

## 先天性耳瘻孔(140529)

先天性耳瘻孔の患者。時々感染あるとのことで来院。メインの原因菌はブドウ球菌ということでいいだろうか……。一度勉強してみることにした。

- **耳前瘻**(preauricular fistula、marginal helicine fistula)は、日常遭遇する先天性耳瘻孔のうち耳輪(上行)部の直前方に発生するもので、“耳前瘻孔”とも称される。1)
- **瘻孔は発生頻度の最も多い先天異常の一つ**で、遺伝的傾向を有する家系も報告されている。4)
- **耳前瘻が先天性耳瘻孔の約 80%を占める**のと対照的に、耳前瘻以外の部位に発生する瘻孔(耳介瘻孔)は非常に少ない。耳前瘻の発生頻度は2~3%で、女性にやや多く(約60%)、しばし両側性(15~35%)で瘻管長は数mm~1、2 cmのことが多い。1)
- 前耳輪が 80%と最も多く、ついで耳輪脚基部 10%、後耳輪脚 5%の順である。発生頻度は比較的多く約 50 人に 1 人といわれる。2)
- 瘻孔の方向、形態は多様で、多くは**耳珠と耳輪脚部の間から外耳道方向に向かい、通常外耳道手前で盲端となる。稀に外耳道や咽頭まで達する瘻孔**もあり、注意を要する。3)
- 臨床症状に関しては瘻孔だけで無症状のものから、瘻孔周囲に膨隆を伴うもの(瘻孔が大きく多房性を示唆)や圧迫で白いクリームチーズ様分泌物が圧出されるものもある。感染をおこすと発赤・腫脹にて始まり自壊・排膿するが、放置されて感染をくり返す場合もある。1)

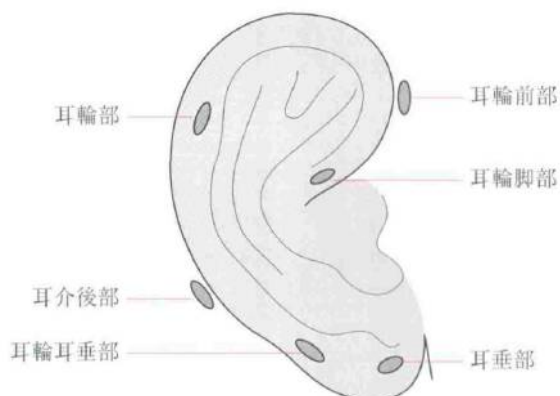


図2 先天性耳瘻孔の開口部の位置  
耳輪前部と耳輪脚部に多い

(参考文献 1 より引用)



図2 耳前瘻孔の走行と耳介軟骨

(参考文献 3 より引用)

- 本症は多くはほとんど無症状に経過し治療の対象にならないが、まれに発赤、排膿を伴う感

染を起こし、抗生剤治療でいったんは治癒しても、再発を繰り返し難治性、排膿性になり根治手術をしなければならなくなる。2)

- 瘻孔開口部以外に無症状であるが、時に瘻孔内に貯留する剥脱した瘻孔上皮、汗腺、皮脂腺由来の分泌物の排出をみる。一度感染すると症状は顕著になり、疼痛および瘻孔周囲皮膚の発赤腫張をきたし、膿汁排出が起こる。4)
- 感染時、リンパ節炎の診断で単純に切開、排膿をくり返される場合があり、耳前部、耳輪脚部の瘻孔開口部の同定が重要である。3)
- 感染は手術の絶対適応であるが、それ以外にも①瘻管長が5 mm以上、②瘻孔から粥状内容物が圧出される、③瘻孔周囲の膨隆あるいは瘻孔の触知、④本人・保護者が整容的手術を希望する場合、なども外科治療が考慮される。1)
- 多くは感染をおこすことなく、無症状で経過するといわれており、未感染例に対して積極的に手術を行うかどうかは意見が一致していない。ただ一度感染してしまうと治療に難渋するので、未感染例でも瘻孔の長さが5 mm以上、耳前瘻孔部の圧迫で内容の流出する場合、瘻孔の膨隆が触知される場合、本人・両親が整容的手術を希望する場合には手術適応としている。3)
- 最も主要な菌は Peptococcus sp. など嫌気性菌であった。S. aureus の検出率は低かった。5)

表1 感染耳瘻孔28例の検出菌と検出率

検出菌	株数	株分離比	症例分離比
好気性菌			
S. aureus	5	9.8	17.9
S. epidermidis	3	5.9	10.7
E. coli	3	5.9	10.7
$\alpha$ -streptococcus	3	5.9	10.7
Klebsiella	2	4.0	7.1
Proteus sp	1	2.0	3.5
P. putida	1	2.0	3.5
小計	18	35.3	
嫌気性菌			
Peptococcus	17	33.3	60.7
Peptostreptococcus	3	5.9	10.7
Bacteroides	4	7.8	14.3
Fusobacterium	3	5.9	10.7
Bifidobacillus	3	5.9	10.7
Lactobacillus	1	2.0	3.5
Eubacterium	1	2.0	3.5
Propionibacterium	1	2.0	3.5
小計	33株	64.7	

(参考文献 5 より引用)

- **感染時の瘻孔摘出術は禁忌**で、切開排膿や抗生剤投与で消炎したのちに摘出術を施行する。4)
- 発赤・腫脹例では抗生剤投与にて、膿瘍形成例では切開・排膿により炎症を鎮静化させる必要がある。炎症存在下では瘻管の取り残しや侵襲過大となりやすいので、炎症の消退を待って1~6カ月後に手術するが、3カ月以上の待機は再感染しやすいことも指摘されており、待機期間は1~3カ月とする報告が多い。1)
- 手術治療は瘻孔の完全摘出が重要で、瘻孔残存は再発が必至である。瘻孔の同定には瘻孔開口部からピオクタニン等の色素注入が原則であり、特に感染した瘻孔、再手術時は瘻孔が複雑化するため瘻孔同定に役立つ。3)
- 感染を反復する場合は摘出術を施行するが、瘻孔の分岐が複雑で、完全摘出が困難な例も存在する。4)
- **感染を起こした耳瘻孔には手術を行うが、合併症として顔面神経障害の可能性**がある。4)
- 保護者には全例が手術適応とはならないこと、炎症の既往は手術適応とみなされること、そして炎症を生じた場合には手技に困難を伴い再発もあり得ることを伝えるべきである。1)
- **未感染状態であれば、原則として放置してかまわない**こと、耳前部の腫脹、痙痛、発赤が出現した場合は医療機関を受診し、抗生剤治療・膿瘍切開等をうけ、感染が消退した時点で手術治療を考えるよう本人・家族に指導する。3)

嫌気性菌が検出される割合が多かった。

#### 参考文献

1. 黒岩実, 浜島昭人. 上唇小帯, 舌小帯短縮症, 耳前瘻, 副耳. 小児科診療 75(2): 195-200, 2012.
2. 西川慶繁. 先天性耳瘻孔. Medical Practice 16(5): 854-854, 1999.
3. 村越孝次, 仁科孝子. 耳前瘻孔. 小児科臨床 54(12): 2218-2219, 2001.
4. 西崎和則. 外耳道の異常(先天性耳瘻孔を含む). 小児科臨床 54(12): 2332-2334, 2001.
5. 杉田 麟也, 河村 正三, 藤巻 豊, 渡辺 勲, 出口 浩一. 感染耳瘻孔 28 例の検出菌の特徴と保存的治療の抗生物質選択について. 耳鼻咽喉科臨床 Vol. 77 (1984) No. 7