

「耳の形、気にしたことありますか?」～先天性の耳介形態異常とその治療～

2023年9月28日 形成科領域 耳鼻咽喉科領域

※本コンテンツは、医師の方を対象とし、当医療機関についての理解を深めていただけるよう作成しているものであり、一般の方を対象とする宣伝・広告等を目的としたものではありません。

はじめまして、横浜労災病院 形成外科の矢吹 雄一郎(やぶき ゆういちろう)です。

形成外科では皮膚や皮下組織という体表の臓器を治療対象の中心として、それらに関わる機能や審美を扱っています。対象疾患としては、外傷、難治性潰瘍、瘢痕・瘢痕拘縮、皮膚腫瘍、再建、先天奇形、美容、など多岐に渡ります。今回はその中でも比較的マイナーな疾患ともいえる「先天性の耳介形態異常」と、それに対する治療の一部を紹介したいと思います。



矢吹 雄一郎
形成外科 副部長

先天性の耳介形態異常は多種多様で、個性の範疇に含まれるであろう軽微なものから、外耳介が全て存在しないような重度なものまであります。治療対象となる疾患の代表として、副耳、耳垂裂、先天性耳瘻孔、埋没耳、小耳症などが挙げられます。副耳や耳垂裂は審美性を損なうようであれば外科療法を検討します。先天性耳瘻孔は炎症やそのリスクを総合的に判断し、治療法を選択します。埋没耳と小耳症に対する治療に関しては、以下に詳しく触れていきます。

埋没耳について

耳介の上部が側頭部の皮膚に埋もれ込むような形態異常を指します。

本邦における発生頻度は約0.25%、つまり約400人に1人という頻度ですので比較的多いといえます。発生原因は耳介後面の筋肉の付着異常によるという説が有力です。片側性のことも両側性のこともあります。耳介上部が埋もれているため、マスクや眼鏡の装用が難しくなるといったことがあります。変形部位を髪型などで被覆することができますが、多少目立つかもしれません。変形は耳介の上半部に限局しており、聴力への心配はいりません。

埋没耳に対する治療には装具による矯正治療と外科療法があります。

装具による矯正治療

埋没した部分を指でつまみあげ、容易に引き出せる場合は矯正治療が可能です。多くは医師が矯正用のワイヤーを作成し、数ヶ月装用してもらいます。耳介軟骨の可塑性が高い満1歳以下が良い適応とされていますが、実際は生後4カ月前後でお子様が嫌がって装具をはずしてしまったり、軟骨が硬くなり矯正への反応がさがってゆくため、できればなるべく早期に矯正を開始するのが好ましいと考えています(図1)。

図1



また、固定期間も矯正開始の月齢が低いほど短い傾向にあります。装具が引っかかるための皮膚のゆとりが少ない場合や装具の固定に使用したテープによる皮膚トラブルによって十分な効果が得られないこともあります。そのため、専門の医師に相談しながら行っていく必要があります。

外科療法

矯正治療が奏功しなかった場合は外科療法を検討します。何歳であっても施行可能ですが、就学前後に行うことが多いです。手術は異常に付着した耳介軟骨を側頭部から剥離し、正しい位置で固定します。その上で皮弁形成を行い皮膚の緊張を取り除きます。さらに、変形した耳介を修正し耳介形態を改善させます。定型的な手技で一定の治療結果が得られますが、変形に合わせて様々な工夫が可能ですので、形成外科医の腕の見せ所とも言えます。

小耳症について

小耳症は耳介の形成不全を主とした先天性奇形です。形成不全の程度は様々で、一部しか変形していないケースから外耳介が全く形成されていないケースがあります。多くは一目で外耳介と判別できるような形ではなく、そういった症例ではマスクや眼鏡の装用に難渋することがあります。

発生頻度は5,000-10,000人に1人程度といわれており、比較的頻度は少ない

片側性が多いですが、まれに両側性があります。男性の右側に発生することがやや多い傾向にあります。発生段階において耳介の原基である耳丘や第一第二鰓弓に何らかの障害が生じることが原因と考えられています。

時として、中耳や耳小骨、耳介から口角周囲の皮膚、頬骨・上下顎骨、顔面神経などに異常を認めることがあります。そういった症例では、耳介の形成不全のみならず、外耳道狭窄／閉鎖、難聴、副耳、頸耳、巨口症、咬合不全、顔面非対称、顔面神経麻痺、など多彩な奇形や臨床症状を呈します。また、トリーチャーコリンズ症候群やゴールデンハー症候群の一症状として認めることもあります。

小耳症の多くは外耳道の狭窄や閉鎖による難聴を伴います

難聴に対しては耳鼻咽喉科の先生と協力しながら治療を行います。耳介の再建に関しては、プロテーゼ(義耳)など保存的な方法もありますが、外科療法を行う場合は肋軟骨を移植して二期的に行う方法が主流です。

小耳症の術式と症例

1回目の手術では肋軟骨を使って耳介を形成します。採取可能な肋軟骨の大きさや骨化などの影響を鑑み、10歳前後に行うのが一般的です。第6,7,8肋軟骨を採取して、耳介の構成要素に合わせて加工します。加工した軟骨同士をワイヤーや糸で固定すること

により耳型(フレームワーク)を作ります。残存耳介の変形した耳介軟骨を切除し、耳垂形態を再建した後、側頭部の皮下にポケットを作成します。このポケットに作成したフレームワークを埋入し、1回目の手術は終了となります(図2)。

図2 耳介形成術(1回目の手術)



2回目の手術では側頭部に埋入したフレームワークを挙上します。再建耳介の耳輪縁を切開し、裏面を剥離することで耳を起こす、つまり聳立させます。初回手術で保存しておいた余剰の肋軟骨を「衝立」にし、それを周囲の筋膜で被覆した上で全層植皮を行います。これにより耳介側頭溝を形成し、マスクや眼鏡が装用できるようにします(図3)。

図3 耳介挙上術(2回目の手術)



なお、耳介の形成不全の程度や、患者本人の持っている耳介形態の個性などから、定型的な手術を行っても一定の結果が得られるものではありません(症例1-4)。





そのため、2回の手術では余剰皮膚を切除しきれなかったり、十分な陥凹局面を形成できなかったりします。そういった場合は患者の希望に合わせて修正術を追加することがあります。また、再建した耳介は弾性が無いため、外傷や慢性的な外的刺激により再建耳介部の皮膚や皮下組織が損傷するリスクがあります。そのため、他者との接触を伴うスポーツなどは注意して行うよう指示しています。

最後に

多様性を重んじる今日において、審美性に関する考え方も日々変わってきています。つまり、見た目は本質ではなく「その人らしくいかに生きるか」といった点に価値が見出される時代なのでしょう。その一方で、術前は髪を長くして小耳症の耳介を隠して生活していたお子様が、術後には短髪にして形成した耳介を露出した状態で外来に受診した時、我々はなんとも言えない充実感を感じます。埋没耳や小耳症に対する治療においてはマスクや眼鏡の装用など機能的な部分の改善も重要です。しかし、審美面での改善と併せて、患者様たちが埋没耳や小耳症であったこと自体を忘れて生活できるようになったら、極めて大きな価値があることだと感じています。

「耳の形」が気になる場合やそれにお悩みの患者様がいらっしゃる場合、お近くの形成外科に是非ご相談いただければと思います。



矢吹 雄一郎(やぶき ゆういちろう)

形成外科 副部長

横浜市立大学医学部 2006年卒

横浜労災病院形成外科 副部長

横浜市立大学医学部形成外科 客員講師

日本形成外科学会・形成外科専門医

再建・マイクロサージャリー分野指導医

皮膚腫瘍外科分野指導医

日本リンパ浮腫治療学会・評議員

日本オンコプラスチックサージャリー学会・責任医師

ほか日本頭蓋顎顔面外科学会、日本マイクロサージャリー学会など
所属学会多数

お問い合わせ先



独立行政法人 労働者健康安全機構 横浜労災病院 地域医療連携室

TEL:045-474-8111 平日 8時15分～17時00分

FAX:045-474-8323

ホームページ:<https://yokohamah.johas.go.jp>

