

第147回

日耳鼻埼玉県地方部会学術講演会 プログラム

日 時：令和6年10月27日（日）

場 所：埼玉県県民健康センター 2階 大ホール

さいたま市浦和区仲町3-5-1 電話048-824-4801

参加費：1,000円

1. 開会

2. 第146回学術講演会学会賞授与式 12:55～13:00

3. 一般演題（第1群） 13:00～13:40

4. 一般演題（第2群） 13:40～14:20

— 休憩 — （10分） 14:20～14:30

5. 一般演題（第3群） 14:30～15:00

6. 一般演題（第4群） 15:00～15:40

— 入室確認 — （10分） 15:40～15:50

7. 領域講習（60分） 15:50～16:50

「層別化によって慢性鼻副鼻腔炎の診療はどう変わったか」

獨協医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科 教授 中山 次久 先生

8. 閉会

この度予定しております領域講習は日本専門医機構耳鼻咽喉科領域専門医委員会において耳鼻咽喉科領域講習として承認されております。

日耳鼻専門医に該当する先生におかれましては、「日本耳鼻咽喉科学会会員カード（ICカード）」を忘れずにご持参ください。

※演題発表時間7分・質疑応答3分（計10分）

※演題番号前にAが付いている演題は、学会賞A対象演題です。演題番号前にBが付いている演題は、学会賞B対象演題です。優秀賞を受賞された会員におかれましては、ご発表内容を翌年の埼玉耳鼻会報に掲載するため、約1,000字程度の抄録をご提出ください。

一般演題【発表時間 7分・質疑応答 3分 計 10分】

第1群「癌・肉腫」（13：00～13：40）

座長：岩城 弘尚 先生
（埼玉医科大学国際医療センター）

(A) 1. 胸鎖乳突筋内原発の未分化多形肉腫の治療経験

演者：○佐々木 絃人、高橋 佑輔、野村 文敬

所属：草加市立病院耳鼻咽喉科

未分化多形肉腫（UPS）は、以前は悪性線維性組織球腫と言われていたが、2013年のWHO分類で未分化/分化不能肉腫の亜型として分類された腫瘍である。主に四肢軟部組織に発生し、頭頸部発生は稀である。今回、右胸鎖乳突筋（SCM）に発生したUPS症例を経験したので報告する。

症例は82歳女性、右頸部腫瘍を主訴に当科を受診した。MRIで右SCMに1.3cm大の腫瘤性病変を認め、穿刺吸引細胞診でClass IIIの診断であった。しかし、2カ月後の造影CTで増大を認め、悪性腫瘍が疑われ、診断的手術を呈示するも生検を希望されたため、生検でUPSの診断を得た。

生検部の皮膚も合併切除して右SCM切除を実施した。右SCMに境界明瞭な白色腫瘍を認め、SCMを起始・停止付近で切除し、術中迅速病理で断端陰性の診断を得た。明らかになりリンパ節転移はなく、頸部郭清術は実施しなかった。

術後病理で、境界明瞭な腫瘍と筋組織に沿って浸潤した腫瘍を認め、顕微鏡学的腫瘍径は肉眼的腫瘍径の2倍程度あり、断端陰性を確認できなかった。術後放射線治療（66Gy/33Fr）を行い、術後5年で再発なく経過中。

UPSの浸潤部位の断端評価は術中迅速では難しい場合も考慮し、骨膜を付着させた切除など、可能な限りのマージン確保が重要と考えられた。

(A) 2. 輪状軟骨原発の喉頭軟骨肉種の1例

演者：○野島誠¹⁾、鈴木政美¹⁾、新井仁¹⁾、寺田由佳¹⁾、高橋英里¹⁾、澤允洋¹⁾、
民井智¹⁾、長谷川雅世¹⁾、金沢弘美¹⁾、吉田尚弘¹⁾

所属：1) 自治医科大学附属さいたま医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科

喉頭軟骨肉種は喉頭原発悪性腫瘍の中で約0.14%の疾患である。根治治療は外科的切除であるが、局在や病理組織学的なGradeによっては部分切除も選択可能である。今回輪状軟骨原発の喉頭軟骨肉種に対し輪状軟骨部分切除術を施行した1例を報告する。症例は63歳男性で、2ヶ月間続く咽頭違和感と嚙声を主訴に前医を受診し、声門下腫瘍の診断で当科紹介受診した。頸部CTで輪状軟骨に石灰化を伴う腫瘤性病変を指摘された。生検目的に気管切開後、喉頭直達鏡下腫瘍切除術を施行し、喉頭軟骨肉種（輪状軟骨原発、Grade1~2）と診断されたため、輪状軟骨部分切除術を選択した。右耳介軟骨を再建に用い、同時に気

管孔を形成し、Tチューブを挿入した。最終的な病理診断はGrade2であった。その後Tチューブを抜去し、気管皮膚婁の状態である。術後2年半で再発や転移なく経過し、気管孔の用手閉鎖で発声可能である。軟骨肉腫は喉頭の形態を保てる範囲の切除となる場合や、Grade1~2の場合には部分切除を選択し、音声機能温存も可能である。部分切除の適応の可否を判断することは重要だと考えられる。

(A) 3. 当科におけるHPV関連早期中咽頭癌に対する治療成績の検討

演者：○西純平、宇野光祐、平野正大、茂木有希、塩谷彰浩、荒木幸仁

所属：防衛医科大学校耳鼻咽喉科学講座

HPV関連中咽頭癌はCRTの治療効果が高いと言われる一方で経口的咽喉頭部分切除術(Transoral Videolaryngoscopic Surgery: TOVS)での摘出は根治性が高く放射線治療を温存できる。今回、当院で加療したHPV関連中咽頭扁平上皮癌Tis-T2、N0-N2症例に対して後方視的検討を行い、TOVS症例の特徴を調べた。

対象は当院を2011年以降に受診した上記中咽頭癌初発症例でTOVSおよび(C)RTにて治療後2年以上経過が追えた症例とし、治療成績、合併症、入院期間、治療後喉頭機能について検討を行った。

TOVS19例、(C)RT11例で、治療後TOVS群では切除断端・節外浸潤陽性のため(C)RTを6例に行い、CRT群では腫大リンパ節残存のため頸部郭清術を3例で行った。治療成績は3年OS/DSS/LCR/LPRはいずれも100%であった。治療後の主な合併症はTOVS群では頸部郭清術に伴う術後出血2例、(C)RT群では悪心2例、好中球低下1例であった。入院期間はTOVS群が有意に短く、治療後喉頭機能は両群で良好であった。

両群ともに治療成績は良好で、合併症も許容範囲内であった。TOVSは短期入院を可能にするが、そのためには原発巣の深達度や節外浸潤の有無等、術前診断が重要であり、結果として放射線治療の温存が可能となることが考えられた。

(B) 4. BRAF遺伝子変異を有する甲状腺癌に対するダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法の使用経験

演者：○長野 恵太郎¹⁾³⁾、大崎 政海¹⁾、原 睦子¹⁾、畑中 章生²⁾、肥田 和恵¹⁾、木下 慎吾¹⁾、三ツ村 一浩¹⁾、久場 潔実¹⁾、迎 亮平¹⁾、海野 昌也¹⁾

所属：上尾中央総合病院 1)耳鼻いんこう科 2)頭頸部外科

近年、本邦においてもBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍に対する新たな治療選択肢として、ダブラフェニブ+トラメチニブの適応が認められた。これにより、特に標準治療が困難な甲状腺分化癌および未分化癌に対する治療の可能性が広がっている。当科では、分化癌3例および未分化癌1例において、ダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法を実施した。本発表では、これらの症例における治療経過について報告し、治療の有効性と安全性に関する当科での使用経験を報告する。

第2群「頭頸部」(13:40~14:20)

座長：大橋 健太郎 先生
(北里大学メディカルセンター)

(A) 5. 口腔底に発生した孤立性線維性腫瘍の1例

演者：○吉野僚介¹⁾、笹川順平¹⁾、高橋薫¹⁾、安田大成¹⁾、岩城弘尚¹⁾、松村聡子¹⁾、
井上準¹⁾、山崎知子¹⁾、中平光彦¹⁾、蝦原康宏¹⁾

所属：1) 埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科・耳鼻咽喉科

孤立性線維性腫瘍 (Solitary fibrous tumor : SFT) は全身に発生する間葉系細胞由来の希少な腫瘍で、主に胸膜に発生する。顎口腔領域では頬粘膜、舌、口唇の順で発生数が多く、口腔底に生じた報告は極めて少ない。今回口腔底に発生した SFT の1例を経験した。症例は45歳男性。X-1年10月に切歯を損傷し、X-1年11月に近医歯科受診した際に口腔底の腫脹を指摘され、前医を受診。精査加療目的にX年2月当科紹介受診された。口腔底に圧痛のない、粘膜正常、弾性硬、可動性良好な30mm大の腫瘤を認めた。MRI検査では、左口腔底にT1強調像、T2強調像いずれも低信号で、後方に円形の造影効果を有しており、生検では紡錘形腫瘍細胞の増殖を認めたが確定診断には至らなかった。全身麻酔下で腫瘍摘出術施行したところ、病理組織学的検査では、膠原線維を背景に卵円形から紡錘形の腫瘍細胞の増殖を認め、疎と密な領域が混在し一部硝子化も伴っていた。免疫組織化学的所見でCD34、STAT6が陽性の結果も併せて、SFTの診断に至った。術後半年経過して、再発および転移所見なく経過良好である。今回希少な症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

(A) 6. 耳下腺脂肪腫様過誤腫の一例

演者：○新井仁、鈴木政美、野島誠、寺田由佳、高橋英里、澤允洋、民井智、長谷川雅世、
金沢弘美、吉田尚弘

所属：自治医科大学附属さいたま医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】耳下腺に発生する良性腫瘍の多くは多形腺腫などの上皮性腫瘍である。今回我々は、脂肪腫と術前診断した耳下腺脂肪腫様過誤腫の一例を経験した。治療の実際と診断について考察を含めて報告する。【症例】57歳男性、1年前より左耳前部腫瘤を自覚し精査目的に当科を紹介受診した。MRIで42mmの境界明瞭な腫瘤を認め、T1・T2強調画像で高信号、脂肪抑制T2画像で低信号を呈し、耳下腺浅葉由来の脂肪種と診断した。手術は耳下腺被膜を切開し、術中神経モニタリングを用いて腫瘤摘出術を行った。病理検査では、唾液腺腺房組織や導管構造が脂肪腫様病変内に散見され、脂肪腫様過誤腫の診断であった。術後顔面神経麻痺を認めなかった。【考察】耳下腺脂肪腫摘出術において、脂肪腫は脂肪組織と耳下腺組織の色調が似ており、神経からの剥離操作の際に境界を区別するのが難しいとの報告がある。本症例では線維性被膜を確認後、術中神経モニタリングを用いて神経を同定し、腫瘍の線維性被膜上を走行していた顔面神経を被膜より剥離する形で温存した。

また、Frey 症候群の予防に耳下腺被膜を温存し、再縫合した。術前のプランニングと術中神経モニタリングで術後合併症は軽減できると考える。

(A) 7. 口内法により摘出した口腔底からオトガイ下へ及ぶ皮様嚢腫の 1 例

演者：○佐川慎太郎、大木雅文、井口元貴、佐野奈央、堀越友美、菊地茂

所属：埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科

扁平上皮のみからなるものを類上皮腫、皮脂腺・毛嚢などの皮膚付属器を伴うものを狭義の皮様嚢腫、さらに 3 胚葉すべての要素を含むものを奇形腫と分類される。これらすべてを総称して皮様嚢腫と呼ばれる場合がある。

症例は 23 歳男性、18 歳頃からのオトガイ下の腫脹を主訴に当科紹介受診となった。受診時口腔底正中の腫脹認め、前医 MRI にて舌正中からオトガイ下まで広がる、T1 で低信号、T2 で高信号の病変を認めた。穿刺細胞診では貯留液は吸引されず、淡黄色の細かい組織が吸引された。細胞診の結果では class II、変性物質を認めた。舌根部腫瘍摘出術を施行した。経口アプローチで舌裏面を正中切開し、皮膜を同定し、周囲組織から剥離して摘出した。術後喉頭浮腫や嘔声などは認めなかった。病理結果は嚢胞壁が層扁平上皮であり、嚢胞壁内には脂腺や毛包を認め、皮様嚢腫と診断された。その後問題なく経過している。

皮様嚢腫の治療は存在部位やサイズによって口腔内アプローチ、頸部外切開、またはその併用が選択される。本症例は口腔底からオトガイ下にかけて存在していたが、口腔からのアプローチで摘出することが可能であった。

(A) 8. 早期の造影 CT 撮像が治療の一助となった外傷性咽頭後間隙血腫の 1 例

演者：○常盤あゆみ、鈴木洋、山崎直弥、西純平、宇野光祐、塩谷彰浩、荒木幸仁

所属：防衛医科大学校病院 耳鼻咽喉科

外傷性咽頭後間隙血腫は頸部過伸展に伴う椎骨動脈分枝の破綻や頸椎前方骨棘による組織損傷等が原因となり咽頭後間隙に出血を来し、気道閉塞を引き起こすため適切な対応を要する。今回我々は外傷性咽頭後間隙血腫の患者に対し緊急で止血術を行い、救命した症例を経験したので若干の文献考察を加えて報告する。症例は 89 歳女性。転倒後の頸部腫脹を主訴に市中病院を受診した。頸胸部造影 CT で椎前部からの造影剤の漏出を認め外傷性咽頭後間隙血腫が疑われ、当院に緊急搬送となった。経口挿管を行った後にも頸部腫脹は経時的に増悪を認めていた。当院で撮像した頸胸部造影 CT では造影剤の漏出を認めず、頸部に緊満した血腫によって造影剤の漏出が妨げられていると考えられた。前医造影 CT の造影剤の漏出点をメルクマールにして緊急で血腫除去術及び止血術を施行した。その後気管切開術を施行し、緊急入院から 43 日後にリハビリ目的に他院へ転院となった。外傷性咽頭後間隙血腫が疑われる症例では造影 CT の撮像タイミングが遅れると血腫によって造影剤の漏出が妨げられ、出血源の同定が困難となる事があるので早期の造影 CT での評価が適切な治療の一助となる可能性が示唆された。

第3群「鼻」(14:30~15:00)

座長：大木 雅文 先生
(埼玉医科大学総合医療センター)

(A) 9. 診断前に投与されたステロイド薬が好酸球性副鼻腔炎の確定診断に及ぼす影響とその対策

演者：○田中星有¹⁾、青木 聡¹⁾、栃木康佑¹⁾、岩崎昭充¹⁾、宮下恵祐¹⁾²⁾、田中康広¹⁾

所属：1) 獨協医科大学埼玉医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科

2) 医療法人へブロン会大宮中央総合病院耳鼻咽喉科

好酸球性副鼻腔炎 (Eosinophilic chronic rhinosinusitis: ECRS) は Type2 炎症による難治性の疾患である。確定診断は JESREC score と組織生検にて行われるが、組織生検において診断前のステロイド薬使用例では組織中の好酸球数が基準を満たさず、診断に苦慮する症例も少なくないのが現状である。

そこで、今回、2021年1月から2023年12月の間に当院外来で鼻茸生検を施行した症例のうち、外来での生検で ECRS の診断がついた群と、外来では診断がつかなかったが、手術加療を行い術中生検にて ECRS の診断がついた群の2群間について、患者背景、既往歴、合併症、当院初診時の治療内容、喫煙歴、JESREC score、病理組織中の好酸球数について検討を行った。さらに、当院初診時から術前の治療内容の変化を調査し、ステロイド薬の用量や投与方法が診断に与える影響や、組織中の好酸球数の変化の有無について統計学的解析を用いて検討した。

その結果、外来 ECRS 診断群と術中 ECRS 診断群との間に、組織中の好酸球数、治療内容において有意差が認められた。ECRS では生検前のステロイド薬の使用により診断に苦慮する症例があるため、確実に診断を行い適切な治療に繋げるための対策に関して文献的考察を加えて報告する。

(B) 10. CT を用いた鼻中隔前弯診断方法の検討

演者：○細川 悠 澤田政史 阿部陽夏 加瀬康弘 池園哲郎

所属：埼玉医科大学病院 耳鼻咽喉科

鼻中隔矯正術は弯曲部位に合わせた手術アプローチが必要になる。前弯に対する不適切な手術により鼻閉が悪化することもある。前弯診断は CT 水平断の左右鼻腔面積比を5スライス分(水平断面積比)求めることが報告されている。しかし、具体的な数値の基準はなく、測定作業はやや煩雑である。前弯は前鼻棘周囲軟骨の弯曲であり、前鼻棘の写る CT 冠状断1スライスの左右鼻腔面積比(冠状断面積比)から診断を簡易化できないかと考えた。今回、水平断面積比、冠状断面積比における前弯矯正術の基準値を求めること、それぞれの有用性を比較することを目的に本研究を遂行した。

対象は鼻中隔手術を施行した49例。前弯矯正術32例(前弯群)、鼻中隔矯正術17例(非前弯群)の2群に分け、水平断面積比、冠状断面積比の平均値を比較、前弯群の水平断面

積比、冠状断面積比のカットオフ値を算出し感度を比較した。

前弯群、非前弯群それぞれの水平断面積比平均は 0.43、0.72、冠状断面積比平均は 0.55、0.83 であった。カットオフ値は水平断面積比 0.56 (感度 81.25%)、冠状断面積比 0.66 (感度 92.3) であった。

冠状断面積比は前弯診断の簡易化に有用である可能性がある。

(A) 1 1. 外傷性鞍鼻に対するシリコンプロテーゼによる隆鼻術後の高度な外鼻変形に対し open septorhinoplasty が有効であった一症例

演者：○佐藤元裕 細川 悠 澤田政史 加瀬康弘 池園哲郎

所属：埼玉医科大学病院 耳鼻咽喉科

鞍鼻は外傷性や医原性のものが多く、外傷性はスポーツ、医原性は鼻中隔矯正術後に発生することが多い。今回、ボクシングによる外傷性鞍鼻に対し過去にシリコンプロテーゼによる隆鼻術を受けるも、不適切なプロテーゼの留置により高度な外鼻変形をきたした症例を経験した。

症例は 51 歳男性、25 年前にボクシングで外鼻を損傷し鞍鼻変形を自覚、美容外科にてシリコンプロテーゼによる隆鼻術を施行された。プロテーゼが鼻根を中心に留置されたため、鼻根の不自然な隆起と著明な短鼻変形をきたした。整容面改善目的に当科を受診した。

Open septorhinoplasty の視野を展開し、シリコンプロテーゼを抜去、肋骨肋軟骨複合体で作成した cantilever graft を鼻骨から鼻尖にかけて挿入し、columellar strut graft による支柱を作成し外鼻変形を矯正した。

鞍鼻は様々なグラフトを用いた手術方法が報告されているが、外鼻変形の中でも手術難易度が高いことが知られている。本症例の経過とともに鞍鼻に対する治療に関して文献的考察を含め報告する。

第4群「耳」(15:00~15:40)

座長：増田 毅 先生
(増田耳鼻咽喉科医院)

(A) 12. プラスチック製球形異物による小児外耳道異物の1例

演者：○小橋茜, 大橋健太郎, 中村吉成

所属：北里大学メディカルセンター

外耳道異物の種類は年齢によって異なり、幼小児ではプラスチック製球形異物などの小玩具類が多い。異物が小さく外耳道に十分な隙間がある場合は耳用鑷子や鉗子で摘出可能であるが、異物が外耳道に嵌頓した例での摘出は容易でない。今回、我々は摘出に難渋したプラスチック製球形異物（以下「BB弾」という）による小児外耳道異物症例を経験したので報告する。症例は5歳男児。当科初診3日前に右耳痛を訴えた。家族が右耳内にBB弾を確認したことから前医を受診したが、安静が維持できず摘出困難であり同日、摘出目的で当科紹介受診となった。即日入院の上、全身麻酔下で外耳道異物摘出術を施行した。外耳道骨部にBB弾が嵌頓しており、異物鉤を挿入する隙間もないため摘出困難と判断し手術終了とし一旦退院、後日改めて全身麻酔下で再手術を施行した。術前単純CT検査では高吸収の球体が鼓膜に接する深さで外耳道に嵌頓していた。まず、瞬間接着剤（プラスチック用）を綿棒や木棒、金属棒につけて摘出を試みたが接着面積が小さく接着力も不十分で摘出できなかった。次に、2mmのカッティングバーで球体中心部を深部方向に削開し、耳用小鉤を用いて摘出した。

(B) 13. 小児慢性穿孔性中耳炎に対する術式選択について（当院10年間における変化）

演者：○金沢弘美、新井 仁、野島 誠、寺田由佳、島崎幹夫、高橋英里、澤 允洋、
民井 智、長谷川雅世、鈴木政美、吉田尚弘

所属：自治医科大学附属さいたま医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科

【はじめに】鼓膜穿孔を閉鎖する術式は、耳用内視鏡を用いた経外耳道手術やリティンパ®による鼓膜再生手術も可能となってきたため術式選択の幅が増えている。小児に対する耳科手術では、患児自身の処置への慣れや耳管機能が十分に成熟していないなど、成人とは異なる点があり悩む点が多い。今回は、当院10年間の慢性穿孔性中耳炎症例を5年ごとにⅡ期に分け、手術選択や治療効果を調査した。【方法】対象症例は、当院で2014年4月～2024年3月の手術を施行した新鮮例57例（前半5年間（Ⅰ期）：39例、後半5年間（Ⅱ期）：17例）である。術式、操作器具、アプローチ、素材等について検討を行った。【結果】Ⅰ期では全身麻酔下で耳後部切開で鼓室形成術（All-inlay）を選択する傾向にあったが、Ⅱ期では内視鏡を用いた経外耳道手術症例が増加し、素材もそれに応じて骨膜よりもリティンパ®や結合式、筋膜などの選択が増えた。全体での閉鎖率は89%であった。局所麻酔下でのリティンパ®症例も増えた。【結果】Ⅱ期ではより低侵襲な方法で閉鎖が行われる傾向がみられた。入院期間や処置の負担も減ったことは患児にとってもメリットがあり、一方で

医療側にとっても手術治療を提案しやすくなってきている。

(B) 14. 耳管開放症を伴う慢性中耳炎に対する治療戦略

演者：○中上桂吾

所属：戸田笹目耳鼻科

耳管開放症を伴う慢性中耳炎では、治療後に自声強調の症状が強く出現することで患者が強い不快感を示すことがある。

今回われわれは耳管開放症を伴う慢性中耳炎の方で、軟骨膜付き薄切軟骨 Graft を用いて耳管開放症の症状なく手術を安全に行い得たので報告する。

症例 78 歳 女性

既往歴 高血圧

幼少期から中耳炎を反復していた。73 歳ごろからの両側難聴、メガネストアにて補聴器を作成した。パッチテストを行うと聴力左右差が消失するが、自声強調が強いため 1 週間パッチをしたまま過ごしてもらった。1 週間して慣れてきたが多少違和感がある状態であった。

経過 局所麻酔で耳鏡下鼓室形成術を施行した。Tragal Cartilage を用いて軟骨膜付き薄切軟骨を Underlay で Grafting した。術後 1 ヶ月で上皮化した。自声強調なく経過している。

慢性中耳炎にたいしての治療は、リティンパ®、鼓膜形成術、鼓室形成術などがある。耳管開放症には鼓膜へのステリストリップ貼付、耳管ピンの挿入などがある。今回の症例を通して、若干の文献的考察をふまえて報告したいと思う。

(B) 15. リティンパ®治療後残存穿孔の救済手術としての重層留置法 3 例

演者：○中嶋正人、加瀬康弘、辻翔平、阿部陽夏、澤田政史、丹沢泰彦、北原智康、

関根達朗、細川悠、松田帆、前田幸英、池園哲郎

所属：埼玉医科大学病院 耳鼻咽喉科

リティンパ®での鼓膜再生は皮下組織採取不要で低侵襲で画期的な方法である。しかし、添付文書上最大 4 回投与で 16 週後時点で穿孔閉鎖 75%で、残念ながら穿孔残存例がある。発表者は縁を新鮮化した穿孔から鼓室内に皮下組織を充填するように挿入するのみの日帰り可能で穿孔閉鎖率、聴力改善率とも 90%前後の鼓膜再生法（重層留置法）を以前より施行している。今回リティンパ®を 2 回使用後の穿孔残存 3 例に対し救済手術として重層留置法を施行したので報告する。症例 1 は 74 歳男性、中穿孔、良聴耳で術後 1 年でピンホールを残して閉鎖し聴力改善 10 dB（以下全て 3 分法）。症例 2 は 69 歳女性、リティンパ®施行前に鼓室形成 2 回（1 回は乳突洞削開を伴う）、接着法施行既往の only hearing year の中穿孔で術後 9 か月で穿孔閉鎖し聴力改善 8.3 dB。症例 3 は 69 歳女性 小穿孔で聴力低下軽微だが 4 か月時点で穿孔は閉鎖し希望の水泳が可能となった（聴力改善 3.3 dB）。リティンパ®は適応拡大が進み、工夫を重ね、より成功率が改善すると思われるが、現時点では一定の

率で穿孔が残る。従って、リティンパ®には劣るが低侵襲で、より成功率が高い重層留置法は救済手術の選択肢として考慮に値すると考えた。

入室確認（15：40～15：50）

領域講習（15：50～16：50）

座長：田中 康広 先生
（獨協医科大学埼玉医療センター）

「層別化によって慢性鼻副鼻腔炎の診療はどう変わったか」

獨協医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科 教授 中山 次久 先生

退室登録（16：50～）

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会埼玉県地方部会