第174回
日耳鼻長崎県地方部会学術講演会
【プログラム・抄録集】

令和6年4月14日（日）10時00分～

ご案内

【会　場】**長崎大学医学部　良順会館　一階　専斎ホール**

【緊急連絡】　耳鼻科医局：０９５−８１９−７３４９

　　耳鼻科病棟：０９５−８１９−７３９１

【駐車場】医学部駐車場を利用できますが、スペースに限りが有りますので、長崎市内の方はできるだけ公共交通機関でお越しください。

【受　付】**会員カードによる受付**を行います。**専門医の学術集会参加単位の受付も兼ねて**おりますので、会員カードをご持参ください。

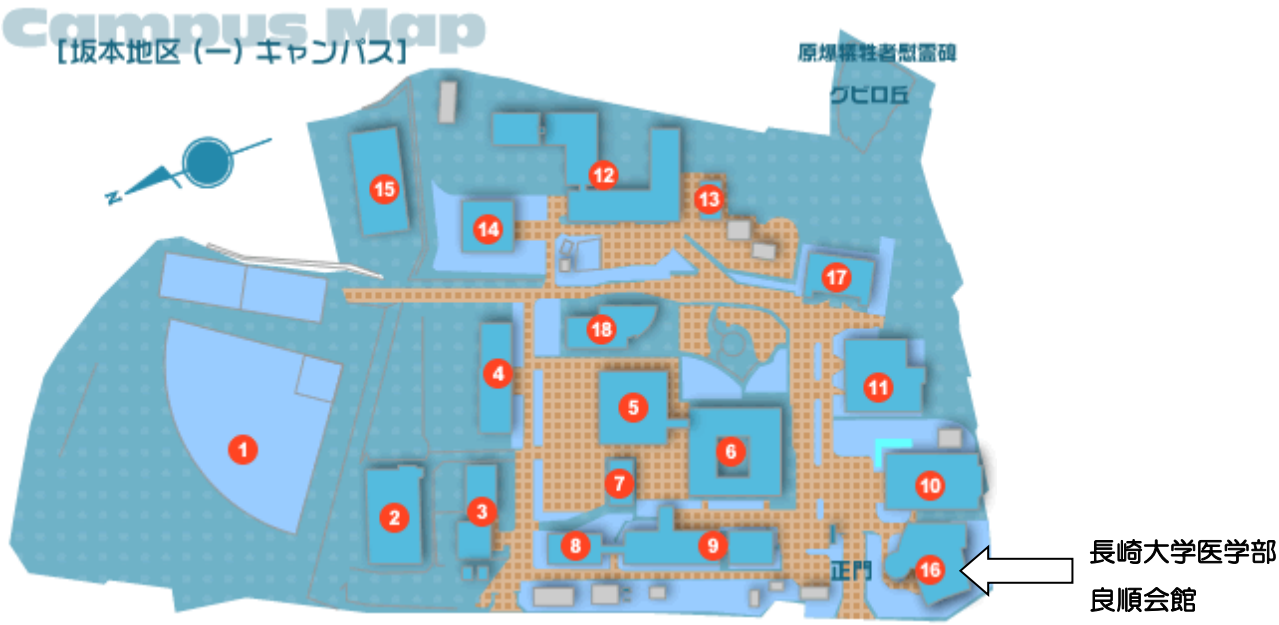
一般演題　演者の方へ

【発表時間】１題１０分（**発表７分、質疑３分**）時間厳守

【発表 PC】Windows１１、PowerPoint２０１９

＊ 事前に Windows PC で文字ズレ・文字化けの確認をしてください。

＊ データは USB フラッシュメモリ等でご持参の上、開演１５分前までに、所定の PC に保存し、動作確認を済ませてください。



【会長挨拶】10:00～10:05　　熊井　良彦（長崎大学）

【一般演題】

第Ⅰ群：10:05～10:35　　座長　久永　将史（みなとメディカルセンター）

Ⅰ-1　舌根部甲状舌管嚢胞の１例
沖田　奈菜（長崎医療センター）

Ⅰ－2　嚥下困難を主訴とした重症筋無力症の１例
澤瀬　光佑（佐世保市総合医療センター）

Ⅰ－3　嚥下障害治療センターの新設と取り組みについて
髙島　寿美恵（長崎大学）

第Ⅱ群：10:35～11:05　　座長　中尾　信裕（日赤原爆病院）

Ⅱ－1　眼窩尖端症候群を来したスケドスポリウム症による副鼻腔真菌症の１例
諸富　幸（諫早総合病院）

Ⅱ－2　乳幼児健診に他覚的聴力検査および耳鼻科医による診察を導入した結果
小路永　聡美（長崎大学）

Ⅱ－3　前庭障害に伴う嘔吐の機序
野田　哲哉（野田耳鼻咽喉科）

【令和6年度日耳鼻長崎県地方部会総会】11:05～11:30　　司会　西　秀昭

1. 会計報告
2. 役員改選
3. 連絡事項（医事問題委員からの連絡）

【令和 5年度日耳鼻全国会議代表者会議報告】11:30～12:10

1. 保健医療委員会	隈上　秀高
2. 学校保健医療委員会	佐々野　利春
3. 乳幼児医療委員会	神田　幸彦
4. 福祉医療委員会	木原　千春
5. 医事問題委員会	江上　直也
6. 産業・環境保健委員会	梅木　寛
7. 専門医制度	熊井　良彦

【一般演題　第Ⅰ群】

Ⅰ－1　舌根部甲状舌管嚢胞の１例

〇沖田奈菜、吉田晴郎、二宮直樹、森　彩加、田中藤信（長崎医療センター）

甲状舌管嚢胞は胎生期に甲状舌管が舌根部の舌盲孔から舌骨前面を下降し，甲状腺へ至る際に生じる先天性嚢胞である．嚢胞の発生部位としてこの経路のいずれの部位にも発生しえるが，舌根部に発生するのは 0.5～2%と非常に稀である．今回，舌根部甲状舌管嚢胞により呼吸不全を来した症例を経験したので報告する．

症例は１ヶ月女児で，生後より喘鳴を認めていたが，当院受診 6 日前から努力呼吸あり前医を受診．酸素化低下，血液ガスで CO2 貯留あったため high-flow nasal cannula(HFNC)使用し喘息性気管支炎として治療されていた．前医耳鼻咽喉科での喉頭内視鏡で舌根に嚢胞を疑う所見を認めた．呼吸状態が悪化したためドクターヘリで当院搬送となった．内視鏡下に気管挿管を行った後，MRI を施行し，舌根部嚢胞と診断し手術を行った．手術の際には嚢胞は既に破れており黄白色の内容液が観察された．嚢胞を牽引し舌根部に基部があることを確認し，舌根を過剰切除しないよう基部は 1mm 程度残した状態で嚢胞を切除した．術後 3 日目に抜管し，術後 6 日目に退院とした．術後 38 日時点では再発なく，呼吸状態安定しており哺乳量も増加傾向であった．

本疾患は吸気性喘鳴，チアノーゼ，体重増加不良などの症状を呈し，突然死の原因となることもある．上記のような症状を呈している場合は本疾患を念頭に置き診療に臨むことが必要と考える．

【参考文献】

1）春松敏夫：新生児舌根部甲状舌管嚢胞の 2 例．日小外会誌 2014; 50:798-801.
2）池永知穂：喉頭内視鏡と画像検査の併用により診断に至った舌根嚢胞の 1 例．小児科臨床 2018;71:1243-1248.

Ⅰ-2 嚥下困難を主訴とした重症筋無力症の１例

〇澤瀬光佑、北岡杏子、桂　資泰（佐世保市総合医療センター）

重症筋無力症(MG)は神経筋接合部の免疫学的異常を原因とする自己免疫性疾患の一つである．骨格筋の易疲労性と筋力低下を主症状とし，眼症状を初発症状として呈することが多い．今回嚥下困難感を初発症状とし，重症筋無力症と診断された一例を経験したので報告する．

症例は 49 歳男性で，受診半年前から咽頭違和感を自覚しており，徐々に増悪し，2 ヶ月前から嚥下困難感や構音障害も出現したため当院に紹介となった．

診察所見では上咽頭閉鎖や不全嚥下機能低下を認め，脳神経内科に相談し精査の結果，抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK)抗体陽性全身型重症筋無力症の診断に至った．ステロイドパルスや血液浄化療法を行い，嚥下障害や開鼻声，上咽頭閉鎖不全は著明に改善した．現在もステロイド内服継続で症状増悪なく経過している．

MG のうち眼症状のみのものは眼筋型に，本症例のように嚥下障害や全身の筋力低下などを認めるものは全身型に分類される．自己抗体の頻度として最も多いものは抗アセチルコリン受容体(AchR)抗体で全体の 85％程度を占めると言われている．次に多いものは本症例の抗 MuSK 抗体であり全体の数％を占める．抗 MuSK 抗体陽性症例は球麻痺が主症状になることが多いため嚥下機能障害や呼吸筋障害をきたしやすいとされており，治療はステロイドと必要に応じて免疫抑制剤を使用し，増悪時にはステロイドパルスや血液浄化療法，免疫グロブリン静注療法などを組み合わせて行う．本症例では若年での嚥下機能低下と上咽頭閉鎖不全を認めたことから神経筋疾患を早期から疑い，診断に至った．日々の診療において嚥下機能評価を行うことは度々あるが，非典型的な嚥下困難症例では本疾患の可能性も考慮し必要に応じて全身の評価も行うべきである．

参考文献

西窪加緒織、兵頭政光：嚥下障害を主症状とした重症筋無力症．口咽 2007;19:257-263.

日本神経治療学会・日本神経免疫学会合同神経免疫疾患治療ガイドライン委員会：重症筋無力症の治療ガイドライン 神経治療 2003;20:481-501.

Ⅰ-3　嚥下障害治療センターの新設と取り組みについて

〇髙島寿美恵、大野純希、熊井良彦（長崎大学）

2020 年代より全国で耳鼻咽喉科を中心とした嚥下センターの設立が相次いでおり、長崎大学病院でも、2023 年 4 月より耳鼻咽喉科を中心とした多職種による「嚥下障害治療センター(以下当センター)」が新設された。
当センターは、耳鼻咽喉科医、リハビリレーション科医、歯科医、認定看護師、言語聴覚士、栄養管理士、歯科衛生士に加え、医療安全も加わった多職種で構成されている。入院中の嚥下機能評価や嚥下機能が低下した患者に対するリハビリテーション介入を行っており、相談症例は全て言語聴覚士によるスクリーニングを経て、必要な症例には嚥下内視鏡検査及び嚥下造影検査を行い、全症例を週に 1 回のカンファランスで多職種にて確認し方針を決定している。紹介数は徐々に症例数は増え、現在では 30 例/月の新規症例が各診療科から紹介されている。
当センターの特色は、医科による原疾患の理解と咽頭期の詳細な評価が行われ、さらに歯科医との密接な連携により義歯調整や口腔ケア、舌圧測定などの介入、栄養管理士による食形態変更の介入が非常にスムーズに行われている点である。
今回我々は、当センターの現状の取り組みについて現状を報告させて頂き、長崎県の今後のさらなる嚥下治療の発展のための展望と今後の課題について発表する。

Ⅱ－1　眼窩尖端症候群を来したスケドスポリウム症による副鼻腔真菌症の１例

〇諸富　幸、藤山大祐（諫早総合病院）

【はじめに】副鼻腔真菌症は菌糸による粘膜浸潤の有無で浸潤型と非浸潤型に分類される。非浸潤型のスケドスポリウム症による副鼻腔真菌症を発症し、眼窩尖端症候群を来した一例を経験したので報告する。

【症例】85 歳男性

【現病歴】当科受診 18 日前に左三叉神経痛にて発症し、徐々に左視野障害、左外眼筋麻痺が出現した。3 日前に近医神経内科を受診したところ眼窩尖端症候群が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。

【既往歴】2 型糖尿病

【経過】

左視力障害(Ⅰ)、左三叉神経痛(V1)、左眼球外転障害(Ⅵ)を認め、CT で左蝶形骨洞に眼窩内への進展を疑う石灰化を伴う軟部陰影、蝶形骨洞背側、外側に溶骨性変化を認めた。MRI では左蝶形骨洞内に T1 強調像で低信号の菌球として矛盾しない所見や、眼窩円錐内への炎症波及が疑われた。明らかな悪性所見はなく、浸潤型副鼻腔真菌症を疑い、同日緊急 ESS を施行した。篩骨洞、上顎洞、蝶形骨洞を開窓し、蝶形骨洞内の真菌塊、膿を除去した。腫瘍性病変は認めなかった。術後よりボリコナゾール(VRCZ)350mg 点滴を開始した。術後 7 日目の CT で骨破壊の進行は認めなかった。培養結果でスケドスポリウム症の診断となり、病理結果では菌糸の蝶形骨洞粘膜への浸潤は認めなかった。術後 21 日目より VRCZ 内服に移行した。VRCZ 内服は半年間以上継続し、視力障害は改善ないが、眼球外転障害は徐々に改善を認めている。

【考察】

スケドスポリウム症は 24%が肺や副鼻腔に感染し、アスペルギルス症と比較し播種感染を起こしやすく死亡率が高いことが報告されている。治療においては本邦での適応承認薬は VRCZ のみであり、早期からの治療介入が必要とされる。治療期間は最低でも 6～12 週間が推奨されるが、免疫抑制患者においては月から年単位での治療も必要となることも少なくない。今回の症例では、病理組織学的には粘膜内に菌糸の浸潤は認めず、浸潤型副鼻腔真菌症の診断には至らなかったが、スケドスポリウム症の播種しやすい特徴から眼窩尖端症候群を来したと考えた。

【参考文献】

一般社団法人日本医真菌学会　希少深在性真菌症の診断・治療ガイドライン

Peter Troke et al：Treatment of scedosporiosis with voriconazole: Clinical experience with 107 patients . Antimicrob Agents Chemother 2008;52:1743-1750.

Ⅱ－2　乳幼児健診に他覚的聴力検査および耳鼻科医による診察を導入した結果

〇小路永聡美[1]、吉田晴郎[2]、熊井良彦[1]（1 長崎大学、2 長崎医療センター）

【はじめに】近年、新生児聴覚スクリーニング検査（NHS：newborn hearing screening）導入により、先天性難聴児の早期発見・介入が可能となった。一方で、先天性難聴であっても NHS で pass と誤判定される聴力型や、NHS 後に難聴が判明する遅発性・進行性難聴が一定の割合で存在することが知られている。現行の乳幼児健診システムでは、1 歳半・3 歳児に対してアンケート調査およびささやき声検査が行われているが、保護者の主観によるところが大きい。そこで乳幼児健診の精度を高めるため、他覚的聴力検査として歪成分耳音響放射検査（DPOAE：distortion product of otoacoustic emissions）を導入した。これにより難聴の可能性がある児に対して耳鼻科受診を積極的に促し、できるだけ早期に適切な治療や療育を開始することを目指した。

【対象と方法】2023 年 12 月～2024 年 3 月にかけて長崎市の 1 歳半・3 歳児健診に同行し、保護者の同意が得られた児を対象にDPOAEを実施し、referの場合は耳内評価も併せて行った。一側もしくは両側の難聴が疑われる症例や、耳内所見から精査が必要と判断された症例には、結果を手渡し近くの耳鼻科を受診してもらい、医療機関から受診結果報告書を返送してもらった。

【結果および考察】2024 年 2 月末の時点で 159 名に検査を実施し、そのうち refer は 17 名(10.7%)、実施困難は 12 名(7.5%)、耳鼻科紹介が 23 名(14.5%)であった。耳鼻科紹介例では、滲出性中耳炎疑いが 8 名、耳垢（栓塞含む）が 8 名、外耳道狭窄が 1 名、鼓膜が見えない or 診察拒否が 6 名であった。そのうち耳鼻科を一度も受診したことがないのは 5 名であった。検査を実施した時期が冬季であったことも影響している可能性はあるが、滲出性中耳炎の症例が多く認められた。また、耳鼻科を受診したことがない保護者に対し治療が必要な耳疾患に関して啓蒙し、必要時に耳鼻科受診を促すことができた。受診結果報告書の結果と合わせ、乳幼児健診における他覚的聴力検査および耳鼻科医による診察の重要性について考察する。

【参考文献】

白根美帆、他：3 歳児健診における聴覚スクリーニング−自動 ABR 実用性の検討−. Audiology Japan 2019;62:46−51.

Ⅱ－3　前庭障害に伴う嘔吐の機序

○野田　哲哉（野田耳鼻咽喉科）

前庭障害に伴う嘔吐の機序は、現時点では不明である。それには平衡機能障害、嘔吐中枢へ向かう胃腸からの入力、平衡中枢と嘔吐中枢周辺の神経ネットワーク、嘔吐中枢の性質が関与しており、以下のような機序で起こると考えている。姿勢の保持や運動時には、人間に加速度が負荷される。平衡中枢へは視覚、前庭、体性感覚系からの入力があり、嘔吐中枢へは胃腸からの入力がある。それを平衡中枢が調節できない場合は平衡機能障害が現れ、嘔吐中枢が調節できない場合は嘔吐が現れる。嘔吐中枢は平衡中枢よりも調節能力が高いので、嘔吐が現れるためには持続的で大きな入力が必要である。嘔吐中枢において、胃腸からの入力の大きさが平衡中枢からの入力の大きさに影響を及ぼす。胃腸からの入力が大きい者には、小児期に 2 つの中枢周辺に複雑で巨大な神経ネットワークが構築される。これには嘔吐を抑制する機能があり、抑制機能の強い者ほど平衡機能障害を起こすと嘔吐が現れやすくなる。前庭障害に伴う嘔吐には前庭から通常とは違う異常な入力があり、乗り物酔いには前庭、視覚、体性感覚系、胃腸から異常な入力がある。どちらにも平衡中枢→嘔吐中枢の経路があり、嘔吐中枢の調節障害が起これば嘔吐を中心とした自律神経症状が現れる。

参考文献

1）野田哲哉：乗り物酔いとめまいに伴う嘔気の関係. 耳鼻 2023; 69: 253-261.
2）野田哲哉：前庭障害に伴う嘔吐の機序. 耳鼻 2024: 70(in press)