

第150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7年10月5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149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） 14:30~15:10

6. 一般演題（第4群） 15:10~15:50

— 入室確認 — （10分） 15:50~16:00

7. 領域講習（60分） 16:00~17:00

「どうする？嚥下障害診療」

昭和医科大学江東豊洲病院 耳鼻咽喉科 教授 木村 百合香 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「耳、唾液腺」(13:00～13:40)

座長：田中 是先生
(埼玉医科大学総合医療センター)

(B) 1. 難治性メニエール病に対する内リンパ嚢開放術の手術成績

演者：○堀越友美 大木雅文 齋藤真紀 秋田貴紀 井藤隼太 松淵大樹

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

メニエール病は内リンパ水腫を病態とする内耳疾患であり、通常は生活指導や薬物加療といった保存的加療にて加療を行う。これらの加療が無効な症例には外科的治療や中耳加圧療法などが選択肢となる。内リンパ嚢開放術は、内リンパ水腫の減圧効果が期待される。薬物療法に抵抗性の難治性メニエール病患者に対して、当科で内リンパ嚢開放術を施行し、その治療成績と有用性を検討した。対象は、薬物療法に抵抗性のめまい発作を繰り返した難治性メニエール病患者で、当科で内リンパ嚢開放術を施行したメニエール病患者とした。メニエール病の診断は日本めまい平衡学会のメニエール病診断基準に従って行った。手術は、全身麻酔下に乳突削開術後、内リンパ嚢開放術を施行した。

日本めまい平衡学会の治療成績判定基準に基づき術後を評価した。術後、めまい発作の消失または著明な改善が認められ、めまい発作制御において良好な成績が得られた。術前後の聴力には有意な変化は認めなかった。

結論、内リンパ嚢開放術は、難治性メニエール病のめまい発作コントロールに有効な治療選択肢の一つであると考えられ、患者の症状改善に貢献する。

(A) 2. 顔面神経に近接した第一鰓裂症候群の一例

演者：○井藤隼太 大木雅文 齋藤真紀 堀越友美 秋田貴紀 松淵大樹

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

37歳女性。10歳時に左耳前部および左下顎角部に瘻管開口を指摘されていた。その後、時折分泌物による悪臭を自覚し当科を紹介受診した。CT・MRIなどの画像検査を行い、左外耳道から耳下腺浅葉を通過し下顎角近傍皮膚に交通する瘻管を認め、第一鰓裂症候群と診断した。術中神経モニタリングを用い左頸瘻摘出術を施行した。頸部瘻孔より剥離を進めると瘻管は顔面神経に近接して走行し、注意深く処理した。瘻管は外耳道軟骨下壁で盲端となっており切除して終了した。術後経過は良好で翌日退院した。第一鰓裂症候群は発生学的に外耳道や顔面神経と近接し、術中合併症に留意すべき疾患である。本症例でも瘻管が顔面神経近傍を走行しており、術中神経モニタリングを用いた慎重な剥離操作により良好な結果を得た。

(A) 3. 耳下腺腫瘍術後 24 年に皮下再発を契機に診断された導管内癌の 1 例

演者：○鈴木冴実、金沢弘美、島崎幹夫、高橋英里、澤 允洋、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

【症例】73 歳男性。【既往歴】49 歳時右耳下腺腫瘍摘出術（良性腫瘍と診断されたが詳細不明）。【経過】201X 年検診で右耳前部腫瘤を指摘され当科紹介となった。腫瘤は 5mm 大で右耳前部皮下に存在していた。201X+1 年皮下腫瘤摘出術（1 回目）を行った。病理結果は「唾液腺良性上皮性腫瘍で基底細胞腺腫-多形腺腫-筋上皮腫のスペクトル上にある病変、断端陰性」であった。5 ヶ月後右耳下部に 5 mm 大の皮下腫瘤がエコー上再度出現し、201X+11 年には 8mm 大に増大したため、皮膚合併切除を伴う皮下腫瘤摘出術（2 回目）を行った。病理結果は「導管内癌、断端陰性」であった。【考察】導管内癌は WHO 分類第 4 版（2017 年）から独立した疾患で、予後良好な稀な低悪性度唾液腺癌である。当院で行なった 1 回目の手術は 2017 年以前であり、当時は疾患概念が確立していなかった。唾液腺腫瘍 WHO 分類は、分子病理学的解析の進歩に伴い組織型の変遷を重ねている。本例のように病理診断が境界的な場合は、長期経過観察が必要と思われた。

(A) 4. 超音波検査による顎下腺悪性腫瘍鑑別のための指標の検討

演者：○登川 俊¹⁾、富山克俊¹⁾、坂本 光¹⁾、井上由佳理¹⁾、西嶋嘉容¹⁾、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

顎下腺悪性腫瘍は比較的稀な疾患であるが、顎下腺腫瘍全体に占める割合は 20~50%と高く、またその組織型も多彩である。顎下腺腫瘍に対する超音波検査は現在広く行われているものの、良性腫瘍と比較した悪性腫瘍の特徴についてまとめた報告は少ない。

今回我々は、2020 年 4 月から 2025 年 3 月に当院で手術を実施した顎下腺腫瘍 22 例（良性腫瘍 17 例、悪性腫瘍 5 例）を後ろ向きに検討し、術前の超音波検査における悪性腫瘍の特徴を良性腫瘍と比較し解析した。超音波診断装置は Cannon 社 Aplio a/verifia を用い、画像を FUJIFILM 社 SYNAPSE 上で解析した。エコー輝度の定量的評価手段としては、256 階調で数値化されている 8 bit gray scale を用い、①腫瘍内部の高エコースポット有無②腫瘍辺縁の明瞭性③腫瘍内部のエコー輝度④腫瘍後方のエコー輝度⑤最大断面での腫瘍面積の 5 項目について検討を行った。

顎下腺悪性腫瘍は良性腫瘍と比べて、腫瘍辺縁不明瞭、腫瘍後方のエコー輝度低値、腫瘍内部のエコー輝度低値という特徴を有していた。

解析に用いた手法と検討結果に若干の考察を加え、報告する。

第2群「鼻」(13:40~14:20)

座長：河本 堯之先生
(埼玉医科大学病院)

(A) 5. 全身麻酔下の鼻内内視鏡下排膿術が著効した乳児鼻中隔膿瘍、眼窩骨膜下膿瘍の一例

演者：○秋田貴紀 大木雅文 齊藤真紀 堀越友美 井藤隼太 松淵大樹

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

早期に排膿術を施行し、術後経過が良好であった乳児鼻中隔膿瘍、眼窩骨膜下膿瘍の一例を報告する。症例は生後1ヶ月乳児。発熱、黄色鼻汁、左眼瞼発赤腫脹にて近医を受診した。抗菌薬を投与されるも改善なく当院へ転院した。左眼瞼は発赤腫脹し、開眼不可で、炎症反応は高値であった。CTにて鼻中隔膿瘍と左眼窩骨膜下膿瘍認めた。鼻腔は鼻中隔膿瘍のため閉塞、PICUにて管理した。抗菌薬による加療の効果が著効せず、当院転院後3日で全身麻酔下に鼻内内視鏡下の排膿術を施行。鼻中隔膿瘍は切開排膿しドレーン留置、ナビゲーション併用下で中鼻道から可及的に上顎洞も解放。骨の搔爬は最小限にとどめた。眼窩に関しては安全な開放ルートが確保できず抗菌薬で経過を見る方針とした。術後3日でドレーン抜去。術後鼻通りはよく、眼窩の発赤腫脹は改善し開眼も可能となった。術後18日で画像検査にて膿瘍の消失を確認し、術後19日に退院した。眼窩骨膜下膿瘍は視神経管まで進展し失明するリスクがあり、月齢が若い乳児であったが早期の手術により良好な術後経過を得られた点、また外切開を行わず鼻内から最小限の操作のみで治療を完結しえた点で意義深い症例であった。

(A) 6. 歯科インプラントを契機に発症した副鼻腔真菌症の4例

演者：○井口元貴、野村務

所属：明海大学歯学部総合臨床医学講座頭頸部外科・耳鼻咽喉科分野

歯科インプラント治療は高い成功率を有するが、稀に上顎洞へ病的影響を及ぼし副鼻腔炎の発症要因となることがある。また、インプラント関連症例の報告は依然少ない。今回当科で経験したインプラント関連副鼻腔真菌症4例(57~72歳、男性2例、女性2例)を報告する。全例でインプラント治療後に片側頬部痛や鼻漏を主訴に受診し、CTで上顎洞内に高吸収像を認めた。インプラント体の洞内突出が誘因と考えられ、内視鏡下副鼻腔手術にて真菌塊を摘出し病理でアスペルギルス属を確認した。術後再発は認められなかった。これらの結果から、歯科インプラントが副鼻腔真菌症の原因となる可能性が示唆され、副鼻腔炎診療においては歯科治療歴の聴取とCT評価が重要であり、耳鼻咽喉科と歯科の連携による包括的診療が求められる。

(A) 7. 経口ステロイド薬を用いない好酸球性副鼻腔炎の保存的加療の検討

演者：○岸本大佑，岩崎昭充，青木 聡，田中星有，田中康広

所属：獨協医科大学埼玉医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科

好酸球性副鼻腔炎（Eosinophilic Chronic Rhinosinusitis：ECRS）は両側に多発する鼻茸と粘稠性鼻汁により高度の鼻閉と嗅覚障害をきたす難治性の疾患で、指定難病の一つである。鼻茸除去や副鼻腔の換気改善を目的とした内視鏡下鼻副鼻腔手術が推奨されるが、実施可能な施設は限られ、保存的加療が選択されることも多いのが現状である。ECRS 加療において経口ステロイド薬は非常に有効であるが、長期の服用では合併症リスクが高く慎重な投与が求められる。経口ステロイド薬を用いない保存的治療で ECRS をコントロールできる症例の特徴が分かれば、経口ステロイド薬の適正使用や患者負担の軽減につながると考えられる。

そこで、今回我々は 2024 年 8 月から 2025 年 7 月に当院で診断された ECRS 症例のうち、手術や経口ステロイド薬を用いず保存的加療を実施した症例を後方視的に検討した。症例を保存的加療前後の Lund-Mackay CT score の改善度と、年齢、性別、JESREC score、血液中の好酸球割合、鼻茸組織の好酸球数、喘息の有無、重症度、保存的加療に用いた薬剤の関連を検討した。

発表では検討結果と保存的加療に影響を及ぼす因子について文献的考察を加えて報告する。

(B) 8. パネル基準臭を用いた嗅覚障害の診断・治療の試み

演者：○大木幹文

所属：こうのす共生病院

嗅覚障害患者は、市中病院・クリニックにも相談に訪れる。しかしながら基準嗅力検査の可能な施設は少ない。静脈検査は、検査液の供給が止まった現在、十分な診療が困難となった。悪臭防止法に基づいて設定された国家資格臭気判定士の資格試験には、基準嗅力検査と同一嗅素を用いたパネル基準臭の検知が求められる。この検査経費は比較的安価で有り、日常臨床においても有益な可能性がある。今回、嗅覚トレーニングを始めた患者に治療前後におけるパネル基準臭の検知、認知度の変化を観察した。患者 9 名にニールメッド社製嗅覚刺激キットで 1 日 2 回刺激療法を試み、5-6 週間後の効果を日常のにおいアンケート・パネル基準臭検査・オープンエッセンス識別検査で評価した。コントロールとして嗅覚障害のない成人 10 名にも同様な検査を試みた。

正常者でも満点は 70% で有り、患者群は満点は無かった。治療効果は個々の症例で異なっていたが、オープンエッセンス識別検査と相関をみとめた。本検査は低濃度のため医療従事者も環境汚染の訴えが無かった。高度嗅覚障害患者の評価は十分でなかったが、診断・治療の目標レベルとして一定の臨床応用が可能と考えられた。

第3群「口腔咽頭」(14:30~15:10)

座長：小出 暢章先生
(埼玉県立がんセンター)

(A) 9. 内視鏡下鼻内法で加療した鼻口蓋管嚢胞の一例

演者：○山本レナ 田中是 大木雅文 杉木司 多賀谷亮甫 佐川慎太郎 水野貴彦

所属：埼玉医科大学総合医療センター

【はじめに】鼻口蓋管嚢胞は胎生期の鼻口蓋管の上皮遺残に由来する顎骨の非歯源性嚢胞であり、上顎の中切歯後部に発生する比較的まれな疾患である。従来は経歯齶法、経口蓋法での完全摘出と閉鎖が主流であったが、近年低侵襲な内視鏡下での開窓術が行われるようになった。今回我々は内視鏡下嚢胞開窓術を施行した症例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

【症例】42歳、女性。当科受診の1年前から鼻閉を自覚した。当初近医で副鼻腔炎と診断され内服加療を受けたが改善しない為、副鼻腔CTを施行され、鼻口蓋管嚢胞と診断された。鼻腔穿刺での細胞診検査で悪性所見を認めず加療目的に当科紹介になった。

当科受診時、硬口蓋正中中部隆起、右頬部腫脹、両側の鼻腔底の隆起がみられた。副鼻腔CTで上顎正中に嚢胞病変を認め、硬口蓋が一部欠損していた。内視鏡下嚢胞開窓術を施行した。術後3ヶ月後も開窓部は開存している。

【結語】従来の経歯齶部や経口蓋アプローチ以外にも内視鏡下鼻内法の選択肢があり、より低侵襲に行うことができる。一方でその適応に関しては、十分検討される必要がある。

(B) 10. 上顎歯肉に生じたEBV陽性皮膚粘膜潰瘍の1例

演者：○松崎 理樹, 松村 聡子, 高橋 薫, 吉野 僚介, 安田 大成, 岩城 弘尚, 中平 光彦,
蝦原 康宏

所属：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

EBV陽性皮膚粘膜潰瘍(EBVMCU)は口腔・咽頭、皮膚、消化管に限局性の境界明瞭な潰瘍性病変を生じる疾患である。多様な炎症細胞とEBV陽性の異型B細胞の浸潤を特徴としている。免疫抑制状態が背景にあると考えられており、経過観察や免疫抑制薬の減薬・休薬で自然退縮する症例が多く、予後良好な疾患である。今回我々は、上顎歯肉に生じたEBVMCUの症例を経験したため報告する。症例は87歳男性。関節リウマチに対してメトトレキサートを内服していた。上顎左側第2大臼歯抜歯窩の潰瘍を認め、細胞診で異型扁平上皮を指摘され、上顎歯肉癌の疑いで当科に紹介受診となった。当科初診時、上顎左側第2小臼歯から抜歯窩まで口蓋方向に広がる潰瘍性病変を認めた。他部位には病変を認めなかった。当科で施行した組織診ではリンパ球を主体とする炎症細胞が著明に浸潤した肉芽組織が観察され、粘膜上皮の異型は認めなかった。また、免疫染色ではB細胞マーカーとEBV-ISHが陽性であり、EBVMCUの診断となった。メトトレキサート休薬後2ヶ月で潰瘍性病変は消失した。

(A) 1 1. 頬粘膜に発生した血管腫の一例

演者：○松淵大樹 大木雅文 齋藤真紀 堀越友美 秋田貴紀 井藤隼太

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

頬粘膜に嚢胞性疾患や他の腫瘍性病変が発生することがある。頬粘膜に発生した血管腫を経験したため、報告する。19歳女性。右頬部粘膜下の腫瘍を主訴に来院した。頬部粘膜下に境界不明瞭な約1.5cmの暗赤色の弾性軟の腫瘍を認めた。MRIにてT1強調像で低信号、T2強調像にて境界明瞭な高信号を呈した。嚢胞性疾患を疑い、穿刺したところ血液が引け、血管腫を疑った。ダイナミックCTにて右頬部粘膜下血管腫の診断となった。腫瘍はステノン管開口部下方に存在し、腫瘍の下方を2cmほど粘膜切開。腫瘍と周囲の正常脂肪との境界を同定し、バイポーラで焼灼しながら剥離をおこなった。剥離後、腫瘍の前方にある索状物を結紮して摘出した。術後は疼痛と開口制限あったが3日ほどで術後良好な経過をたどり退院した。病理組織診断にて静脈性血管腫と確定診断された。

頬粘膜の血管腫は比較的稀だが臨床的には嚢胞や腫瘍と誤診されることがありMRI、ダイナミックCT、超音波検査をはじめとした画像検査が重要となる。本症例のように外科的切除が第一選択だが硬化療法やレーザー治療が選択される場合があり、適切な診断と治療法の選択が求められる。

(B) 1 2. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群の生体医工学的解析 -CFDからFSIへ-

演者：○野村 務¹⁾、近藤健二²⁾

所属：1)明海大学歯学部総合臨床医学講座頭頸部外科・耳鼻咽喉科分野

2)東京大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科

閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)は解剖学的要因により発症すると考えられてきた。X線、CTによる静的な手法による診断、治療効果の判定を行ってきたが、その有効性は低く、動的解析であるComputational Fluid Dynamics(CFD)によってその有用性を示してきた。本研究では、CFDの研究を発展させ、流体構造連成(Fluid Structure Interaction:FSI)を導入し、解析を行ったので報告する。

方法は、健常人の頭頸部CTからMimics(マテリアライズ)を用いてSTLファイルを書き出し、ANSYS SpaceClaimで流体および充実部分のモデルを作成した。そのモデルをANSYS WorkBenchにてFSIのシステムを起動し、FLUENTによる流体解析を行い、その圧力データの結果をMechanicsに転送し、構造解析を行った。

結果はCFD解析では口蓋垂後方の流線図が密になっており、口蓋垂基部後面、口蓋垂先端に強い応力が働いていた。FSI解析では、口蓋垂の後方への変形が確認された。

今回、気流により軟部組織の変形が確認された。今後、高周波治療などで、形態の修正、弾性率の変更が可能であれば、侵襲の少ない治療法が可能となることが示唆された。

第4群「頸部」(15:10~15:50)

座長：松村 聡子先生
(埼玉医科大学国際医療センター)

(B) 13. 喉頭摘出後のボイスプロステシスが留置後12年で食道脱落した1例

演者：○加藤沙織¹⁾ 宇野光祐¹⁾ 荒木幸仁¹⁾

所属：1) 防衛医科大学校 耳鼻咽喉科学講座

喉頭全摘術後の音声再建法として気管食道シャント(TEP)は広く普及している。ボイスプロステシスはシャント部に装着することで発声を可能にする一方、リーク、肉芽形成、劣化が知られるが、脱落はまれである。今回我々は、TEP造設12年後に患者自身での清掃中、食道内に脱落した症例を経験した。症例は74歳男性、下咽頭癌cT4aN0M0に対しX年に化学放射線療法を施行したが再発のため、下咽頭喉頭頸部食道摘出術を施行した。X+1年にTEPを造設しProvox®を留置、以降3~6か月ごとに交換していた。X+6年の交換時に食道側へ脱落、帰宅後の違和感を契機に鼻咽喉電子内視鏡下に摘出された既往がある。X+12年、自宅清掃中に再び脱落し嚥下時違和感を主訴に受診した。呼吸困難や胸痛はなく、CTで食道上部にボイスプロステシスを確認、上部消化管内視鏡下に鉗子で摘出した。合併症なく再留置により発声機能も回復した。ボイスプロステシスの消化管内脱落は自然排出されることが多いが、まれに穿孔や腸閉塞をきたすとされる。また気道への脱落の報告もあり、どこに脱落したか分からない場合には早期に受診を勧める等の患者教育、定期交換時と適切なサイズ選択が重要である。

(A) 14. 刃物による咽頭全周性離断に対して機能改善を得た一例放

演者：○肥田 美由紀¹⁾、武井聡¹⁾、中原奈々¹⁾、小川茂樹¹⁾

所属：1) さいたま市立病院耳鼻咽喉科

【はじめに】

咽頭全周性離断を伴う頸部外傷の報告は日本では稀である。耳鼻咽喉科は救命とともに、術後の機能再建において重要な役割を担う。今回、自傷行為による咽頭全周性離断を来し、縫合術後に嚥下、発声機能の改善を得た一例を経験したため報告する。

【症例】

30歳代男性。精神疾患に伴う自傷行為により救急搬送となった。刃物による前頸部切創にて、声門直上で咽頭が全周性に離断していた。来院後、救急科によって開放創より気管内挿管され、初療がなされた。その後、耳鼻咽喉科にて緊急手術となった。気管切開および頸部開放創に対して単結紮縫合にて喉頭形成術を施行した。術後は嚥下・発声機能の廃絶が懸念されたが、精神状態が安定した術後1か月より間接嚥下訓練を開始し、段階的に食事形態を上げ、術後3か月で常食摂取が可能となった。発声に関しては術後2か月でスピーチカニューレに変更し発声訓練を行い会話可能となり、術後3か月に気管切開孔も閉鎖し退院となった。

【結語】

咽頭全周性離断という重篤な外傷に対し、単結紮縫合による喉頭再建術で嚥下・発声機能を回復した希少な症例を経験した。既報告と併せて本症例を検討し報告する。

(A) 15. ムコイド型 *klebsiella pneumoniae* 感染による頸部膿瘍の1例

演者：○佐川慎太郎 大木雅文 田中是 杉木司 多賀谷亮甫 山本レナ 河野由香里 井口元貴
水野貴彦

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

症例は90歳女性。咽頭痛と頸部腫脹を主訴に近医を受診し、当院を紹介受診した。既往歴は糖尿病と高血圧。初診時、右扁桃周囲の腫脹と右頸部の腫脹を認めた。採血検査にて、白血球数 $17900/\mu\text{l}$ 、好中球 84.9%、CRP 13.44mg/dl と好中球優位の白血球増加と炎症反応上昇を認めた。造影CTでは右扁桃上極周囲から顎下腺裏面にかけて膿瘍形成を認めた。右扁桃周囲切開排膿術を施行した。入院の上で、抗菌薬(スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム 1日9g)の点滴加療を行った。しかし、頸部の腫脹は増悪傾向であり、造影CTを再度施行し、膿瘍の改善乏しかったため、局所麻酔下で右頸部切開排膿術を施行し、連日創部洗浄した。培養検査にてムコイド型 *klebsiella pneumoniae* と判明した。抗菌薬をセフェピム塩酸塩 1日2gに変更した。外科的処置と抗菌薬の変更後から症状は改善傾向であり、入院から1か月後に自宅へ退院となった。ムコイド型感染は莢膜を有し白血球による貪食抵抗性があるため、難治化しやすい。今回の症例のように治療期間が長期になる可能性がある。易感染患者には予防が大事である。

(A) 16. 深頸部膿瘍術後に播種性血管内凝固症候群と多発微小脳血管出血を合併した一例

演者：○水野貴彦 大木雅文 田中是 杉木司 多賀谷亮甫 笹川順平 山本レナ
佐川慎太郎

所属：埼玉医科大学 総合医療センター 耳鼻咽喉科

深頸部膿瘍は、重篤な感染症であり、縦隔炎や敗血症などの致命的な合併症を伴うことがある。本症例は、深頸部膿瘍術後に播種性血管内凝固症候群(DIC)および多発微小脳血管出血を合併した稀な症例を経験したので報告する。

49歳女性。主訴は咽頭痛。当科を受診時に頸部腫脹を認めた。採血検査では炎症反応が上昇し、CTでの深頸部間隙にガス産生を伴う膿瘍腔を認めた。緊急で頸部切開排膿術と気管切開術を施行した。また、未治療の糖尿病も認め、HbA1cは12%台であった。術後抗菌薬とインスリン投与を開始した。術後2日目より意識障害が出現し、採血と頭部MRIを撮影したところ、DICと多発性微小脳血管出血を認めた。DICに関しては血液凝固阻止剤投与を行い、術後5日目より意識状態は改善傾向がみられた。膿瘍腔が縦隔と咽頭後壁、副咽頭間隙に進展しており、縦隔ドレナージ術と咽後切開術、右頸部切開排膿を施行した。意識障害は現在改善したが、嚥下障害が残存しているためリハビリでの回復を目指している。深頸部膿瘍の治療においては、局所の感染制御に加え、全身的な合併症の発生に注意し、早期診

断と適切な管理を行うことが重要である。

入室確認（15：50～16：00）

領域講習（16：00～17：00）

座長：白倉 聡先生
（埼玉県立がんセンター）

「どうする？嚥下障害診療」

昭和医科大学江東豊洲病院 耳鼻咽喉科 教授 木村 百合香 先生

退室登録（17：00～）

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会埼玉県地方部会