

# 第 135 回日耳鼻長崎県地方部会

## 学術講演会 プログラム抄録集



日時：平成 23 年 4 月 3 日（日）午前 9 時 55 分～

場所：長崎大学医学部 良順会館

### 〈ご案内〉

- ◆ 会場は、長崎大学医学部良順会館です。  
緊急時の連絡：耳鼻科医局 (095-819-7349) 耳鼻科病棟 (095-819-7391)
- ◆ 駐車場は医学部駐車場を利用できますが、長崎市内の先生方はできるだけご遠慮ください。
- ◆ 専門医の方は学術集会参加報告書をご提出下さい。

### 〈演者の方へ〉

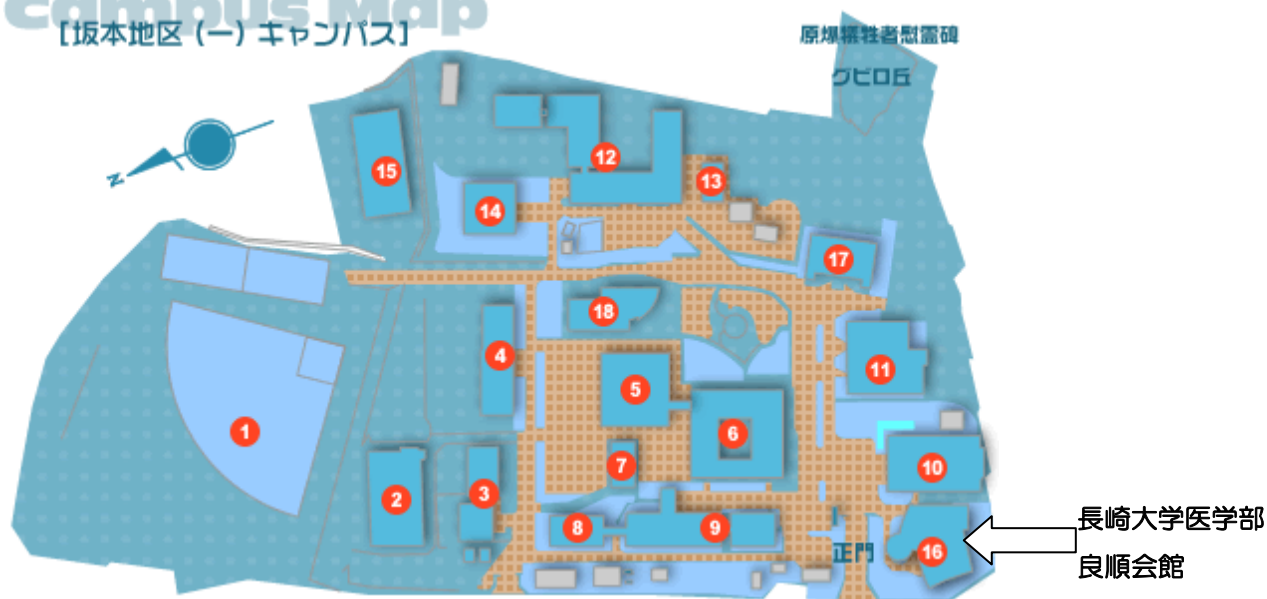
- ◆ 一般演題の口演時間は7分以内、討論は5分以内です。時間厳守をお願いします。スクリーンは1面でプレゼンテーションには Microsoft Office PowerPoint 2007 を使用します。Mac 使用の方は Windows ファイルに変換して、文字ずれ・文字化けなど無いことを確認してから CD-R またはフラッシュメモリーでご持参下さい。スライド枚数に制限はありませんが、発表時間を厳守してください。

### 〈抄録原稿の書き方について〉

- ◆ 日耳鼻会報増刊号への掲載はありませんが、事務局への提出は行います。日耳鼻提出用の抄録原稿は本抄録に掲載された内容といたします。変更を希望される場合のみ、学会当日に変更抄録をご提出下さい。なお、抄録原稿の書き方については、日耳鼻会報に記載された「地方部会講演抄録原稿の提出について」をご参考ください。

## Campus Map

【坂本地区（一）キャンパス】



★会長挨拶（9：55～10：00）

高橋晴雄（長崎大）

★一般演題

第Ⅰ群：耳・その他（10：00～10：36）

座長 福田智美（長崎大）

1. 当院での糖尿病合併患者における突発性難聴症例の臨床的検討  
○北岡杏子・前田耕太郎・西秀昭・安達朝幸（佐世保総合）
2. 伝音性難聴を呈した顎関節滑膜嚢胞の中耳進展例  
○佐藤智生・道祖尾弦・原稔・穂山直太郎・隈上秀高・高橋晴雄（長崎大）  
川田晃弘（十全総合）
3. 乳突蜂巣におけるアポトーシス細胞および層板構造の観察  
○藤山大祐・福田智美・高橋晴雄（長崎大）  
池田通（同大学院医歯薬総合研究科生命医科学講座口腔病理学分野）

第Ⅱ群：頭頸部腫瘍（10：37～11：00）

座長 高野篤（長崎大）

4. 中咽頭後壁腫瘍に対して内視鏡的咽喉頭手術を行った一例  
○占部有人・岩永哲・眞田文明（長崎市民）  
赤司太郎・池田幸紀・山川正規（同内科）
5. 幼児傍髄膜横紋筋肉腫例に対する中頭蓋底手術の経験  
○石丸幸太郎・藤山大祐・佐藤智生（長崎大）  
田中克己（同形成外科）  
岡田雅彦（同小児科）  
崎浜教之（沖縄中部）

★特別講演 (11:00～12:00)

座長 高橋晴雄(長崎大)

Keehyun Park, MD, PhD

(Dept. of Otolaryngology, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea)

「My Experience of Congenital Middle Ear Cholesteatoma」

★平成 22 年度日耳鼻長崎県地方部会総会 (12:00～12:20)

司会：金子賢一(長崎大)

1. 会計報告
2. 日耳鼻評議員について
3. 日耳鼻法人化に伴う代議員選挙について
4. 連絡事項、その他

★平成 22 年度日耳鼻全国会議代表者会議報告 (12:20～13:00)

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| 1. 認可研修施設・専門医制度 | 隈上秀高       |
| 2. 保険医療         | 重野浩一郎・眞田文明 |
| 3. 産業・環境保険      | 村嶋龍太郎      |
| 4. 福祉医療         | 橋本清        |
| 5. 乳幼児医療        | 神田幸彦       |
| 6. 学校保健         | 山野辺滋晴      |
| 7. 医事問題         | 本川浩一       |

★閉会

## 1. 当院での糖尿病合併患者における突発性難聴症例の臨床的検討

○北岡杏子・前田耕太郎・西秀昭・安達朝幸（佐世保総合）

糖尿病と内耳障害の関連については多く報告があり、その臨床像としては徐々に進行する高音障害と突発する高度の感音難聴が主とされている。しかし糖尿病を合併する突発性難聴の臨床像についてはまだあまり報告がない。今回我々は、2004年から2010年の7年間に当院を受診し突発性難聴の診断で入院治療を行った86例（うち糖尿病合併症例19例）について治療成績の検討を行ったので報告する。

### 【参考文献】

鎌倉武史、松代直樹、古川雅史、他：糖尿病を合併した突発性難聴77例の検討。  
耳鼻臨床 2011;104;11-16

## 2. 伝音性難聴を呈した顎関節滑膜嚢胞の中耳進展例

○佐藤智生・道祖尾弦・原稔・穠山直太郎・隈上秀高・高橋晴雄（長崎大）  
川田晃弘（十全総合）

滑膜嚢胞は関節滑膜から生じる嚢胞性病変であり、顎関節例はまれで、中耳進展例の報告はない。本症例は61歳、男性。右伝音難聴、開口障害があり、側頭骨CTで顎関節窩から頭蓋底にかけて軟部組織陰影を認め、一部ツチ骨頭にも接していた。真珠腫も疑われたが典型的でない為、術前MRIを施行し、嚢胞性病変が疑われた。術後病理は滑膜嚢胞の診断だった。術後は一過性に開口時痛が出現したが消失し、聴力も改善した。

### 【参考文献】

Goudot P, et al : Cysts of the temporomandibular joint. J Oral Maxillofac surg. 1999;28;338-340

Nablieli O, et al: Ganglion cyst of the temporomandibular joint: report of case and review of literature. J Oral Maxillofac surg. 2000;58;216-219

### 3. 乳突蜂巣におけるアポトーシス細胞および層板構造の観察

○藤山大祐・福田智美・高橋晴雄（長崎大）  
池田通（同大学院医歯薬総合研究科生命医科学講座口腔病理学分野）

骨組織を構成する細胞は骨形成系の骨芽細胞と骨細胞、骨吸収を担う破骨細胞から構成され、骨代謝に関与している。

乳突蜂巣発育の骨代謝に関して、組織細胞化学的な研究はあまり行われていない。今回、側頭骨の組織を用いて破骨細胞や骨芽細胞の関わりを層板構造で観察し、また骨細胞のアポトーシスに関して検討したので報告する。乳突蜂巣発育抑制例おもに真珠腫性中耳炎と乳突蜂巣発育正常例である人工内耳例の組織を比較した。

#### 【参考文献】

Ikarashi F, Nakao Y, Okura T: The relationship between the degree of chronic middle ear inflammation and tympanic bulla pneumatization in the pig as animal model. Eur Arch Otorhinolaryngol 1994;251:100-104

### 4. 中咽頭後壁腫瘍に対して内視鏡的咽喉頭手術を行った一例

○占部有人・岩永哲・眞田文明（長崎市民）  
赤司太郎・池田幸紀・山川正規（同内科）

今回、中咽頭後壁腫瘍に対して内視鏡的咽喉頭手術を行った一例を経験したので報告する。症例は55歳男性。平成20年検診の胃内視鏡で中咽頭後壁に小腫瘍を認め精査行い、軽度異形成で経過観察となっていた。著変なかったが切除希望あり、平成22年12月当院内科受診。胃内視鏡単独では切除困難のため、当科に協力依頼。扁摘用開口器で術野を展開し、経鼻喉頭内視鏡でカウンターテンションをかけ、胃内視鏡で完全切除し得た。

#### 【参考文献】

松浦一登、野口哲也、片桐克則、他：ダブル・スコープ法による内視鏡的咽喉頭手術（ELPS）について。頭頸部癌 2010;36;466-472

## 5. 幼児傍髄膜横紋筋肉腫例に対する中頭蓋底手術の経験

○石丸幸太郎・藤山大祐・佐藤智生（長崎大）

田中克己（同形成外科）

岡田雅彦（同小児科）

崎浜教之（沖縄中部）

頭頸部の横紋筋肉腫症例は解剖学的に根治切除が難しく、整容的・機能的な問題やその後の発達障害を考慮すると根治切除を行うべきか切除せずに放射線治療を行うべきか迷うところである。症例は5歳の女児。翼口蓋窩原発と考えられる横紋筋肉腫例（胞巣型）に対して化学療法 iVAC を施行後、残存腫瘍に対して根治切除として中頭蓋底手術を施行した。文献的考察を含め報告する。

### 【参考文献】

土田嘉昭、他：横紋筋肉腫の集学的治療に関する研究. 小児がん 2005:42;11-17

## 【特別講演】

### **My Experience of Congenital Middle Ear Cholesteatoma.**

Keehyun Park, MD, PhD

Dept. of Otolaryngology, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea

Congenital cholesteatoma in the middle ear was a rare entity, accounting for approximately 4% of childhood cholesteatoma. However, congenital cholesteatoma recently seems to be more easily and frequently detected than in the past because of the increased awareness of the presence of congenital cholesteatomas by otolaryngologists and pediatricians, improved tools for diagnosis such as a hallogen and xenon lamp, an otoscope, and temporal bone CT, the popular screening for middle ear disease, and wide spread use of antibiotics for otitis media.

A case with congenital cholesteatoma in the middle ear was first presented by Howard House in 1953. Derlacki and Clemis also described six cases of congenital cholesteatomas and first established the clinical criteria for the diagnosis of congenital cholesteatoma. Congenital cholesteatomas were diagnosed by the presence of a white “pearl” behind an intact tympanic membrane with no history of perforation, otorrhea, or otologic surgery. This classical criteria was a little modified by Levenson et al. and changed to more broad concept including cases with a history of acute otitis media or otitis media with effusion (OME).

Many otologists have speculated on the pathogenesis of middle ear congenital cholesteatoma which includes epidermoid formation(Michaels;1986), ingrowth of meatal epidermis(Aimi;1983), metaplasia(Sade;1983), and reflux of amniotic fluid(Wittmack;1918, Northrop;1986). Recently, tympanic membrane origin theory was proposed as a new pathogenesis of middle ear congenital cholesteatoma (Tos;2000). The location of middle ear congenital cholesteatoma, when possible initially, can be classified in relation to the four quadrant of the eardrum. This location, especially anterosuperior and posterosuperior quadrant, is said to be related to its pathogenesis. Some patients with congenital cholesteatoma may have a different location and presentation from the classical description of congenital cholesteatoma.



Grosspathologically, there are two types of congenital cholesteatoma : a closed keratotic cyst and an open matrix. The staging system of the congenital cholesteatoma which influences its surgical approach shows its extension according to its involvement and ossicular erosion.

The patients with congenital cholesteatomas may present with a variety of complaints including conductive hearing loss or earfullness, but the most common presentation is an asymptomatic white mass medial to an intact tympanic membrane. Although the growth rate depends on the presence or absence of inflammation, cholesteatomas are considered to grow faster in child than in adults. Therefore, early detection of congenital cholesteatomas in child is critical, limiting the size of the retrotympanic mass, reducing the risks and complications from surgery, and using the minimal invasive surgical techniques.

So we have to know clinical characteristics of congenital middle ear cholesteatoma according to its location, and to facilitate better understanding of its pathogenesis.

I reviewed retrospectively 180 patients who were diagnosed as congenital cholesteatoma in the middle ear under its definite criteria in our hospital for the last 15 years (1994-2009). This review was done by analyzing the patient's history, temporal bone CT findings, pathologic and operative findings. In our series, the anterosuperior origin of congenital cholesteatoma is more common than the posterosuperior origin. The posterosuperior origin cholesteatoma showed relatively larger size and older age when diagnosed, higher degree of hearing loss, and more frequent unusual presentation than the anterosuperior origin. The open-type congenital cholesteatoma which usually originated from posterosuperior portion of the mesotympanum was detected at an older age than the cystic type. 44 cases(24.4%) with congenital cholesteatoma were associated with OME, which were detected similarly in both anterior and posterior portions. The recidivism was noted in 17 cases(9.4%).

In conclusion, the diversity of clinical characteristics of congenital middle ear cholesteatoma was different according to its location and pathologic type. The pathogenesis of congenital middle ear cholesteatoma according to its location requires further study.