

## 中耳に発生した放線菌症の一例

渡嘉敷 光紘      我那覇 章      鈴木 幹男

琉球大学 医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科

症例は18歳女性。2010年3月、右難聴、耳痛、耳漏が出現し、近医受診。保存的治療にて経過観察していたが、耳痛、耳漏は軽快せず、4月より回転性めまい症状が出現し精査加療目的に当科紹介受診。初診時、右鼓膜穿孔と耳漏を認めた。純音聴力検査で右91.3dBの混合性難聴を来し、左向き自発眼振が認められた。またCTにて中耳および乳突洞内は軟部陰影で充満しており、外側半規管膨大部に瘻孔が認められた。耳漏培養検査は陰性であった。右中耳真珠腫および乳突洞炎を疑い、入院の上、CTX 3g/日、ヒドロコルチゾン 300mg/日点滴加療を開始した。耳漏は軽快せず、2010年4月28日、右乳突削開術を施行した。乳突洞および上鼓室は膿と肉芽組織が充満していた。真珠腫は認めなかった。術後の病理検査にて、鼓室内の肉芽組織より放線菌塊が認められ、この時点で中耳放線菌症と診断した。診断確定後、ペニシリンG及びAMPC/SBT 6g/日の点滴加療に変更した。耳漏は消失し、6月14日に退院となった。退院後もAMPC/CVA1500mg/日を45日間投与した。2010年8月の時点で耳漏の再燃を認めず、純音聴力検査において右30dBまで改善を認めた。経過のCTにおいて、鼓室および乳突洞の軟部陰影は完全に消失した。放線菌類は微細な菌糸を有する細菌の一種で、臨床的には嫌気性のActinomycosisによる放線菌症と好気性のNocardiaによるNocardiosisが重要である。Actinomycosisは口腔内や消化管常在菌であり、頭頸部や肺、腹部における感染が報告されている。細菌培養による検出が困難であるため、確定診断は病理診断による事が多い。治療の第一選択薬はABPC、AMPCである。本症例においても耳漏培養検査は計4回行ったにもかかわらず全て陰性であり、最終的には病理組織検査にて診断を得た。術後よりペニシリン系抗生物質の長期投与を行い、耳漏は消失し、聴力も改善した。