パネルディスカッション

耳鼻咽喉科診療の病診連携を考える ―重症化を防ぐために― 難治性・反復性疾患を含めた副鼻腔炎など鼻疾患を中心に

松原茂規
松原耳鼻いんこう科医院

【はじめに】

病診連携で大切なことは「病院」と「診療所」の信頼関係である.「病院」医師は紹介された患者を的確に診断，治療し，その経過を「診療所」医師に情報提供する.症状が安定すれば患者を「診療所」に逆紹介することもある.「診療所」医師は自院ではできなかった診断，治療が「病院」で適切に遂行されたことに感謝し，日々の診療に一層の研鑽を積む．それらを繰り返し行うことで病診連携が円滑に行われる.

今回，副鼻腔炎などの鼻疾患の病診連携を具体的に考えるために，1．慢性化膿性副鼻腔炎，2．急性副鼻腔炎の眼窩内合併症及び頭蓋内合併症，3.好酸球性副鼻腔炎，4.副鼻腔真菌症(浸潤型)，アレルギー性真菌性鼻副鼻腔炎（allergic fungal rhinosinusitis：AFRS）を，自験例を含めて説明する．また，当地における病診連携の実際について言及する.

【慢性化膿性副鼻腔炎】

慢性化膿性副鼻腔炎は最も頻度が多い．中鼻道自然口ルートあるいはostiomeatal complex（OMC）の閉塞により副鼻腔の換気と排泄が妨げられると治癒が遷延する．手術適応は大きな鼻茸のあるもの，中鼻道が高度に閉塞しているものなどであり，保存的治療，特にマクロライド療法にて改善の認められない場合である．CT検査が有用である．治療は内視鏡下鼻内副鼻腔手術（Endoscopic Sinus Surgery，以下ESS）が行われる．術後管理が重要であり，術創部の痂皮や凝血塊の除去とマクロライド療法が行われる．術後管理を患者の通院の都合により紹介先の診療所に逆紹介されることがある.頻度が多い疾患であり，この疾患を通じて，病診が患者情報の共有化の意義を確認することができる.

＜自験例＞症例は54歳，女性．半年前からの右鼻閉を主訴に来院した．初診時右鼻茸は高度で手術を勧めたが患者は保存的治療を希望した．しかし，1ヶ月後鼻閉がかえって増強したため，病院に手術を依頼した．ESSが施行され術後鼻閉は改善した．術後は，病診連携の下，経過観察を行っている.

【急性副鼻腔炎眼窩内合併症】

急性副鼻腔炎の眼窩内合併症は比較的小児に多い．頻度は多くはない．後遺症を残すことがあり早期の治療が大切である．受診契機は蜂窩織炎症状（眼瞼腫脹）がほとんどで視診により疑われる．眼窩内合併症は上気道症状が出現してから1日以内に41％，ほぼ4日以内に起こると報告されている．急性鼻副鼻腔炎の症状と，眼瞼腫脹・発赤，眼球運動障害，眼球突出，視力低下のいずれかにより診断される.初診科は小児科が最多で，救急外来，眼科がそれに次ぐ．よって耳鼻咽喉科受診が遅れることも少なくない．CT，MRIが必要である．眼窩内病変についてはChandlerの分類，Smith分類が知られており，Chandler分類のGroup Ⅲ以上は外科的治療の適応と言われて

いる．最近の症例報告では，ESS にて前篩骨洞を開放，紙様板を除去，骨膜下膿瘍を穿刺・切開を必要とした例がある．抗菌薬の選択は初期治療としてグラム陽性菌，グラム陰性菌，嫌気性菌を広くカバーする抗菌薬を選択し，原因菌が判明した時点で狭域の感受性のある抗菌薬に変更する（de-escalation）．原因菌は小児では肺炎球菌，インフルエンザ菌が多く，成人例では嫌気性菌感染も認められる．眼窩内深部に炎症が波及すると視力障害が残ることもあり，手術を含めた早期の対応が必要である．

＜自験例＞11 歳，女児．インフルエンザ A 罹患後解熱して 2 日目に，左眼痛にて受診した．初診時，左中鼻道に膿性鼻汁があり左眼瞼腫脹を認めた．眼球運動障害，視力障害を認めなかった．単純撮影では左前頭洞に陰影を認め，2 日後に撮影した CT では左前頭洞の他，左篩骨洞，左蝶形骨洞にも陰影を認めた．鼻汁から肺炎球菌ムコイド 3 型を検出した．Chandler 分類の I 型と判断し，保存的治療を行い，治癒した．

【急性副鼻腔炎頭蓋内合併症】

急性副鼻腔炎の頭蓋内合併症は近年減少したが，現在でも散見される．死亡率が 10％と報告されている．急性副鼻腔炎症状と中枢神経症状が現れるが，眼窩内合併症に比べ，症状の発現が遅いことがある．また必ずしも鼻症状を訴えない場合もある．最近の症例報告では，早期から全身性痙攣や不穏症状があるが CT，MRI 検査で早期には病変を指摘できず細菌性髄膜炎と診断され，のちに再度施行された CT，MRI 検査で診断がついた例がある．自然発症型の鼻性頭蓋内合併症を疑う 7 つのポイントは①持続する発熱，②頑固な頭痛，③悪心・嘔吐，④眼窩蜂窩織炎の合併，⑤ Pott's puffy tumor の合併，⑥急激に症状が増悪する前頭洞，前篩骨洞，上顎洞に陰影を認める副鼻腔炎，⑦ 10 歳代，男性，である．前頭洞炎に伴って発症した硬膜下膿瘍が最も多い．細菌の同定は困難なことが多くグラム陽性菌，グラム陰性菌，嫌気性菌を広くカバーする抗菌薬を選択する．治療は保存的治療と手術的治療を状況に応じて使い分ける．耳鼻科医による ESS と脳神経外科医による開頭減圧ドレナージが必要になることが多い．

【好酸球性副鼻腔炎】

好酸球性副鼻腔炎は難治性である．①成人発症，②両側性，③ステロイド全身投与にて著効，④手術後の経過不良，⑤ CT で篩骨洞病変の程度が強い，⑥自覚症状として嗅覚障害の頻度が高い，等の特徴がある．特に血中好酸球数の有意な上昇が特徴的であり術前診断の参考になる．喘息や好酸球性中耳炎の合併も多い．ESS は単洞化，病的粘膜の徹底的切除が行われるが術後に鼻茸が再発することもあり，長期の経過観察が必要である．手術は病院でその後の処置は診療所にて行うこともある．自宅での鼻副鼻腔洗浄，鼻噴霧ステロイド薬やロイコトリエン阻害薬の投与，急性増悪時には短期間のステロイド内服を行うこともある．喘息，特にアスピリン喘息合併例では鼻茸再発は高率であり，内科を含めた，年余にわたる病診連携が必要である．

＜自験例＞症例は 52 歳，女性．20 歳から気管支喘息（アスピリン喘息疑）にて内科にてフルチカゾンプロピオン酸エステル及びサルメテロールを吸入，プランルカスト，テオフィリンを内服中である．平成 14 年に好酸球性副鼻腔炎の診断で ESS 施行，その後鼻茸再発，好酸球性中耳炎も併発した．平成 22 年 6 月左耳膠状耳漏多量，右鼓膜腫脹，両鼻茸の増大があり，ベタメサゾンの内服を行った．両鼓膜の穿孔は残ったが耳漏は停止した．しかし，鼻茸は残存し，再度 ESS 依頼を検討している．

【浸潤性副鼻腔真菌症】

浸潤型副鼻腔真菌症は非浸潤型副鼻腔真菌症に比べると稀である．しかし，急性型（電撃型）では 4 週間以内の急速な経過を辿り死亡することも

あるので注意を要する．Aspergillus，Mucorが代表的である．ハイリスク患者は免疫抑制療法，ステロイド投与，血液悪性腫瘍，臓器移植後，非浸潤型副鼻腔真菌症罹患例である．臨床症状は血膿性鼻漏，頬部痛，頭痛，視力障害等である．診断は鼻内視鏡検査，CT，MRI，血清診断としてβ-D-グルカン，ガタクトマンナン抗原（ELISA），鼻漏からの真菌学的検査，鼻・副鼻腔の病理組織学的検査等である．治療は外科的切除（デブリドマン）と抗真菌薬の全身投与である．臨床的には悪性腫瘍と区別がつき難いこともある．極めて予後不良の疾患であり，耳鼻咽喉科医はその取扱いを周知しておく必要がある．予後の悪かった症例報告では，頭蓋内浸潤例は予後が悪いことを周知しておくこと，抗真菌薬の全身投与の遅れが致命的になること，抗真菌薬による肝障害等の副作用発現が予後を不良にすることが指摘されている．

【アレルギー性真菌性鼻副鼻腔炎】

最近，真菌に対するⅠ型アレルギー反応を特徴の一つとする，アレルギー性真菌性鼻副鼻腔炎（AFRS）が注目されている．ステロイド全身投与に反応するが，術後に鼻茸再発することが多く，術後長期の経過観察が必要である．

【まとめ】

当院は岐阜県の中ほどにあり，中濃医療圏に属する．多くの患者の紹介先は中濃厚生病院である．中濃厚生病院は地域医療圏：15～20万人，総ベッド数：383床，耳鼻咽喉科ベッド数：17床，耳鼻咽喉科常勤医：4名，年間手術件数：約450例である．年4回の耳鼻咽喉科カンファランスがあり，近隣の耳鼻咽喉科診療所医師といっしょに，紹介患者の検討会を行っている．これにより患者の情報の共有を行い，眼に見える形での病診連携を行っている．

連絡先：松原茂規
〒501-3247
岐阜県関市池田町100
松原耳鼻いんこう科医院
TEL 0575-24-5570　FAX 0575-24-4573