疫応答に解離が存在することが示された．EATは局所炎症の改善に加え，Th17抑制を中心とした全身のTh17/Tregバランス改善をもたらす可能性がある．Th17/Treg比は慢性上咽頭炎の免疫学的活動性を反映する指標となり得る．

O13-3. 内視鏡下上咽頭擦過療法 E-EAT 手技講習における 4 種模型の使用可否検証の経験

○田中亜矢樹

医療法人永成会　田中耳鼻咽喉科

近年，慢性上咽頭炎とその治療法である上咽頭擦過療法（Epipharyngeal Abrasive Therapy：EAT）に注目が集まっている．2019 年に日本口腔・咽頭科学会内に発足した上咽頭擦過療法検討委員会は，内視鏡下に EAT を行う内視鏡下上咽頭擦過療法（Endoscopic EAT：E-EAT）の手技標準化の一環として第 37 回および第 38 回の日本口腔・咽頭科学会学術講演会においてハンズオンセミナーを実施し，第 39 回となる本大会においても実施予定である．E-EAT には経鼻的に綿棒を用いて上咽頭を擦過する内視鏡下経鼻法と経口的に咽頭捲綿子を用いる内視鏡下経口法があり，内視鏡下経鼻法には内視鏡挿入側の対側鼻腔から綿棒を挿入する内視鏡綿棒対側法と，同側鼻腔で用いる内視鏡綿棒同側法がある．各手技は目標とする上咽頭の部位，鼻腔や口腔の形態，咽頭反射の強さなどに応じて使い分ける．学会会場での E-EAT 手技講習で人体をモデルとする場合，上咽頭擦過に伴う出血が医療感染の場となりユニバーサルプリコーションの観点からは実施困難で，会場の使用許可が得られず，人体に使用した内視鏡の洗浄・消毒ができない．医療施設で人体をモデルとする場合には実演をビデオ中継する必要があるため高額な費用を要し，講師と受講者は中継地に居る必要がある．そのような背景から E-EAT 手技講習会用モデル候補として 4 種の模型を検証し，京都科学製の DAM シュミレーターデモンストレーションモデルが E-EAT の各手技に対応可能であったため，第 37 回，第 38 回のハンズオンセミナーで実際に使用した．4 種の模型は本来，気管内挿管やウイルス感染症の鼻咽腔スワブ採取のモデルであり，E-EAT 専用モデルは現時点では存在しない．人体に一層近づける解剖学的再現性の向上，3D プリンターなどによる安価なデモンストレーションモデルの制作など E-EAT 専用モデルの開発が今後の課題と思われる．

O13-4. 上咽頭炎モデルマウスの塩化亜鉛による抗炎症効果の追加解析

○井上貴博[1)]・大湊久貴[1)]・山木英聖[1)]・大原賢三[1)2)]
熊井琢美[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

上咽頭は鼻腔と連続し咽頭の最上部に位置する粘膜組織であり，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，さらには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 に対する治療法として，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．我々は上咽頭炎の病態解明のため，ヒトの 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）に着目し，Lipopolysaccharide（LPS）の経鼻投与により上咽頭炎モデルマウスの作成に成功している．さらに塩化亜鉛を経鼻投与し，その抗炎症効果についても報告している．今回は免疫染色や RNA シークエンスなどによる追加解析を行い，より多角的側面から塩化亜鉛の抗炎症効果を評価した．

O13-5. 上咽頭擦過療法の適応病態について

○萩野仁志

はぎの耳鼻咽喉科

当院における上咽頭擦過療法（EAT）の主な適応病態についてまとめてみた．1）自己免疫疾患では，腎臓内科医からIgA腎症の中で標準的治療にて寛解しない症例が紹介される．またコロナ感染症など急性ウィルス感染後血尿を生じて経過からIgA腎症を疑われ，入院での精査加療が出来ないケースで通院EATにて血尿蛋白尿所見を消失せしめた例も経験した．掌蹠膿疱症を筆頭に皮膚疾患へ高い効果を示し，尋常性乾癬では皮膚症状の他，関節痛にも有効である．眼科疾患では上強膜炎への有効例があり，眼科医から患者本人にEATの継続を勧められた．2）自律神経系を介した機能性身体症候群への効果として，音声障害例に多数の改善症例を経験した．気管支喘息患者がステロイド吸入薬を長期投与されて声帯に萎縮を来し，息もれ発声になった症例は吸入ステロイドの使用頻度減少とともに声門閉鎖が促されて音声が改善する．コロナ後遺症に代表される，感染症に続発した慢性疲労症候群，線維筋痛症の症状を訴える症例にも有効である．演者の新しい知見としては耳管機能障害に対する効果がある．症状改善についてはPHI-10にて評価し，有意差を持って改善した．耳管開放症の診断に関しては辻富彦の提唱したZ値を用いると，潜在的な耳管開放症症例が多数診断された．耳管ピンの適応から外れた，根本的な改善が難しい多くの症例にEATは有効である．突発性難聴など感音難聴にステロイド投与した場合，経過中において元々無かった耳閉感や自声強聴が新たに生じて耳管開放症と診断された例も多く，ピルの投与例と共に，注意が必要である．抗うつ剤の投与が推奨される持続性知覚性姿勢誘発めまい（PPPD）や舌痛症などの症例にもEATは有効であり，薬物投与前に検討が望まれる．日常臨床において標準治療で対応に難渋する多くの病態にEATは有効である．

O13-6. Long COVIDに対する上咽頭擦過療法に関する後向きアンケート調査―中間報告

○熊井琢美[1)2)]・上咽頭擦過療法検討委員会[2)]

1）旭川医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）上咽頭擦過療法検討委員会

2019年以降，SARS-CoV-2によるパンデミックはワクチンや病態の理解に伴い収束していった．一方で感染後長期に渡りブレインフォグや全身倦怠感などが遷延する症例が一定数存在し，いわゆるLong COVIDとして注目されている．本病態に関して上咽頭に遺残しているウイルス粒子が慢性炎症を引き起こしている可能性が示唆されているが，現時点で有効な治療法は確立されていない．Long COVIDの症状は後鼻漏などの局所症状と全身倦怠感やブレインフォグといった全身症状に大別される．興味深いことにこれらの症状は慢性上咽頭炎の症状と類似しており，上咽頭が本疾患の病巣となっている可能性が示唆される．そこで本学会のアドホック委員会である上咽頭擦過療法検討委員会では，Long COVIDに対する上咽頭擦過療法の有用性について検討してきた．研究デザインは後ろ向き多施設研究であり，上咽頭擦過療法を施行したLong COVID患者，かつ慢性上咽頭炎以外の鼻・副鼻腔・咽頭疾患を有さない患者を対象とした．上咽頭には1%塩化亜鉛を用いて週1回の擦過処置を行い，治療前後の症状は数値評価スケールを用いて評価した．本中間解析では165例のLong COVID患者を集積し，その大多数で上咽頭炎が認められた．上咽頭擦過療法によって上咽頭炎の局所所見や全身倦怠感などの症状が有意に改善しており，EATがLong COVIDに対する有効な治療法となり得ることが示唆された．

O14-1. 亜鉛補充不応の味覚障害に対する神経障害性疼痛治療薬の治療成績

○山村幸江・徳永修也・水足邦雄

東京女子医科大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頚部外科

【背景】亜鉛補充療法に不応の味覚障害の一部には向精神薬が有効な症例が存在するが，その効果は精神的要因の有無と必ずしも関連しない．一部の向精神薬は神経障害性疼痛治療薬としても用いられ，神経障害性疼痛と考えられる口腔灼熱症候群（burning mouth syndrome：BMS）に併存する味覚異常の改善も報告されている．本研究では，味覚障害の中にBMSと共通する中枢性病態を有するサブグループが存在するとの仮説のもと，神経障害性疼痛治療薬の治療成績と有効例の特徴を検討した．

【対象と方法】2019～2024年に当科味覚外来を受診した亜鉛補充療法不応の味覚障害66例を対象とした．クロナゼパム，ロフラゼプ酸エチル，アミトリプチリン，パロキセチンを単剤投与し，自覚症状改善（奏功＋有効）の有無を評価した．年齢，性別，罹病期間，精神的要因，自発性異常味覚，舌痛，味覚検査所見などとの関連を検討し，単変量解析後，$p < 0.10$の因子を用いて多変量ロジスティック回帰分析を行った．

【結果】ベンゾジアゼピン系薬剤（クロナゼパム，ロフラゼプ酸エチル）は比較的高い有効率を示したが，薬剤群間に有意差は認めなかった．一方，ベンゾジアゼピン系無効例の一部ではアミトリプチリンが有効であった．ベンゾジアゼピン系投与例を対象とした解析では，自発性異常味覚の存在のみが有効例の独立した予測因子であり，精神的要因，罹病期間，舌痛の有無，味覚機能検査所見との関連は認めなかった．

【結論】亜鉛補充不応の味覚障害の一部では神経障害性疼痛治療薬が有効であり，特に自発性異常味覚を有する症例でベンゾジアゼピン系薬剤の有効性が示唆された．その作用機序は精神症状への効果ではなく，BMSと共通する中枢性の感覚知覚異常への作用を反映している可能性がある．

O14-2. 口蓋扁桃摘出患者の血清亜鉛値と味覚機能の検討

○田中真琴[1)2)]・杉戸智美[1)2)]・鴫原俊太郎[2)3)]・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・頭頚部外科学分野
3）西東京中央総合病院　耳鼻咽喉科

口蓋扁桃摘出後の味覚障害は，頻度は多くないが重要な合併症である．その原因として，開口記による神経の圧迫，舌の血流障害による受容器障害，手術手技による味覚神経の直接損傷や切断，術創感染に伴う神経障害，術後疼痛のための摂食不良による亜鉛欠乏などが指摘されている．今回われわれは，口蓋扁桃摘出術をうける患者の術前の血清亜鉛値，銅値を測定し，術前の味覚障害の自覚の有無，ろ紙ディスク検査の味溶液を用いた全口腔法による味覚機能検査を施行し，その結果を検討したので報告する．対象は，2023年4月から2026年3月の3年間に東京都立広尾病院耳鼻咽喉科で口蓋扁桃摘出を施行した18歳以上の60症例で，その内訳は，男性35例女性25例，年齢は19-65歳（平均32.7歳）であった．術前の血清亜鉛値は，80μg/dl未満が36例，80μg/dl以上が24例で，基準値以下が60%であった．亜鉛欠乏症と診断される60μg/dl未満の症例も，3例あった．術前に味覚障害の自覚がある症例はなく，全口腔法での味覚機能検査（4味質の平均）でも閾値は3未満であった．術後の亜鉛欠乏の予防として，鎮痛薬と併用する胃薬にポラプレジンクを使用した．術後味覚異常を訴えたのは1例であったが，味覚機能検査の悪化はなく，2週間で症状は消失した．術後の味覚障害の原因を明確にすることは難しいが，潜在性の亜鉛欠乏存在ｓる可能性は常に意識することが重要と考えられた．

O14-3. テキストマイニングを用いた味覚自己評価質問票（SATQ）の開発

○任　智美・柴田朋美・都築建三

兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】「日常のにおいアンケート（SAOQ）」は，嗅覚機能を推定する簡便な方法として広く使用されている．味覚診療においては統一されたアンケートは存在しない．今回，味覚異常を訴える患者の初期診療に役立つSATQ（self-administered taste questionnaire）の開発を目的とした．

【方法】味質に関連する語の共起構造をテキストマイニングにより可視化し，科学的根拠に基づいた味覚質問票の項目選定を行うことを試みた．コーパスは濾紙ディスク法で用いられる味質である甘味・塩味・酸味・苦味に風味（香り）を足した5領域について，Google検索で得られた一般記事から各味質を説明する文章を抽出し，各100文で構成した．分析にはKH Coderを用い，共起ネットワークを作成した．

【成績】「甘い」を中心語とする共起ネットワークでは，「ケーキ」と「ジュース」が強い共起を示し「甘い」とクラスターを形成した．また，「チョコレート」，「果物」，「はちみつ」は共起するものの，異なるサブクラスに属し，周辺語として位置づけられた．塩味では，「しょうゆ」，「味噌」，「ポテトチップス」が塩味中心語としたクラスターを形成し，「ラーメン」，「せんべい」は周辺語として位置づけられた．酸味では，「酢」，「レモン」，「梅干し」が強い共起を示しクラスターを形成，「オレンジ」，「グレープフルーツ」，「ヨーグルト」が周辺語となった．苦味では，「コーヒー」，「ビール」，「ゴーヤ」，「チョコレート」，「ピーマン」が「苦い」とクラスター形成し，「山菜」は周辺語となった．風味では，「いちご」「コーヒー」が同一のクラスターとなり，「ワイン」，「カレー」，「にんにく」は周辺語となった．

【結論】これらの結果から，5領域×各5項目の計25項目を選出，味質の純度・共起構造・想起しやすさ・濃度勾配の観点から，味覚機能の推測に有用な質問票として構成できると考えられた．

O14-4. 嗅覚・味覚センターにおける味覚障害の実態

○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　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

大学病院において味覚異常や嗅覚異常の受け皿は一般的に「味覚専門外来」と「嗅覚専門外来」に分かれていることが多い．また嗅覚外来は散見されるが，味覚外来を設置している施設は全国的に見てもほとんどない．味覚と嗅覚の両方に異常を感じる患者は，どちらの専門外来を受診すべきか迷う場合がある．当院は2025年7月に，味覚や嗅覚の異常を訴える患者を一括して受け入れる「嗅覚・味覚センター」を開設した．

患者の一元的な管理は医療者にとってもメリットがある．当センターでは初診時の問診票で，主訴を「味覚異常」「味覚と嗅覚の異常」「嗅覚異常」3つの中から患者に選択してもらい，主訴を元に風味障害の割合を算出することができる．嗅覚外来または味覚外来の受診者における風味障害の算出よりも，より正確に実態を把握することができると考える．

本研究では，解離性味覚障害の症状や味覚検査の結果，味覚異常以外の口腔内の違和感（しびれ感や疼痛）などについても集計し報告する．

O14-5. 当科におけるクロナゼパムの局所投与についての検討

○山内一崇[1)2)]

1）むつ総合病院
2）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

【はじめに】口腔内の異常感や舌の疼痛などを訴えるにも関わらず，一見して器質的な異常を認めない口腔内異常感症や舌痛症といった疾患は，一般的な鎮痛薬や局所治療が無効なことも多く，対応に難渋する場合も少なくない．口腔内灼熱症候群に対して，クロナゼパム1mgを1日3回，3分間口に含んだ後吐き出す，といった局所投与の有効性が報告されており，当科でも治療の選択肢の1つとしている．クロナゼパムの局所投与については報告が少なく，今回当科でクロナゼパムの局所投与を行った症例について検討を行った．

【対象と方法】2024年10月から2026年3月の間に当科でクロナゼパムの局所投与を行った31名のうち，当科を再診し効果判定が可能であった28名を本解析の対象とした．投与に至る症状の訴えや治療効果，クロナゼパム投与による副作用などについて検討した．尚，過去の報告ではクロナゼパム局所投与の方法として1mgを1日3回とされていたが，当科では75歳以上の初期投与量を1回量0.5mgへ減量の上，投与を行った．

【結果】クロナゼパムの局所投与を行った症例の内訳は，口腔内異常感症が20名，舌痛症が19名，自発性異常味覚が7名であった（重複あり）．効果判定までの期間は24名が14日間，4名が30日間であり，28名中24名で効果判定時に症状の軽快が得られた．4名に眠気，2名に倦怠感の訴えがあり，副作用により治療を終了せざるを得ない症例は2名であった．

【考察】本検討では28名中24名と85%に症状の改善が認められ，過去の報告と同等以上の治療効果が得られた．副作用のために継続が困難であった症例も2例のみであり，クロナゼパムの局所投与は有効な選択肢となりうる可能性が示唆された．

O15-1. 嗄声を契機に診断された全身性AL（κ）アミロイドーシスの1例

○藤井一輝[1)]・川浪孝介[1)]・岩井玄樹[1)]・馬場洋徳[2)]

1）新潟大学大学院医歯保健学研究科耳鼻咽喉科頭頸部外科
2）五泉耳鼻科・音声嚥下クリニック

症例は73歳女性．数年来，進行性の嗄声を主訴に受診した．初診時の喉頭内視鏡では，声帯遊離縁に沿う軽度の線状陥凹と発声時の声門閉鎖不全を認め，声帯溝症または声帯瘢痕が疑われ，経過観察となった．4年後，嗄声増悪のため再診した．喉頭所見には大きな変化はみられなかったが，嗄声の悪化に加えて著明な頤下部腫脹を認めた．さらに詳細な問診により，両側手根管症候群に対する手術と，術後も持続する手指のしびれが判明した．喉頭局所へのステロイド注射および全身ステロイド投与を行ったが無効であり，単純な炎症性変化や瘢痕性変化では説明困難と考えた．全身麻酔下に喉頭病変の生検を施行した．直達喉頭鏡挿入時には舌根部の硬化も認めたため，同部位から生検を行った．病理組織学的検討では，Congo red染色陽性のアミロイド沈着を認め，偏光顕微鏡下でapple-green birefringenceを示した．免疫組織化学ではκ軽鎖陽性，λ軽鎖，amyloid A，transthyretin陰性であり，AL（κ）型アミロイドーシスが示唆された．さらに，尿中Bence Jones蛋白陽性，血清free κ/λ light-chain ratioの上昇，骨髄中形質細胞の増加を認め，形質細胞性疾患を伴う全身性ALアミロイドーシスと診断した．血液内科で多発性骨髄腫に対する治療を開始し，嗄声は徐々に改善した．本症例では，嗄声に対する喉頭局所の評価のみでは診断に至らず，頤下部腫脹，舌根部硬化，手根管症候群の既往といった喉頭外所見が，全身性疾患を疑う重要な契機となった．喉頭アミロイドーシスの多くは限局型とされる一方で，喉頭・咽頭病変が全身性アミロイドーシスの一表現型である場合もある．とくに，非典型的な喉頭所見を伴う進行性嗄声に，舌根部や頤下部の異常所見を合併する場合には，局所の音声障害のみで説明せず，全身性アミロイドーシスを鑑別に挙げて，生検および全身検索を進める必要があると考えられた．

O15-2. 喉頭痙攣による上気道閉塞を契機に診断した球脊髄性筋萎縮症の2例

○熊谷太樹[1)2)]・白取　竣[1)]・山口　航[1)]

1）東京臨海病院　耳鼻咽喉科
2）東京慈恵会医科大学付属病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

喉頭痙攣は上気道防御反射の異常亢進により声帯開大障害を来し，上気道閉塞を生じる病態である．原因として機械的刺激，アレルギー，心因性要因などが知られるが，神経疾患が背景となることもある．今回，喉頭痙攣に伴う呼吸困難および上気道閉塞に対し気管切開を行い，入院精査中に球脊髄性筋委縮症の診断に至った2例を経験したため報告する．【症例1】60歳男性．既往歴に特記事項なし．X－3日に38.6℃の発熱，X－1日より咳嗽および咽頭閉塞感が出現し増悪傾向となった．X日に呼吸困難を認め，当院耳鼻咽喉科へ救急搬送された．来院時，体温37.7℃，SpO_2 88～95%（酸素6L/分投与下）であり，著明な吸気性喘鳴を認めた．喉頭内視鏡検査で両側声帯は正中位を呈し，声帯間隙はほぼ消失しており，両側声帯開大制限を認めた．緊急局所麻酔下気管切開術を施行し，同日入院精査となった．頭部MRI，頸胸部CTで明らかな器質的異常は認めなかったが，顔面筋攣縮および舌攣縮を認めたため神経内科と合同で精査を行った．X＋12日頃より声帯開大の改善を認めた．声帯運動は徐々に改善したためX＋21日にカニューレを抜去し，X＋26日に退院した．入院中に施行した遺伝子検査で，アンドロゲンレセプター遺伝子CAG反復配列数が44回と増加しており，SBMAと確定診断した．その後，神経内科にてLH-RHアゴニスト療法が開始され，現在まで喉頭痙攣の再発なく経過している．【症例2】61歳男性．2週間前から反復する窒息感を伴う呼吸困難発作を認め，X日に当院を緊急受診した．喉頭内視鏡検査で両側声帯の過内転と著明な声門狭窄を認めたため，気管切開術を施行し入院精査となった．女性化乳房の既往およびCK高値からSBMAを疑い精査を行い，遺伝子検査でCAG反復配列数46回を認めSBMAと診断した．X＋11日頃より両側声帯開大が徐々に改善し始め，X＋18日に気管カニューレを抜去した．X＋29日に退院となり，現在も再発なく外来通院中である．

O15-3. 呼吸筋トレーニングにより改善した運動誘発性喉頭閉塞症の1例

○平憲吉郎・中村慎也・藤原和典

鳥取大学　耳鼻咽喉・頭頸部外科

運動誘発性喉頭閉塞症は（Exercise-induced laryngeal obstruction：EILO）は運動強度が強くなった際に誘発され，声帯が本来の動きとは異なり吸気時に内転する所見を認める．運動を中止すると数分で症状が消失するため通常の診療時には診断が困難なことが多い．また，運動誘発性喘息との鑑別が難しく吸入ステロイドによる喘息として治療を受ける症例も見られる．症状出現時の吸気性呼吸困難があるため運動強度の高い状況を維持することが求められる競技運動選手では非常に大きな問題である．本症例は20歳男性で陸上の中距離走の選手である．試合や練習中に頻回に呼吸困難を自覚し競技続行が不可となるため近医を受診し，喘息の疑いでステロイド治療を受けた．運動時の呼吸困難は改善せず精査のため当科紹介となった．運動誘発試験を実施して運動時の吸気時に声帯の内転運動などを認めEILOと診断し，横隔膜を用いた呼吸筋トレーニングを実施することで改善した．

O15-4. 日本の HPV/HPV ワクチンに関する実施および意識調査

○大谷美樹・渡邉　嶺・和佐野浩一郎・飯島宏明
芦田裕士・大上研二・小幡和史・山内麻由

東海大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景と目的】ヒトパピローマウイルス（Human papillomavirus：HPV）は中咽頭がん，子宮頸がん，肛門がん，外陰・膣・陰茎がん，尖圭コンジローマなど複数の疾患の発症と関連するウイルスである．HPV ワクチンはこれら一部の HPV 関連疾患の予防に有効であり，欧米では男女双方を対象とした公的接種が推奨されている．一方，本邦では男性は HPV ワクチンの定期接種対象外であり，接種費用補助は各自治体の判断に委ねられ，特に男性を含む一般成人における HPV ワクチン関連疾患の認知度，HPV ワクチンの接種実態，接種に対する受容性や障壁に関する基礎データは十分とはいえない．近年，HPV 関連中咽頭癌の増加が国際的に問題となっており，頭頸部がん領域においても HPV ワクチンによりがん発症リスク軽減の可能性が注目されている．そこで本研究では，本邦の一般成人を対象に HPV および HPV ワクチンに関する認知度，接種実態，情報源，接種意思および接種に対する障壁を明らかにすることを目的とした．得られた回答をもとに性別，年齢層，接種歴の有無などによる HPV に関する認知度およびワクチンの接種意思の違いを解析する．【対象と方法】18 歳以上 69 歳以下のインターネット調査モニター男女 500 人を対象として無記名 Web アンケート調査を実施した．調査項目は HPV および HPV 関連疾患の認知度，HPV ワクチンの認知度および接種歴，接種・非接種の理由，今後の接種意思，家族や身近な人への接種推奨意思，情報源，関連疾患の既往，性的活動に関する項目とした．【結果】現在，アンケート調査を実施中である．本発表では，集積された回答をもとに，HPV や HPV ワクチンに関する性別や年齢層による認知度の差，ワクチン接種に対する費用面や情報不足などの具体的な障壁について解析し，本邦における HPV ワクチンの普及に向けた課題を考察する．

O16-1. 難治性口腔内症例

○土井　彰[1)]・山本朗子[1)]・梶山泰平[1)]・小桜謙一[1)]
赤木博文[2)]

1）高知医療センター耳鼻咽喉科
2）岡山市

【はじめに】口腔内の症状としての痛みがあり，長期にわたる口内痛に苦しむ症例がいる．今回当科を受診した持続する難治性の口内痛症例を報告する．

【主訴】口内痛

【既往歴】特記事項なし

【現病歴】左口蓋扁桃周囲の痛みで近医を受診し，CT 検査および生検を受けたが異常は指摘されず疼痛が持続したため当科を受診した．初診時左口蓋扁桃粘膜の一部は潰瘍化していた．腫瘤は蝕知しなかった．また潰瘍部分の細菌検査では口腔内の常在菌のみが検出された．

【経過】経過を見ていたが改善しないため，当科で再生検を行ったが悪性所見を認めず，膠原病科での診察では膠原病は否定された．血液検査では血清銅のみ高値であった．また眼科の診察でも著変を指摘されなかった．プレドニンを処方したところ，最初は疼痛が改善したが次第に効果はなくなってきた．初診から 3 年後に皮膚ヘルペスが出現・増悪した際に，白色病変は反対側の扁桃とすこし離れた咽頭側壁に出現した．ヘルペスによる三叉神経痛と診断したが，プレガバリン®を処方したが無効であった．現在キシロカイン®とグリセリン®，アズノール®を混合した含嗽薬で対応している．

【考察と結語】日常臨床では，難治性口内痛の対応に苦慮することが多く，長期間の観察を行う必要が出てくる．本症例では最終的に神経障害性疼痛が原因と判断したが，この場合根本原因の解決ではなく，対症療法にならざるを得ない．

O16-2. 当院における難治性咽喉頭潰瘍の検討

○有本蔵人・山崎直弥・松延　毅・宇野光祐
塩谷彰浩・荒木幸仁

防衛医科大学校　耳鼻咽喉科

咽喉頭粘膜の潰瘍は日常診療でしばしば経験され，その多くは速やかに軽快するが，難治例では悪性腫瘍，感染症，自己免疫疾患など多岐にわたる鑑別を要し，診断に難渋することがある．今回，当院における難治性咽喉頭潰瘍30例を後方視的に検討し，あわせて感染症と悪性腫瘍の鑑別に難渋した1例を報告する．2010年4月から2026年1月までに当院を受診した難治性咽喉頭潰瘍30例を対象とした．難治性咽喉頭潰瘍の定義として現在明らかに定まっているものはなく，本発表では当院での病名登録にて難治性咽喉頭潰瘍の登録がされている患者を選択して検討を行った．平均年齢は63.2歳で，男性19例，女性11例であった．原因疾患は悪性腫瘍8例，自己免疫性疾患・膠原病5例，感染症2例，嚢胞性病変1例，薬剤性1例，原因不明13例であった．診断までの平均日数は悪性腫瘍群19.25日に対し，感染症群74.5日と最も長かった．感染症では画像上悪性腫瘍に類似した所見を呈し，生検でも炎症や壊死所見のみで確定診断に至らないことがあり，悪性腫瘍を否定しきれないことが診断遷延の一因と考えられた．代表症例は56歳男性で，左喉頭蓋谷病変に対し画像上悪性腫瘍が疑われたが，再生検および培養検査によりEikenella corrodens感染による喉頭壊死，咽頭喉頭穿孔と診断した．難治性咽喉頭潰瘍では，単回の検査で判断せず，再生検や培養検査を含めた慎重な評価が重要である．

O16-3. 口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス感染症のHSVPCRと迅速抗原検査　第二報

○大塚雄一郎[1)]・武内杜詩子[1)]・米倉修二[2)]・花澤豊行[2)]

1）千葉市立海浜病院
2）千葉大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

口腔咽喉頭の単純ヘルペスウイルス（以下HSV）感染症の診断には血清抗HSV-IgM/IgG抗体の測定が一般的であるが発症Day 7以降でないと陽転化しない．そのため確定診断までに時間を要する欠点がある．血清抗体検査以外には迅速抗原検査とPCR検査がある．迅速抗原検査は婦人科泌尿器科では感度87%・特異度91.2%，眼科では感度55%・特異度100%，皮膚科で感度78.8%・特異度99.2%と報告されているが耳鼻科ではまとまった報告がない．脳炎・髄膜炎やぶどう膜炎や陰部感染症において利用されているHSVのPCRも耳鼻科では報告がない．2016年4月から2024年4月までに当院を受診して血清抗体検査でHSV感染症の診断に至った58例を対象に後ろ向きに検討した．53例に口腔咽頭病変の迅速抗原検査を行い，24例が陽性で29例が陰性で感度は41%にとどまった．50例に口腔咽頭病変を採取してPCR検査を行った．4例は40コピー未満であった．46例は40コピーより大きく最大値は6E+7，平均7E+6コピーであった．40コピーをcut off値とすると感度は92%と高かった．逆に血清抗体検査でHSV感染症を否定した88例を後ろ向き検討した．迅速抗原検査を実施した82例のうち陽性は0例であり特異度は100%であった．HSV-PCR検査を実施した81例のうち陽性（cut off 40copy）は0例でありこちらも特異度は100%であった．迅速抗原検査は感度が低いが15分で結果が判明する．PCR検査は検体採取に手間がかかり結果判定まで数日かかるが，感度が非常に高い．両検査とも特異度は100%と高く，組み合わせることで血清抗体検査よりも迅速にHSV感染症を診断できる可能性が高い．

O16-4. 当科で最近経験した梅毒の3症例

○余田敬子

東京女子医科大学附属足立センター

【はじめに】2023年には発生件数が15,000人を超えた梅毒はさまざまな臓器に多彩な症状を生じうる疾患で，耳鼻咽喉科へは口腔咽頭や内耳の症状，頸部リンパ節腫脹を訴えて受診する可能性がある．今回，最近当科で経験した3症例を報告する．

【症例1】29歳男性．2027年9月X日からふらつき感がありX+3日A耳鼻科を受診．咽頭に白色病変を認めため梅毒を疑い梅毒抗体検査を行ったところ陽性であったため，X+10日当科へ紹介された．X+3日から前医よりAMPC投与開始されており，当科初診時に咽頭病変は認めなかったがRPR 47.7 RU, TPLA 363.3 COIで梅毒と診断，AMPC 1500mg/日を計30日間投与した．以後来院はない．

【症例2】52歳男性．2025年2月Y日より両耳の聞こえにくさ，右耳痛，歩き初めにくらっとするめまいがあり，Y+14日B耳鼻科を受診．右耳の骨導低下と鼓膜の発赤を認めPSL 10mg/日×2日間・抗菌薬が処方された．Y+16日から右難聴が悪化，さらに2024年12月に性交渉があった女性が数日前に梅毒と診断されたことが判明．Y+28日の梅毒抗体検査はRPR 50.0RU，TPLA 1,090.0TUで内耳梅毒と診断，PSL 20mg/日+AMPC 1,500mg/日を開始．右骨導低下は改善を認めるもののなお残存するためY+31日当科へ紹介．右滲出性中耳炎も認めたため右鼓膜切開し，AMPC 1,500mg/日を計28日間継続，その後右聴力は順調に改善した．

【症例3】52歳女性．2025年11月Z日インフルエンザと診断された．Z+19日より咽頭痛が，数日後より全身に発疹が生じたためC耳鼻科を受診．扁桃炎の診断で抗菌薬を処方されたが改善しないため，Z+82日にD耳鼻科受診．咽頭粘膜斑を認め，梅毒抗体検査が陽性であったためZ+87日当科へ紹介された．当科初診時，咽頭の粘膜斑と全身のバラ疹を認め，RPR 591.1RU，TPLA 930.7COIで梅毒と診断した．AMPC 1,500mg/日を計28日間投与し症状は速やかに改善した．

O16-5. 上気道感染症の主要原因細菌に対するlascufloxacinのmutant selection windowの検討

○河野正充・保富宗城

和歌山県立医科大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】薬剤耐性（AMR）は世界的な公衆衛生課題であり，WHOのBacterial Priority Pathogens Listにも上気道感染症の原因菌である*Streptococcus pyogenes*，*Streptococcus pneumoniae*，*Haemophilus influenzae*が含まれている．近年，本邦でもレスピラトリーキノロンに対する耐性・低感受性株の出現が報告されており，抗菌薬適正使用の重要性が高まっている．Lascufloxacin（LSFX）は高い組織移行性を特徴とするレスピラトリーキノロンである．本研究では，上気道感染症由来臨床分離株に対するLSFXの最小発育阻止濃度（MIC）および変異阻止濃度（MPC）を測定し，mutant selection window（MSW）と上気道組織内濃度との関係を検討した．

【方法】急性咽頭・扁桃炎患者由来*S. pyogenes* 30株，急性鼻副鼻腔炎患者由来*S. pneumoniae*および*H. influenzae*各30株，急性中耳炎患者由来*S. pneumoniae*および*H. influenzae*各30株を対象とした．MICはCLSI準拠寒天平板希釈法により測定した．MPCは約1×10^{10} CFUの菌液を用いて測定し，MIC90およびMPC90からMSWを算出した．さらに，既報におけるLSFXの上気道組織内濃度と比較検討した．

【結果】LSFXのMIC90/MPC90は，*S. pyogenes*，*S. pneumoniae*，*H. influenzae*でそれぞれ0.06/0.12，0.12/0.25，0.06/0.06μg/mLであった．MSWは*S. pyogenes*，*S. pneumoniae*，*H. influenzae*でそれぞれ0.06–0.12，0.12–0.25，0.06μg/mLであった．既報のLSFX組織内濃度は，口蓋扁桃，副鼻腔粘膜，中耳粘膜でそれぞれ1.30, 1.32, 0.87 μg/gであり，いずれも各菌種のMPCを十分上回っていた．

【結論】LSFXは上気道感染症の原因菌に対して低いMIC・MPCを示し，上気道組織内濃度はMSWを超えていた．LSFXはPK/PDの観点から，上気道感染症において耐性菌選択リスクが低いレスピラトリーキノロンである可能性が示唆されるとともに，AMR対策の観点からPK/PD理論に基づくLSFXの適正使用を支持する知見と考えられた．

O16-6. 喫煙が鼻腔・上咽頭・口腔細菌叢に及ぼす影響に関する検討

○川本健介[1)2)]・木村翔一[2)]・藤本暁江[3)]・谷口奈央[3)]
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　耳鼻咽喉科学教室
3）福岡歯科大学　口腔保健学講座　口腔健康科学分野

【目的】喫煙は呼吸器疾患や口腔疾患の発症・進行に深く関与する主要なリスク因子であり，局所細菌叢の恒常性に影響を及ぼす可能性が示唆されている．しかし，鼻腔・上咽頭・口腔における細菌叢を包括的に比較した報告は限られている．本検討では，各部位における細菌叢の特徴を比較するとともに，喫煙がそれらに及ぼす影響について検討した．【方法】喫煙者 15 例および非喫煙者 15 例を対象とし，鼻腔，上咽頭，舌背から擦過検体を採取した．16S rRNA 遺伝子解析を用いて細菌叢を評価し，α多様性は菌種の豊富さおよび Shannon index により検討した．あわせて，主要細菌属の構成比を群間および部位間で比較した．【結果】喫煙者群，非喫煙者群ともに，鼻腔および上咽頭では Staphylococcus 属および Corynebacterium 属で細菌叢の大部分を占めていた．一方，舌背ではより多様な菌属から構成される傾向がみられた．主要細菌属の構成に明らかな群間差は認めなかった．菌種の豊富さは鼻腔と上咽頭で概ね同程度であり，舌背で高い傾向を示した．また，喫煙者で菌種の豊富さがやや高い傾向を認めた．Shannon index も概ね同様の傾向であったが，群間差は明確ではなかった．【考察および結論】鼻腔・上咽頭・舌背の間には部位特異的な細菌叢の違いが認められた．また，喫煙との関連については一部に傾向がみられたものの，その影響は限定的である可能性が示唆された．これらの所見は，各部位における細菌叢の包括的な評価に寄与する可能性が示唆された．

O17-1. 耳下腺唾石および耳下腺内外の石灰化病変の描出における MRI の有用性

○江崎伸一[1)]・佐藤慎太郎[1)]・有馬菜千枝[1)2)]・岩崎真一[1)]

1）名古屋市立大学　医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科
2）名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院　耳鼻いんこう科

耳下腺唾石症は，耳下腺導管内に生じた結石が管腔を閉塞し，頬部腫張や疼痛をもたらす疾患である．唾石はカルシウム塩を主成分とし X 線透過性が低いため，唾石の大きさや局在の評価には X 線 CT が有効とされる．近年，唾液腺内視鏡の導入により，口腔内から低侵襲に耳下腺唾石を摘出可能な症例が増えている．内視鏡摘出の適応判断には，ステノン管の太さや形態，唾石との位置関係を把握することが必要である．また，頬部腫脹や疼痛を呈する耳下腺慢性炎症などに伴う耳下腺内石灰化との鑑別も重要である．これらの評価にはステノン管と石灰化病変の位置関係の把握が不可欠であるが，ステノン管は周囲軟部組織と同程度の CT 値を示すため，X 線 CT 単独では判別が困難である．我々はこれまで顎下腺唾石症の手術前に，MRI で唾石およびワルトン管を描出してきた．今回，同様の手法を用いて耳下腺唾石，ステノン管および耳下腺内石灰化の描出が可能か検討した．典型的な画像を提示し，報告する．

O17-2. 顎下腺唾石症に対する経口的摘出術症例の検討

○山口真央[1)]・岡村　純[1)]・渡邉尚喜[1)]・三澤　清[2)]

1）聖隷浜松病院　耳鼻咽喉科
2）浜松医科大学　耳鼻咽喉科頭頸部外科

【目的】顎下腺唾石症の手術治療では，経口的摘出術または顎下腺全摘術が選択される．顎下腺移行部唾石症は唾石が深部に位置し，経口的摘出術の可否判断や術中操作が難しいことが多い．当科では近年可能な限り経口的摘出術を選択しており，その有用性と手術難易度に関与する因子を明らかにすることを目的に検討した．【対象と方法】2016 ～ 2025 年に当科で手術を施行した顎下腺唾石症 109 例のうち，移行部唾石症 49 例を対象に後方視的検討を行った．検討項目は患者背景，術式，唾石最大径，手術時間，入院期間，術中移行の有無，術後合併症とした．【結果】49 例の内訳は男性 16 例，女性 33 例，平均年齢 44.7 歳であった．術式は経口的摘出術（T 群）22 例，顎下腺全摘術（S 群）27 例であった．唾石最大径は平均 9.2mm で，T 群 10.8mm，S 群 7.8mm であった．平均入院期間は T 群 3.0 日，S 群 5.1 日で，平均手術時間はそれぞれ 44.4 分，98.5 分であった．経口的摘出術から外切開へ術中移行した症例を 1 例認めた．急性期合併症は，T 群で顎下部腫脹 3 例，舌のしびれ 3 例，S 群で顔面神経下顎縁枝一過性麻痺 6 例，舌のしびれ 2 例，頸部膿瘍 1 例であった．晩期合併症として S 群で術後性ガマ腫 1 例を認めた．【考察】移行部唾石症に対する術式選択には明確な指針がなく，唾石の触知性，局在，周囲組織の炎症性変化を総合的に評価する必要がある．当科では触診可能例ではできるだけ経口的摘出術を選択しているが，反復炎症による顎下腺硬化や小唾石では術中同定が困難となり手術時間が長くなる症例が認められ内視鏡併用はこれらの症例の手術時間の改善に寄与する可能性が示唆された．

O17-3. 顎下腺唾石摘出術後に発生したがま腫への対応

○鈴木貴博・佐藤輝幸・舘田　豊・太田伸男

東北医科薬科大学　耳鼻咽喉科学

がま腫は口腔底や頸部に形成される粘液貯留嚢胞の一種であり，腫脹部位により舌下型，顎下型，舌下・顎下型に分類される．顎下腺唾石摘出術後にも合併症としてがま腫が発生することがあり，その頻度は 1 ～ 6%と報告されている．当院では過去 10 年間に術後性がま腫 6 例を経験した．唾石に対するアプローチは，口内法による摘出が 5 例，口内法と顎下腺摘出の併用が 1 例であった．発症時期は術後 1 ヵ月から 1 年 7 ヵ月であり，全例が舌下型であった．がま腫に対する治療については 4 例に対して OK-432 を用いた硬化療法を施行し，いずれも消失した．残りの 2 例は自壊後に自然消失した．がま腫の発生機序としては，舌下腺導管の破綻により唾液が周囲間隙へ漏出することが関与すると考えられている．日常診療では手術既往のない自然発生のがま腫に遭遇することがあるが，本検討では全例に口腔底の手術操作が加えられ術中に舌下腺を露出していたことから，舌下腺導管損傷が発症に関与していると推察された．OK-432 局注による硬化療法はがま腫の嚢胞壁に局所炎症反応を惹起し，嚢胞壁の癒着を促すことが知られている．本検討から，自然発生のがま腫と同様に，術後性がま腫に対しても硬化療法の有効性が示唆された．症例の経過に若干の文献的考察を加えて報告する．

O17-4. 顎下型がま腫に対して舌下腺全摘術を施行した4例

○新井風菜[1)]・江崎伸一[2)]・島田ひかる[1)]・有馬菜千枝[2)]
佐藤慎太郎[2)]・岩崎真一[2)]

1）春日井市民病院
2）名古屋市立大学大学院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

口腔底に発生する嚢胞性疾患の中で，最も頻度が高い疾患はがま腫である．がま腫は舌下腺管の閉塞を契機として生じる粘液貯留嚢胞であり，舌下間隙に限局する舌下型と舌下間隙を超えて形成される顎下型に分類される．顎下型がま腫に対しては，まずは穿刺吸引療法が行われ，再発を繰り返す症例に対してはOK-432注入療法や手術療法が考慮される．手術療法としては，がま腫の成因を考慮して舌下腺全摘術が選択されることが多い．舌下腺全摘術は，OK-432注入療法と比較して侵襲はやや高くなるが，単回の治療で完結できる点が長所となる．しかし，顎下型がま腫の頻度は高くないため，手術症例の報告は少ない．そこで今回，当施設で経験した舌下腺摘出術を施行した顎下型がま腫の症例について検討した．対象は，名古屋市立大学病院と春日井市民病院を受診した顎下型がま腫12症例のうち，舌下腺全摘術を施行した4例とした．平均年齢は27.8 ± 8.6歳で，全例男性であった．手術はすべて経口腔的に舌下腺摘出のみを行い，がま腫自体への直接操作は加えなかった．1例で軽度の舌神経障害を認めたが，その他の合併症は認めず，再発も認めなかった．顎下型がま腫に対する舌下腺全摘術は，口腔内から完結できる手術であり，治療の確実性だけでなく，審美面においても優れた手術法であると考えられた．

O17-5. 当科における唾液腺内視鏡手術システムの立ち上げ

○木下一太・寺田哲也・神人　彪・萩森伸一

大阪医科薬科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

近年，唾液腺内視鏡の臨床応用は拡大しつつあり，本邦でも普及が進んでいる．従来は頸部外切開を要することが多かった唾石症において，唾液腺内視鏡を用いることで経口的摘出が可能となる場合があり，低侵襲手術として有用である．当科では2025年7月より唾液腺内視鏡手術を導入し，これまでに3例の顎下腺唾石症に対して施行した．今回，本手術システムの導入および実施を通じて得られた経験を報告する．1例目は13歳男性，反復する顎下部の腫脹を主訴とした．触知困難な6mm大の唾石をCTで左側ワルトン管内に認め，内視鏡下摘出術を施行した．初回導入症例であったため外部講師を招聘し，術前に手術室看護師を含めたカンファレンスを行ったうえで手術を施行した．ワルトン管開口部からブジーを挿入し，口腔底粘膜を切開してワルトン管を露出した後，ブジーをガイドにワルトン管開口部を切開し開口部形成を行い，内視鏡を挿入して唾石を摘出した．退院後1ヵ月以内に2回顎下腺の腫脹を認めたが，その後再発はなく創部経過は良好であった．症例2，3はそれぞれ14歳女性，15歳男性で，いずれもワルトン管内唾石症に対して内視鏡下摘出術を施行した．ワルトン管開口部からブジーを挿入し，順次拡張した後に内視鏡を挿入し，バスケット鉗子で唾石を把持して摘出した．両者とも摘出時に開口部へ小切開を追加した．症例3では鉗子牽引の影響と考えられるバスケットの一部断線を認めたが，異物遺残を疑う所見は認めなかった．両症例とも術後経過は良好であった．新規手術導入にあたっては，術前・術後ともに他職種との連携および十分な情報共有が重要である．実際の唾液腺内視鏡の導入を通じて，手術を体系化していくまでの過程や新たな手術手技の獲得までの困難さ実感した．一方で術創は極めて小さく，患者満足度は高いものであった．症例の蓄積により，手技の理解も深まり，今後の治療の質向上に有用と考えられた．

O17-6. シェーグレン症候群に対する唾液腺内視鏡治療についての文献的考察

○長井健一郎・松延　毅・宇野光祐・塩谷彰浩
荒木幸仁

防衛医科大学校　耳鼻咽喉科学講座

シェーグレン症候群（SS）は人口の 0.2 ～ 0.4%に発症し女性に 10 倍多い慢性自己免疫疾患で，外分泌腺の不可逆的破壊により反復性唾液腺腫脹・口腔乾燥の結果 QOL 低下を呈する．人工唾液や M3 受容体作動薬，全身ステロイド・免疫抑制剤等の既存療法は効果が限定的か副作用を伴い，唾液腺摘出術は顔面神経麻痺（1 ～ 3%）等の合併症リスクを有する．低侵襲治療である唾液腺内視鏡は SS 患者で頻繁に認める導管炎・狭窄・粘液栓に対し機械的拡張・生食洗浄・ステロイドの局所抗炎症作用を介し，可逆的な導管系狭窄を伴う反復性耳下腺腫脹の QOL 改善目的の対症療法として，海外では広く行われつつある．本邦においても SS の唾液管炎による狭窄と考えられる反復性耳下腺腫脹をきたしている症例を経験するが，本邦では SS に対する唾液腺内視鏡による治療について保険適応はない．本研究では SS に対する内視鏡治療の有効性と安全性を系統的文献レビューにより検討した．PubMed で「Sjogren's syndrome」「sialendoscopy」を検索しメタ解析 2 本と RCT2 本を含む計 7 文献を選定した．Beumer らのメタ解析（91 研究 8218 例）では成功率 80.9%，Coca らのメタ解析（6 研究 125 例）では症状寛解率 90 ～ 99%と推定された．Capaccio らは SS22 例で内視鏡＋ステロイド注入群と単独群を比較し腺腫脹頻度をそれぞれ 87%・75%減少させ併用群の優越性を示した．Karagozoglu・Du らの RCT2 報（計 87 例）では唾液分泌量増加と口腔乾燥指数・ESSPRI の改善が 24 ～ 60 週まで持続し，Borner らも多腺罹患 SS10 例中 9 例で改善を報告した．合併症は一過性腺腫脹・軽度疼痛・術後感染等の軽微なものに限られ，重篤合併症はなかった．本治療は反復性耳下腺腫脹を伴う SS に対し症状・分泌量・乾燥感の多面的改善と長期持続性，安全性を示し，ステロイド注入併用はさらに有効性を高め得る．本邦においても QOL 改善を目指す有望な治療選択肢と考えられた．

O18-1. 高齢頭頸部癌症例における治療前機能評価と治療中インシデントの発生状況

○東野正明・門田伸也・橋本香里・佐藤恵里子
増井貴嗣

国立病院機構四国がんセンター　頭頸科・甲状腺腫瘍科

本邦の平均寿命は延長し，日本は世界一の長寿国である．頭頸部悪性腫瘍登録でも，70 歳以上は 51%，80 歳以上は 15%を占め，高齢の頭頸部癌症例が増加傾向にある．一般的に高齢者は多彩な合併症を有することが多いが，一方で高齢であっても心肺機能が十分に保たれ，実年齢よりも健康が保たれた高齢者も一定数で存在し，個人差が大きい．我々は，これまで 70 歳以上の症例に対しては，通常の全身検査に加えて，治療前の外来受診時に総合的な高齢者機能評価ツールである Geriatric 8（G8）と，認知機能と生活機能のスクリーニングツールである DASC-8 を施行してきた．このたび，それらの結果を検討するとともに，治療中のインデント発生との関連について考察した．検討対象は，当院で 2023 年 12 月から 2025 年 12 月に四国がんセンター頭頸科・甲状腺腫瘍科を受診した 70 歳以上の頭頸部癌患者 74 例とした．年齢は中央値 77 歳（70-104 歳），男性 49 例，女性 25 例であった．原疾患は，扁平上皮癌群 49 例，非扁平上皮癌群 25 例であった．70 歳以上の高齢頭頸部癌患者では，G8 で 69%，DASC-8 で 23%が異常値であった．特に 80 歳以上ではそれぞれ，90%，43%であった．扁平上皮癌群では，進行癌で早期癌より G8 と DASC-8 はいずれも有意に低下していたが，非扁平上皮癌群では，進行癌と早期癌で差がなかった．これは扁平上皮癌では口腔咽頭などの原発巣の病変による食事量や体重減少などで G8 スコアが低下し，認知機能低下により症状の訴えの欠如，がん検診受診率の低さ，認知症によるがん症状の見過ごしリスクなど上昇している可能性が示唆された．さらに，G8 と DASC-8 が入院治療中のインシデント発生リスク因子になりうるかについて検討した．

O18-2. 下咽頭・喉頭癌アルミノックス治療のQOL変化と有害事象

○浅野　悠[1)]・岡本伊作[2)]・塚原清彰[1)]

1）東京医科大学　八王子医療センター　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

サイドファイヤーディフューザーの導入により，従来照射が容易でなかった下咽頭・喉頭領域への光免疫療法（以下PIT）の実施可能性が高まっている．一方，同領域では疼痛や喉頭浮腫などの急性期有害事象を生じ得るため，退院後の生活の質（QOL）評価が重要である．【目的】下咽頭・喉頭癌に対する初回PIT前後のQOL変化を患者報告アウトカム（以下PRO）で評価する．【方法】単施設後方視的研究．初回ＰＩＴを施行した切除不能局所進行または局所再発下咽頭・喉頭癌12例を対象とした．EORTC QLQ-C30およびQLQ-H & N35を治療前と退院後外来初回受診時に回収し，線形混合モデルで前後差を解析した．気管切開は全例に施行した．有害事象は入院中のworst Gradeを集計した．【結果】症状尺度では対人接触の困難（p＝0.027），疲労（p＝0.042），開口障害（p＝0.046）が有意に悪化した．機能尺度では役割機能が有意に低下した（p＝0.032）．入院中有害事象は疼痛12例（100%），喉頭浮腫11例（91.7%）であったが，退院時には気道・疼痛管理はいずれも外来対応可能であり，カフ付き気管カニューレを継続して退院した症例はなかった．【結論】下咽頭・喉頭癌に対する初回PIT後短期では，急性期有害事象のピークを脱した後も，対人接触，疲労，開口障害，役割機能に関わるQOL低下が認められた．退院後PROは，急性期有害事象のみでは把握しにくい生活上の支障を評価する上で有用である．

O18-3. 下咽頭・声門上癌化学放射線療法症例の予後予測における宿主の炎症・栄養・免疫の影響

○高野峻輔[1)]・柴田章帆[1)]・松居祐樹[2)]・渡部佳弘[1)]
重冨征爾[3)]・今西順久[1)]

1）国際医療福祉大学医学部　成田病院　耳鼻咽喉科頭頸部外科
2）平塚市民病院　耳鼻咽喉科
3）川崎市立川崎病院　耳鼻咽喉科

【背景】局所進行下咽頭・声門上癌（HPC&SGC）は治療成績の改善に乏しく，治療の個別最適化は依然困難である．近年様々な炎症・栄養・免疫関連の血液学的指標の予後予測における有用性が報告されているが，HPC & SGCの治療法に応じた最適な予後指標は不明である．そこで我々は，根治的な化学放射線療法（CRT）または放射線療法（RT）を受けたHPC&SGC患者における最も信頼性の高い予後指標（血液学的予後マーカー）の同定を目的に探索型観察研究を行った．【方法】対象は（導入化学療法施行の有無を問わず）根治治療としてCDDP併用CRTまたは単独RTを受けたHPC（n＝77）およびSGC（n＝19）患者計96例．アウトカム変数である観察期間＋臨床転帰，および関連しうる説明変数として患者因子，疾患因子，および治療開始前血液学的・生化学的検査数値を網羅的に抽出した．さらに患者の炎症・栄養・免疫を間接的に反映する複合指標としてNLR，LMR，PLR，SII，SIRI，AGR，CAR，mGPS，CONUTおよびmodified CONUT scoreを算出した．連続変数の2値化にはR Studioを用いて時間依存性ROC曲線解析を行いcut-off値を決定した．全生存率（OS）および無病生存率（DFS）についてCox比例ハザードモデルにより上述の説明変数のOS・DFSへの影響を検討のうえ，独立予後規定因子を求めた．【結果】年齢および性別で調整した多変量Cox回帰の結果，OSの独立予後因子はAGR（＜1.29 vs ≧1.29，HR＝2.12，P＝0.034）およびN stage（N1-3 vs N0，HR＝4.66，P＝0.015），DFSの独立予後因子はAGR（＜1.38 vs ≧1.38，HR＝2.23，P＝0.021），mCONUTスコア（≧2 vs ＜2，HR＝2.14，P＝0.042）およびN stage（N1-3 vs N0，HR＝4.47，P＝0.008）であった．【結語】本コホートにおいてOSおよびDFSにおけるAGR，DFSにおけるmCONUTスコアは信頼性の高い治療前血液学的予後指標と考えられた．これらの指標は，補助療法の強化が必要な患者を選別するのに有用な可能性がある．

O18-4. 舌癌の疫学動向と急速進行性若年例における腫瘍免疫微小環境の検討

○菅谷翔太・木村有佐・河田　萌・川勝大河
吉澤宏一・佐分利純代・布施慎也・森岡繁文
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

舌癌は世界的に増加傾向にあり，特に女性における若年発症例の増加が指摘されている．しかし，国内における疫学的実態や，若年発症例の分子変異や免疫学的特徴は十分に解明されていない．本研究では，全国レベルでの舌癌手術症例の疫学的動向を解析するとともに，急速進行性若年舌癌における腫瘍免疫微小環境の特徴を明らかにすることを目的とした．疫学解析には匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）を用い，2014-2022 年の医科および 2016-2022 年の歯科レセプトデータから舌癌手術件数を集計した．また，急速進行性若年発症舌癌 5 例について臨床情報および 14 マーカー多重免疫組織化学法による腫瘍微小環境解析を実施した．舌癌手術の年間平均件数は 4,470.7 件で，経年的な増加傾向を認めた．40 歳未満の男女比は 1：1 と若年層で女性の割合が高く，年齢調整リスク比は 40 ～ 44 歳の女性（RR＝1.083）で有意に上昇していた．一方，若年発症舌癌 5 例（22 ～ 48 歳，中央値 40 歳）の再発期間中央値は 3 ヵ月と急速であった．5 例中 3 例に飲酒・喫煙歴がなく，2 例で TERT プロモーター変異を検出した．免疫組織学的解析では，全症例で豊富な腫瘍関連マクロファージの浸潤を認めた．CD8 陽性 T 細胞の浸潤度には症例間でばらつきを認めたが，非若年（高齢）発症例と比較して，若年例では全体的な浸潤度が高い検体であっても，CD8 陽性 T 細胞が腫瘍細胞巣から排除される傾向が認められた．日本における舌癌手術件数は若年女性を中心に増加傾向にある．これら急速進行性若年発症舌癌は異なった腫瘍・免疫的性質を有する可能性が示され，今後のさらなる治療標的の検索が求められる．

O18-5. 頭頸部扁平上皮癌における安静時心拍数の予後因子としての意義

○対馬那由多・本間明宏

北海道大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】安静時心拍数（resting heart rate：RHR）の上昇は，種々の癌において予後と関連することが報告されているが，これまで頭頸部癌における検討は行われていない．本研究は RHR が頭頸部癌の生命予後と二次原発癌の発生に与える影響を明らかにすることを目的とした．

【目的】当院で化学放射線療法を施行した中咽頭・下咽頭・喉頭扁平上皮癌 213 例を対象とした．RHR は治療開始 1 ヵ月以内に施行した 12 誘導心電図の結果を用い，カットオフ値は ROC 曲線により決定した．生存率および二次原発癌の累積発生率は Kaplan-Meier 法で算出し，log-rank 検定により比較した．Cox 比例ハザードモデルを用いて全生存に関連する因子を解析した．

【結果】観察期間中央値は 7.4 年であった．RHR の中央値は 71bpm であり，アルコール摂取量およびヘモグロビン値と有意な関連を認めた．ROC 曲線により RHR のカットオフ値は 83bpm と決定した．RHR≧83bpm 群では，RHR＜83bpm 群と比較して，全生存率（P＝0.004）および疾患特異的生存率（P＜0.001）が有意に低かった．5 年全生存率は RHR＜83bpm 群で 75%，RHR≧83bpm 群で 56%であった．多変量解析では，RHR≧83bpm（HR 1.9, 95%信頼区間 1.1-3.3, P＝0.015）およびヘモグロビン低値が全生存における独立したリスク因子であった．

二次原発癌は 64 例に認め，食道癌が 34 例と最多であった．RHR≧83bpm 群では二次原発癌の発生が有意に多く（P＝0.016），臓器別では食道癌の発生が有意に多かった（P＝0.003）．

【結論】RHR は生命予後および二次原発癌の発生と関連する可能性が示された．治療前に簡便に取得可能な指標であり，予後予測やリスク層別化に有用なバイオマーカーとなる可能性がある．

O18-6. 口腔・咽頭領域に多発した扁平上皮癌における時間的・空間的腫瘍表現型変化の検討

○高橋　薫[1)]・關　麻衣[2)]・増田　恵[2)]・竹内一隆[3)]
三澤　清[3)]・近松一朗[1)]

1）群馬大学大学院　医学系研究科　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学
2）群馬大学大学院　医学系研究科　病理診断学
3）浜松医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

頭頸部扁平上皮癌では，喫煙・飲酒などを背景としたfield cancerizationにより，口腔・咽頭粘膜に多発癌を生じることが知られている．一方，個々の病変における腫瘍表現型の時間的・空間的変化については十分に検討されていない．今回我々は，口腔・咽頭領域に異時性・同時性に多発した扁平上皮癌症例に対し，免疫組織学的検討を行ったので報告する．症例は73歳男性．6年前に左頬粘膜癌および下咽頭癌，5年前に中咽頭癌の既往があり，当科にて経過観察中であった．定期診察にて軟口蓋および右扁桃に粘膜不整を認め，生検の結果，いずれも扁平上皮癌と診断された．経口的切除術を施行し，術後病理組織学的検査では，軟口蓋病変は扁平上皮癌，扁桃病変は上皮内癌であった．過去病変を含め，p16，p53およびRB免疫染色を比較検討したところ，左頬粘膜癌，下咽頭癌および5年前の中咽頭癌では，p53陽性・p16陰性パターンを示した．一方，今回の軟口蓋病変ではp53 null patternを認め，扁桃病変ではp53 wild-type patternを示した．さらに扁桃病変では，約30%の限局的p16発現を認めたが，HPV関連中咽頭癌の判定基準は満たさなかった．RB発現はいずれの病変でも保持されていた．また，HPV DNA検査はいずれの病変も陰性であった．一般に，喫煙・飲酒関連頭頸部癌ではp53異常およびp16陰性を示すことが多い．本症例では，長期間にわたり口腔・咽頭領域に多発癌を反復する中で，後期病変においてp53発現パターンの分岐および限局的p16発現を認め，発癌field内における時間的・空間的な腫瘍表現型変化の可能性が示唆された．本症例は，HPV非関連扁平上皮癌において，field cancerizationが静的ではなく，時間経過とともに腫瘍生物学的表現型が変化し得る可能性を示唆する症例と考えられた．

O18-7. Stage Ⅲ・Ⅳ頭頸部扁平上皮癌における手術待機期間と治療効果の検討

○足立将大・渡部将史・田渕経司

筑波大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】Stage Ⅲ・Ⅳ頭頸部扁平上皮癌において，手術待機期間が治療成績にどのように影響するのかは明らかではない．今回我々は手術待機期間と予後の関連について検討を行った．【対象・方法】2014年1月から2023年12月までに筑波大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科で初回治療として手術を施行したStage Ⅲ・Ⅳ口腔・中咽頭・下咽頭・喉頭癌を対象とした．扁平上皮癌以外の組織型は除外した．当院初診日から手術日までの期間を手術待機期間と定義した．手術待機期間6週間をカットオフ値として2群（＜6w群，≧6w群）に分類した．無再発生存率（RFS）との関連を検討した．【結果】対象症例107例（男性99例，女性8例），年齢中央値70歳（38-90歳）であった．原発部位は，口腔25例，中咽頭3例，下咽頭30例，喉頭49例であり，cStage Ⅲ/Ⅳそれぞれ32/75例であった．手術待機期間は中央値37日（15-131日）であり，＜6w群64例，≧6w群43例であった．3年RFSは，＜6w群65.5%，≧6w群68.4%であり両群間に有意な差はなかった．原発部位ごとの3年RFSは，喉頭癌で＜6w群71.0%，≧6w群76.2%，下咽頭癌で＜6w群81.5%，≧6w群50.0%であった．下咽頭癌では統計学的な有意差は認めなかったが≧6w群でRFSが不良であった．【結語】Stage Ⅲ・Ⅳ頭頸部扁平上皮癌において，6週間をカットオフとした手術待機期間はRFSに影響を与えなかった．一方，下咽頭癌では待機期間延長が予後に影響する可能性が示唆され，原発部位による検討が必要と考えられた．

O19-1. 耳下腺腫瘍手術における FIESTA-C 法と MENSA 法併用による術前腫瘍局在評価

○御子柴卓弥[1)]・弓田健斗[1)2)]・関水真理子[1)]・笠原　健[1)]
出井克昌[1)]・高原美希[1)]・小澤宏之[1)]

1）慶應義塾大学医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室
2）佐野厚生総合病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

耳下腺腫瘍手術において術後顔面神経麻痺は重要な合併症であり，腫瘍局在はそのリスク因子の1つである．そのため，術前に腫瘍と顔面神経の位置関係を予測することが重要である．我々は術前 MRI において，FIESTA-C（fast imaging employing steady state acquisition cycled phases）法と MENSA（multi-echo in steady-state acquisition）法の2つの撮像法を併用し，耳下腺内の顔面神経の走行を直接描出することで腫瘍局在を評価している．今回症例数を蓄積しその有用性につき検討した．対象は2021年11月から2025年9月に当科で耳下腺腫瘍に対し手術を施行し，術前 MRI で FIESTA-C 法と MENSA 法を撮像した44例とした．下顎縁枝法を施行した4例，悪性腫瘍のため顔面神経を合併切除した2例，アーチファクトのため評価困難であった2例を除外し，最終的に36例を対象とした．各撮像法および両者を組み合わせた評価における顔面神経同定率と腫瘍局在正答率を検討した．平均年齢は55±12歳，男女比は16：20であり，組織型は多形腺腫が27例，ワルチン腫瘍が4例，基底細胞腺腫が2例，オンコサイトーマが1例，基底細胞腺癌が1例，粘表皮癌が1例であった．腫瘍局在は浅葉が26例，深葉が10例であった．顔面神経本幹は全例で同定可能であった．側頭顔面部と頸顔面部の分岐は FIESTA-C 法・MENSA 法ともに29例（81%）で同定可能であり，両者を組み合わせた場合，34例（94%）で同定可能であった．腫瘍の局在は FIESTA-C 法が27例（75%），MENSA 法が24例（67%）で正答であった．いずれの撮像法でも腫瘍局在を誤答した症例は判定が困難であり，浅葉腫瘍を深葉，深葉腫瘍を浅葉と判定した症例は認めなかった．両者を組み合わせた場合，腫瘍の局在は30例（83%）で正答であった．FIESTA-C 法と MENSA 法を組み合わせて評価することで，単一の撮像法のみで評価する場合よりも顔面神経同定率と腫瘍局在正答率が向上する可能性が示唆された．

O19-2. Warthin 腫瘍と多形腺腫を比較した免疫組織学的検討

○小玉祐維・川野利明・本多雄飛・平野　隆

大分大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

唾液腺に好発する良性腫瘍の代表である Warthin 腫瘍は，好酸性顆粒状細胞質を有する上皮細胞の増殖とリンパ組織性間質からなる腫瘍である．喫煙者に多い腫瘍であるが，リンパ球が反応性に集簇しているだけであり厳密には新生物でない．通常であれば喫煙者に多い腫瘍は悪性化の可能性が高くなると考えられるが，Warthin 腫瘍は多形腺腫と比較して明らかに悪性転化の可能性は低い．そこでこれまで比較されたことのない免疫組織学的マーカーを用いて Warthin 腫瘍と多形腺腫の間にその発現にどれほど差異があるのかを比較した．さらにそのマーカーが実際の臨床患者の予後に関連しているかの臨床的検討を行った．手術を行なった Warthin 腫瘍患者10例，多形腺腫患者10例の腫瘍組織のパラフィン包埋組織を6μm の薄切標本としプレパレーションした．包埋組織を CD14，GATA-3，Cripto1，Mist1，Galectin3，CD68 などで免疫染色した．その発現強度を顕微鏡下に測定し，それぞれの陽性陰性基準に基づいて判定し Warthin 腫瘍患者群と多形腺腫患者群の発現について検討した．Mann-Whitney 検定による2群間比較では GATA-3 の発現において，Warthin 腫瘍と多形腺腫の間での発現に明らかな有意差を認めた（$p=0.0157$）．そこで5年間の予後解析を終了した患者群において，GATA-3 の発現が実際の予後に関連しているかの臨床検討を追加した．唾液腺腫瘍の摘出組織の免疫組織学的検討を比較検討し，予後予測や新規免疫治療の候補として臨床応用できるかの評価を行ったため文献的考察を加え報告する．

O19-3. 悪性リンパ腫とワルチン腫瘍におけるペリオスチン発現

○舘田　豊・鈴木貴博・佐藤輝幸・太田伸男

東北医科薬科大学　医学部　耳鼻咽喉科

【背景】近年の研究によると，ペリオスチン発現は正常組織と比較して，癌の腫瘍組織において有意に高いことが示されている．臨床において悪性リンパ腫とワルチン腫瘍との鑑別診断が必要となる場合がある．【目的】本研究は，悪性リンパ腫とワルチン腫瘍におけるペリオスチン発現に焦点を当て検討した．【方法】本研究は，2016 年 5 月から 2022 年 3 月の間に東北医科薬科大学耳鼻咽喉科で耳下腺腫瘍切除術を受けた患者 26 名（検体数 28，男性 14 名，女性 12 名，平均年齢 68.4 歳，範囲 51 ～ 85 歳）を対象とした．これらの患者は臨床的および病理学的にワルチン腫瘍または悪性リンパ腫と診断された．手術により摘出した検体をホルマリン固定したパラフィン切片を抗ペリオスチン抗体で免疫染色し，ペリオスチンの発現を評価した．組織学的に，腫瘍は 13 例（15 検体）でワルチン腫瘍，13 例（13 検体）で悪性リンパ腫と診断された．【成績】ワルチン腫瘍と悪性リンパ腫の間質において，28 検体中 24 検体（ワルチン腫瘍 12 検体，悪性リンパ腫 12 検体）（85.7%）でペリオスチン発現を認めた．ペリオスチン発現の 3 つの異なるパターン（陰性，表層性，浸潤性）が観察された．ペリオスチン発現パターンと腫瘍の組織学的分類との間に統計的に有意な差が認められた．【結論】今回の結果は，ペリオスチンが悪性リンパ腫およびワルチン腫瘍の発症に関与している可能性があり，これらの疾患の新たなバイオマーカーとして役立つ可能性があることを示唆した．

O20-1. ワルチン腫瘍を対照にした耳下腺悪性腫瘍における新規予後予測マーカーの開発

○本多雄飛・小玉祐維・川野利明・平野　隆

大分大学　医学部　耳鼻咽喉科　頭頸部外科

耳下腺腫瘍は多形腺腫のように悪性化のポテンシャルを持つ良性腫瘍が存在する一方で，ワルチン腫瘍のような悪性化を認めにくい腫瘍もある．耳下腺悪性腫瘍は病理組織学的に低悪性から高悪性まで多岐にわたる分類がなされているが，現在のところ予後予測や治療効果判定に直結する決定的なバイオマーカーは確立されていない．ワルチン腫瘍と耳下腺悪性腫瘍の術後摘出組織における各種マーカーの発現強度や，悪性度や生命予後との関連性を検討した．当科で手術を行なったワルチン腫瘍患者 10 例，低から中悪性耳下腺癌患者 10 例，高悪性耳下腺癌患者 10 例の腫瘍組織のパラフィン包埋組織を薄切標本としプレパレーションした．包埋組織を CD14，GATA-3，Cripto1，Mist1，Galectin3，CD68，CD163 などで免疫染色した．その発現強度を顕微鏡下に測定し，それぞれの陽性陰性基準に基づいて判定しワルチン腫瘍患者群と耳下腺癌患者群の発現について比較した．免疫組織学的検討では CD14 においてワルチン腫瘍と低から中悪性耳下腺癌の間に発現の差は認めなかったが，ワルチン腫瘍と高悪性耳下腺癌の間に明らかな有意差を認めた（$p = 0.0093$）．CD14 は炎症を開始，増幅するマクロファージ系細胞マーカーであり，炎症を促進し抗腫瘍効果をもつ M1 系と，免疫抑制や組織修復に関連する M2 系に分かれる．ワルチン腫瘍や唾液腺癌に CD14 細胞が存在することは知られているが，唾液腺の悪性度評価や予後予測マーカーとして使用できるかはいまだに不明であった．そこで当科で耳下腺癌の加療を行った患者 24 例（平均年齢 64.7 歳，男性 13 例，女性 11 例）において，CD14 の免疫染色の発現が実際の予後に関連しているかの臨床検討を行ったため文献的考察を加え報告する．

O20-2. 当院における耳下腺腫瘍300例の臨床統計的検討と耳下腺小細胞神経内分泌癌の1例

○森倉一朗・坂本達則

島根大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳下腺腫瘍は病理組織学的に極めて多彩であり，治療方針の決定に迷うことが多い．今回当院で経験した耳下腺腫瘍300例の統計的傾向を明らかにするとともに，悪性腫瘍の中で小細胞神経内分泌癌の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．1993年から2026年までの期間に当院で経験した耳下腺腫瘍300例を対象とした．全体では良性243例（81%），悪性57例（19%）であった．良性腫瘍の8割は多形腺腫およびワルチン腫瘍が占めていた．悪性腫瘍57例の男女比は1.1:1であり，病理組織学的内訳は，粘表皮癌（10例），悪性リンパ腫（8例），扁平上皮癌（7例），腺様嚢胞癌（7例），腺房細胞癌（5例），多形腺腫由来癌（4例），上皮筋上皮癌（4例），唾液腺導管癌（3例）の順に多く，小細胞癌は本症例の1例（1.7%）のみであった．今回この症例について詳細な報告をする．【症例】80歳，男性．1年前より左耳前部の腫瘤を自覚し，急速に増大したため受診した．MRIにて左耳下腺前方に長径30mmの分葉状腫瘤を認め，拡散強調像での高信号およびADC値の低下から悪性を強く疑う所見を呈していた．組織生検では，N/C比の高い小型細胞のシート状増生と，核重積，細顆粒状クロマチンを認め，免疫組織化学的染色にてCD56陽性，Ki-67陽性率88%，Rb1欠失，TTF-1およびCK20陰性を示し，耳下腺原発small cell neuroendocrine carcinomaと診断した．2026年2月に耳下腺全摘術を施行した．腫瘍はステノン管に沿って進展し咬筋へ浸潤しており，顔面神経は温存不能であった．stageはpT3N0M0であった．この腫瘍は唾液腺腫瘍全体の1%未満を占めるに過ぎず，本統計結果（0.3%）とも合致した．高齢男性の耳下腺に好発する攻撃的な腫瘍であり，治療に関しては，手術に放射線療法を併用することで中央生存期間が有意に改善するとの報告があるが今回の症例は本人の希望で放射線治療は行っていない．

O20-3. 術後再発転移耳下腺癌に対する救済治療の臨床的検討

○川野利明・本多雄飛・小玉祐維・平野　隆

大分大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

再発後救済治療として2012年に分子標的薬であるCetuximab，2016年に免疫チェックポイント阻害薬であるNivolumabが頭頸部癌の治療にも導入されるようになり，生存期間の長期延長が得られる症例も多く認めるようになってきている．ただ耳下腺癌においてはまだ術後再発転移症例に対する有効性を認める治療法は未だ認めていない．当科で初期治療として手術を行った患者のうち，術後再発転移を認めた患者を対象に予後と治療法についての臨床的検討を行った．耳下腺癌における2015年までの術後再発転移患者7例と，2016年以降の患者6例を対象とした．2015年までの患者群の平均年齢は64歳，男性6例，女性1例であり，2016年以降は平均年齢56歳，男性5例，女性1例であった．再発後からの生存曲線をKaplan-Meier法で検討したところ，前者の5年生存率は42.9%，後者は75%であったが，両者に有意差は認めなかった．2015年までの患者は手術が5例，化学療法1例，サイバーナイフが1例であった．2016年以降になると手術は4例に施行されていたが，その後サイバーナイフが1例，Pembrolizumab＋FP療法が1例，抗Androgen受容体阻害薬であるビカルタミド治療が1例，TRK阻害薬であるラロトレクチブ治療が1例に行われていた．Foundation Oneによるがんゲノムプロファイルは3例に施行されたが，ETV6-NTRK fusionがみつかった症例は1例であった．2016年以降耳下腺癌においても術後再発転移症例に対する治療選択肢が増えていることが示され，今後手術以外の方法も十分検討する余地があることが示された．ただ症例数が限られているため，耳下腺癌においては症例を増やした検討がさらに必要と考えられる．

O20-4. 北日本13施設における耳下腺癌の臨床的検討

○山田武千代[1)]・川嵜洋平[1)]・鈴木真輔[2)]・片桐克則[2)]
伊藤　吏[2)]・太田伸男[2)]・浅田行紀[2)]・香取幸夫[2)]
室野重之[2)]・高原　幹[2)]・高野賢一[2)]・本間明宏[2)]

1）秋田大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）北日本頭頸部癌治療研究会

耳科腺癌は頭頸部癌の中でも比較的稀な腫瘍である．2017年のWHO分類では病理組織型が21種類と多岐にわたっており，組織型によって特徴が異なるほか，同じ組織型でも悪性度が異なるなど，診断や治療に苦慮することがある．今回，北日本頭頸部癌治療研究会に参加する13施設における過去11年間（2012年1月～2022年12月）の耳下腺悪性腫瘍症例について検討を行った．症例数は511例，年齢は12歳～96歳（平均63歳），観察期間は0～136ヵ月，性別は男性299例女性212例であった．病理組織分類では唾液Salivary duct carcinomaが最も多く111例（21.6%），次いでMucoepidermoid carcinoma 75例（14.6%），Adenoid cystic carcinoma 61例（11.9%），Carcinoma ex pleomorphic adenoma 56例（10.9%），Squamous cell carcinoma 53例（10.3%）と続いた．TNM別にみると，T1：59例，T2：136例，T3：136例，T4a：134例，T4b：15例，N0：249例，N1：47例，N2：108例，N3：27例，M0：459例，M1：42例と進行癌が多かった．疾患特異的5年生存率は73.9%で，病期別に解析するとStage Ⅰ：100%（n＝51），Ⅱ：96.1%（n＝106），Ⅲ：84.3%（n＝101），Ⅳa：62.3%（n＝172），Ⅳb：32.9%（n＝28），Ⅳc：16.2%（n＝37）であった．このほか悪性度，T因子別，N因子別の5年生存率，10年生存率など予後について報告する．

O20-5. 当科における頭頸部粘表皮癌の臨床的検討

○味村淳太郎・森　昂生・中川拓也・新井智之
米倉修二・花澤豊行

千葉大学　医学部附属病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

粘表皮癌は唾液腺癌の20～30%を占める代表的な組織型である．*CRTC1/MAML2*融合遺伝子がドライバー遺伝子とされ，約80%の症例に認められる．予後は病理学的悪性度によって異なり，高悪性度例では再発転移率が高く予後不良であることが知られている．しかし，希少がんである唾液腺癌の中の一組織型であることから，単施設での症例集積は容易ではなく，本邦における臨床的検討の報告は限られている．今回我々は，当院で手術加療を施行した頭頸部粘表皮癌症例41例を対象に，その臨床病理学的特徴および治療成績について後方視的に検討した．対象は2003年3月から2026年3月の23年間に当科で手術治療を施行した粘表皮癌症例41例である．原発臓器の内訳は耳下腺が31例，顎下腺が4例，舌下腺が2例，小唾液腺が4例であった．観察期間中央値は56ヵ月，年齢中央値は53歳（9～84歳）であった．15歳未満の小児例を3例，40歳未満のAYA世代の症例を10例認め，若年発症例が全体の約3割を占めた．TNM分類はpT3以上が16例，pN＋が6例であった．手術術式の内訳は，耳下腺全摘術または拡大全摘術29例，耳下腺浅葉切除術2例，顎下腺全摘術4例，舌下腺全摘術2例，小唾液腺原発例に対する腫瘍切除術（上顎骨などの硬組織切除を含む）4例であった．全頸部郭清術は1例，選択的頸部郭清術は31例に施行した．顔面神経合併切除は18例に施行し，内訳は分枝切除9例，本幹切除9例であった．このうち12例に即時神経再建を施行した．術後放射線療法は6例に施行した（線量中央値60Gy）．5年全生存率は97.6%と良好であった．5年無病生存率は83.7%であり，術後再発を6例に認めた．局所・頸部領域再発は4例，遠隔転移は3例に認めた．唾液腺癌では遠隔転移が予後規定因子として注目されることが多いが，本検討では局所・頸部領域再発も同程度に認められ，重要な再発形式である可能性が示唆された．頭頸部粘表皮癌の臨床的特徴について文献的考察を加えて報告する．

O20-6. 耳下腺腫瘍の悪性予測モノグラムとそのピットフォールについて

○八木正夫・林　慶和・阪上智史・鈴木健介
藤澤琢郎

関西医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳下腺腫瘍は多彩な組織型を有し，それぞれに特性と異なることから良悪性の鑑別は臨床所見や画像所見を組み合わせる必要がある．複数の臨床所見や画像所見の中から，MRI の ADC 値，触診での可動性の有無を組み合わせた予測モノグラムの有用性を後ろ向きに検討し，そのモノグラムにおいて偽陽性および偽陰性となった症例について検討した．対象は 2021 年 5 月から 2025 年 12 月までに当院において外科的治療を施行し，病理診断が確定した耳下腺腫瘍 147 例（悪性リンパ腫および再発例は除外）で，良性 126 例，悪性腫瘍 21 例であった．単独で良悪鑑別に有意性が高かった臨床所見から可動性，画像所見からは MRI の DWI における最小 ADC 値（3 ヵ所から抽出）の 2 因子を用い，モノグラムを作成した．本研究は単施設で症例数が少ないことが限界点であるが，この悪性予測モノグラムはシンプルであり，他施設共同による検証が期待されるものの，偽陽性，偽陰性例の傾向について分析する．

P1-1. 単純性いびき症に対しBarbed reposition pharyngoplasty を施行し改善した一例

○澤口未来・山口裕聖・千葉伸太郎・佐野実亜
松浦賢太郎・和田弘太

東邦大学医療センター大森病院　耳鼻咽喉科

単純性いびき症に対し Barbed reposition pharyngoplasty（BRP）の一手技である CWICKs2 を施行し良好な結果を得た一例を報告する．症例は 26 歳女性．6 年前よりベッドパートナーからいびきを指摘され当科受診した．日中の眠気や鼻症状の自覚はなかった．BMI 17.9kg/m^2 と痩身であり，口腔内所見では後口蓋弓粘膜の突出を認めた．セファログラムでは中咽頭領域の狭小化を認め，副鼻腔 CT では明らかな異常所見は認めなかった．終夜睡眠ポリソムノグラフィでは AHI 0.8 回 / 時であり，閉塞性睡眠時無呼吸症は否定され，単純性いびき症と診断した．以上より中咽頭狭窄を主因と考え，全身麻酔下に BRP（CWICKs2）を施行した．術中出血は軽微で手術時間は 64 分であった．術後合併症は認めず，術後 3 日目に退院した．術後は鼻咽腔の拡大を認め，いびきの指摘は消失し，患者満足度も高かった．いびきは睡眠関連呼吸障害の一症状であり，OSA の一症状として出現する場合と単独症状としての単純性いびき症に分類される．両者の鑑別には PSG 検査が必須である．治療としては口腔内装置や咽頭拡大手術が挙げられ，近年，低侵襲かつ瘢痕狭窄のリスクが低い術式として BRP が注目されている．本症例は中咽頭狭窄が主体であり，BRP（CWICKs2）の良好な適応と考えられた．

P1-2. 睡眠関連呼吸障害の危険因子としての鼻閉の検討

○鈴木雅明

帝京大学ちば総合医療センター　耳鼻咽喉科

【目的】睡眠関連呼吸障害（SRBD）患者の中に鼻閉を有する患者が多くいることはよく知られている．一方鼻閉患者の中での SRBD の頻度はほとんど報告されていない．内視鏡下鼻副鼻腔手術（ESS）を受けた鼻疾患患者における睡眠関連呼吸障害（SRBD）の有病率を，鼻疾患のないコントロール群と比較検討を行った．

【方法】レトロスペクティブに鼻閉があり鼻手術を受けた成人 150 人（ESS 群）と，扁桃炎症により扁桃摘出術を受けた成人 94 人（コントロール群）を解析した．既に SRBD と診断されている患者，いびきや日中の過度の眠気を主訴とする患者，また扁桃が大きい患者は両群から除外した．計測および重症度分類には携帯型在宅モニター（HSAT）を用いた．大学倫理委員会の承認を得た（帝倫 24-048）．

【結果】正常，軽度，中等度，重度の SRBD の有病率は，ESS 群でそれぞれ 30.0%，38.0%，22.7%，9.3%，コントロール群で 50.0%，39.4%，10.6%，0%であった．3% 酸素飽和度低下指数（3%ODI）スコアの平均値は，男性においてはどの BMI 群においても ESS 群とコントロール群の間に有意差を認めたが，女性では認めなかった．ESS 群の肥満男性は，40 歳以上の場合，中等度または重度の SRBD を有する傾向が高かった．ESS 群における多変量回分析の結果，3%ODI の有意な予測因子として BMI と男性の性別が選択された．

【結論】ESS 施行患者のうち 32.0%が中等度から重度の SRBD を有し，そのうち 9.3%は重度の SRBD であった．鼻閉患者は予想以上に SRBD を有しており，中でも肥満および男性であることが潜在的な危険因子として示された．

P1-3. OSA 合併顎変形症に対する MMA で CPAP 離脱に至った 1 例

○中村慎哉・片岡英幸・藤原和典

鳥取大学　医学部附属病院　耳鼻咽喉頭頸部外科

【症例】38 歳男性．萌出時より上顎両側側切歯の口蓋側転位を認め，歯列不正による審美障害を主訴に矯正治療を希望していた．初診時には下顎後退術を含めた外科的矯正治療が検討されていたが，別件でいびきを主訴に耳鼻咽喉科を受診した際，睡眠時無呼吸症候群（SAS）が疑われ，精査目的に当院紹介となった．終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）を施行した結果，apnea hypopnea index（AHI）26.9/h であり，中等症閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）と診断した．CPAP 療法を導入したところ，装着時 AHI は 2.3/h 程度まで改善を認め，治療効果は良好であった．しかし，使用コンプライアンスは 24% 程度と不良であり，継続的使用には至らなかった．患者は OSA 症状に加え，歯列不正および顎顔面形態に対する審美的訴えも強かったことから，機能的改善および審美的改善を目的として，他院にて Maxillomandibular advancement（MMA）を施行した．術後は CPAP 非使用下において AHI 11/h 程度まで改善を認め，いびきおよび日中傾眠などの自覚症状も軽減したため，CPAP 離脱に至った．【考察】OSA に対する CPAP 療法は高い有効性を有する一方，長期継続にはアドヒアランスが課題となる．本症例では，歯列不正に対する審美的要求と OSA に対する機能的改善の双方を考慮し MMA を選択したことで，症状改善および CPAP 離脱が得られた．外科的矯正治療を検討する成人症例においては，咬合および顔貌評価のみならず睡眠呼吸障害の評価を含めた包括的診断が重要であり，多職種連携による治療介入の有用性が示唆された．

P1-4. 耳鼻咽喉科常勤医再配置に伴う当院の睡眠時無呼吸症候群診療体制の再構築と臨床的検討

○宮本佑美

今村総合病院　頭頸部・耳鼻咽喉科

【はじめに】閉塞性睡眠時無呼吸障害（OSAD）は潜在患者数が多い一方で治療介入率が低く，上気道解剖評価に長けた耳鼻咽喉科医の積極的介入が求められる領域である．当院では 2025 年度の耳鼻咽喉科常勤医再配置に伴い，終夜睡眠ポリグラフ（PSG）検査を含む入院診療を再開した．今回，新体制下における 1 年間の SAS 診療の現状を分析し，地域・院内連携強化への取り組みを検討した．【対象と方法】2025 年 5 月 1 日から 1 年間に当科で初回簡易モニター検査を施行した 94 例，および入院 PSG 検査を施行した 58 例を対象とし，主訴，紹介元，重症度分布，治療選択，CPAP アドヒアランス等について，院内倫理委員会の承認を得て後方視的に検討した．【結果】簡易検査 94 例（男性 50 例，女性 44 例）の主訴はいびき・無呼吸（38 例）のほか，めまい（13 例）や咽頭違和感（8 例）等の耳鼻咽喉科特有の症状が目立った．紹介元は救急総合内科（15 例），循環器科（13 例）等，院内他科からが上位を占めた．入院 PSG58 例（中央値は中等症域）の治療方針は CPAP 療法 34 例（59%），口腔内装置（OA）17 例（29%），生活指導 6 例（10%）等であった．当科管理下の CPAP 維持 137 例の 4 時間以上使用率は概ね良好に維持されていたが，同使用率 0–10% の不耐症例も 10 例（7%）認められた．【考察・結語】耳鼻咽喉科医による経鼻内視鏡を用いた上気道評価は，OSAD の的確な病態把握と治療選択（OA や鼻科手術併用等による CPAP アドヒアランス向上など）に極めて有用である．2026 年度の診療報酬改定（充実管理体制加算の新設等）を追い風に，院内他科や地域医療機関とのシームレスな紹介・逆紹介フローをさらに強化し，OSAD 患者に対する包括的な集学的治療を提供していきたい．

P1-5. OSA 治療における耳鼻咽喉科医の責務 ～劇症型心筋炎に至った症例からの考察～

○中山明峰[1)]・村上信五[2)]

1）めいほう睡眠めまいクリニック
2）名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

【背景】重症閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）は心血管イベントリスクを 2.45 倍高め，CPAP 治療によりこのリスクが有意に低下することが報告されている．一方，外科的治療である UPPP（口蓋垂軟口蓋咽頭形成術）は短期的な症状改善をもたらすものの，長期的な治療効果の維持には限界があることも知られている．【症例】UPPP 施行後に一時的ないびき・傾眠傾向の改善を認めたが，術後 1 年で症状が再燃した．その後 20 余年を経て劇症型心筋炎にて救急搬送され，重篤な状態から緊急処置により生還した．本患者は過去に CPAP 導入を勧められていたが，治療への忌避感から拒否していた経緯があった．心疾患安定後に改めて CPAP 治療を導入したところ，アドヒアランスは良好で，現在も安定した睡眠が得られており，ベッドパートナーのいびきに対する苦痛も解消されている．【考察】本症例は，OSA を「局所疾患」として外科的治療のみで完結させることの危険性を示す．国際睡眠障害分類（ICSD-3）は従来の「睡眠時無呼吸症候群」という名称を改め，「睡眠時無呼吸症」として全身疾患と位置づけている．加齢・体重変化による病態の再燃や心臓への負担を考慮し，術後の長期的な経過観察と必要に応じた CPAP 導入が不可欠である．また CPAP の圧設定や機器選択が不適切な場合，アドヒアランスの著しい低下を招くことから，担当医は各機器の特性を熟知し，患者個別に最適化された管理を行う責務がある．【結語】2026 年 6 月より「睡眠障害科」が標榜診療科として認定され，耳鼻咽喉科医に求められる睡眠医療の役割は一層拡大した．OSA を心血管疾患を含む全身疾患として捉え，外科的治療後の長期管理と CPAP の適正運用を両輪とする診療体制の構築が急務である．耳鼻咽喉科医は局所にとどまらず，心身を包括した視点で睡眠疾患全般に精通することが求められる．

P1-6. 舌下神経電気刺激療法における診察前問診を用いた忍容性評価と刺激の最適化：1 例報告

○所　郁里[1)]・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　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

【背景】舌下神経電気刺激療法は，舌下神経を刺激し上気道開存を維持することで閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）を改善する治療法であり，持続的陽圧呼吸（CPAP）不耐例に対して用いられる．本治療では段階的な刺激調整が必要であり，患者の主観的評価を含めた介入が重要である．本症例では臨床検査技師による診察前問診が治療調整に有用であったため報告する．

【症例】53 歳男性．BMI 22.8kg/m^2．うつ病および心的外傷後ストレス障害の既往あり．鼻腔手術歴があり，CPAP 療法は継続困難であった．導入前の終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）で無呼吸低呼吸指数（AHI）67.4 回 / 時と重症 OSA を認め，本治療を導入した．

【経過】初回外来で電極配置を変更した．2 回目外来前に臨床検査技師が問診を実施し，刺激の不快感により目標刺激強度へ到達していないこと，倦怠感および日中の眠気が残存していることを把握した．これを踏まえ医師と協議し，刺激パルス幅を 90 から 120 へ調整した．その後主観症状の改善を認め，最終的に Fine Tune PSG で AHI は 5.6 回 / 時まで改善した．

【考察】本症例では診察前問診により患者の主観的情報を事前に把握することで，刺激条件の最適化に寄与した．舌下神経電気刺激療法においては主観的忍容性が刺激設定および治療効果に影響する可能性があり，臨床検査技師による介入を含めた多職種連携が有用と考えられる．さらに，本介入は診察の効率化にも寄与する可能性がある．

本研究は名鉄病院倫理審査委員会の承認を得て実施した．

P1-7. 舌下神経電気刺激装置植込み術後にTwiddler症候群を来たした一例

○石水瑛理奈[1)]・井下綾子[1)2)]・大峡慎一[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】舌下神経電気刺激療法（HNS）は，CPAP不耐OSA患者において有用であり日本国内でも導入施設の拡大とともに広く知られるようになってきている治療である．国内でも100例を超え手術が行われているが，患者の増加とともに手術に伴う合併症に遭遇する機会も増えている．我々の施設においても高い治療効果と患者満足度の可能性を示した（Inoshita A, et al. Auris Nasus Laryn 2026）．一方で術後有害事象による症例も経験している．今回右側の植込み後に胸部植込み型パルスジェネレーター（IPG）の位置移動・感染を来し，治療方針に苦慮した症例を報告する．【症例】80代女性．HNS植込み術を受けたが，POD30のアクティベーションの際，胸部IPGの固定が外れ，不安定性がX線で確認された．作動には支障がなかったため，HNSを開始したが臥位でのIPG遊走を自覚したため，POD74にIPG再固定術を行った．POD140に発熱と右前胸部の発赤，圧痛を認め，その約10日後にIPGの一部が皮膚表面に露出した．全身麻酔下に再度固定術と胸部のデブリードマンを行い，治療を再開したがPOD240に発熱，右前胸部の発赤と頸部から顎下部への発赤を呈し，感染が疑われたためHNS装置をすべて抜去した．詳細な問診から，IPGの部位を頻回に触れていたことが判明した．なお創部感染の原因として金属アレルギーの可能性を考慮し精査行うも異常所見はなかった．その後左側へHNS植込みを実施し，胸部サポーターを術後数ヵ月使用しIPG固定に留意した．以降の経過は安定している．【考察】Twiddler 症候群は心臓植込み型デバイスの術後にみられる稀な合併症であり，患者が胸部のデバイスを手で触ることによりデバイスが回転し，リードが捻じれデバイスの機能不全を来す症候である．本症例はHNS植込み後にTwiddler症候群を来したと考えられ最終的にはデバイスを抜去した．Twiddler症候群およびデバイス感染につき文献的考察を加え，倫理的配慮のうえ報告する．

P2-1. 小児キアリ奇形11例の睡眠ポリグラフ検査の検討

○佐藤慎太郎[1)2)]・小島綾乃[1)2)]・有馬菜千枝[2)3)]・江崎伸一[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
3）名古屋市立大学　医学部附属　みどり市民病院

【背景】キアリ奇形では小脳・脳幹の一部が大後頭孔を越えて脊柱管内に陥入する形態を呈する疾患でヘルニアによる脳幹の圧迫によって呼吸中枢の機能障害が起こり中枢性無呼吸などが生じるとされている．海外の文献ではキアリ奇形10例以上に睡眠ポリグラフ検査（以下，PSG）を行い，中枢性無呼吸が多いとする報告が散見されるが，国内においてはPSGによるまとまった報告は渉猟しえた範囲ではほとんどなく，最大でも4例程度であった．今回我々は小児のキアリ奇形11例に対してPSGを行ったので，その所見について過去の報告とあわせて検討する．【対象・方法】2016年～2024年に名古屋市立大学病院睡眠医療センターに受診したキアリ奇形の小児11例（男/女＝5/6例，平均年齢6.4±3.7歳）を対象とした．小児科または脳神経外科よりすでに診断がされており，無呼吸の精査目的に紹介となった症例が全てであった．またPSGデータは全例でマニュアル解析を行った．【結果】無呼吸低呼吸指数（AHI）は7.2回/時（2.4～152.1回/時）であった．呼吸イベントの内訳はばらつきがあるものの，中枢性呼吸イベントの割合が77.8%（17.5～97.9%）と多かった．中枢性無呼吸と診断されたのは11人中8人（72%）であった．【結語】我々の施設での結果も過去の報告と同様に中枢性無呼吸の割合が多い傾向であった．PSG上のその他のパラメータについては当日報告する．本研究は名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会の承認を得て行った研究の一部である（管理番号60-21-0136）．

P2-2. 巨舌による口唇閉鎖不全を伴うダウン症 OSAS 患者に対する CPAP 療法の 1 例

○岩野将平・福井文子・平野　隆

大分大学医学部附属病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

ダウン症患者の閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）は，巨舌や中顔面低形成，咽頭狭小などの解剖学的要因により重症化しやすく，治療に難渋することが多い．特に巨舌に伴う口唇閉鎖不全は口腔リークの原因となり，鼻マスクによる CPAP 療法の適応を制限する因子と考えられている．今回，巨舌により常時口唇閉鎖が困難であったにもかかわらず，鼻マスクによる CPAP 療法が成立した 1 例を経験したので報告する．症例はダウン症の 19 歳男性，BMI 15.6．重症 OSA（3%ODI 44.8 回 / 時）に対し CPAP 導入となった．導入当初より口唇閉鎖不全を認めたが，鼻腔ファイバー内視鏡検査では鼻腔通気性は良好だったため，鼻マスクによる加圧を継続した．自動 CPAP（圧設定 4cmH_2O）で管理し，デバイスデータ上，リークは平均 14.6L/ 分と許容範囲内に制御され，有効圧の維持が可能であった．結果として AHI は 8.5 回 / 時まで改善し，日中眠気の軽減と良好なアドヒアランス（使用率 100%）が得られた．本症例では，良好な鼻腔通気に加え，舌の前方位と口唇，マスクの位置関係により口腔リークが最小限に抑制された可能性が考えられた．巨舌による口唇閉鎖不全を理由に鼻マスク CPAP を一律に不適と判断するのではなく，鼻腔通気や上気道機能を含めた個別評価に基づく適応判断の重要性が示唆された．

P2-3. 睡眠時無呼吸に対する咽頭手術後に CPAP の導入を要したダウン症児の 2 例

○小野誠也[1)]・佐藤慎太郎[2)3)]・江崎伸一[2)3)]・有馬菜千枝[2)4)]
岩崎真一[2)]

1）成田記念病院　耳鼻咽喉科
2）名古屋市立大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科
3）名古屋市立大学病院　睡眠医療センター
4）名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院　耳鼻いんこう科

ダウン症児の OSA は有病率が 34～74%と定型発達児と比較して高いが，ダウン症児でもアデノイド切除や口蓋扁桃摘出術などの咽頭手術が有効な症例が多い．しかし，咽頭手術後に経過観察を行なっていたところ，数年後に CPAP 導入を要したダウン症児の 2 例を経験したため報告する．1 例目は CPAP 導入時 8 歳の女児．4 歳時に睡眠時のいびき・無呼吸の精査加療目的に当科紹介された．PSG を行ったところ AHI：88.8 回 / 時の重症 OSA の結果であったため，アデノイド切除および口蓋扁桃摘出術を施行した．術後 4 ヵ月（5 歳）の PSG にて AHI：13.1 回 / 時への改善を認めたが小児の OSA としては未だ重症であり，術後 2 年 4 ヵ月（8 歳）の PSG にて AHI：27.5 回 / 時と増悪があり CPAP 導入とした．CPAP 導入後保護者からも『しっかり寝られるになった.』とのことで現在も CPAP を継続している．2 例目は CPAP 導入時 12 歳の女児．7 歳時に習慣性扁桃炎，睡眠時の無呼吸の精査加療目的に当科紹介された．OCST を行ったところ REI：8.9 回 / 時の OSA の結果であった．手術まで待機期間が 7 ヵ月あったため手術前日に OCST を再度行ったところ REI：12.1 回 / 時であり，予定通り口蓋扁桃摘出術を施行した．術後 3 ヵ月（8 歳）の PSG にて AHI：3.9 回 / 時への改善を認めたが 1 例目の経験から定期的な PSG を行ったところ，術後 1 年 3 ヵ月（9 歳）AHI：5.5 回 / 時，術後 2 年 6 ヵ月（10 歳）AHI：13.4 回 / 時，術後 4 年 5 ヵ月（12 歳）AHI：34.1 回 / 時と増悪があり CPAP 導入とした．CPAP 導入当初はマスク装着を嫌がっていたが，その後アドヒアランスも改善し CPAP を継続している．

P2-4. 当院における小児閉塞性睡眠時無呼吸症に対する治療成績 ～携帯型睡眠検査による評価～

○酒井あや・三輪高喜・志賀英明

金沢医科大学　耳鼻咽喉科

【はじめに】小児閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA）は，治療が遅れると身体発育・高次脳機能・心血管系に不可逆的な障害をきたす．外科治療（アデノイド切除・口蓋扁桃摘出術）の有効性は広く認識されているが，簡易睡眠検査を用いた客観的指標による治療効果の定量的評価を行った報告は少ない．今回，当院における外科治療前後の睡眠検査指標の変化を中心に報告する．【対象と方法】2007 年から 2026 年 3 月の間にいびき，睡眠時無呼吸を主訴に受診した 1 ～ 12 歳の 224 例を対象とした．上気道形態，肥満度，睡眠時前胸部陥没呼吸の有無，在宅携帯型睡眠モニター（フクダ電子，パルスリープ LS-100）により診断を行った．アレルギー性鼻炎などの既往を有する例には抗アレルギー剤・ステロイド点鼻薬による保存治療（84 例）を先行し，抵抗性の場合にアデノイド切除・口蓋扁桃摘出術（136 例）を選択した．外科治療施行 48 例において術前後の簡易睡眠検査を比較し，呼吸イベント指数（REI），酸素飽和度低下指数（ODI），最低酸素飽和度を統計学的に検討した．【結果】外科治療施行 48 例において，REI・ODI・最低酸素飽和度のいずれも術後に統計学的有意な改善を認めた．REI および ODI は術後に著明に低下し，最低酸素飽和度は有意に上昇した．これらの客観的指標の改善は，上気道閉塞解除による呼吸状態の顕著な改善を示しており，外科治療の有効性を定量的に裏付けるものであった．【結語】在宅携帯型睡眠モニターによる客観的指標を用いることで，小児 OSA に対する外科治療の有効性を定量的に示すことができた．症状の持続・再燃例に対しては再検査のうえ，小児科・歯科と多科連携した継続的管理が重要と考えられた．

P2-5. 小児矯正歯科における耳鼻咽喉科医との連携の必要性

○萩原　岳[1)]・國弘幸伸[2)]・石川雄惟[3)]

1）医療法人同風会　はぎわら歯科こども歯科クリニック
2）伊奈entクリニック
3）医療法人健友会　けんゆうクリニック

【背景】小児期の不正咬合および口腔機能発達不全症には，鼻閉・口呼吸，アデノイド肥大，口蓋扁桃肥大による上気道閉塞の関与が指摘されている．これらの徴候は，定期的な口腔管理を通じて小児歯科医が初発的に把握する機会が多い．しかし小児歯科医が実施可能な評価と介入には限界があり，耳鼻咽喉科との連携なしには根本的な改善が得られない症例が少なくない．

【目的】当院における小児矯正歯科の初診時評価および介入手順を紹介し，小児歯科医が担える領域と担えない領域を明確化することで，耳鼻咽喉科医との連携の必要性を提起する．

【当院における評価・介入手順】初診時に，呼吸様式（鼻呼吸・口呼吸・混合型），口唇閉鎖力，舌位，いびき・睡眠時無呼吸の問診，扁桃肥大度の視診，顎顔面形態および歯列所見を系統的に評価する．所見に応じて，上顎拡大装置による歯列弓拡大，口腔筋機能療法（MFT），態癖指導，姿勢・栄養指導を組み合わせて介入する．上気道閉塞が疑われる症例では耳鼻咽喉科への紹介を行い，診断および必要に応じた外科的介入後に矯正治療を計画する．当院で経験したアデノイド摘出症例では，術後に鼻呼吸への移行と MFT の奏効が得られ，歯列・顎顔面発育に良好な経過を認めた一方，非摘出例では口唇閉鎖不全と低位舌が残存し後戻り傾向を呈した．

【結語】小児歯科医が担える領域は，気道環境のスクリーニング，上顎拡大装置などによる形態的介入，機能訓練，生活指導である．一方，上気道閉塞の確定診断と外科的解除は耳鼻咽喉科の専門領域であり，これなくして成長発育期の矯正治療の成功は得難い．歯科と耳鼻咽喉科が共有すべき目的は，単なる形態改善や局所的治療ではなく，小児の気道管理を起点とした生涯にわたる健康の獲得である．本演題を通じて，両科の早期かつ双方向的な連携体制の構築と，紹介基準の標準化を提案したい．

P2-6. 当院における小児閉塞性睡眠時無呼吸症経過観察症例の検討

○倉田耀介・岡野高之

藤田医科大学ばんたね病院　耳鼻咽喉科

小児閉塞性睡眠時無呼吸症（OSA：Obstructive Sleep Apnea）は，睡眠中の上気道閉塞により，間欠的な低酸素血症や睡眠の断片化を引き起こす疾患である．適切な治療がなされない場合には，成長障害や認知機能の発達遅滞など，児に不可逆的な影響を及ぼす可能性がある．小児 OSA の多くはアデノイドや口蓋扁桃の肥大が原因であり，第一選択としてアデノイド切除術や口蓋扁桃摘出術などの外科的治療が推奨されることが多い．しかし，軽症例や成長に伴う気道構造の変化が期待できる症例，あるいは合併症等のリスクにより手術を待機せざるを得ない症例に対しては，経過観察を含めた保存的加療が選択される場合がある．一方，治療方針決定のための意思決定権は保護者であることがほとんどで，保護者の都合で手術を拒否される場面にも遭遇することも少なからずあり，本人が手術を受ける場合以上に必要性を十分に説明しなければいけない．今回われわれは，当院で直近 5 年間に複数回終夜睡眠ポリソムノグラフィー検査を行った症例のうち，15 歳未満かつ初回検査で経過観察が選択された 60 症例について検討した．そのうち 25 症例は再検査を行い手術方針となり，32 症例は経過観察，3 例については保存的加療の後に再検査が予定されている．初回経過観察になった症例のうち軽症は 35 例，中等症は 15 例，重症は 7 例であった．初回検査で経過観察の方針となった理由としては軽症であったことが最も多く，続いて低年齢であることと家族が経過観察希望であることなどがあった．経過観察とする理由がある症例でも，中等症以上である場合や自宅での症状が顕著である場合には再検査の期間をむやみに先延ばしにすることなく，治療方針を再検討する必要があると考えられた．

P2-7. 1 歳児の重症閉塞性睡眠時無呼吸に対し CITA により改善を認めた 2 例

○西村省吾・津田潤子・山本陽平・橋本　誠
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】小児の閉塞性睡眠時無呼吸症（Obstructive Sleep Apnea：OSA）は，身体発育や精神発達に多大な影響を及ぼすため，早期診断と適切な治療介入が不可欠である．特に陥没呼吸や奇異呼吸などの努力呼吸は重症度の指標となるが，1 歳児などの低年齢児においては，術後出血や呼吸管理の難易度から手術適応の判断に苦慮することも少なくない．今回我々は，顕著な努力呼吸を認めた 1 歳児の重症 OSA 症例に対し，コブレーターを用いた口蓋扁桃被膜内摘出術およびアデノイド切除術（Coblation Intracapsular Tonsillectomy and Adenoidectomy：CITA）を施行し，安全かつ速やかに改善を得た 2 例を経験したので報告する．

【症例 1】初診時 1 歳 6 ヵ月の男児．口蓋扁桃肥大 Brodsky 2 度，アデノイド肥大 Palikh 3 度を認め，就寝時の陥没・奇異呼吸が顕著であった．保存的加療を行うも改善せず，1 歳 10 ヵ月時に全身麻酔下に CITA を施行した．

【症例 2】初診時 1 歳 8 ヵ月の男児．口蓋扁桃肥大 Brodsky 2 度，アデノイド肥大 Palikh 4 度を認め，就寝時のみならず日中にも陥没・奇異呼吸を認める重症例であった．簡易 PSG 検査では REI 37.6 回 / 時であった．1 歳 11 ヵ月時に全身麻酔下に CITA を施行した．

【経過および考察】両症例とも，術中・術後出血や気道閉塞などの周術期合併症を認めず退院した．術後，長期間持続していた努力呼吸は速やかに消失した．小児 OSA 手術において，1 歳児は術後出血や肺水腫，気道トラブルのリスクが高いとされる．被膜を温存する CITA は，従来の全摘出術と比較して術後痛が少なく，出血のリスクを低減できるため，生理的予備能の低い低年齢児において極めて有用な選択肢となり得ると考えられた．

P3-1. 後期高齢者の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す．深頸部膿瘍は耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の緊急対応を必要とする疾患の１つであるが，その原疾患として最も多いのは扁桃周囲膿瘍であること，特に 75 歳以上の後期高齢者は重症化リスクが高いとする報告が認められる【対象と方法】2014 年 1 月から 2024 年 12 月の過去 11 年間で経験した 75 歳以上の扁桃周囲膿瘍について即時的扁桃摘出術（以下，膿瘍扁摘）導入前後で症例の臨床経過について比較検討を行なった．【結果】膿瘍扁摘導入前後で比較すると膿瘍扁摘導入後の方が気管切開施行率，カルバペネム系抗菌薬，経静脈的免疫グロブリンの使用率は低下している．入院期間についても有意差は認めなかったが，膿瘍扁摘導入後のほうが短い傾向であった．【まとめ】75 歳以上の重症扁桃周囲膿瘍の症例に対して膿瘍扁摘は有効であり治療の一選択肢になると示唆された．

P3-2. 扁桃周囲膿瘍に対する切開排膿後 routine 創内洗浄の臨床的意義

○宮本大輔[1)2)]・藤枝重治[1)]

1）福井大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）市立敦賀病院　耳鼻咽喉科

【背景】扁桃周囲膿瘍に対する標準治療は切開排膿および抗菌薬投与であるが，排膿後管理として創内洗浄を routine で施行するかについては施設間で方針が分かれており，その臨床的意義は必ずしも明確ではない．創内洗浄は局所感染制御や症状改善を期待して実施される一方，疼痛増強や処置負担を伴うものであり，実臨床における有用性を評価する必要がある．今回われわれは，切開排膿後の創内洗浄の有無が臨床経過に及ぼす影響について検討した．【方法】当院で切開排膿を施行した扁桃周囲膿瘍 45 例を対象に後ろ向き解析を行った．創内洗浄あり 19 例，洗浄なし 26 例に分類し，主アウトカムを入院期間，副アウトカムを再発率および常食全量摂取開始までの期間とした．群間比較には Mann-Whitney U 検定および Fisher 正確検定を用い，さらに初診時 CRP を共変量として多変量解析を行い重症度の影響を考慮した．【結果】洗浄あり群は初診時 CRP が有意に高値であり，より重症例が多い傾向があった．入院期間中央値は洗浄あり群 4 日，洗浄なし群 4 日であり有意差を認めなかった．再発は洗浄あり群 1 例，洗浄なし群 0 例で有意差を認めず，常食全量摂取開始までの期間にも群間差は認めなかった．初診時 CRP を調整した解析においても創内洗浄は入院期間に独立した関連を示さなかった．【結論】扁桃周囲膿瘍に対する切開排膿後の routine 創内洗浄は，入院期間短縮や再発抑制に明確な臨床的利益を示さず，routine 施行の妥当性については再検討の余地がある可能性が示唆された．

P3-3. 当院における過去3年間の扁桃周囲膿瘍症例の臨床的検討

○丸子鶴代史・讃岐徹治・村上信五

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター　耳鼻咽喉科

【緒言】扁桃周囲膿瘍は耳鼻咽喉科領域で頻繁に遭遇する急性感染症であり，迅速な診断と適切な治療介入が重要である．今回，当院で過去3年間に経験した扁桃周囲膿瘍症例を後方視的に検討し，その臨床的特徴および治療経過について報告する．

【対象と方法】2023年4月から2026年5月までに当院耳鼻咽喉科で扁桃周囲膿瘍と診断された症例を対象とした．診療録を用いて，受診経路，治療内容（抗菌薬投与，穿刺排膿，切開排膿，扁桃摘出術），入院期間，再発および再入院の有無について後方視的に検討した．

【結果】多くの症例は夜間・休日を含む救急外来を経由して受診し，初診当日に入院加療となった．治療は抗菌薬投与に加えて切開排膿術が主体であった．膿瘍が下極に及び喉頭浮腫を伴う症例では，気道管理を考慮して扁桃摘出術を施行した例がみられた．また，重症例では気管切開術を要した．入院期間は3～5日程度が中心であったが，扁桃摘出術を施行した症例では長期化する傾向を認めた．再発例は少数であったが，保存的治療後に再燃し再入院を要した症例がみられた．

【考察】扁桃周囲膿瘍は当院においても救急受診の主要な原因の一つであり，早期の排膿処置が治療の要であることが再確認された．特に下極型膿瘍では喉頭浮腫や深頸部感染への進展リスクがあり，重症化に注意を要する．適切な時期での外科的介入と厳重な経過観察が重要と考えられた．さらに，入院期間の長期化因子や再発症例の特徴について検討し報告する．

P3-4. 切開排膿を要した乳幼児扁桃周囲膿瘍の2例

○中西仁奈・森　大地

京都第一赤十字病院　耳鼻咽喉科頭頸部外科

扁桃周囲膿瘍は急性扁桃炎に続発する口蓋扁桃被膜と咽頭収縮筋の間に膿瘍を形成する急性炎症疾患である．思春期以降の小児から30代の若年層に最も多く発症するとされ，連鎖球菌属やブドウ球菌，バクテロイデス属などの嫌気性菌が複数混在して感染を引き起こす．当院で切開排膿を要した乳幼児の扁桃周囲膿瘍症例2例につき報告する．症例1は11ヵ月男児，3日前からの発熱と右頸部腫脹を主訴に当院救急受診しリンパ節炎疑いとして抗生物質投与が開始された．治療開始後も頸部腫脹の増悪を認め，造影CTを撮像したところ右扁桃周囲に膿瘍形成を認めた．ステロイド投与，抗生物質増量したが，2日後の造影CTで膿瘍の拡大を認めたため全身麻酔下に切開排膿術を施行した．症例2は1歳6ヵ月男児，5日前からの発熱と左後頸部腫脹を主訴に前医受診し気道圧排の可能性を指摘され，同日当院紹介となった．造影CTでは左扁桃背側から左傍咽頭間隙に進展する膿瘍を認めた．喉頭内視鏡で喉頭浮腫を認めず，抗生物質とステロイド投与による保存的加療を行ったが，3日後の画像評価で膿瘍縮小なく全身麻酔下に切開排膿術を施行する方針とした．いずれの症例も術後再燃なく経過良好であった．小児の扁桃周囲膿瘍は成人と比較し頻度が低く，また低年齢になるほどさらに頻度は下がるとされている．乳幼児では咽頭痛の訴えが不明確なことが多く，しばしば咽頭の診察も難渋する．また，小児は成人と比較し放射線感受性が高いため，造影CT撮像のハードルが高い．当院で経験した2例はいずれも保存的治療の反応が乏しく，全身麻酔下での切開排膿術を要した．症状が遷延する症例や治療抵抗症例に対しては造影CT検査による膿瘍の評価，必要に応じて切開排膿術を検討すべきだと考えられた．

P3-5. 小児 OSA を合併した家族性地中海熱患者に対し扁桃摘出術を施行した一例の検討

○河内理咲・八木正夫

関西医科大学　耳鼻咽喉科頭頸部外科

【はじめに】周期性発熱症候群は，1 日～数週間続く発熱を数週～数ヵ月ごとに繰り返す疾患群の総称である．広義には遺伝性と PFAPA 症候群に分類され，咽頭炎，アフタ性口内炎，頚部リンパ節炎を伴う周期熱を特徴とする後者は，口蓋扁桃摘出術（以下扁摘）の有効性が示されている．一方，遺伝性の代表的疾患で常染色体潜性遺伝を呈する家族性地中海熱（Familial Mediterranean fever：FMF）は，周期的に半日から 3 日間程度高熱を認め，漿膜炎による激しい腹痛や胸背部痛，関節痛の合併を特徴とする指定難病疾病である．本邦での患者数は約 500 名と推定され，関連遺伝子として MEFV 遺伝子が知られる．また，遺伝子変異がない症例もあり，発症に他因子が関与する可能性が議論されている．今回我々は，小児閉塞性睡眠時無呼吸障害（OSA）を合併する FMF 患者に扁摘とアデノイド切除を施行した症例を経験した．扁摘や無呼吸の消失による発熱や腹痛発作への影響など術後経過について提示し，文献的考察を加えて報告する．【症例】9 歳　女児．幼少期からいびきや無呼吸があり，口蓋扁桃肥大，咽頭扁桃肥大（アデノイド）を認めた．また，6 歳時に FMF と診断され，腹痛発作を伴う周期性発熱があった．OSA に対し扁摘とアデノイド切除を施行．術後，発熱の程度は軽減したものの腹痛発作が残存するためコルヒチンが増量されたが，現在も症状の完全なコントロールには至っていない．【考察およびまとめ】OSA を合併する FMF 患者に対し，扁摘とアデノイド切除を施行した．手術による直接的な効果や OSA 症状の消失による二次的な効果を期待したが，発熱の軽減や周期に多少の変化はあったものの，症状は残存し投薬治療を継続している．PFAPA 症候群には有効である扁摘は，本症例においては効果が不十分であったが，今後症例の蓄積による検討が望まれる．

P3-6. 扁桃周囲膿瘍に対して即時扁桃摘出術を施行した高齢者及び小児例

○下野友太郎[1)]・永井賀子[1)]・塚原清彰[2)]

1）厚生中央病院　耳鼻咽喉科
2）東京医科大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

扁桃周囲膿瘍に対する標準治療は穿刺・切開排膿と抗菌薬投与である．一方，即時扁桃摘出術は侵襲性や術後出血リスクから適応が限定されるが，症例によっては有効な治療選択肢となる．今回，高齢者および小児の扁桃周囲膿瘍に対し即時扁桃摘出術を施行した 2 症例を経験したため報告する．　症例 1 は既往に糖尿病がある 82 歳の男性．咽頭痛を主訴に受診し，左扁桃周囲膿瘍および咽後膿瘍と診断した．穿刺排膿と抗菌薬加療を開始したが喉頭浮腫が増悪し，気道狭窄リスクを考慮して気管切開術および左即時扁桃摘出術を施行した．術中，扁桃周囲間隙から排膿を認めた．その後対側咽後膿瘍形成を認め，追加ドレナージを要したが，全身状態改善し退院となった．症例 2 は特に既往のない 4 歳女児．発熱，咽頭痛を主訴に受診し，左扁桃周囲膿瘍と診断した．恐怖感や疼痛により局所処置への協力が困難であったため，全身麻酔下に両側即時扁桃摘出術を施行した．術後経過は良好で，連日の排膿処置を要さず退院となった．　即時扁桃摘出術は待機的手術と比較して安全性に大きな差はないとされ，重症例や非協力例では有効な選択肢となる．高齢者例では糖尿病を背景とした重症化や深頸部進展リスク，小児例では処置困難例に対する負担軽減の点で有用であった．扁桃周囲膿瘍では CT による膿瘍腔・浮腫進展範囲の評価を行い，全身状態や気道リスクを踏まえて即時扁桃摘出術の適応を検討することが重要と考えられた．

P3-7. 口蓋扁桃摘出後に反復した舌扁桃炎に対する舌扁桃切除術の経験

○北山慧祐[1)]・持田　峻[1)2)]・丸山　諒[1)]・町井衣保[1)2)]
塚原清彰[1)]

1）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野
2）練馬総合病院　耳鼻咽喉科

【緒言】習慣性口蓋扁桃炎は耳鼻咽喉科医として日常的に遭遇する疾患であるが，まれに舌扁桃炎を反復する症例に遭遇することがある．舌扁桃切除術を考慮するにあたり，視野確保が困難であること，出血，術後の呼吸障害の懸念がある．リスク・ベネフィットを考慮し，手術適応については充分検討する必要がある．【症例】32歳女性．習慣性扁桃炎に対して他院で25歳時に両側口蓋扁桃摘出術を施行されている．咽頭痛出現時には耳鼻咽喉科で診察され，舌扁桃の腫脹や白苔付着を認め，舌扁桃炎を月１回程度反復していることが確認されていた．抗菌薬加療を反復していたが，症状の再燃を繰り返し，経過中に喉頭浮腫を伴う増悪を認めたため，保存的加療の限界と判断した．手術加療目的に当院へ紹介された．非発作時の初診時には，軽度の舌扁桃肥大を認めるのみで，白苔付着などの炎症所見を認めなかった．手術は全身麻酔下に施行した．FK-WO retractorを用いて開口し，Coblator Ⅱ Surgery Systemを用いて舌扁桃組織を切除・減量した．術後出血および喉頭浮腫による気道閉塞リスクを考慮し，ICUで挿管管理を継続した．術後１日目に喉頭浮腫がないことを確認し，抜管した．術後経過は良好で術後７日目に退院した．術後半年間で再燃は１回にとどまり，術前と比較し発症頻度は低下した．また，術直後は舌のしびれ症状があったが，保存加療で消失している．反復性舌扁桃炎に対する舌扁桃切除術は，症例を選択すれば発症頻度の低下に寄与する可能性がある一方，術後出血や気道閉塞を念頭に置いた慎重な周術期管理が重要である．

P4-1. 口腔底膿瘍を契機に診断された舌下腺唾石症例

○小松崎洸[1)2)]・小河原隼[1)2)]・清水　顕[1)2)]・塚原清彰[2)]

1）戸田中央総合病院　耳鼻咽喉科
2）東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頚部外科学分野

唾石症の80から90%は顎下腺由来であり，舌下腺唾石症は1%未満と稀である．今回我々は，口腔底膿瘍を契機に顎下腺唾石症と診断し，頸部外切開による顎下腺摘出術を施行した際に舌下腺唾石症と判明した一例を経験したので報告する．症例は33歳男性．受診１ヵ月前からの右顎下部腫脹と咽頭痛を主訴に当科を受診した．右口腔底の腫脹を認めたが，口腔内から唾石は触知できなかった．造影CTで顎下腺腺管移行部に11mm大の高吸収域を認め，顎下腺唾石症に伴う口腔底膿瘍と診断した．口腔内より切開排膿を行い炎症軽快後，顎下腺唾石症として顎下腺摘出術を計画した．頸部外切開で顎下腺摘出術を施行したが，ワルトン管内および顎下腺内に唾石を認めなかった．術野を再確認したところ舌下腺周囲の癒着が強く，剥離を進めると舌下腺内に唾石様硬結を触知した．舌下腺唾石症と診断し，同視野より舌下腺摘出を行った．病理結果より右舌下腺唾石症および右慢性顎下腺炎と確定診断した．既報では炎症性腫脹を伴う症例において，触診所見や腫脹部位，画像検査による唾石の位置同定が舌下腺唾石症の診断に重要とされている．しかし本症例では口腔底からの触診で唾石を触知できず，顎下部腫脹を伴っており，画像上も石灰化が腺管移行部に存在していたことから顎下腺唾石症と判断したが，実際には舌下腺唾石症であった．舌下腺は顎下腺と解剖学的に近接しており，炎症や膿瘍形成により腺の境界が不明瞭となり，画像上の石灰化位置の解釈を誤る可能性がある．本症例のように口腔底膿瘍を伴う症例では，画像所見のみで成因腺を断定することは困難な場合があり，舌下腺由来も鑑別に含めた術前評価および手術計画が重要と考える．

P4-2. 副耳下腺に発生した Apocrine intraductal carcinoma の一例

○野村昌紀・伊木健浩・玉木久信

倉敷中央病院　頭頸部外科

副耳下腺原発の稀な腫瘍である Apocrine intraductal carcinoma の 1 例を経験したので報告する．症例は 70 歳男性で，受診 2 ヵ月頃より右頬部腫瘤を自覚した．受診時，右頬部に可動性良好な腫瘤を触知し，顔面神経麻痺および頸部リンパ節腫大は認めなかった．超音波検査では副耳下腺領域に約 19mm 大の低エコー腫瘤を認めた．MRI では右咬筋上に 17mm 大の被膜様構造を伴った境界明瞭・辺縁平滑な結節を認めた．T1 強調像で筋と同等，T2 強調像で内部に不均一な低信号域を伴う高信号を呈した．腫瘍は皮膚からやや離れ，尾側に脈管や耳下腺導管を疑う索状構造を認めたので，副耳下腺由来腫瘍が疑われた．穿刺吸引細胞診は class Ⅴ で carcinoma が示唆され，受診同月に右耳下腺腫瘍切除術を施行した．耳前部より S 字切開を置き，耳下腺外で顔面神経頬骨枝 1 本，頬筋枝 2 本を同定し，腫瘍直上を走行するこれらの枝を温存し腫瘍を摘出した．病理組織学的に篩状・小乳頭状構造および roman bridge 形成を伴う腫瘍細胞増生を認め，androgen receptor 陽性より Apocrine intraductal carcinoma と診断した．切除断端は陰性であった．導管内癌（Intraductal carcinoma）は WHO 分類で 5 年生存率 85%以上とされる低悪性度腫瘍であり，そのサブタイプに apocrine type が含まれる．術後補助療法を行わず半年が経過し，現在まで再発転移を認めていない．他の唾液腺癌腫との鑑別を含め，文献的考察を踏まえ報告する．

P4-3. 口内法で摘出しえた副耳下腺多形腺腫の 1 例

○大渕真理恵[1)]・角田篤信[2)]・井下綾子[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　練馬病院　耳鼻咽喉・頭頸科

副耳下腺腫瘍は比較的稀な疾患であり，全耳下腺腫瘍の 1 ～ 7.7%を占めると報告されている．良性腫瘍では多形腺腫が最も多いが，悪性腫瘍の頻度も比較的高く，慎重な診断および治療方針の決定を要する．治療は外科的切除が基本であり，耳前 S 字切開法や頬部切開法などの外切開法に加え，症例によっては口内法も選択される．今回われわれは，口内法により摘出した副耳下腺多形腺腫の 1 例を経験したので報告する．症例は 39 歳女性．既往歴として多発血管炎性肉芽腫症があり，膠原病内科にてステロイド治療中であった．左頬部腫瘤を指摘され，精査目的に当科紹介受診となった．初診時，左頬部に表面平滑で可動性良好な腫瘤を認め，疼痛および圧痛は認めなかった．腫瘤は口腔内および体表の双方から触知可能であった．超音波検査では低エコーで辺縁整な腫瘤として描出され，咬筋，皮膚および口腔粘膜との癒着は認めなかった．CT では左頬部の咬筋前方皮下に 17 mm 大の境界明瞭な腫瘤を認めた．MRI では T2 強調像で低信号，拡散強調像で高信号，ADC 値低値を示した．穿刺吸引細胞診では多形腺腫が示唆されたため，腫瘍の局在および整容面を考慮し，口内法による腫瘍摘出術を施行した．ステノン管開口部を確認の上，その前方に粘膜切開を置き，ステノン管および顔面神経頬筋枝の損傷に注意しながら剥離を進めた．腫瘍はステノン管に接して存在しており，副耳下腺由来と判断された．神経刺激装置を用いて顔面神経を確認しながら，腫瘍を被膜損傷なく一塊として摘出した．病理組織学的検査では粘液腫様間質を背景に腺管形成を認め，多形腺腫と診断された．術後経過は良好で，顔面神経麻痺や唾液瘻などの合併症は認めなかった．術後 MRI を含めた経過観察においても再発は認めていない．本症例を提示するとともに，副耳下腺腫瘍の診断および手術アプローチについて文献的考察を加えて報告する．

P4-4. 当科におけるガマ腫に対する舌下腺全摘術の臨床成績

○小佐野雅識・石井裕貴・松岡伴和・岩崎すみれ
櫻井大樹

山梨大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

ガマ腫は舌下腺由来の粘液貯留性嚢胞とされており，治療法としてOK-432嚢胞内注入療法，開窓術，外科的切除などが挙げられるが，症例により治療方針の決定に苦慮することも少なくない．従来当科ではOK-432嚢胞内注入療法を主として施行していたが，2021年以降は舌下腺全摘術を選択する症例も認めている．そこで当科における舌下腺全摘術症例の臨床成績について検討した．2021年以降に当科で舌下腺全摘術を施行したガマ腫7例を対象とし，年齢，性別，発生部位，前治療の有無，手術時間，術後在院日数，合併症，再発の有無などについて後ろ向きに検討した．年齢は9～31歳（中央値24歳），性別は男性5例，女性2例であった．舌下型が3例，顎下型が4例であった．手術時間は58～198分（中央値116分），術後在院日数は1～4日（中央値2日）であった．2例にOK-432嚢胞内注入療法の前治療歴があり，1例にペニシリンアレルギーを認めた．全例で手術は安全に施行可能であり，術後に顎下部腫脹を1例に認めたが他に重篤な合併症は認めなかった．カルテ上で経過を追跡し得た範囲では，全例において再発を認めなかった．従来，舌下腺全摘術は再発率が低く根治性の高い治療と報告されており，本検討においても同様の結果が得られた．舌下腺全摘術はガマ腫に対して有効かつ安全性の高い治療法である可能性が示唆された．特に再発例や難治例に対して有用な選択肢となり得ると考えられる．

P4-5. IPDで長期制御し得た線維素性唾液腺管炎例

○石谷祐記・高岡　奨・近藤英司・北村嘉章

徳島大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

線維素性唾液腺管炎は，アレルギー疾患を背景に，唾液腺管内に好酸球やフィブリンを含む粘液栓を形成し，唾液腺腫脹を反復する比較的稀な疾患である．今回我々は，スプラタストトシル酸塩（IPD）の投与により長期間コントロール良好であった線維素性唾液腺管炎例を経験したので報告する．症例は50代男性．主訴は両側耳下部および顎下部腫脹．既往歴に気管支喘息，アレルギー性鼻炎を認めた．数年前より咀嚼時を中心に両側耳下部や顎下部の腫脹を反復していた．口渇を契機に近医を受診し，精査目的に当科紹介となった．初診時，両側耳下腺および顎下腺に軽度腫脹を認め，口腔内視診では両側ステノン管開口部より粘稠な唾液の流出を認め，左側には白色塊状物を伴っていた．血液検査では好酸球増多およびIgE高値を認め，抗SS-A抗体，抗SS-B抗体はいずれも陰性であった．画像検査では両側耳下腺管の拡張および両側耳下腺内の微小リンパ節腫脹を認めたが，腫瘍性病変や唾石は認めなかった．ステノン管開口部から採取した白色塊状唾液の病理組織学的検討では，多数の好酸球を含むフィブリン塊を認めた．以上より線維素性唾液腺管炎と診断した．抗ヒスタミン薬内服により一時的な改善を認めたが，症状を反復したため，IPDの投与を開始した．治療開始後，唾液腺腫脹は軽度にとどまり，数年にわたりステロイドを内服することなく良好な症状コントロールを維持している．2型サイトカイン産生を抑制するIPDは，線維素性唾液腺管炎の長期的な症状制御に有用な治療選択肢となり得ると考えられた．

P4-6. 診断に難渋した耳下腺脂腺型リンパ腺腫の一例

○今井理紗子[1)]・齋藤恵実[2)]・永田ゆりの[1)]・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）群馬大学医学部附属病院　病理部　病理診断科

脂腺型リンパ腺腫は主に耳下腺に発生する稀な良性腫瘍である．その組織型はワルチン腫瘍様粘表皮癌に類似し，しばしば鑑別が困難である．今回我々は脂腺型リンパ腺腫の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する．症例は 69 歳女性．脳神経外科で左前庭神経鞘腫に対する開頭腫瘍摘出術およびガンマナイフ治療後，画像フォロー中に偶発的に左耳下腺腫瘍が指摘された．MRI の T2WI において辺縁低信号・内部高信号で，拡散制限を伴っており，過去画像と比較して緩徐な増大を認めた．穿刺細胞診での診断が困難であり，診断的および治療的意義を考慮して左耳下腺浅葉切除術を施行した．病理組織切片では境界明瞭な白色結節を認め，一部に嚢胞様構造を伴っていた．病理組織学的にはリンパ濾胞形成を伴うリンパ組織と上皮成分からなり，上皮は全体に比較的均一に分布し，淡明～好酸性細胞質を有する細胞が充実性に増殖していた．免疫組織化学的には p40，サイトケラチン 5/6，上皮膜抗原が陽性で，アンドロゲン受容体は部分的に陽性を示し，アルシアンブルー染色で粘液細胞は認めなかった．以上より当初はワルチン腫瘍様粘表皮癌と考えられたが，更なる病理組織学的精査の結果，アディポフィリン陽性細胞を認め脂腺分化が示された．さらに FISH で CRTC1-MAML2 遺伝子再構成が陰性であった．以上より脂腺型リンパ腺腫の最終診断となった．現在治療から 3 年経過しているが再発は認めていない．本症例は腫瘍随伴リンパ増殖（TALP）を伴う唾液腺腫瘍であり，鑑別に脂腺型リンパ腺腫，ワルチン腫瘍様粘表皮癌が挙げられる．脂腺型リンパ腺腫はアディポフィリン陽性所見が有用であり，CRTC1-MAML2 が陰性となる．一方ワルチン腫瘍様粘表皮癌はアルシアンブルー染色で粘液細胞を認め，CRTC1-MAML2 が陽性となるのが特徴である．TALP を伴う唾液腺腫瘍では形態のみでの鑑別が困難な場合があり，脂腺分化の評価や遺伝子解析により鑑別が可能である．

P5-1. 軟口蓋小唾液腺に発生したオンコサイトーマの１例

○宮崎航佑[1)2)]・坂東伸幸[1)]・高原　幹[2)]

1）北斗病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）旭川医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

オンコサイトーマは好酸性顆粒状細胞質を有するオンコサイトから構成される良性唾液腺腫瘍であり，多くは耳下腺に発生する．小唾液腺由来のオンコサイトーマは極めて稀であり，特に軟口蓋発生例の報告は限られている．今回われわれは，軟口蓋小唾液腺に発生したオンコサイトーマの１例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．症例は 66 歳，男性．咽頭痛を契機に近医を受診し，右軟口蓋腫瘤を指摘され，当科紹介受診となった．初診時，右軟口蓋に著明な腫脹を認めた．造影 CT 検査では同部位に均一な造影効果を伴う充実性腫瘤を認め，同日，生検を施行した．生検ではオンコサイトーマが疑われた．MRI 検査では，右軟口蓋に最大径 49mm の腫瘤を認め，T1 強調像および T2 強調像で高信号を示した．診断および治療目的に，全身麻酔下で腫瘍切除術を施行した．病理組織学的には，腫瘍は境界明瞭で，豊富な好酸性顆粒状細胞質を有する腫瘍細胞が，一部に空胞変性を伴って増殖していた．細胞の多型性は目立たず，明らかな核異型や浸潤性増殖は認めなかった．以上より，オンコサイトーマと診断した．術後経過は良好で，現在まで再発を認めていない．小唾液腺オンコサイトーマは稀であり，軟口蓋腫瘤の鑑別として多形腺腫，粘表皮癌，腺房細胞癌，転移性腎細胞癌などを考慮する必要がある．確定診断には病理組織学的評価が重要であり，完全切除により良好な予後が期待される．

P5-2. 若年男性の口腔内に発生した巨大神経鞘腫

○池田吏玖・松本吉史・赤松摩紀・大峡慎一
松本文彦

順天堂大学　医学部　耳鼻咽喉科学講座

【緒言】神経鞘腫はシュワン細胞由来の良性腫瘍であり，約 1/3 が頭頸部に発生するとされているが，口腔内の発生頻度は神経鞘腫全体の 4％と比較的稀である．今回巨大な口腔内の神経鞘腫に対して経口腔的に手術を行った症例を経験したので報告する．【症例】32 歳，男性．既往に特記事項なし．右口腔底の腫瘤を主訴に前医を受診．腫瘍性病変を疑い当科紹介受診となった．受診時，右口腔底の粘膜下に腫瘍性病変を認め，正常舌は腫瘍に圧排され左に偏位していた．造影 MRI では右口腔底に辺縁整な腫瘍性病変を認め，舌神経，もしくは舌下神経由来の神経鞘腫が疑われた．細胞診の結果は検体不適正で，生検の結果，神経鞘腫の診断となった．腫瘍が巨大なため，切除に伴う嚥下障害の可能性も考慮したが，受診時から構音，嚥下障害をきたしていたことと，外舌筋への浸潤はなく圧排のみであったため，マージナルな切除であれば術後の嚥下・構音障害は改善が期待できると考え，手術の方針となった．手術は経口腔的に腫瘍を摘出可能であった．術後検体の大きさは 69 × 47 × 33mm，病理所見で神経鞘腫の診断となり，悪性を示唆する所見を認めなかった．術後経過良好で，術後 29 日目に食事再開しその後退院となった．【考察】本症例は，術前画像では由来神経の推定は困難であったが，術後に舌の感覚異常を認めた事より舌神経由来の神経鞘腫と判断した．

P5-3. 咽頭狭窄を来した巨大な口腔底類皮嚢胞の 1 例

○梅本匡弘[1)]・康　　荘[2)]・小池　智[1)]・安松隆治[1)]

1）近畿大学　医学部　耳鼻咽喉・頭頸部外科
2）近畿大学　医学部

【はじめに】類皮嚢胞は胎生期の発生障害や後天的には外傷，炎症等によって上皮の迷入により発生する．今回我々は口腔底に発生し，咽頭狭窄を来した巨大な類皮嚢胞を経験した．【症例】症例は 74 歳，女性で数十年來の口腔底腫脹を認めていた．徐々に口腔底，オトガイ下部の腫脹が増大傾向であり，臥位にて呼吸苦をきたすようになったため，近医を受診し，当科紹介となった．初診時，オトガイ下部には弾性硬の巨大な腫瘤を認め，口腔底の膨隆も認められた．MRI にてオトガイ下部から口腔底にいたる巨大な嚢胞性腫瘤を認めた．顎舌骨筋菲薄化し，口側に局在していたは菲薄化していた．頸部外切開にて手術を行った．顎舌骨筋は菲薄化し，腫瘤は顎舌骨筋より口側に局在していた．嚢胞性病変は摘出したところ，内部にはケラチン様の多数の塊が認められた．最終病理検査結果は類皮嚢胞であった．【考察】口腔底部の類皮嚢胞は顎舌骨筋と嚢胞との位置関係により，1. 舌下型，2. オトガイ下型，3. 舌下―オトガイ下型の 3 種類に分類される．術前診断においては他の頸部嚢胞性疾患との鑑別が必要となる．主に超音波検査，CT，MRI が用いられるが，特に MRI が有用である．舌骨上筋群や舌骨との関係を検討するために必要であり，類表皮嚢胞が液体と等信号を呈し T1 強調画像低信号，T2 強調画像高信号を示すのに対して，類皮嚢胞ではさまざまな信号を呈することが多い．本症例では腫瘤が巨大しており，舌下―オトガイ下型に相当した．頸部外切開にて摘出し，術後経過は良好であった．文献的考察を加えて報告する．

P5-4. 内視鏡下開窓術を行った巨大鼻口蓋管嚢胞の一例

○前田秀光[1)]・楯谷一郎[1)2)]・加藤久幸[1)]・金子政道[1)]
柴田采佳[1)]・佐野佳奈[1)]・和泉佐季子[1)]

1）藤田医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2）京都大学医学部附属病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

鼻口蓋管嚢胞は胎生期に存在する鼻口蓋管内の上皮残遺から発生する非歯原性嚢胞であり，耳鼻咽喉科領域でも稀に遭遇する．今回我々は鼻腔内を著明に占拠するほど巨大に発育した長径 6cm 超の鼻口蓋管嚢胞に対して内視鏡下開窓術を行った一例を経験したので報告する．

症例は 18 歳男性．鼻閉を主訴に近医受診した．鼻腔底の膨隆を認め，前医での画像精査診断にて鼻腔から口蓋を占拠する巨大な嚢胞性病変を認めた．手術加療目的に当科を紹介受診した．鼻内所見では鼻腔底の膨隆により両側総鼻道は著明に狭小化し，下鼻甲介は外側に圧排されていた．顔面 CT にて鼻中隔前下方から硬口蓋を貫通する 6.7 × 6.6cm 大の境界明瞭な軟部陰影を認め，鼻口蓋管に連続する上顎骨の菲薄化を伴っていた．腫瘤は鼻腔底を著明に挙上し，鼻中隔軟骨を側方へ圧排・弯曲させていた．全身麻酔下に，fusion ナビゲーションを用いて鼻内内視鏡手術を施行した．鼻腔底粘膜を切開して嚢胞壁より剥離し，嚢胞の穿刺吸引にて 63ml の黒褐色漿液性液体を認めた．嚢胞壁を可及的に切除した後，嚢胞壁の閉鎖防止目的に鼻中隔粘膜弁を嚢胞腔に落とし込んだ．術後 1 日目に鼻腔底粘膜からの出血を認めたが，ガーゼパッキング等により止血し，術後 5 日目に退院となった．病理組織学的所見として線維性嚢胞壁から成る病変を認め，内腔は異型に乏しい扁平上皮から多列線毛円柱上皮により被覆されていた．近傍には小血管や付属腺が観察され，鼻口蓋管嚢胞として矛盾しない所見であった．術後は鼻口蓋神経障害による前口蓋や上顎切歯の知覚異常は認めず経過良好であり，術後 1 年の CT では嚢胞の良好な開放を認めた．

P5-5. 舌小帯短縮症を伴った舌下部過誤腫の乳児症例

○中里　瑛・孔　憲和・森田由香

富山大学耳鼻咽喉科頭頸部外科

【はじめに】乳児で舌下部とくに舌小帯に腫瘤を認めることは稀である．今回，舌小帯短縮と同部の腫瘤により舌可動性制限と哺乳時のむせを認めた乳児症例を経験したため，文献的考察を加え報告する．

【症例】9 ヵ月女児．生下時より舌下部に白色腫瘤を認めた．近医を受診したが，経過観察とされていた．哺乳時の吸啜運動は可能で，成長発達に問題はなかったが，時折むせがあり，舌の可動制限を認めたため，当科紹介となった．初診時，舌下部，舌小帯近傍に約 5mm 大の弾性硬の白色腫瘤を認め，舌尖部は分葉状を呈していた．MRI 検査では，舌小帯近傍の境界明瞭な表在性病変を認めた．全身合併症はなく，家族歴に特記事項はなかった．舌の運動障害を認めていたため，診断および治療目的に全身麻酔下で腫瘤切除術を施行し，あわせて舌小帯形成術を実施した．病理組織学的検査の結果，過誤腫であった．術後は，哺乳時のむせは軽減し，舌の可動性が改善した．

【考察】過誤腫は，小児口腔腫瘍の約 10% を占める良性病変である．舌での好発部位は舌背部や舌根部で，舌小帯などの舌下部に発生することは極めて稀である．無痛性の良性病変のため，手術適応については慎重に検討されるべきであるが，舌の運動や哺乳・嚥下・発音機能に影響を及ぼす場合は外科的介入が考慮される．本症例では，腫瘤根部と舌小帯が結合しており舌の可動障害を認めたため，乳児期であったが腫瘤の切除と舌小帯形成術を実施した．良性疾患であっても機能障害を伴う場合には外科的介入が必要であると考えられた．また，分葉状舌尖を認めたことから，口顔指症候群など先天性症候群との関連も念頭に置き，今後も全身評価および構音機能を含めた長期的な経過観察が必要である．

P5-6. 舌癌との鑑別を要した放線菌性舌膿瘍の一例

○川野美咲・瓜生英興・中島寅彦

独立行政法人　国立病院機構　九州医療センター　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】舌膿瘍は魚骨迷入や歯原性感染を契機として発症するが，稀な疾患である．特に粘膜下硬結性腫瘤として発症した場合，臨床所見や画像所見のみで悪性腫瘍と鑑別することは困難である．今回我々は，舌癌を疑い切除を行ったところ，放線菌様菌塊を伴う舌膿瘍と診断された一例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

【症例提示】症例：70 代男性

主訴：左舌腫瘤

現病歴：X 年 X 月頃に左舌に腫瘤を自覚し，X 年 X+1 月に近医耳鼻咽喉科を受診した．左舌に約 3cm の粘膜下腫瘤を指摘され，同月精査加療目的に当科紹介となった．

局所所見：舌可動性良好，左側粘膜下に硬結性腫瘤を触れた．

検査所見：生検では異型のない扁平上皮，筋脂肪組織であり，悪性所見を認めなかった．頸胸部造影 CT，造影 MRI では左舌縁に約 25mm の腫瘤性病変を，左頸部に軽度腫大リンパ節を認めた．PET-CT では同部位に FDG 集積を認め，舌悪性腫瘍および頸部リンパ節転移が疑われた．

臨床経過：X 年 X+1 月に診断的治療目的に左舌部分切除術を施行した．摘出検体では，壊死組織を中心に好中球，組織球，多核巨細胞，肉芽組織を伴う膿瘍形成を認め，内部に放線菌様菌塊が観察された．AE1/AE3 は陰性であり，悪性所見は認めなかった．手術施行後の経過観察では，現在まで再発なく経過している．

【考察】舌膿瘍は切開排膿による診断が多く，画像検査によるものは少ない．また臨床上明らかな膿瘍形成が見られず悪性腫瘍との鑑別を要した報告もあった．放線菌症を含む慢性炎症性病変は硬結性腫瘤を形成し，FDG 集積を伴うことがあるため，悪性腫瘍との鑑別が困難となる．本症例では明らかな膿瘍形成となる契機を認めず，画像上は舌癌が強く疑われ，診断的治療目的に切除を行い，病理組織学的に診断確定となった．舌膿瘍は稀であり，特に粘膜下硬結性腫瘤として発症する症例では悪性腫瘍との鑑別が困難である．診断には画像所見のみならず，穿刺，深部生検，病理組織学的評価を組み合わせた慎重な判断が重要である．

P5-7. Fanconi 貧血に合併した下咽頭癌に対し内視鏡的咽喉頭手術（ELPS）を施行した 1 例

○津崎文香[1)]・三輪　好[2)]・有泉陽介[2)]・朝蔭孝宏[2)]

1）東京科学大学病院　耳鼻咽喉科
2）東京科学大学病院　頭頸部外科

Fanconi 貧血は DNA 修復異常を背景とする遺伝性骨髄不全症候群である．10 歳までに 80%以上の患者が再生不良性貧血を発症し，20 歳を超えると固形がんリスクが増加する．なかでも頭頸部扁平上皮癌の発症リスクは一般集団の数百倍とされるが，根治治療の柱となる放射線治療やシスプラチンに対する忍容性が低く，早期発見を目的とした厳格なサーベイランスが求められる．今回我々は Fanconi 貧血に合併した下咽頭表在癌に対し内視鏡的咽喉頭手術（ELPS）を施行した 1 例を経験したので報告する．症例は 34 歳男性．6 歳時に Fanconi 貧血に対して骨髄移植を施行され，30 歳頃より上部消化管内視鏡検査による年に 1 回の悪性腫瘍スクリーニングを受けていた．同検査で下咽頭病変を指摘され，X−1 年 11 月当院紹介となった．内視鏡所見では左梨状陥凹から後壁を越えて対側に及ぶ表在病変を認め，食道入口部まで異常血管の広がりを認めた．また，精査の過程で膀胱癌も指摘され，同時手術の方針となった．X 年 1 月，下咽頭癌に対する ELPS ならびに膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除術を同時施行した．膀胱癌の術中所見より，数週間後に再手術を行うことが望ましい可能性が高いと判断されたことに加え，食道入口部狭窄の予防を目的として，下咽頭癌については計画的な分割切除を行う方針とした．1 回目手術では主として左梨状陥凹を中心に切除を行い，病理組織学的には中分化型扁平上皮癌で，tumor thickness 1,600μm，垂直断端陰性だった．X 年 3 月に 2 回目の同時手術を施行し，残存病変を追加切除した．総合的に，垂直断端のみならず水平断端陰性を確認した．Fanconi 貧血は若年発症・異時多発固形がんのリスク因子となるが，本症例では早期発見および外科的切除により機能を温存しながら根治切除しえた．耳鼻咽喉科領域においても本疾患の特徴を理解し，定期的なサーベイランスを行うことが重要であると考えられた．

P6-1. 放射線性顎骨壊死に抗生剤入りセメント状骨充填剤を用いた症例の長期経過

○川崎泰士

静岡赤十字病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

症例は 80 歳男性．既往歴として胃癌（術後），直腸癌（術後），表在食道癌（EUS 後）がある．現病歴として 20XX－5 年 2 月に当院を受診し，P16 陰性中咽頭後壁原発癌 T4bN2bM0 の診断であった．3 月より化学放射線治療（CDDP 80mg/m^2 2 回投与，対向 2 門照射 32 回 64Gy）を行った．その後中咽頭癌の再発は無く経過していたが，20XX－1 年 8 月頃より右下顎部に疼痛が発症した．20XX－1 年 10 月に近隣の歯科医で右下臼歯 2 本の抜歯を行った．抜歯後，抜歯した下顎骨より膿汁が流出するようになり，近医総合病院口腔外科に紹介となり，処置が行われるようになったが疼痛は続き，開口制限も出現した．疼痛管理のために NSAID s や麻薬等も開始となった．口腔外科による処置を約 1 年行ったが，骨髄炎は進行し，下顎骨骨折の可能性が強くなって耳鼻科に顎骨再建が依頼された．患者と話し合い，再建以外の方法として下顎骨デブリートメント後の抗生剤入りセメント状骨充填剤使用を提示したところ同意したため 20XX 年 11 月に手術を施行した．術前に CRP は陽性であったが術後は陰転化した．CT では，セメント自体が徐々に減少しているが，疼痛は自制内となり膿汁も出なくなっており 2 回目の充填を行うか患者と相談している．20XX＋1 年に左側に早期舌癌が発症したが，部分切除を行い経過良好である．顎骨壊死に対する抗生剤入りセメント状骨充填剤の長期経過とその有用性について報告したい．

P6-2. 転移性腎癌患者におけるニボルマブ関連 irAE 難治性咽頭炎の 1 例

○徳永修也・山村幸江・水足邦雄

東京女子医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

【背景】免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象（irAE）として粘膜炎の報告は散見されるが，難治性かつ重症化した咽頭炎の対応に苦慮する症例も存在する．今回，ニボルマブ投与中に irAE による難治性咽頭炎を発症し，ステロイド療法および粘膜保護療法にて改善を得た 1 例を経験したので報告する．【症例】68 歳，女性．転移性腎癌に対してニボルマブ投与中に咽頭炎を発症した．irAE の可能性を考慮した前医にてステロイド投与が行われ，一時的な改善を認めたが，投与終了後に増悪したため当科へ紹介となった．初診時，軟口蓋から下咽頭にかけて広範な粘膜びらんを認めた．ウイルス性咽頭炎も鑑別に挙げられたため入院加療を開始したが，入院後に硬口蓋および舌への潰瘍性病変の出現を認めた．膠原病および炎症性腸疾患の鑑別を行ったが，これらを支持する所見は乏しく，除外診断的に irAE による難治性咽頭炎と診断した．PSL 60mg（1mg/kg）の内服を開始したところ，投与開始 1 週間で咽頭粘膜びらんは著明に改善した．舌潰瘍は一時増悪を認めたが，潰瘍形成が治療歯（銀歯）周囲に限局していたことから接触性粘膜炎の関与も考慮された．PSL 開始 2 週間で舌潰瘍もほぼ消退したため，1 週間ごとに 10mg ずつ漸減を開始した．なお経過中，口腔粘膜炎による疼痛が強く経口摂取困難となったため，歯科口腔外科と連携のうえ半夏瀉心湯含嗽および口腔粘膜保護剤を導入した．導入後は経口摂取時の疼痛が顕著に改善し，摂取量の回復に寄与した．【考察・結論】irAE による粘膜炎が疑われる場合，ステロイド投与の遅延は病態の増悪・重症化につながる可能性がある．膠原病や炎症性腸疾患との鑑別を迅速に行い，早期にステロイド療法を開始することが重要である．また，放射線性粘膜炎に準じた半夏瀉心湯含嗽や粘膜保護剤の併用は，irAE 関連粘膜炎における疼痛緩和および経口摂取維持に有用であると考えられた．

P6-3. 免疫チェックポイント阻害薬にて脳炎を来した2例

○髙橋　響

金沢大学　耳鼻咽喉科・頭頚部外科学

免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitor：ICI）は再発・転移頭頸部癌に対する標準治療として広く用いられており，生存期間の延長など予後改善に寄与している．一方で，免疫関連有害事象（immune-related adverse event：irAE）は多岐にわたり，皮膚障害，内分泌障害，消化管障害など様々な臓器に出現することが知られている．これらのうち神経系合併症は発現頻度は低いものの，脳炎，髄膜炎，末梢神経障害など重篤な経過をとる場合があり，臨床上重要な合併症の一つである．特に脳炎は非特異的症状で発症することが多く，診断や治療開始の遅れが予後に影響を及ぼす可能性がある．今回当科でICI投与後にICI関連脳炎を発症した2例を経験したため報告する．症例1は71歳男性，喉頭癌再発に対しニボルマブ投与後，発熱，下肢脱力に続き意識障害およびミオクローヌスを認めた．頭部MRIでは明らかな異常所見を認めず，髄液検査で単核球優位の細胞数増加を認め，ICI関連脳炎と診断した．症例2は73歳男性，上顎歯肉癌に対しペンブロリズマブ投与中，意識障害が出現し入院となった．頭部MRIで異常所見を認めなかったが，髄液検査でIgGインデックス上昇およびオリゴクローナルバンド陽性を認め，同様にICI関連脳炎と診断した．いずれの症例も速やかにステロイドパルス療法を施行し，神経症状は速やかに改善した．ICI関連脳炎は画像所見に乏しいことがあり，感染性脳炎や転移性病変との鑑別が重要であるが，臨床経過や髄液所見を総合的に評価することが診断に有用である．早期に本病態を疑い，迅速に免疫抑制療法を開始することが予後改善に重要であると考えられた．

P6-4. TPF導入化学療法中にペグフィルグラスチム投与後発症したG-CSF関連大動脈炎の1例

○平井信行・吉崎智一

金沢大学　耳鼻咽喉科・頭頸部癌外科

G-CSF製剤の一つであるペグフィルグラスチムは，発熱性好中球減少症（FN）発症リスクの高い患者において予防投与が推奨されている．主な副作用として骨痛，発熱，注射部位反応などが知られているが，稀に大型血管炎を来すことがあり，2018年には重大な副作用として添付文章に追記された．症例は64歳男性．中咽頭癌（右側壁原発，p16陽性，T4N1M0）に対し，ケモセレクションとしてTPF導入化学療法を開始し，Day 6にペグフィルグラスチムを投与した．FNの発症なくDay 15に退院したが，Day 20の予定再診時の採血でCRP 20mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認めた．発熱や自覚症状も認めず，熱源検索目的に施行した全身造影CTで大動脈壁肥厚を認め，G-CSF関連大動脈炎と診断した．プレドニゾロン投与により炎症反応は速やかに改善し，大動脈炎治療開始4週間後に中咽頭癌への治療を開始，プレドニゾロンは7週間かけて漸減終了した．以後再燃なく，中咽頭癌治療も完遂した．ペグフィルグラスチムはFN発症予防に有用である一方，稀な重篤な副作用として大動脈炎をきたす可能性があり，その投与には十分な検討が求められる．

P6-5. 頭頸部 CRT に起因する口腔粘膜炎に対する取り組み

○清水目奈美

八戸市立市民病院

頭頸部癌に対して行う化学放射線治療の有害事象として，口腔粘膜炎はかなり高い頻度で出現する．炎症のコントロールが不十分だと，経口摂取量が減少して栄養状態が悪化したり，感染源になるなどして，治療を継続することが困難になる場合がある．当院の耳鼻科病棟では，口腔粘膜炎の早期発見を目的としてオーラルアセスメントガイド（OAG）を導入し，入院時および週に 1 回アセスメントを実施している．そして評価だけではなく，その結果をケアに活かすため，患者自身が時系列に沿って症状の変化を予測できるような「CRT ケアマップ」を作成した．これは照射の回数や OAG の点数によって口腔粘膜や皮膚にどのような症状が出て，それに対してどのようなケアが必要なのかをわかりやすく記載したものであり，患者・看護師・医師それぞれが共有できるようになっている．抄録作成時点での対象患者は 6 名で，全員が治療終了後のアンケートで「医療者に相談しやすくなった，治療を頑張る支えになった」と回答していた．50 代男性に使用した例では，重傷の口腔粘膜炎をきたしたものの，適切な介入とケアにより治療を完遂することができた．この患者からは，治療終了後のアンケートで，「これからの治療，副作用が見える化され，今後自分に起こる症状がイメージでき，前向きに治療と病気に向き合うことができた」というコメントをいただいた．この取り組みはまだ始まったばかりであるが，これからも患者が安全に確実に化学放射線治療を完遂するための一助になると考えている．

P6-6. 頭頸部アルミノックス治療後に腎障害を来し，緊急透析を要した 1 例

○川田幸造・牧野琢丸・藤本将平・秋定直樹
貝原大毅・安藤瑞生

岡山大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【緒言】セツキシマブは肝代謝であり腎機能低下例でも投与可能とされ，頭頸部扁平上皮癌に広く用いられている．主な有害事象は皮膚障害，低 Mg 血症，消化器症状，infusion reaction などであり，腎障害はまれとされる．近年は頭頸部アルミノックス治療においてセツキシマブサロタロカンナトリウムが使用されているが，その腎毒性に関する報告は限られている．今回，同剤投与後に急性腎障害を来し緊急透析を要した症例を経験したため報告する．【症例】78 歳男性．声門癌に対して切除術および術後放射線治療を施行され，その後外来フォロー中であった．既往に慢性腎臓病を有していた．上部消化管内視鏡検査で右中咽頭側壁に brownish area を認め，生検で扁平上皮癌と診断された．局所再発に対し頭頸部アルミノックス治療目的に入院した．セツキシマブサロタロカンナトリウム（640mg/m^2）投与後にレーザ照射を施行した．入院時血清 Cr は 1.77mg/dL であったが，投与後急速に腎機能が悪化し，POD7 に 2.94mg/dL，POD9 に 4.31mg/dL まで上昇した．21mL/8 時間と無尿を認めたため緊急透析を導入した．腎生検では急性尿細管壊死と診断された．計 3 回の透析後に尿量および腎機能は改善し，POD47 に退院した．【考察】セツキシマブは抗 EGFR モノクローナル抗体であり腎機能に依存せず投与可能とされるが，まれに腎障害を来す．多くは低 Mg 血症や脱水などに伴う二次性腎障害とされ，直接的腎毒性の報告は少ない．EGFR は腎尿細管上皮の修復に関与することから，本剤は尿細管再生を抑制し急性尿細管壊死の一因となる可能性がある．本症例では慢性腎臓病の合併による腎予備能低下が発症に寄与したと考えられる．【結論】セツキシマブサロタロカンナトリウム投与後に急性腎障害を来し透析を要した症例を経験した．本剤関連腎障害は稀ではあるが重篤化し得るため，基礎腎機能にかかわらず慎重なモニタリングが重要である．

P7-1. 導入化学療法による病勢制御後に根治手術を施行し得た舌癌 T3N3b の 1 例

○池宮城秀崇・松木　崇・矢口凌平・浅古有紀子

神奈川県立がんセンター　頭頸部外科

切除可能局所進行頭頸部扁平上皮癌に対する周術期 Pembrolizumab 療法の有効性が KEYNOTE-689 試験で示され，有効な治療選択肢として期待されている．一方，Stage ⅣB 症例は同試験の対象外であったためエビデンスがなく，特に切除可能な N3b 症例においては病勢進行により切除不能となるリスクを踏まえた個別判断が必要となる．症例は 54 歳男性．精査で右舌縁原発の扁平上皮癌，cT3N3bM0，Stage ⅣB と診断した．原発巣は右可動部舌に限局していたが両側頸部リンパ節転移を認め，右側では節外浸潤を伴い総頸動脈にも約半周において接していた．その時点では根治切除可能と判断したが，最短の手術日が約 5 週間後であった．当科での手術治療を強く希望されたが，術前待機期間の腫瘍増大により切除不能となる懸念があった．KEYNOTE-689 レジメンは病勢進行リスクを考慮して選択せず，切除可能性の維持を目的に導入化学療法として TPF を 1 コース施行した．治療後は原発巣および頸部転移の縮小を認め，予定通り可動部舌半切，両側頸部郭清を施行し，遊離前腕皮弁で再建した．明らかな浸潤を認めていた右側の胸鎖乳突筋，内・外頸静脈，迷走神経は合併切除したが，総頸動脈とは剥離可能であり，副神経と共に温存できた．術後経過は良好で，経口摂取も可能であった．術後病理診断では術前化学療法の著効を認めていたが，術前所見における明らかな節外浸潤を踏まえ，weekly-CDDP 併用で術後化学放射線療法を施行した．頭頸部癌における術前化学療法は生存への寄与においてエビデンスに乏しい．しかし，実臨床においては切除不能化を回避し根治切除に繋げる目的において有用な症例もあると考えられ，KN689 レジメンの術前 Pembrolizumab とはコンセプトが異なることを意識する必要があると考える．

P7-2. 慢性 GVHD を背景に発症した硬口蓋癌の一例

○室谷祐樹・宇野大祐・吉崎智一

金沢大学附属病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

【症例】3X 歳男性【既往歴】バーキットリンパ腫同種移植後，脊髄損傷，慢性移植片対宿主病（GVHD），両側ステロイド緑内障，ACTH 及びコルチゾール低値【現病歴】10 代後半にバーキットリンパ腫に対して化学療法後に同種移植を施行され，その後慢性 GVHD を発症し A 病院に通院中であった．202X 年に硬口蓋に粘膜不正病変を認めたことから同院歯科口腔外科より当科紹介受診した．CT 及び MRI にて硬口蓋左側に骨浸潤を伴う造影効果を伴う腫瘍を認め，FDG/PET 検査でも同腫瘍に FDG 集積を認めた．組織病理検査結果にて扁平上皮癌と診断されたことから左硬口蓋癌（cT4aN1M0，cStage4）と診断した．【臨床経過】手術加療及び化学放射線加療について提示し，患者希望でシスプラチン併用化学放射線治療を施行し腫瘍縮小を認めた．治療後 3 ヵ月時点の MRI では造影効果の増強は認めず，明らかな再発転移なく経過している．【考察】バーキットリンパ腫に対する同種移植後異時性重複癌として発症した左硬口蓋癌の一例を経験した．悪性リンパ腫同種移植後の患者において重複癌として扁平上皮癌の発症率が上がるとの報告もあり，特に移植前の放射線照射及び免疫抑制療法，慢性 GVHD が発症率の上昇に寄与する可能性があるとの報告もある．本邦における報告では口腔癌として舌癌が最多であるが，口蓋粘表皮癌などを発症した症例も報告されており多様性があると考えられる．悪性リンパ腫寛解後に硬口蓋粘表皮癌を発症した例もあり，治療後 5 年以上経過したのちに口腔癌を発症するケースも報告されていることから長期的なフォローが必要となる．本症例も同様に悪性リンパ腫治療後慢性 GVHD 等を背景に左硬口蓋癌を発症した例であり，悪性リンパ腫寛解後に発症した症例であることから長期的なフォローが重要と考えられる．

P7-3. 当科における進行口腔癌皮弁再建症例の検討

○平野　隆・高倉苑佳・吉永和弘・川野利明
立山香織

大分大学医学部耳鼻咽喉科

当科における進行口腔癌に対する治療方針は，術前導入化学療法後に enblock 切除と遊離皮弁による手術療法を行っている．今回，当科における口腔癌皮弁再建症例の臨床経過についてまとめ，文献的考察を加え報告する．対象は，2021 年 1 月から 2025 年 12 月までの 5 年間に大分大学耳鼻咽喉科で入院加療を行った進行口腔癌に対して皮弁手術治療を行った 27 例（男性 21 例，女性 6 例，平均年齢は 64.1 歳）を対象に検討した．口腔癌の原発部位は，舌が 24 例，口腔底が 2 例，歯肉が 1 例であった．再建皮弁の種類は外側大腿（大腿筋張筋含めて）皮弁 20 例，腹直筋皮弁 5 例，腓骨皮弁 1 例，大胸筋皮弁 1 例であった．周術期における術後合併症や皮弁再建後の経過について検討を行ったので報告する．

P7-4. 下咽頭癌根治治療後に発症した進行下口唇癌に対し DP 皮弁再建を行った 1 例

○小林義明[1)]・鈴木寛久[2)]・鈴木秀典[1)]・松尾聡一郎[1)]
木村　透[1)]・花井信広[1)]

1）愛知県がんセンター　頭頸部外科
2）愛知県がんセンター　形成外科

【はじめに】頭頸部扁平上皮癌患者では，異時性重複癌の発生が知られている．また，既治療頸部症例では再建方法の選択に苦慮することが少なくない．今回，下咽頭癌根治治療後 5 年を経て発症した進行下口唇癌に対し，DP 皮弁による再建を行った 1 例を経験したため報告する．【症例】症例は 70 歳男性．下咽頭癌（T3N2bM0）に対し，X-5 年に咽喉頭摘出術，両側頸部郭清術および遊離空腸再建術を施行した．頸部郭清範囲は level 分類で右 2-6，左 2-4，6 であった．術後化学放射線治療を施行し，その後は再発なく経過観察中であった．X 年 1 月頃より下口唇腫瘤を自覚し受診した．精査の結果，下口唇癌 cT4aN2cM0 と診断した．PET-CT では両側顎下部リンパ節腫大および淡い FDG 集積を認め，CT および MRI でもリンパ節転移が疑われた．局所の切除範囲として全下口唇切除が必要と判断され，再建法として遊離前腕皮弁を検討したが，手術待機中の腫瘍増大が懸念されたため，形成外科と協議のうえ DP 皮弁再建を選択した．DP 皮弁遷延術施行後，全下口唇切除，両側顎下部郭清術および DP 皮弁再建術を施行した．術後経過は良好で，術後 3 週で皮弁切り離し術を施行した．病理組織学的検査では下口唇扁平上皮癌 pT4aN0M0 であり，切除断端は陰性，郭清リンパ節転移は認めなかった．術後 3 ヵ月現在，再発なく経過観察中である．【考察】本症例は下咽頭癌治療後 5 年を経て発症した異時性重複癌と考えられた．頭頸部癌患者では長期経過後も重複癌発生の可能性を念頭に置いた経過観察が重要である．また，既治療頸部症例では遊離皮弁再建に必要な血管の確保が課題となる．本症例では腫瘍進行のリスクを考慮し DP 皮弁を選択することで，速やかな根治切除と良好な再建結果を得ることができた．既往に広範な頸部郭清術および化学放射線治療を有する進行下口唇癌症例において，DP 皮弁は有用な再建選択肢の一つであると考えられた．

P7-5. cheek-splitting transbuccal approach を用いた臼後部エナメル上皮癌の１例

○前角宙音・小村　豪・伏見千宙

国立がん研究センター中央病院　頭頸部外科

【緒言】口内法での対応が困難な臼後部癌には submandibular approach や cheek-splitting transbuccal approach（CSTBA）が用いられてきた．CSTBA は顔面切開という審美面での欠点があるが，頸部操作回避，術野スペース確保などの利点もある．今回，臼後部に発生したエナメル上皮癌に対し CSTBA を用いて切除した症例を経験したので報告する．【症例】77 歳女性．甲状腺乳頭癌肺転移に対して，20 年以上前に他院で甲状腺全摘術＋両側頸部郭清術を施行後，複数回の放射性ヨード内用療法を行った．残存肺転移にヨード取り込みがなくなった後に治療終了となり，当院で経過観察のみ行い，幸い肺転移も増大は認めていなかった．20XX 年 3 月に右頬粘膜腫瘤を主訴に当科紹介受診となった．右頬粘膜下から粘膜表面へ突出する 25mm 大の可動性良好な腫瘤を認めた．MRI では右頬間隙から臼後部に張り出す腫瘤を認め，T1 強調像で低信号，T2 強調像で高信号を呈していた．頬筋，上咽頭収縮筋との境界は一部不明瞭であったが，上顎骨や下顎骨への浸潤はなかった．CT では頸部転移は認めず，甲状腺癌肺転移に変化はなかった．生検ではエナメル上皮癌または腺系の分化を伴う扁平上皮癌が疑われた．以上より，頬粘膜癌 cT2N0M0 stage Ⅱ と診断し，手術の方針となった．甲状腺癌に対する頸部手術による U 字切開の手術痕があり，submandibular approach は不適と考え，CSTBA を用いた頬粘膜腫瘍切除術を行った．欠損部には有茎頬脂肪体弁を置き，その上に PGA シートを貼付した．術後病理検査でエナメル上皮癌の診断に至った．術後口角の左右差はみられず，開口も保たれた．【考察】CSTBA は口角から頬部にかけて顔面切開が入り，審美面での問題はあるが，頸部操作を避けられる．本症例のような頸部手術の既往がある臼後部や上下歯肉癌症例では選択肢になり得る．発表時には実際の手術動画を供覧する予定である．

P8-1. 上咽頭癌放射線治療後に生じたフィブリノイド壊死の一例

○岩田慎一郎・木村隆幸・梅本匡弘・玉木久智
岩元秀輔・安倍大輔・安松隆治

近畿大学耳鼻咽喉頭頚部外科

上咽頭癌に対する化学放射線療法（CRT）は有用な局所治療である一方で長期経過後に組織壊死や肉芽形成，放射線誘発癌等の放射線晩期障害が生じ得る．今回我々は，上咽頭癌に対して CRT を行った後，長期の歳月を経て上咽頭から蝶形骨洞内に発生し，術前診断に苦慮したフィブリノイド壊死の一例を経験した．症例は 76 歳，女性，20 年前に上咽頭癌（T3N0M0）に対し CRT を施行した．治療後，再発を認めず経過していたが，1 年半前より血性鼻汁を自覚し，症状出現 1 年後に当科紹介となった．血性鼻汁の原因として当初は反復性の鼻出血が疑われ，半年ほど外来でフォローとなっていたが，経過中に左中鼻道に拍動性の暗赤色腫瘤を認めた．外来での生検では悪性所見を認めなかったものの，造影 CT，造影 MRI では強い造影効果と周囲骨破壊を伴っており，悪性疾患の鑑別が必要な状況であった．その他に放射性骨髄炎による頭蓋内血管からの出血などの病態も疑われたため脳外科へ血管造影を依頼したが，頭蓋内血管との交通や tumor sign は認めなかった．しかしながら鼻出血は繰り返していたため本人家族への十分な説明と同意の上で診断と加療を兼ねて ESS を施行した．術中迅速病理では病変からは悪性所見を認めず，易出血多血性ではあるものの出血コントロールは可能と判断し，可及的に切除を行う方針とした．最終診断はフィブリノイド壊死であり，術後経過は問題なく自覚症状も改善した．高線量の CRT 後の長期経過例では，原発巣の制御が良好であっても画像上悪性腫瘍に酷似した非腫瘍性病変（肉芽組織）を形成する場合があり，時に術前診断や治療方針について悩ましい病態を経験する．本症例では画像診断に加え血管造影を実施し，診断と治療を兼ねて行った ESS が有用であった．

P8-2. 下咽頭癌遊離空腸再建後頸動脈出血に対しIVR止血後大胸筋皮弁再建術を行い救命した1例

○石川健一朗・石井　亮・東賢二郎・大越　明
香取幸夫

東北大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】頭頸部癌に対する放射線治療後の手術では組織壊死や創感染に伴う致死的な大血管出血のリスクが高まる．今回，下咽頭癌術後の咽頭空腸吻合部に生じた潰瘍から頸動脈出血を来すも血管内治療（Interventional Radiology：IVR）および大胸筋皮弁再建術により救命し得た1例を経験したので報告する．【症例】70歳男性．X−8年に喉頭癌に対し化学放射線療法を施行した．X−4月に下咽頭癌（cT3N0M0）の診断となり，X−53日に下咽頭喉頭摘出術，両頸部郭清術，遊離空腸再建術を施行しX − 29日に退院した．X日に自宅で吐血し倒れているところを発見され救急搬送された．【経過】搬送時出血性ショックを呈しておりHb 5.9g/dLの貧血を認めた．遊離空腸断端からの出血を認め消化器内科に依頼し上部消化管内視鏡での止血を試みたが困難であった．手術室にてシーリングデバイスを用いた止血を試みたが操作中に多量の出血を認め頸部を用手的に圧迫しながらIVRへ移行した．血管造影では外頸動脈起始部の仮性動脈瘤からの出血の診断となり，右外頸動脈へのコイル塞栓と総頸動脈遠位から内頸動脈近位へのカバードステント留置を施行した．X＋9日のCTにて潰瘍腔の拡大を認め，X＋11日に大胸筋皮弁再建術を施行した．X＋46日の嚥下造影にて咽頭外への漏出が無いことを確認し経口摂取を再開し，X＋55日に自宅退院となった．【考察】頸動脈破裂症候群（Carotid Blowout Syndrome：CBS）は致命的出血をきたす頭頸部癌術後の重篤な合併症の一つであり放射線治療歴はCBSの直接的な誘因となる．外科的アプローチが困難な急性期にはIVRによる塞栓およびカバードステント留置は有用な止血手段であるが再破裂のリスクが残る．二期的な手術として血行豊富な大胸筋皮弁等による軟部組織充填・再建が有用な可能性がある．【結語】下咽頭癌遊離空腸再建部からの頸動脈出血に対しIVRで止血後大胸筋皮弁再建術を施行し救命し得た一例を経験した．

P8-3. 当科における中咽頭癌の治療の検討

○中田敦貴・角南貴司子・山本祐輝

大阪公立大学　耳鼻咽喉科病態学

近年，中咽頭癌は本邦を含む先進国において増加傾向にあり，その主な要因としてヒトパピローマウイルス（HPV）関連中咽頭癌の増加が挙げられる．HPV関連中咽頭癌は男性に多く，比較的若年の非喫煙者に発症することが特徴である．また，側壁や前壁に好発し，早期から頸部リンパ節転移を来すことが多いため，原発不明頸部転移癌として発見される症例も少なくない．2017年のTNM分類改訂では，HPV関連中咽頭癌はp16陽性癌として独立して分類され，従来の分類と比較してダウンステージ化された．さらに，放射線治療や化学療法に対する感受性が高く，予後良好な疾患として知られている．今回，当科で治療を行った中咽頭癌症例を対象に，発生部位，組織型，TNM分類，Stage分類，治療内容および治療成績について後方視的に検討した．中咽頭は嚥下機能や発声機能に深く関与する複雑な解剖学的構造を有しており，治療方針の決定に際しては根治性のみならず機能温存や治療後QOLへの配慮が重要となる．また，当院は地域特性や患者背景の影響を受けやすく，標準治療の適応が困難な症例も経験する．当科の治療方針として，p16陽性症例ではT1-2N0症例に対して手術を，T1-2N＋症例およびT3-4症例に対しては放射線化学療法を第一選択としている．一方，p16陰性症例では手術を基本方針としている．また，手術待機期間を要する症例では，病勢や患者背景を考慮し導入化学療法を施行する場合もある．本報告では，当科における中咽頭癌治療の実際とその治療成績について検討し，今後の治療方針について考察する．

P8-4. 中咽頭病変部の多量出血により気道緊急に至ったびまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫例

○足立壮伸・阪上智史・蔦　健吾・八木正夫

関西医科大学附属病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】びまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫（DLBCL）は，節外病変として口蓋扁桃を含む Waldeyer 咽頭輪に発生することがあり，これらの部位の病変の増大，潰瘍形成，壊死，組織の脆弱化により，気道閉塞や咽頭出血による気道緊急を引き起こすことがある．今回，右口蓋扁桃の DLBCL による腫瘤の潰瘍性病変から多量の出血をきたした症例を経験したので報告する．【症例】症例は 87 歳男性，中咽頭腫瘤の精査目的のため当科受診され，生検の結果，DLBLC の診断となった．PET-CT で小腸にも集積を認め，生検にて小腸病変も DLBCL と診断された．小腸精査を含め初診から 3 ヵ月目に化学療法目的に入院となった．入院当日の夜に吐血を認め，中咽頭腫瘤の潰瘍部からの出血を認めた．出血による気道閉塞リスクが高いと判断し，気管挿管による気道確保を行った．化学療法開始による腫瘍縮小および止血を期待して入院 2 日目から予定通り治療を開始した．入院 5 日目に腫瘍の縮小と，止血の持続を確認できたため抜管し，外来化学療法を継続の予定とし退院となり，その後再出血を認めていない．【考察】中咽頭は外頸動脈系分枝から豊富な血流を受けており，中咽頭手術侵襲，腫瘍による潰瘍形成や壊死により出血を来す可能性がある．そのため出血時には病変部位と血管の走行を考慮した評価と気道管理が重要である．本症例では小腸病変を含めた診断確定のために消化器内科での追加生検を要し，化学療法開始までに一定の時間を要した．一方，治療開始後は腫瘍縮小に伴い止血が得られ，抜管可能となった．咽頭病変を伴う DLBCL では，待機期間や治療経過中の出血や気道閉塞リスクを念頭に関係診療科で連携することで，今回のような Oncological Emergency を回避できる可能性があると考えた．

P9-1. 下咽頭に発生した顆粒細胞腫の一例

○表　宏亮・北村守正

金沢医科大学頭頚部外科学

【背景】顆粒細胞腫は Schwann 細胞由来とされる比較的稀な腫瘍で，口腔・舌に好発する．頭頸部領域では散発的に報告にとどまり，下咽頭に発生する例は極めて稀である．その臨床像や最適な治療方針についてはいまだ十分な知見が蓄積されていない．さらに，発生部位によっては症状に乏しく，偶発的に発見されることもあり，診断に難渋する場合がある．今回，下咽頭に発生した顆粒細胞腫の 1 例を経験したため報告する．

【症例】症例は 20 代女性．上部消化管内視鏡検査にて下咽頭右梨状陥凹に 1.5cm 大，辺縁整の粘膜下腫瘍を指摘され，当科紹介となった．造影 CT では軽度の造影効果を示し均一で，MRI では T1 低信号，T2 高信号を呈し，嚢胞性病変やリンパ腫等が鑑別として挙がった．頸部リンパ節腫脹は認めず，その他頭頸部領域に異常所見を認めなかった．切除生検の方針となり，全身麻酔下で直達鏡を用いた経口的摘出術を施行した．術後経過は良好で，術後 5 日目に退院となった．病理組織学的には，豊富な好酸球性顆粒状細胞質を有する円形－紡錘形の大細胞の増殖を認め，免疫染色で S-100（+），SOX10（+），CD68（+），desmin melanosome（−），melan-A（−）であり，顆粒細胞腫と診断された．術後 1 ヵ月時点で創部は完全に粘膜化し，萎縮や狭窄などの有害事象は認めなかった．

【考察】顆粒細胞腫は多くが良性であるが，稀に悪性例の報告もあり，確定診断には病理組織学的評価が不可欠である．特に下咽頭発生例は報告数が限られており，術前診断が困難な場合も少なくない．本症例っでは画像上明らかな悪性所見に乏しかったものの，確定診断を目的として外科的切除を行った点が重要である．

【結論】下咽頭に発生した顆粒細胞腫の稀な 1 例を経験した．下咽頭腫瘤の鑑別診断として本疾患も念頭に置き，適切な診断および治療戦略を選択することが重要である．

P9-2. 片側頸動脈小体腫瘍摘出術後に圧受容器反射障害をきたし意識消失を繰り返した症例

○中村文香

愛知医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【背景】圧受容器反射とは血圧の変化を瞬時に感知して補正する自律神経反射である．本症例では片側頸動脈小体腫瘍摘出術後に圧受容器反射障害をきたし意識消失を繰り返した症例を報告する．

【臨床経過】36 歳，男性．四肢の軽度の筋痛・しびれ感・疲労感で近医整形外科を受診，画像検査で左頸部に 3cm 大の腫瘤が認められ，当院紹介受診．血液検査で異常なく，造影 CT・MRI で内・外頸動脈を部分的に取り込む左頸動脈小体腫瘍を疑う所見が認められた（Shamblin 分類**）．血管造影で前・後交通動脈共に側副血行路はなく，栄養動脈は上甲状腺動脈と顔面動脈の分枝だと判明した．手術前日に栄養血管を塞栓し，頸動脈小体腫瘍摘出術を施行した．摘出時に外頸動脈は合併切除したが，IX，X，XI，XII 神経，内頸動脈，内頸静脈は温存した．頸動脈分岐部直上では腫瘍剥離時に血管壁を損傷し，縫合処置を要した．術後は経過問題なく術後 1 週間後に退院した．術後 28 日目に階段で意識消失し，転倒，翌日の整形外科受診時に頸椎C7骨折を認め，緊急手術を受けた．受傷 5 日後に当科を受診．シェロングテストで脈拍数が上昇せず血圧も不安定だったため昇圧薬を処方開始した．その後 2 ヵ月で症状改善，9 ヵ月後に内服終了となった．

【考察】頸動脈小体腫瘍による障害として，腫瘍自体による障害と，摘出手術による障害の 2 つがある．それにより圧受容器反射不全症候群として高血圧クリーゼ，心拍変動低下，起立性低血圧等の循環器症状が起こりうる．これまで圧受容器反射障害は両側摘出時に生じやすいとされてきたが，近年，片側頸動脈小体腫瘍症例でも術前に軽度圧受容器反射障害が認められたという報告がある．また症状出現時期は術後数日から数年後との報告もある．

【結語】頸動脈小体腫瘍摘出術を施行する場合，片側でも術前・術後の自律神経機能検査及び術後の長期経過観察が必要である．

P9-3. 両側外側頸部に及ぶ後咽頭間隙の巨大脂肪腫を摘出し得た 1 例

○貝原大毅・牧野琢丸・秋定直樹・川田幸造
安藤瑞生

岡山大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【緒言】脂肪腫は無症状のまま緩徐に増大することが多く，発見時には巨大化している場合がある．特に後咽頭間隙発生例では，上縦隔や両側頸部へ進展し広範囲病変となることがある．今回，後咽頭間隙から両側外側頸部に及ぶ巨大脂肪腫の 1 例を経験したため報告する．【症例】76 歳女性．頸部腫瘤の増大を主訴に受診した．後咽頭間隙脂肪腫が疑われたが，両側総頸動脈に近接し術後の咽頭知覚障害のリスクが懸念されたため，当初は経過観察とされた．8 年間で徐々に増大し，腫瘍径の増大および脂肪肉腫の可能性も否定できないことから手術を施行した．身体所見では右は総頸動脈周囲，左は僧帽筋近傍まで及ぶ弾性軟で可動性良好な腫瘤を触知した．造影 CT で長径約 170mm の境界明瞭な低吸収腫瘤を認め，MRI では T1／T2 強調像で高信号を呈し，後咽頭間隙から上縦隔および両側外側頸部へ連続して進展していた．両側頸部弧状切開にてアプローチし，正中操作を回避して腫瘍を同定した．被膜に沿って剥離を進め一塊で摘出し得た．周囲組織との強固な癒着は認めなかった．病理は spindle cell lipoma で悪性所見は認めなかった．術後経過は良好で，嚥下障害などの合併症なく経過した．【考察】脂肪腫は緩徐に増大する良性腫瘍であるが，頭頸部発生は約 13%とされる．頸部では巨大化により圧迫症状を呈するほか，脂肪肉腫との術前鑑別が困難な場合があり，摘出後に悪性と診断される報告もある．このため，除外診断的観点からも外科的摘出は重要である．また脂肪腫は被膜を有し周囲組織との癒着が軽度であることが多く，本症例のように巨大で広範囲に進展する病変であっても，解剖学的層に沿った剥離操作により安全に一塊切除が可能であった．【結語】脂肪腫は診断および治療の両面から外科的切除が基本であり，巨大例であっても手術は積極的に検討すべきである．

P9-4. 副咽頭間隙の下顎神経鞘腫に対して経頸部アプローチでの摘出術を行った１例

○出井克昌・笠原　健・御子柴卓弥・関水真理子
高原美希・小澤宏之

慶應義塾大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】三叉神経鞘腫は比較的稀な腫瘍であり，頭蓋外に進展する場合は副咽頭間隙腫瘍との鑑別やアプローチ選択が重要となる．今回，卵円孔に連続し副咽頭間隙に進展した下顎神経由来の三叉神経鞘腫に対し，経頸部アプローチでの摘出術を施行し，症状改善を得た１例を経験したので報告する．

【症例】70 代女性．X－10 年から左下歯肉痛を自覚し，X－3 年から左耳から頬部にかけての電撃痛を認めた．X－1 年 1 月に他院脳神経外科で三叉神経痛に対して微小血管減圧術を実施し電撃痛は改善したが，左耳下部痛は残存した．また，開口時痛やファーストバイト症候群も認めた．画像所見では，左側頭下窩から副咽頭間隙に連続する最大径 3cm の嚢胞変性を伴う腫瘍を認め，症状や腫瘍の局在から下顎神経由来の神経鞘腫が疑われた．ご本人に症状が改善しない可能性を説明した上で，X 年 7 月に経頸部アプローチでの腫瘍摘出術を実施した．顎二腹筋後腹及び茎突舌骨筋を切断し，外頸動脈を遊離させた．茎突下顎靱帯を切離し茎状突起を骨折させ，耳下腺深葉と茎状突起の間の腫瘍に到達した．迅速病理にて神経鞘腫と確認後，被膜間摘出を行い，超音波吸引装置で内部を減量しながら腫瘍を切除した．手術時間は 3 時間 33 分，出血量は 23mL であった．術後経過は良好で，開口時痛は早期に改善し，X＋1 年 3 月にはファーストバイト症候群もほぼ消失した．術後 2 年時点で明らかな再発を認めていない．

【考察】本症例では画像の卵円孔との連続性及び術中所見から下顎神経鞘腫と診断した．被膜間摘出を行うことで神経機能温存しつつ全摘出が可能で，術後は疼痛及びファーストバイト症候群の改善が得られた．本症例のように副咽頭間隙の三叉神経鞘腫は開頭や経鼻アプローチだけでなく，症例によっては経頸部アプローチも有用な選択肢となると考えられた．

P9-5. 稀な位置に発生した交感神経鞘腫の１例

○垣鍔香織[1)]・前野有紀[1)]・河村陽二郎[1)]・北嶋達也[1)2)]
嶋根俊和[1)2)]

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　頭頸部腫瘍センター

頸部に発生する神経鞘腫の中で交感神経由来の腫瘍は比較的発生頻度が高く，その解剖学的走行から椎体の側方に発生し，総頸動脈を前方に内頸静脈を前方，外側に圧排することが多い．今回我々は，C4 の椎体前方で頭尾側方向に増大し，交感神経の椎骨動脈神経叢由来であると考えられた神経鞘腫症例を経験したので報告する．【症例】36 歳，女性．【主訴】右頸部腫瘍，咽頭違和感．【現病歴】X－5 年頃から咽頭違和感があり次第に悪化した．X－1 年頃から右頸部腫瘤も自覚し前医を受診した．中咽頭後壁から下咽頭にかけて粘膜下の腫脹を認め，画像検査で神経鞘腫が疑われたため当院を紹介受診した．MRI 画像所見では，T1 強調画像で低信号，T2 強調画像で周囲が高信号で内部がモザイク状であった．頸椎右前方に長径 68mm 大の分葉状の腫瘍を認め咽頭腔を圧排し，腫瘍は C2 の高さから甲状腺の高さまで存在し，C4 椎体を陥凹させ椎骨動脈と接していた．患者は腫瘍の増大を自覚しており，神経脱落症状の可能性があっても手術希望があった．由来神経は交感神経と考えられるが典型的ではなく，術後にどのような神経脱落症状が発生するか予想できないが，腫瘍が咽頭腔に突出し狭窄していることや今後気道狭窄をきたす可能性が高いため被膜間摘出術を施行した．術後から患側のホルネル症候群を認めたが，その他の神経脱落症状，気道狭窄などの合併症は認めず，第 6 病日に退院した．病理組織学的所見は，Antoni A と B 領域が混在した神経鞘腫であった．現在，術後 6 ヵ月が経過しているが，ホルネル症候群は残存している．【考察・まとめ】頸椎前方から咽頭を圧排し椎体に骨欠損を生じている交感神経鞘腫例を経験した．解剖学的に交感神経の上神経節から椎体前面を走行する椎骨動脈神経叢由来であると考えられた．術後にホルネル症候群を生じたが，被膜間摘出術を行うことで摘出が可能であった．

P10-1. 悪性リンパ腫との鑑別に難渋した伝染性単核球症の一例

○佐野実亜[1)]・山口裕聖[1)]・澤口未来[1)]・中村允人[1)2)]
松井秀仁[1)]・梶原理子[1)]・和田弘太[1)]

1）東邦大学　医学部　耳鼻咽喉科講座
2）湘南鎌倉総合病院　耳鼻咽喉科

伝染性単核球症（IM）は，主にEBウイルスの初感染によって引き起こされ，発熱，咽頭痛，リンパ節の腫れを三徴とする急性の感染症である．IMは，悪性リンパ腫に類似した臨床像や病理組織像を呈し，鑑別に苦慮することがある．症例は30代男性．38℃台の発熱と咽頭痛を主訴に近医受診し解熱剤を処方されたが，息苦しさも出現したため当院内科を受診した．肝脾腫，肝機能障害を認め，EBウイルス DNA定量も高値であったことから，IMと診断し入院とした．プレドニゾロン30 mg/日の投与を開始したが，翌々日から多量の口腔内出血が出現したため当科へ紹介となった．右口蓋扁桃からの出血を認め，焼灼止血および止血剤の点滴により扁桃からの出血はコントロールできたが，咽頭痛は持続した．また，可溶性インターロイキン2受容体（sIL-2R）が5,088U/mLと著明な高値を示し，IMとしては非典型的であったことから悪性リンパ腫を疑い第13病日に上咽頭および両側口蓋扁桃より生検を施行した．病理組織学的検査ではEBウイルス関連B細胞性リンパ腫が疑われる所見であった．しかしその後，第14病日に症状は自然軽快に至り，それに伴いsIL-2R値も正常化したため，結果的にIMと確定診断した．IMの病理組織像は，リンパ腫との鑑別が極めて困難な「pseudolymphoma」の像を呈することがある．本症例では，咽頭痛が長期間続いたこと，扁桃から出血があったこと，sIL2Rの異常高値を認めたことからIMとしては非典型的であったが，病理結果のみでなく，臨床経過と血液検査の推移を慎重に評価することが重要であった症例だった．適切な診断のためには，耳鼻咽喉科のみならず，総合内科や血液内科，病理診断科と多職職種連携を行い，臨床情報と病理所見を照合し続けることが不可欠であると考える．

P10-2. 急性骨髄性白血病に随伴した頬部腫脹を契機に診断されたムーコル症の１例

○坂本　萌・渡邊千尋・千葉真人・神戸史乃
伊藤　吏

山形大学附属病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

ムーコル症は免疫不全患者に発症する致死的深在性真菌症であり，悪性腫瘍患者では肺型，糖尿病患者では鼻脳型が多いとされる．口腔から頸部にかけての病変を生じることは稀である．症例は24歳男性．両側の網膜出血を契機に急性骨髄性白血病と診断され，寛解導入療法が開始された．その後右頬部腫脹と疼痛が出現し歯性感染としてメロペネム，バンコマイシン，ミカファンギンによる抗生剤加療行ったが改善を認めなかった．CTでは右下顎骨周囲に腫脹を認め，わずかに膿瘍形成も疑う所見を認めたため当科紹介となった．当科初診時には著明な開口障害と，右披裂部に浮腫を認めたが気道は保たれていた．また白血球900／μLと免疫抑制状態であった．歯性感染症による右下顎骨周囲炎が疑われ，まずは引き続き抗菌薬保存加療を行う方針となり定期的な内視鏡による喉頭評価を行っていたところ，4日目で頬部腫脹と喉頭浮腫の急速な進行を認めた．気道閉塞リスクが高いと判断し，全身麻酔下で切開排膿術，気管切開術を施行した．術中，明らかな排膿はなく，右臼後部から有茎性に隆起する暗紫色病変および右側下顎大臼歯部歯肉頬移行部に潰瘍を認めた．急性骨髄性白血病の髄外病変も疑われたため病変部位の生検施行し，病理診断でムーコル症と診断された．血液内科でのアムホテリシンB点滴加療に加え，当科で病変のデブリードマンを施行した．ムーコル症は日和見感染型深在性真菌症の一つであり，免疫抑制患者では常に感染の可能性を考慮すべきである．β-Dグルカンは診断に有用でなく，培養検査陰性例も多いため早期診断が困難である．本症例は頬部腫脹を契機に発見，その後急速な頬部腫脹増悪および喉頭浮腫を呈した点が特徴的であった．免疫抑制患者において抗菌薬投与するも治療反応に乏しく，急速に進行する頬部腫脹や喉頭浮腫を認めた場合，ムーコル症を鑑別に挙げ，早期生検および外科的介入を検討する必要がある．

P10-3. 頸部痛，嚥下障害を主訴とした甲状腺癌放射線治療後の頸椎骨髄炎

○鴫原俊太郎[1)2)]・田中真琴[2)]・大島猛史[2)]

1）西東京中央総合病院　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

【初めに】原因不明の頸部痛を持続的に訴えていた患者が DIC，脳幹梗塞を誘発，既往の甲状腺癌加療時に受けた放射線加療による頸椎骨髄炎が原因であった症例を経験したので報告する．

【症例】70 歳の女性．既往歴として甲状腺癌と放射線加療，糖尿病があった，2020 年頃より持続的に咽頭の疼痛を訴えていたが，咽頭所見には問題がなかった．2023 年 9 月持続的な発熱を訴えるようになり，救急外来受診．やはり頸部には大きな問題はみられなかったが，抗菌薬投与を目的に入院．セフトリアキシンとレボフロキサシンの経静脈投与を行ったが，効果がなく入院後 3 日後に血液検査上高度の炎症所見を示し，同日夕刻，多発性脳梗塞所見を示した．このため両側反回神経麻痺を示し，呼吸状態の悪化のため気管切開をおこなった．加療の結果状態は改善したが，感染源については以前施行された甲状腺腫瘍の手術に併用された放射線治療による頸椎骨髄炎が原因と考えられた，現在のところ加療により状態は安定している．

【考察】甲状腺癌は基本的に手術的摘出が優先され，放射線加療はアイソトープ治療をのぞき行われることは少ない．今回頸部への放射線加療が誘因となった頸椎骨髄炎を経験し，状況の重篤化を招いたが，集中的加療により救命しえた．

P10-4. 著明な舌・口腔底腫脹をきたしたLudwig anginaの1例

○佐藤直弥・竹内　薫・福島　慶・中谷宏章

独立行政法人国立病院機構　福山医療センター　耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】今回我々は，著明な舌・口腔底腫脹をきたした Ludwig angina の 1 例を経験したので報告する．【症例】36 歳男性．当科受診 1 日前より咽頭痛が出現し，受診当日に 39℃台の発熱および舌腫脹を認め前医を受診した．ステロイド，抗菌薬，抗アレルギー薬を処方されたが，腫脹増悪のため同日前医を再診し，当院救急外来へ紹介となった．来院時，体温 38.8℃，血圧 131/83 mmHg，心拍数 120 回 / 分，SpO_2 96%であった．SARS-CoV-2/ インフルエンザ抗原検査は陰性であった．血液検査では白血球数 21,200/μL，CRP 1.48mg/dL と上昇を認めた．単純 CT 検査では舌腫大，舌下・咽頭粘膜間隙の浮腫，および中咽頭レベルでの気道狭窄を認め，当科紹介となった．【診療経過】初診時，舌および口腔底に発赤を伴う著明な腫脹，呼吸時喘鳴も認めた．喉頭・下咽頭粘膜には発赤を認めたものの，浮腫性変化はみられず，口腔内では観察範囲内に齲歯は認めなかった．追加施行した造影 CT では深頸部膿瘍を認めず，Ludwig angina と診断した．入院のうえ，タゾバクタム／ピペラシリン，デキサメタゾン，d- クロルフェニラミンマレイン酸塩による治療を開始した．舌・口腔底腫脹は入院 2 日目に軽度改善を認めた．入院 3 日目に血液培養から Streptococcus pyogenes が検出されたため，抗菌薬をアンピシリン／スルバクタムおよびクリンダマイシンへ変更した．舌・口腔底腫脹のさらなる改善を認めたため，デキサメタゾンは入院 5 日目に終了した．入院 7 日目には白血球数も正常化し，入院 12 日目に退院となった．【結語】Ludwig angina は口腔底を広範に侵す蜂窩織炎であり，急速に進行するため，対応が遅れると致死的な気道狭窄をきたすことがある．また，原因の 90%は歯性感染とされている．本症例は治療によく反応し，重篤化することなく軽快したが，歯性感染を認めない比較的まれな症例であったため，文献的考察を加えて報告する．

P10-5. ボイスプロテーゼ挿入後の肉芽に対してステロイド局所注入が有効であった2例

○米田アリシア・松本吉史・赤松摩紀・大峡慎一
松本文彦

順天堂大学医学部耳鼻咽喉科学講座

【はじめに】喉頭全摘後の音声獲得法としてボイスプロテーゼ（プロヴォックス）は広く用いられるが，挿入部周囲の肉芽形成は気道狭窄，脱落，摂食障害などを来し，治療に難渋することがある．今回，同部位の肉芽に対しステロイド局所注入が有効であった2例を経験したため報告する．【症例1】81歳男性．喉頭癌 cT3N0M0 Stage Ⅲに対し喉頭全摘術を施行し，一期的にプロヴォックスを挿入した．挿入2ヵ月後より気管孔周囲に肉芽を認め，ステロイド軟膏で経過観察されたが，気道狭窄を来したため肉芽切除術を施行した．その後も再増大を認めたため再切除を行い，再発予防目的にトリアムシノロン局所注入を継続したところ，挿入68ヵ月時点まで再増大なく経過した．【症例2】67歳男性．下咽頭癌 cT4aN2cM0 Stage ⅣA に対し下咽頭喉頭頸部食道摘出術，遊離空腸再建術を施行し，プロヴォックスを挿入した．挿入111ヵ月後に挿入部周囲の隆起性肉芽によりプロヴォックス脱落および摂食困難を認めた．トリアムシノロン局所注入を3回施行したところ肉芽は消失し，症状は改善した．【考察】プロヴォックス挿入後の周囲肉芽に対し，トリアムシノロン局所注入は低侵襲な治療および再発予防法となる可能性が示唆された．

P11-1. 転落外傷後に遅発性に生じたVernet症候群の1例

○大野純希・熊井良彦

長崎大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】Vernet症候群（頸静脈孔症候群）は，頸静脈孔を通過するⅨ，Ⅹ，Ⅺ脳神経が障害される症候群である．その原因は頭蓋底骨折や腫瘍性病変，血管病変，炎症など多岐にわたる．今回われわれは，転落外傷受傷後2日目からの嚥下困難感，嗄声で発症し，Vernet症候群と診断した1例を経験したため報告する．【症例】83歳男性．【現病歴】高所作業中に脚立から転落し，多発椎体骨折，斜台骨折のため，他院の救急科に入院した．受傷直後には神経学的異常を認めなかったが，受傷後2日目に突如嚥下困難感，嗄声を認め，精査および加療のため当院救急科に転院した．【経過】受傷後5日目に当院嚥下障害治療センターに紹介された．嚥下内視鏡検査では左の軟口蓋麻痺，声帯麻痺を認めた．梨状陥凹に唾液貯留を認め，嚥下時に左側の咽頭収縮が不良であり，着色水嚥下後の遺残も著明であった．当初，症状の原因特定に難渋したが，多職種嚥下カンファレンスにて受傷後4日目の頭部MRI画像を再検討したところ，左頸静脈孔内に異常信号を認め，同部位の血腫によるVernet症候群の診断に至った．血腫吸収による症状軽快が期待できると判断し，受傷後11日目に再度リハビリテーション目的に後方病院に転院した．胃瘻造設の上リハビリテーションを行い，受傷後2ヵ月程度で全粥食まで食上げされ退院した．退院後の外来フォローでは，嗄声は軽快し，ほぼ常食に近い経口摂取が可能な状態まで改善した．【考察】頭部外傷に伴うVernet症候群が遅発性に生じる機序として，虚血による神経の浮腫，骨片の変位，骨折の回復過程における過剰骨化などが挙げられる．本症例ではMRIによる血腫の同定が診断の決め手となった．頭蓋底骨折を伴う外傷後，遅発性に嚥下障害や発声障害を認めた際は，本疾患も念頭に置き，高解像度CTやMRIによる頸静脈孔付近の精査を行うことが重要であると考えられた．

P11-2. 出血源不明の吐血として発症し診断に難渋した舌根部静脈奇形の１例

○増田栞菜・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

62歳男性．繰り返す吐血を主訴に当院救急受診した．既往に冠動脈バイパス術後があり，抗血小板薬を内服中であった．上部消化管出血が疑われ，消化器内科にて上部消化管内視鏡検査を施行されたが，明らかな出血源は同定されなかった．咽頭由来出血の可能性を考慮され当科紹介となり，喉頭内視鏡検査を施行したが明らかな出血源は同定できなかった．その後入院管理中に再度吐血を認めたため，鎮静下に上部消化管内視鏡検査を再検したところ，舌根部に暗赤色の隆起性病変を認め，同部位からの出血が確認された．舌根部静脈奇形による出血と診断した．

抗血栓療法の中断は血栓塞栓症リスクの観点から困難であり，出血コントロール目的に当科転科のうえ全身麻酔下に経口腔的内視鏡下手術を施行した．病変を同定し切除を行い，術後は再出血なく経過良好であった．

舌根部血管奇形は吐血の原因としては稀であり，特に非鎮静下の内視鏡検査では観察が不十分となり診断に難渋することがある．また抗血栓療法中の症例では出血管理に難渋しうる．本症例は，出血源不明の吐血において咽頭・舌根病変を鑑別に含める重要性および，抗血栓療法継続下における外科的介入の有用性を示唆するものと考えられた．

P11-3. 医療処置によって発生した咽頭穿孔の２症例

○竹本梨紗・齋藤陽元・折田頼尚

熊本大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

医療処置によって咽頭穿孔を来したと思われる２症例を経験したので報告する．症例１は施設入所中の認知症のある92歳女性で，X－4日に部分床義歯を誤飲した．即座に施設職員により経口的に除去されたが，X－3日より発熱がみられたためX日に近医を受診．CTで頸部から上縦隔まで気腫が認められ，同日当科へ転院となった．喉頭内視鏡検査で明らかな咽頭粘膜損傷を認めなかったものの，クラスプによる咽頭穿孔を来たしたものとして，絶飲食・抗菌薬投与などの保存的加療を開始した．全身状態が改善したためX＋15病日に退院となった．症例２は施設入所中の75歳女性で，脳梗塞／脳出血後の後遺症により経鼻経管栄養を施されていた．Y日，経鼻胃管交換の際に右気胸を発症したため当院へ救急搬送された．CTで右気胸に加え，咽頭から横隔膜レベルまで食道周囲に広範な気腫を認めた．胸腔ドレーンを留置し，透視下にガイドワイヤーを用いて胃減圧管を挿入した後，上部消化管内視鏡検査を実施すると，上咽頭後壁に粘膜損傷を認めたため，当科へ入院となった．絶飲食の上，胸腔ドレナージと抗菌薬投与で改善したためY＋13病日に退院となった．咽頭粘膜の大部分は重層扁平上皮であるが，上咽頭粘膜は組織学的に多様な上皮構成を有し，炎症時には易出血性・脆弱性を呈することが知られている．また，加齢に伴い粘膜を含む組織の脆弱性は増す．さらには基礎疾患による意思疎通不良・困難さがあれば，咽頭損傷・穿孔の発見が遅れることは容易に想像される．本２症例と過去の文献から，咽頭穿孔の発症や治療法などについて考察を加えて報告する．

P11-4. R-CHOKYs 法により鼻呼吸の改善を認めた 2 例

○小松崎祐[1)]・島　佳奈[1)]・浦島瑠美子[1)]・松下　豊[1)]
奥野和美[2)]・齊藤吉紀[1)]・千葉伸太郎[1)2)]

1）東京慈恵会医科大学　耳鼻咽喉科学教室
2）太田総合病院記念研究所付属診療所　太田睡眠科学センター

【目的】術後性鼻咽頭狭窄症は，口蓋扁桃摘出術や laser-assisted uvulopalatoplasty 後に生じ得るまれな合併症であり，鼻閉，鼻呼吸障害，呼吸困難感により生活の質を低下させる．瘢痕切除のみでは再狭窄を来しやすく，長期ステント留置や広範な皮弁再建は侵襲が大きい．今回，R-CHOKYs 法により鼻呼吸の改善を認めた 2 例を経験したため報告する．【症例】症例 1 は 57 歳女性，症例 2 は 67 歳女性．いずれも口蓋扁桃摘出術後に鼻閉および呼吸困難感を自覚した．内視鏡では，軟口蓋と咽頭後壁の広範な癒着により，中央にわずかな開存部を残す高度な鼻咽頭狭窄を認めた．【方法】軟口蓋を口腔側と咽頭側に剥離して左右対称の局所粘膜弁を作成し，瘢痕切除後の創面を被覆した．さらに吸収性有棘縫合糸を用いて咽頭側壁を外側へ牽引・固定し，求心性瘢痕収縮に対抗するよう咽頭腔を再建した．術前後で自覚症状，内視鏡所見，鼻腔通気度検査，CT による最小咽頭断面積を評価した．鼻腔通気度は吸気 100 Pa における左右別鼻腔抵抗値で比較した．【結果】2 例とも術後早期から鼻閉および呼吸困難感は改善し，術後も良好な鼻咽頭腔の開存が維持された．鼻腔通気度検査では，症例 1 で左 1.51，右 0.50 から左 0.34，右 0.32 へ，症例 2 で右 1.91，左 1.04 から右 0.39，左 0.39 へ改善した．CT では術前に軟口蓋後方で著明な狭窄を認めたが，術後の最小咽頭断面積は症例 1 で 72.93mm^2，症例 2 で 97.88mm^2 に拡大し，側方方向への開大が確認された．明らかな合併症や再狭窄は認めなかった．【結論】R-CHOKYs 法は，局所粘膜弁による創面被覆と有棘縫合糸による外方牽引により，術後性鼻咽頭狭窄症に伴う鼻呼吸障害を改善し得る術式と考えられた．鼻腔通気度検査と CT 評価は，本術式の治療効果を客観的に示す評価法として有用である．

P11-5. 耳鼻咽喉科に受診し急性白血病と診断された例

○高橋將輝・寺田友紀・篠田裕一朗・福武純子
都築建三

兵庫医科大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳鼻咽喉科領域の主訴で受診して血液疾患の診断に至る例は稀であり，血液検査を実施しなければ見逃されている可能性がある．今回，咽頭痛を主訴に当科を受診し急性白血病の診断に至った症例を経験したため報告する．【症例】65 歳女性【主訴】咽頭痛【既往歴】喘息【現病歴】11 日前から発熱，咽頭痛を認め，3 日前より労作時の喘息と呼吸困難を自覚し，前医にて軟口蓋から両側口蓋扁桃の腫脹を認めたため，精査目的で当科紹介となった．【初診時現症】口腔内にて両側口蓋扁桃の腫脹，粘膜下出血斑を認め，さらに上咽頭後壁および舌根に広範な粘膜下出血斑を認めた．【血液検査】WBC 125290/μL，好中球 5.5%（基準値：40-60%），リンパ球 3.0%（基準値：27-37%），単球 11.5%（基準値：2-8%），好酸球 0%（基準値：0-7%），好塩基球 0%（基準値：0-1%），芽球 78.0%（基準値：0%），Hb 5.3g/dL，Plt 1.4 万 /μL【臨床経過】通常の咽頭炎とは異なる口腔咽頭所見と血液検査所見から急性白血病が強く疑われたため，同日当院血液内科へと紹介となった．呼吸苦および貧血による全身倦怠感を認めたため同日緊急入院となった．入院 3 日後，広範な肺胞出血による呼吸状態の悪化，敗血症を認めたため，ICU 入室して挿管管理となり，白血病に対する寛解導入療法が開始された．全身状態が改善後，一般病棟に移り骨髄生検検査にてコア結合因子急性骨髄性白血病として診断された．現在，寛解導入療法を経て同種造血幹細胞移植の施行を検討されている．咽頭痛など耳鼻咽喉科領域の症状を契機に急性白血病が診断されることは稀であるが，急性白血病は進行が早く，診断の遅れは致命的となり得る．粘膜下出血など通常の感染症と異なる所見を見逃さず，速やかに血液検査を行い，血液内科と連携することが適切な治療と予後改善に寄与すると考えられた．

P12-1. 耳下腺切除後欠損に対し顎二腹筋・茎突舌骨筋弁を用いた1例

○堀内　伸・鈴木健介・阪上智史・藤澤琢郎
八木正夫

関西医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

耳下腺切除後のFrey症候群や唾液瘻予防，整容面改善を目的とした再建法として，胸鎖乳突筋弁やSMAS flapなどの有用性が報告されている．一方，顎二腹筋弁を用いた再建に関する報告は少なく，その有用性は十分検討されていない．近年，顎二腹筋後腹と胸鎖乳突筋弁を併用した再建法や，顎二腹筋後腹弁単独によるFrey症候群予防効果が報告されているが，その有用性は十分検討されていない．今回われわれは，耳下腺切除後欠損に対して顎二腹筋弁および茎突舌骨筋を用いて再建を行い，良好な経過を得た1例を経験したので報告する．

症例は80歳代女性．1ヵ月前から左頸部腫脹を自覚し近医を受診した．抗菌薬加療で改善なく，精査加療目的に当院紹介となった．初診時，左上頸部から耳下部にかけて35mm大の腫瘤を触知した．MRIでは左耳下腺領域に40×38mm大の境界不明瞭な腫瘤を認め，悪性腫瘍が疑われた．穿刺吸引細胞診ではsalivary duct carcinomaと診断され，FDG-PETでは左耳下部腫瘤にSUVmax32.5の高度集積を認め，同側レベルⅠ，Ⅱにリンパ節転移を疑う所見を認めた．左耳下腺癌cT3N2bM0の診断で左耳下腺悪性腫瘍切除術，左頸部郭清術（I-V）を施行した．腫瘍は胸鎖乳突筋へ浸潤しており，同筋を合併切除した．術後の顔面神経および耳下腺断端被覆目的に，顎二腹筋後腹および茎突舌骨筋を舌骨付着部で切離し，残存耳下腺組織へ縫着した．術後，顔面神経麻痺，Frey症候群，唾液瘻などの合併症は認めなかった．永久病理では扁平上皮癌であり，原発不明頸部リンパ節転移と診断した．現在，初回手術から1年5ヵ月経過し無病生存中である．

顎二腹筋・茎突舌骨筋弁を用いた耳下腺切除後再建は，顔面神経保護や死腔充填に加え，Frey症候群や唾液瘻予防，整容面改善に有用である可能性が示唆された．

P12-2. 重症知的障害を有する耳下腺分泌癌患者に対し多職種連携のもと根治手術を施行した1例

○山根敬雅・小林謙也・近藤健二・齊藤祐毅

東京大学医学部附属病院

【緒言】知的障害を伴う癌患者では，検査や治療に対する意思決定や周術期管理が困難となることがある．今回，重症知的障害を有する患者に発生した耳下腺分泌癌症例を経験したので報告する．【症例】症例はLennoX-Gastaut症候群に伴う難治性てんかん・重症知的障害を有する22歳女性．認知機能は2歳程度であった．1年前に両親が耳下部の腫脹に気付き，3ヵ月で増大傾向を認め初診となった．左耳下部に4×5cmの腫瘤を認め，皮膚は皮下浸潤により暗褐色に変色していた．受診前日に本人が皮膚を掻きむしったため，皮膚穿破し，出血および腫瘍組織片の脱落を認めたため，同組織を病理検査に提出した．二相性を伴わない異型上皮細胞の乳頭状増殖を認め，免疫組織学的にS-100陽性，pan-TRK陽性であり分泌癌と診断された．精神発達遅滞のため自身による意思決定および安静保持が困難であり，外来ベースでのステージングが困難であったため，臨床倫理コンサルテーションのもと，両親による代理意思決定に基づき，鎮静および身体抑制を準備しつつ，両親の付き添い下で短期検査入院によるステージングを施行した．軽度の鎮静のみで画像検査は可能で，画像上，腫瘍は充実成分を伴う嚢胞性腫瘍で浅葉に存在し，耳下腺癌T4aN0M0と診断された．検査入院時の本人の様子から，多職種カンファレンスにより外科的治療可能と判断し，耳下腺浅葉切除，皮膚合併切除，局所皮弁による皮膚再建を施行した．術後は軽鎮静下で1日ICUに入室した．術後経過は順調で，顔面神経麻痺は認めず，術後5日目に退院となった．術後病理では断端陰性で，術後治療は施行せず，現在術後半年が経過し再発なく外来経過観察中．【結語】重度知的障害を有する癌患者においても，臨床倫理コンサルテーションを含む多職種連携のもと適切な代理意思決定と周術期支援を行うことで，安全な診断・治療介入が可能であった．

P12-3. SJS/TEN オーバーラップに続発したステノン管閉塞の一例

○矢島諒人・黒瀬　誠・高野賢一

札幌医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】Stevens-Johnson 症候群（SJS）および中毒性表皮壊死症（TEN）は，主に薬剤を原因とする表皮・粘膜の広範な壊死・剥離を特徴とする重篤な疾患であり，眼・口腔・尿道など多部位の粘膜後遺症を残しうる．今回，口腔の粘膜障害から両側のステノン管閉塞へと至った稀な一例を経験したので報告する．【症例】38歳男性【現病歴】発熱・咽頭痛にて近位受診後，体幹部皮疹，眼瞼結膜充血が出現し開眼不能となったため前医より当院皮膚科へ転院．口唇・口腔内のびらん，開口・摂食困難も著明となり当科紹介となった．【経過】初診時，口腔内粘膜に高度のびらん，潰瘍を認めた．DLST検査にてアセトアミノフェン陽性．同薬剤を原因とするSJS/TEN オーバーラップの診断にて皮膚科にてステロイドパルス後に皮疹は改善し退院した．退院後より両耳前部痛と唾液分泌困難が出現し，約 1 ヵ月後に当科再診．両側耳下腺の著明な腫脹を認め，頬粘膜触診および超音波・CT にてステノン管の両側拡張を確認した．ステノン管開口部はやや隆起しており，耳下腺の用手圧迫で唾液の排出はなく，唾液腺ブジーの管内挿入は不可能であった．29G 針による試験穿刺で唾液の吸引を確認したのち，穿刺部よりブジー挿入．唾液の排出確認され，粘膜炎によるステノン管開口部の癒着・閉塞と診断した．全身麻酔下に唾液腺管形成術を施行．左ステノン管を経口的に切開しシアロスリーブを留置したが，右ステノン管は術中同定困難のため左側のみで手術を終了した．シアロスリーブは術後 3 週目にサイズダウンし，さらに 4 週後に抜去した．ステノン管開口部はその後再癒着を認めており，現在長期管理の方針について検討中である．【結語】SJS/TEN における重篤な口腔粘膜炎は，慢性期に唾液腺管開口部の癒着・閉塞を来す可能性がある．本病態は稀であるが，急性期からの綿密な口腔管理と，狭窄に対する長期的なフォローアップが重要である．

P12-4. Stensen 管から連続する異常導管による先天性耳下腺皮膚瘻例

○金城賢弥・真栄田裕行・石川航大・嘉陽祐紀
比嘉朋代・鈴木幹男

琉球大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

唾液腺皮膚瘻は，唾液腺または唾液腺管と皮膚との異常交通により唾液が体表へ排出される病態であり，成因により先天性と後天性に分類される．多くは外傷，手術，炎症などに続発する後天性であり，先天性例は稀である．耳下腺由来の先天性瘻孔には，異所性唾液腺や副耳下腺由来のほか，正常耳下腺から異常な Stensen 管を介して生じるものが報告されている．今回，右耳下腺から連続する Stensen 管の嚢状拡張部から皮膚側へ連続する異常導管による先天性唾液腺皮膚瘻に対し，手術により良好な経過を得た症例を経験した．症例は 3 歳 11 ヵ月男児．出生時より右頬部にピンホール状の皮膚瘻を認め，啼泣時や哺乳時に透明な液体が滴下した．ミルクの流出や局所感染所見は認めなかった．両側副耳を認めたが，口腔，頸部，胸腹部に異常はなく，全身状態は良好であった．1 歳時に当科紹介となり，症状が軽微であったため経過観察とした．3 歳時の再評価では右頬部皮膚瘻は持続し，頬粘膜下に弾性軟の管状構造を触知した．口腔内には Stensen 管開口部を認めた．頸部 MRI では右耳下腺から連続する Stensen 管が右咬筋外側で嚢状に拡張し，同部から頬部皮膚へ開口する異常導管を認めた．唾石，腫瘍性病変，炎症所見は認めなかった．20XX 年，全身麻酔下に手術を施行した．皮膚瘻孔から涙管ブジーを挿入し，色素注入を併用して導管走行を確認した．頬粘膜切開下に嚢状拡張した Stensen 管を口腔内へ開放した後，皮膚側へ連続する異常導管を切離し，皮膚側断端を結紮，耳下腺側断端を頬粘膜へ固定することで，皮膚側への唾液流出を遮断し，口腔内への唾液排出路を確保した．術後は一過性に右口角運動低下を認めたが下垂はなく，経口摂取は良好で術後 3 日目に退院となった．以降も症状再燃なく経過良好である．

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る.

2）任期は 1 年とする.

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

1）口腔・咽頭科学の発展のため，日本口腔・咽頭科学会会誌「口腔・咽頭科」（以後，会誌と略す）の充実を目的として，会誌に掲載された優秀な論文を選出し，奨励賞を賦与するものとする.

2）名称は，日本口腔・咽頭科学会奨励賞とする.

3）選考の対象者は，投稿が受理された時点で原則として 40 歳以下の本学会会員および筆頭著者で，当該年度の会誌 1 号，2 号に掲載された原著論文もしくは症例報告の中から，1 編を選出する.

4）選考方法

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

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

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

5）結果の告示

イ）事務局は奨励賞受賞内定者に通知する.

ロ）受賞者の発表は会誌に掲載され，会員に周知される.

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

7）受賞者は表彰時の総会において講演の機会を賦与される.

役員・評議員・幹事等　名簿

理事長	原　浩貴			
理　事	伊藤真人	小澤宏之	折田頼尚	熊井良彦
	小森　学	高野賢一	楯谷一郎	塚原清彰
	任　智美	藤本保志	保富宗城	守本倫子
	山村幸江			
監　事	川内秀之	三輪高喜		
顧　問	岩井　大	三輪高喜	山下敏夫	吉原俊雄
名誉会員	金子敏郎	岸本誠司	甲能直幸	小松崎篤
	馬場駿吉	夜陣紘治		
参　与	市村恵一	川内秀之	河田　了	黒野祐一
	阪上雅史	鈴木正志	友田幸一	内藤健晴
	中田誠一	原渕保明	氷見徹夫	兵頭政光
	村上信五	吉原俊雄		
評議員	赤木博文	朝蔭孝宏	荒木幸仁	安藤瑞生
	生駒　亮	伊藤　史	伊藤真人	井下綾子
	猪原秀典	今西順久	岩﨑真一	梅野博仁
	江崎伸一	大上研二	大島猛史	太田伸男
	大森孝一	小川武則	小澤宏之	折田頼尚
	香取幸夫	北原　糺	北村守正	北村嘉章
	木村百合香	熊井良彦	小島博己	小森　学
	近藤健二	齋藤康一郎	酒井あや	坂本達則
	櫻井大樹	塩谷彰浩	志賀英明	柴田博史
	嶋根俊和	菅原一真	杉山庸一郎	鈴木真輔
	鈴木雅明	鈴木幹男	角南貴司子	高野賢一
	髙橋邦行	高原　幹	工　穣	竹野幸夫
	楯谷一郎	田渕経司	近松一朗	塚原清彰
	都築建三	堤　剛	手島直則	中川尚志
	中島逸男	中西　啓	中平光彦	中山次久
	任　智美	萩森伸一	橋口一弘	羽藤直人
	花澤豊行	濵中啓祐	原　浩貴	平野　愛
	平野　滋	平野　隆	藤枝重治	藤田　岳
	藤本保志	藤原和典	星川広史	保富宗城
	堀　龍介	堀井　新	本間明宏	松延　毅
	松本　希	松本文彦	三澤　清	水足邦雄
	室野重之	森田由香	守本倫子	八木正夫
	安松隆治	山下　拓	山下　勝	山田武千代
	山村幸江	吉崎智一	余田敬子	和佐野浩一郎
	和田弘太			
幹　事	酒井あや	寺田哲也	福田裕次郎	森倉一朗
	八木正夫			
年次幹事	本橋　玲			

（2026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はなく，投稿原著として適切な字体を用い，背景や陰影などは消去したうえで提出すること．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顎下腺多形腺腫例．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　毅

原　稿　募　集

口腔・咽頭科　Vol. 40 2027　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

ＴＥＬ（　　）　　－　　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

ＴＥＬ（　　）　　－　　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 39 巻　第 2 号

2026 年 8 月 10 日　発行

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

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

日本口腔・咽頭科学会賛助会員

H　O　Y　A　株　式　会　社

株　式　会　社　名　優

以上 2 社
（2026 年 7 月 1 日現在）

二〇二六年八月一日印刷
二〇二六年八月十日発行
日本口腔・咽頭科学会
（本誌記載論文、記事の無断転載を禁ずる）

編集兼発行人
東京都江東区深川二丁目四番十一号
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

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