内視鏡下に摘出し得た巨大な上顎洞血瘤腫の1例

朝 子 幹 也 小 椋 学 河 本 光 平
大 岡 久 司 濱 田 聡 子 馬 場 一 泰
島 野 卓 史 村 田 英 之 友 田 幸 一

要旨：上顎洞血瘤腫は臨床病名で、しばしば骨破壊を伴って巨大化し画像上も悪性腫瘍との鑑別が困難な事も多々ある。病気の本態も種々の意見があるものの、明確でない部分も多くある。われわれは反対側の上顎洞に達する超巨大な上顎洞血瘤腫を経験し、鼻内から内視鏡下に摘出し得た。手術は、出血時の対応を勘案し、鼻外法が選択される報告も多くある。しかし、血瘤腫は固形腫瘍ではないので、手術に従い内部の組織を減量する事ができる。従って術中の出血がコントロールされていれば、巨大な血瘤腫でも鼻内法で十分切除が可能であると考えられる。術前にある程度診断がついている事が肝要であるが、整容面を考えても鼻内法が良い適応であると思われる。

キーワード：血瘤腫、内視鏡手術、血管塞栓

Summary Endoscopic sinus surgery for the treatment of giant organized hematoma of the maxillary sinus; A case report:

Mikiya Asako, Manabu Ogura, Kouhei Kawamoto, Hisashi Ooka, Satoko Hamada, Kazuyasu Baba, Takashi Shimano, Hideyuki Murata and Kouichi Tomoda. Kansai Medical University, Department of Otorhinolaryngology

Organized hematoma are benign and non-neoplastic lesions. However, a differential diagnosis using imaging findings from a malignant tumor are extremely difficult. We experienced a hyper-giant maxillary organized hematoma reaching to the other side of the maxillary sinus, which was endoscopically treated. Many papers report extra sinus surgery for organized hematoma so as to avoid perioperative bleeding. However, it is possible to lose mass volume step by step in an operation process because organized hematoma are not solid neoplasms. We conclude that even if organized hematoma of the maxillary sinus are huge, they can be successfully treated by endoscopic sinus surgery under an accurate preoperative diagnosis and with careful surgical planning.

Key words: organized hematoma, maxillary sinus, endoscopic sinus surgery

[Received May 16, 2011, Accepted Nov. 8, 2011]

はじめに

上顎洞血瘤腫は臨床病名で、概念的には古く、大正6年には既に田所ら¹⁾によって報告されている。腫瘍性病変ではないが、しばしば骨破壊を伴って巨

大化し画像上も悪性腫瘍との鑑別が困難な事も多々ある。耳鼻科医にとっては馴染みある病名だが、疾患概念としては、診療に共同であたる他科の医師、放射線科医や病理医にはあまり浸透しているとはいえず、診断や治療方針に関して混乱が生じる事がある。また病気の本態も種々の意見²⁾があるものの、明確でない部分も多くある。実際の臨床では、顎顔面骨の変形や出血の問題、鑑別診断の点から治療に

関西医科大学耳鼻咽喉科

[平成23年5月16日受付、平成23年11月8日受理]

図 1 CT

右側上顎洞から鼻腔を超え、左側上顎洞に達する陰影を認めた。

難渋する事もある。治療においては手術的摘出が原則であるが、手術時に病巣からの出血のコントロールに難渋する場合があります、術前に血管塞栓術などの対策が行われることも多い^{3,4)}。近年では内視鏡下に摘出される報告がふえている^{4,5)}が、出血の観点から鼻外法が術式と選択される報告もある⁶⁾。われわれは反対側の上顎洞に達する巨大な上顎洞血瘤腫を経験し、鼻内から内視鏡下に摘出し得たので報告する。

症 例

年齢性別：45 歳，男性。

主訴：無痛性の顔面腫脹。

既往歴，家族歴：出血傾向を認めるような疾患等，特記すべきことはなし。

現病歴：2010 年 3 月頃より右顔面の腫張を自覚していた。近医を受診し，上顎洞腫瘍を疑われ，某市民病院耳鼻科へ紹介となった。鼻内のポリープ様病変の生検が行われたが，炎症性変化のみであった。その後歯科口腔外科での生検は凝血塊，上顎洞穿刺の結果は血性浸出液のみであった。CT 上高度の骨破壊病変を伴い，MRI 上内部不均一の腫瘤性病変を認めたため，悪性リンパ腫，上顎癌等も疑われ，精査加療目的当科紹介となった。

現症：血液検査は正常範囲内。右鼻腔は側壁の圧迫で閉鎖されるような形になっていた。左鼻腔も鼻中隔の彎曲を伴い，非常に狭鼻であった。初診時 CT (図 1)，MRI (図 2)，初診時顔貌 (図 3) を示す。腫瘤は右側の上顎洞より発生し，右鼻腔を超えて鼻中隔を圧排し，左側の上顎洞に達する大きさで

図 2 MRI T2 強調像

占拠性病変の内部は不均一な構造で，信号強度もまちまちである。上顎洞は大きく偏倚し，骨壁の大部分は保たれているものの，一部不鮮明な部位も認めた。

あった。CT 上は大きく骨破壊された像に見える。また右側の篩骨前頭洞炎と左側の篩骨洞炎も伴っていた。右眼球も下方より押し上げられていた。MRI 上は腫瘤は不均一な信号強度であった。右顔面の変形，右眼球の上方変位と軽度突出を認めたが，視力は正常，複視もなかった。以上の所見より悪性リンパ腫など悪性疾患の鑑別を要するものの，上顎洞血瘤腫と診断し，血管造影と栄養血管の塞栓を行った後に摘出術を施行した。栄養血管は右顎動脈で，1 mm ジェルパート®にて塞栓を施行した。放射線科の診断では血管腫との事で，上顎洞血瘤腫の概念は馴染みがないとの返答を得た。血管造影を示す (図 4)。

図 3 初診時顔貌
右頬部腫脹および眼球の上方偏倚と軽度突出を認めた。

図 4 血管造影（塞栓前）
右顎動脈から栄養血管を認めた。血管腫の特征的所見である、cotton-wool appearance を呈した。

手術所見

症例は前述のごとく非常に巨大なものであったので、悪性疾患や術中の出血のコントロールが不良な際には鼻外切開の可能性も考慮した上で鼻腔からの分割切除を選択した。また放射線科の術前診断が血管腫であり、塞栓も十分でない可能性が示唆されたために出血に対する準備をした。粘膜切開には硬性

メスではなく、バイオネット型電極のニードルタイプを電気メスに装着し、低出血切開を心がけた。また、血管腫であった場合に備え、腫瘍切除にはKTPレーザーを用意した。実際の手術においては血瘤腫に対して図5の如く、第一切開線を作成し一層ずつ確認しながら腫瘍に切開を加えた。血瘤腫の壁は実際には鼻腔の側壁構造にあたる（図6）。上顎洞粘膜を切開した時点から出血を認めた。内部は線維化を伴った凝血塊様で、内部に切り込む際に多少の出血を伴った。止血しながらの操作には3ハンド、4ハンドサージェリーが有用であるが、バイオネット型電極を使用する事で干渉が少なく止血操作が可能であった。また、圧迫しながらの凝固止血操作には、腹腔鏡用止血スポンジ、セクレア®（株）ホギメディカル）が有用であった。内部の凝血塊様の構造は出血が落ち着くと吸引され多少減量できる。腫瘍は固形腫瘍ではないので、本症例のように巨大なものでも分割ができると、折り畳む様な形で鼻孔から摘出できる。本症例に関しては2分割で切除、摘出ができた。摘出標本を示す（図7）。

病理組織像を示す（図8）。腫瘍性増殖はなく出血に伴う変化が中心であった。術中の出血量は550mlであった。術後出血等はなく、術後8か月経過の時点で再発なく（図9）良好な経過である。

図 5 手術開始時の鼻腔所見

第一切開の位置を示す（矢印）。ニードルタイプの電気メス（矢頭）で低電圧切開を施行。一見，下鼻甲介に切開を入れているように見えるが，上顎洞側壁の粘膜を切開している事になる。

図 6

術野中央の位置に鼻涙管（矢印）の走行を認めた。確認後切除した。血瘤腫表面（矢頭）の上顎洞側壁骨は菲薄化しており，上顎洞粘膜を1層隔てた内部は血瘤腫になる。

図 8 病理標本（H-E 染色）

ヘモジデリンの沈着（円）や血管内皮細胞の増殖（矢印）等出血に伴う変化が中心であり，腫瘍性変化は見られない。血瘤腫相当の所見である。

図 7 摘出標本

血瘤腫内部の凝血塊は比較的容易に除去できる。表層の組織が残された形になる。

図 9 術後鼻内所見

後鼻孔（矢頭）が確認され，右鼻腔内が左方へと大きく圧排されている。左側の篩骨洞（矢印）が開放されている。

考 察

上顎洞血瘤腫は臨床病名であり、実質的には腫瘍性病変ではない。洞内の出血が何らかの原因により線維組織に覆われる事により吸収されなくなり、さらに内部で出血が繰り返す事により徐々に増大、骨破壊を伴うようになると考えられているが、成因については未だ明らかでない部分も多い。再生不良性貧血⁷⁾や、特発性血小板減少性紫斑病⁶⁾など基礎疾患の合併も報告されているが、本症例の様に特に出血を伴う様な基礎疾患がないものも多い。症状としては鼻閉や鼻出血が多く報告されているが、進行すると、頬部腫脹等の顔面の変形を来す。病理上は腫瘍性増殖はなく、出血に伴う変化が中心である。過去の報告では好発年齢は20～40歳代と悪性腫瘍に比して若く、性差はない。画像診断では、MRI上、新旧混在した出血を反映して、腫瘍内部の信号が高信号域から低信号域まで混在している所見が特徴的である。CT上では、悪性腫瘍の骨破壊像とは異なり、発育が緩慢で骨の菲薄化を伴う圧排が特徴的である⁸⁻¹²⁾。

血瘤腫は耳鼻科医にとっては馴染みある病名だが、臨床病名であるために、疾患概念としては診療に共同である放射線科医や病理医が精通しているとはいえず、診断や治療方針に関して混乱が生じる。耳鼻科医から他科への情報発信の必要性を感じた。

血瘤腫の治療は基本的に手術治療であるが、手術方法の報告はさまざまである。現実的には術者の技量や施設の経験で選択されるべきである。手術時に多量の出血が予想される場合もあり、術前に血管塞栓術や外頸動脈結紮術等の併用が報告されている。手術アプローチに関しても出血時の対応を勘案し、鼻外法が選択される報告も多くある。比良野ら⁶⁾はわれわれと同様の大きさのITP合併血瘤腫に対して、Weber皮膚切開にてアプローチし、摘出した症例を報告しているが、血瘤腫の場合固形腫瘍ではないので、手術の進行に従い、内部の組織を減量する事ができる。従って術中の出血がコントロールされていれば、巨大な血瘤腫でも鼻内法で十分切除が可能であると考ええる。術者の技量や施設の経験が許

せば、整容面から考えても鼻内手術が望ましいと考える。

ま と め

上顎洞血瘤腫は巨大であっても、出血の制御が可能であれば鼻内内視鏡手術による摘出が可能であると考ええる。血瘤腫の臨床病名は病理医や放射線科医には充分浸透していない。耳鼻科医からの情報発信が今後もさらに必要と考える。

本論文の要旨は、第21回日本頭頸部外科学会（平成23年1月27日、宇都宮市）にて口演した。

文 献

- 1) 田所喜久馬：上顎洞血瘤腫ニ就テ．大日本耳鼻咽喉科学会会報，23：359-360，1917.
- 2) 尾崎正義，酒井俊一，池田 寛：鼻副鼻腔血瘤腫25例．耳喉，49：53-58，1977.
- 3) 太田伸男，渡辺知緒，伊藤 史，他：悪性腫瘍が疑われた上顎洞血瘤腫の2例．耳鼻咽喉科臨床，130：49-55，2011.
- 4) 横井秀格，池田勝久：いわゆる上顎洞血瘤腫の診断と内視鏡手術．耳鼻咽喉科臨床，103：514-515，2010.
- 5) 児玉 悟，平野 隆，鈴木正志：上顎洞病変に対するEndoscopic medial maxillectomy症例の検討と適応について．日本耳鼻咽喉科学会会報，113：53-56，2010.
- 6) 比良野彩子，愛場庸雅，久保武志，他：特発性血小板減少性紫斑病に伴った上顎洞血瘤腫例．耳鼻臨床，103：343-348，2010.
- 7) 喜久山綾乃，柏木伸夫，渡邊 均，他：特徴的なMRI像を呈した上顎洞血瘤腫の1例．臨放，50：1259-1262，2005.
- 8) 松木和彦，杜若幸子，松田圭二，他：上顎洞血瘤腫のCT・MRI所見．臨放，40：1153-1156，1995.
- 9) 馬場明子，菊池俊彦，穂山直太郎，他：上顎洞血瘤腫に対するCTおよびMRIによる画像解析．耳鼻と臨，47：470-475，2001.
- 10) 奥窪明子，石田春彦，天津陸郎，他：上顎洞血瘤腫の術前画像診断．耳鼻・頭頸外科，70：135-138，1998.
- 11) 長門晋平，菅原一真，綿貫浩一，他：上顎洞血瘤腫症例のMRI所見と組織像．耳鼻臨床，99：924-934，2006.
- 12) 友田幸一，馬場一泰：ここまでわかる耳鼻咽喉科MRI 手術支援としてのMRIの応用．ENTONI，122：72-76，2010.