

鼻中隔格子状切開による内視鏡下鼻内の腫瘍摘出術

○武富 弘敬、大村 和弘、海邊 昭子
穴澤卯太郎、蓮 琢也、田中 康広

鼻副鼻腔腫瘍に対する手術アプローチは、術前に悪性腫瘍の診断が確定した場合、外切開などを併用し、腫瘍を一塊に切除するのが原則である。一方、良性腫瘍の場合には一塊での切除は必ずしも必要とされず、悪性腫瘍が混在する可能性のある鼻副鼻腔乳頭腫であっても、基部およびその周囲粘膜の完全な切除を行えば piecemeal での摘出においても良好な治療成績が内視鏡下鼻内手術（以下 ESS）で報告されている。当然のことではあるが、ESS であっても可能であれば一塊切除が望ましい。

近年、様々な手術支援機器や術式の発達により、ESS はさらなる発展を見せている。特に術式に関しては、前頭洞に対して Draf、上顎洞に対して EMMM を適応することにより、内視鏡下での視野の改善とともにワーキングスペースを確保することで、一部の症例においては腫瘍の一塊摘出が可能となってきた。しかしながら、腫瘍のボリュームが大きく鼻腔に突出しているような腫瘍に関しては、これらの方法を用いても、ワーキングスペースの確保ができない。

特に、血流の豊富な腫瘍の場合、一度腫瘍に切り込むとコントロール不良な出血のため、非常に悪い視野での処置を余儀なくされる。そのことが原因で基部の評価及び処置が不十分となり良好な予後が望めない手術となることを経験する。そこで、我々は鼻中隔を格子状に切開し、腫瘍を反対側の鼻腔へ偏位させることで、ワーキングスペースを確保し、良好な視野を保持したうえで基部の確認及び処置を行う術式を考案した。

本術式を血管腫 3 例、内反性乳頭腫 6 例、孤立性線維性腫瘍 1 例の計 10 症例に対して行い、9 例で腫瘍の基部を明視下に確認し、一塊切除が可能であった。内反性乳頭腫の 1 例のみ、基部は上顎洞底部に認めたが一塊切除が困難であり分割切除を要した。どの症例も術後経過は

良好であり、鼻中隔穿孔は認めていない。

腫瘍が嗅裂や総鼻道を占拠し前方へ突出している症例、および基部が各鼻道に面している症例は TACMI 法の良い適応となると考える。

好酸球性中耳炎の耳漏に関する検討

増田麻里亜*、江洲 欣彦*、村木 英里*、民井 智*
 山本 大喜*、長谷川雅世*、新鍋 晶浩*、織田 潔*
 金沢 弘美*、飯野ゆき子**、吉田 尚弘*

好酸球性中耳炎は、好酸球を含む膠状の耳漏が中耳に貯留する疾患であり、一部の症例では細菌感染を伴って炎症が増悪する。感染耳では耳漏のコントロールが困難な症例や感音難聴を生じる症例があり治療に難渋するため、中耳の感染リスクを評価する必要がある。今回、感染のリスクについて耳漏培養結果もとに統計学的検討を行ったので報告する。

対象は2008年4月から2016年8月まで（8年4ヵ月）に当院で好酸球性中耳炎と診断され、ステロイド鼓室内投与治療を行った60人120耳（31-75歳）である。初診時および感染が疑われた時に耳漏と鼻汁の培養を提出し、その結果について解析を行った。菌種として、*Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)、*Coagulase-negative staphylococci* (CNS)、*Methicillin resistant Staphylococcus aureus* (MRSA)、*Pseudomonas aeruginosa* (緑膿菌)、*Streptococcus pneumoniae*、*Moraxella catarrhalis* (*Moraxella*)、*Haemophilus influenzae* および真菌を解析した。感染リスクの検討項目として、性別、肥満 ($BMI > 25$)、糖尿病 ($HbA1c > 6.5$)、ESSの既往、tubeの既往、鼓膜穿孔、粘膜肥厚、耳と鼻の培養結果の一致について統計学的評価を行った。

耳漏培養 (62/120耳で陽性) と鼻汁培養 (38/60人で陽性) から同定された菌種は、耳・鼻とも、CNS、*S. aureus* の順に多く、次いで耳では緑膿菌、MRSA が、鼻ではMRSA、*Streptococcus pneumoniae* が多い結果となった。感染リスクについての統計解析の結果は、鼓膜穿孔、粘膜肥厚、耳と鼻の培養結果の一致において有意差を認めた。

これらの結果を踏まえ、各因子について菌種ごとの解析を追加した。鼓膜穿孔は26/120耳21.7%に認め、うち

24耳で培養が陽性だった。菌種ごとの解析では、CNS、MRSA、緑膿菌で有意差を認めた。耳漏培養と鼻汁の培養が一致したのは、20/60人33.3%で、菌種は *Moraxella* のみで有意差を認めたが、*Moraxella* の検出数は3例と少なく、母数を増やしての再検討が必要である。感音難聴についての解析では、感音難聴は23/120耳19.2%で認め、うち16耳で培養が陽性となった。菌種は、MRSAと緑膿菌で有意差を認めた。

これらの結果より、鼓膜穿孔、粘膜肥厚、耳と鼻の培養一致が中耳感染のリスク因子といえる。MRSAと緑膿菌、CNSは鼓膜穿孔症例に多く、穿孔を介して感染をきたす可能性がある。粘膜肥厚については、肥厚した粘膜が耳管を閉塞し、感染が持続する可能性も考えられた。また、感音難聴の進行はMRSAや緑膿菌においてみられ、CNSは多く検出されるが感音難聴をきたしにくい。さらに、MRSAと緑膿菌は鼓膜穿孔が残存しやすく、長期的に見て感音難聴を起こしやすいといえる。またいずれの解析でも緑膿菌で有意差を認め、感染時には最も注意が必要と考えられた。