慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	第12回慶應義塾大学形成外科同門会学術集会
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.2 (2006. 6) ,p.115- 121
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060600-0115

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

学会展望

第12回慶應義塾大学形成外科同門会学術集会

日　時　　平成18年1月28日（土）14時～17時
場　所　　慶應義塾大学　新教育棟4階　講堂3
主　催　　慶應義塾大学医学部形成外科学教室同窓会
事務局　　慶應義塾大学医学部形成外科学教室内
　　〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地

14：00～14：20	研究	座長　佐藤　博子
14：20～14：50	下肢	座長　三鍋　俊春
14：50～15：00	－休憩－	
15：00～15：30	乳房	座長　陳　　建顕
15：30～16：00	顔面・その他	座長　佐久間　恒
16：00～16：50	特別講演「乳房再建の現況」	座長　田中　一郎

14：00～14：20　研究
座長：独立行政法人国立病院機構東京医療センター形成外科　佐藤博子

1．ノックアウトマウスを用いたMMP-9及びMMP-13の機能解析

慶應義塾大学形成外科
服部典子，中島龍夫
同整形外科
高石官成
同病理
岡田保典

マトリックスメタロプロテアーゼ（matrix metalloproteinase = MMP）は，細胞外マトリックスの代謝に重要な役割を果たしている分子として，近年注目を集め，多くの分野で研究がされている．創傷治癒の場でも，重要な役割を果たしているとされているが，どのMMPが，いつ，どのような機序で創傷治癒に関与しているかは，まだはっきりと解明されていない．そこで，マウスにおけるコラゲナーゼ群のMMP-13とゲラチナーゼ群のMMP-9のそれぞれのノックアウトマウスを用いて，創傷治癒の実験を行い，上皮化，炎症反応，肉芽形成，血管新生，瘢痕についての解析を行った．MMP-9，MMP-13ノックアウトマウスでは創傷治癒が遅延し，更にこれらのダブルノックアウトマウスでは，劇的に創傷治癒が遅延した．MMP-9とMMP－13ともにkeratinocyteでの発現を認め，ノックアウトマウスでは上皮化が遅延し，keratinocyteのmigrationに関与していることが示唆された．炎症反応においては，有意な差を認めなかった．MMP-13ノックアウトマウスでは，血管新生が抑制されていたことから，MMP-13が何らかの形で，血管新生に寄与していることが考えられる．現在，その機序を解明中である．

（質疑応答）
Q 中島：MMP 13が作用するのは血管新生のどの時期か？
A 服部：幼若血管が形成される際に作用すると考えている．
Q 佐藤：どのように臨床応用できるのか．
A 服部：創傷治癒を促進する薬剤になりうる可能性がある．ただしマウスの創傷治癒はヒトに比較して良好すぎる傾向があるので，マウスに置ける結論がすぐにヒトに応用できるとは限らない．ヒトにおける臨床応用にいたるまでにはさらに検証が必要かも知れない．

2．cone beam CTを用いた片側唇裂術後患者の上顎形態と外鼻変形の研究
：梨状孔縁の陥凹と鼻翼基部の前後位置について

慶應義塾大学形成外科
宮本純平，永竿智久
中島龍夫，緒方寿夫

【目的】唇裂患者の梨状孔縁の陥凹は術後外鼻変形の大きな原因のひとつと考えられている．しかし梨状孔縁の陥凹が外鼻形態にあたえている影響ははっきりしていない．
【方法】我々はコーンビームCTをもちいて，顎裂骨移植前の片側唇裂術後患者52人に対して計測を行った．解析は唇顎口蓋裂群と唇顎裂群に分けて行い，梨状孔縁の陥凹の程度とそれに伴う鼻翼基部の前後方向の位置関係を調べた．
結果：全例で患側梨状孔縁は健側と比べ陥凹していた．唇顎口蓋裂群でも唇顎裂群でも梨状孔縁の陥凹が強いほど鼻翼基部は後方へある傾向があった．しかし，骨組織の陥凹にも関わらず患側鼻翼基部は52例中35例で健側より前方にあった．
【結論】我々の研究では梨状孔縁の陥凹は必ずしも鼻翼基部の陥凹につながっていなかった．適切な口輪筋再建が行われれば，唇裂術後の鼻翼基部の位置は骨陥凹とは独立して保つことができる．加えて唇裂児ではもともとalar creaseの形成不全があり，Nasalisをはじめとした筋肉の付着異常のためparanasal triangleも術後に挙上しやすい．このため鼻翼の境界は不明瞭となり，鼻翼が陥凹した印象をあたえていると考えられた．

（質疑応答）
Q 金子：測定の基準点はどのように取ったのか．
A 宮本：患者の体軸に垂直な面で3Dイメージをスライスした．
Q 宮本：どのように鼻翼基部を作成すれば美しくなるのか，質問者（金子）にお聞きしたい．
A 金子：患側の組織が余剰にならないように気をつけている．

（コメント）
谷野：鼻翼基部の正しい位置に糸をかければ適切な鼻翼が作成できると考えている．また，鼻翼の形態を保つために盲目的に骨を梨状孔縁に移植する傾向がるが，田嶋らはこの傾向を強く批判している．私も田嶋の考えは賛成である．
中島：鼻筋の固定のほかに，京都大学の鈴木らが主張しているように，垂直方向に走行する鼻翼下制筋の操作も必要な場合もある．

14：20～14：50　下肢
座長：埼玉医科大学総合医療センター形成外科・美容外科　三鍋俊春

3．治療に難渋した足底再建の一例

済生会中央病院形成外科
陳　建頴

【目的】治療に難渋した足底再建を経験したので報告する．
【症例】55歳，男性．10歳時に車に轢かれて右足関節以下の複雑骨折を受傷，当時の医者に下腿切断を勧められたが

拒否し，皮膚欠損部の植皮以外は時間をかけて保存的に治癒させた．以後初診時まで補助なしで歩行可能であった．当科初診の8年前より足底部に潰瘍が出現したため当科受診．生検したところ扁平上皮癌の診断であったため，治療を開始した．腫瘍から1 cm 離して踵骨も一部合併切除した後，遊離傍肩甲皮弁にて再建した．術後経過は良好であったが，半年後，外顆部に新たな潰瘍が出現．遊離前外側大腿皮弁移植を行ったが，静脈閉塞のため皮弁は全壊死となった．次に皮膚欠損部に植皮を行ったが生着せず，再度，遊離前外側大腿皮弁移植を行った．

【結果】最終的には創は完治し，現在，日常歩行は問題ない．

【考察】下腿の交通外傷（轢創）後であり，動脈，静脈とも損傷されており，複数回の手術という要素も加え，吻合血管がかなり制約された．患者の職業上，靴が履けるような薄い皮弁での再建をしなければならなかったこと，などが治療に難渋した原因と考えられた．下腿の再建時は recipient vessels の犠牲を最小限にし，静脈鬱滞を解消するために，可能な限り動脈の端側吻合や，Flow-through 型の血行再建を行うことが良いと考えられた．

（質疑応答）

Q 貴志：前外側大腿皮弁が静脈血栓のために壊死に陥ったとのことであるが，静脈に関しては術前に検索を行わなかったのか．

A 陳：行わなかった．安全のためには行うべきだったと考えている．

Q 田中一郎：初回手術でもう少し周辺の瘢痕を切除していれば再発を防止することができたのでは？

A 陳：その可能性もある．皮膚科医の意見に従ったが，切除範囲の変更も考慮すべきであった．

（コメント）

三鍋：posterior calf の VAF も有用な選択と思う．

4．アンチトロンビン III 欠乏症が原因と考えられた深部静脈血栓症の1例

大田原赤十字病院形成外科
佐久間　恒

アンチトロンビン III はトロンビン，活性化凝固第 X 因子などに対する生理的阻害因子であり，プロテイン C とともに血液凝固制御において重要な役割を果たしている．今回，アンチトロンビン III 欠乏が原因で深部静脈血栓症を繰り返していたと考えられた症例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

症例：22 歳，男性

主訴：左下腿潰瘍

既往歴：右下腿血栓性静脈炎（平成 15 年 2 月），職業：調理師

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：約 2 年前から左下腿内側に色素沈着を認めていた．平成 16 年 12 月，同部位が潰瘍化してきたため，12 月 15 日当科初診となった．外来通院にて軟膏処置，弾性包帯による圧迫療法を行っていたが，1 ヶ月の通院後，来院することなく放置していた．その後徐々に潰瘍が拡大してきたため，平成 17 年 6 月 6 日再診，6 月 8 日入院となった．

入院経過：順行性静脈造影にて 3 本の Cockett 不全交通枝，小伏在静脈の弁不全を認めたため，6 月 21 日，不全交通枝結さつ，小伏在静脈 stripping，分層植皮術を施行した．7 月 10 日より腰部・殿部痛が出現し，下肢まで疼痛が拡がってきたため，下肢 CT 施行したところ両側大腿静脈から下大静脈にかけて広範な血栓形成を認めたため下大静脈フィルターを腎静脈分岐部に留置した．また血液検査所見上，AT III 活性の著明な低下（28%）を認めたため，AT III 投与，血栓溶解・抗凝固療法を開始した．凝固亢進状態が改善されたのちに再度 AT III を計測したところ 55%と低値であったことから，自験例は AT III 欠乏症と診断した．

考察：本症は常染色体優性の遺伝性疾患であり，頻度は 600～5000 人に一人とされ，DVT 発症に大きく関与し，外傷，手術，妊娠などを契機に 10 ～ 35 歳で血栓症を初発するとされている．自験例は AT III 欠乏による血栓性素因が原因で DVT を引き起こし，立位の長時間による仕事により静脈還流障害がさらに増悪した結果，血栓後遺症として二次的に下腿の交通枝弁不全および皮膚潰瘍が生じたものと考えられた．

（質疑応答）

Q 曽根：アンチトロンビンⅢは通常術前検査としては検査をしないと思う．なんらかの方法でスクリーニングはできないか．

A 佐久間：検査によるスクリーニングは困難である．家族暦が参考になると考えている．

Q 三鍋：植皮術後，弾性ストッキングを装着していれば血栓形成は防ぐことができたのではないか？

A 佐久間：患者は調理師であり，勤務上立位の時間が長い．したがって保存的予防は困難であったと思う．

5．静脈血栓塞栓症予防措置に関連した皮膚潰瘍症例の検討

独立行政法人国立病院機構東京医療センター
内川裕美子
同形成外科
佐藤博子，玉田一敬
同 WOC Nurse
山本亜矢

【目的】近年，周術期の静脈血栓塞栓症予防に対する関心

が高まっており，当院でも2年前より予防措置がとられるようになったが，その後，これらに起因すると思われる皮膚障害の症例が形成外科に紹介されるようになった．そこで今回，各症例の臨床経過を検討するとともに，当院における予防措置の現状について調査，検討を行った．

【方法】平成17年7月1日から現在までに当院形成外科に紹介された，静脈血栓塞栓症予防措置に関連した皮膚障害と考えられる症例のうち代表的な2例の経過を提示し，発症に至った経緯とその背景を考察した．また，病棟での予防措置の指示の現状や，予防措置開始後の管理状況を把握すべく，当院研修医と看護師を対象としたアンケート調査を行った．

【結果】検討した症例に共通して見られる背景として，ガイドラインに沿った指示が出ていないことや，予防措置開始後に着用部位の観察が十分に行われていないことが考えられた．アンケートの結果からは，指示を出す医師の知識不足やガイドラインの解釈に個人差が生じていること，着用後の着用部位観察の頻度や観察範囲に看護師による個人差が生じていることが示された．

【考察・結語】周術期における静脈血栓塞栓症の予防措置により皮膚潰瘍が形成されることがあり，その発生には患者の全身状態だけでなく，指示を出す医師の知識不足や予防措置開始後の観察不足という要因も関与していると考えられた．我々は，この現状を院内委員会に報告するとともに医師，看護師の啓蒙活動を行っている．

（質疑応答）

Q 谷野：発表された患者では血管病変はベースになかったのか？

A 佐藤（共同演者）：Yグラフトがなされていたが，本症例で紹介した潰瘍の直接的原因となっていたとは考えにくい．本症例で紹介した潰瘍の原因は，圧をかけた事そのものよりも，加圧装置の金属部分が患者の足に直接当たっていたことが原因である．

14：50～15：00　休　憩

15：00～15：30　乳房

座長：済生会中央病院形成外科　陳　建頴

6．Perforator mapping に基づいた自家組織による乳房再建

埼玉医科大学総合医療センター形成外科・美容外科
三鍋俊春，原科孝雄
慶應義塾大学解剖学
今西宣晶，相磯貞和
同形成外科
中嶋英雄
杏林大学形成外科・美容外科
波利井清紀
メルボルン大学形成外科
G. Ian Taylor

乳癌術後の乳房再建には人工物（インプラント）または自家組織（皮弁）が用いられる．体内異物となるインプラントに比べて，自家組織はいったん生着すると生涯にわたって安定した質感と形態が得られるというのが最大の利点である．しかし，皮弁血流障害を生ずる可能性が20％程度あり，移植組織の部分壊死により再建乳房の大きさや形態を十分に得られない場合がある．この合併症は想定される範囲内とはいえ，患者や医療側の負担は決して軽いものではなく，是非とも発生率を低減する必要がある．そこで，乳房再建用の皮弁（広背筋皮弁，腹直筋・穿通枝皮弁）採取部の皮膚皮下筋組織の詳細な血管解剖の同定 perforator mapping を解剖実習用新鮮死体の全身血管造影像で行い，その evidence に基づいて皮弁の作成し，また移植床においてマイクロサージャリーにより適宜血行を付加した．その結果，治療成績の向上をみたため報告する．

（質疑応答）

Q 井上：動脈・静脈ともに super charge を行うのか．

A 三鍋：両方行っている．

7．Becker 型乳房エキスパンダー（永久留置型）による合併症の一経験

埼玉医科大学総合医療センター形成外科・美容外科
三鍋俊春，原科孝雄
国立病院機構東京医療センター形成外科
佐藤博子
和乃会小倉病院　外科・乳腺外科
足立幸博

症例は，38歳女性，左乳癌患者で，身長146ｃｍ体重46ｋｇ，乳房下垂を伴うＥからＦカップのいわゆる巨乳であった．平成15年12月左乳房Ｃ領域の7ｃｍ大の腫瘍を主訴に乳腺外科を受診．化学療法にて5ｃｍに縮小したところで，平成16年3月胸筋温存乳切＋大胸筋下エキスパンダー留置による即時乳房再建を施行した．しかし，術後創部に感染徴候が出現して切開排膿処置が施行され，その際にエキスパンダーが損傷・偏位した．エキスパンダーは除去せず，感染徴候が完全に鎮静し，術後化学療法後に腫瘍の再発のないことを確認した同年7月に再度乳房再建目的で形成外科を再診した．乳房部皮膚の伸展が不良のため，永久留置型乳房エキスパンダー（Becker 35，290 ml，幅12.0 cm 高さ10.5 cm）により一回の手術（8月施行）で乳房再建を図った．しかし，術後2週ごろより，再度乳房頂部に限局的発赤を生じ始め，6週に皮下膿瘍を認めたため切開排膿を施行．エキスパンダーが露出した．感染が遷延するため，術後10週でエキスパンダーの除去を余儀なくされ，径5 cm 大の胸部皮膚潰瘍を生じた．なお，放射線治療は行っていない．本患者は，体型の

わりにきわめて大きな乳房，術前・術後化学療法，初回術後感染，シリコンアレルギーの可能性，形成外科受診頻度が少ないなど，人工物による乳房再建への影響因子が考えられた．

（コメント）
岩平：写真を拝見すると，乳腺切除の際に皮膚を薄く残しすぎたように思える．また，エキスパンダー挿入とインプラント挿入の間隔が短すぎたのではないか？
コメント（谷野）：岩平先生の意見に同感である．最低でも2回の手術間の間隔を，1年間は空けるべきであったと考えている．

8．急速進展型乳房外ページェット病の1例

東海大学外科学系形成外科
鈴木沙知，今川孝太郎，
宮坂宗男，谷野　隆三郎

【はじめに】乳房外ページェット病の多くは進展が緩やかで，表皮内にとどまることが多く，この場合，切除にて完治が見込まれる．しかし，浸潤癌へと進行したケースでは予後が悪いとされており，臨床的に注意が必要な疾患である．また，一部の症例で，原発巣は小型で，腫瘤形成もないが，初診時にすでにリンパ節や遠隔転移を生じている急速進展型が存在する．今回我々は，この急速進展型と考えられる症例を経験したので報告する．

【症例】77歳，男性．3年ほど前より左陰茎基部の小皮疹あり．平成15年1月より左下肢の浮腫が出現し，当院へ紹介受診となった．同年3月当院にて生検を行い，乳房外ページェット病の診断を得た．同年4月1日に広範囲切除，左浅鼠径リンパ節郭清を施行した．浅鼠径リンパ節13／13の転移を認めた．5月16日に左骨盤内リンパ節郭清（外腸骨リンパ節7/7，総腸骨リンパ節1/1に転移）を施行し，左鼠径，骨盤，大動脈周囲に放射線治療を行った．7月22日に右鼠径，骨盤リンパ節に転移が疑われ，郭清術を行った（鼠径3/11，外腸骨1/6）．以後，経過観察となったが肺転移が認められ，平成16年4月（初診後13ヶ月）死亡した．

【考察】乳房外ページェット病の発生病理は不明な点が多く，また，進行期症例に対する化学療法も有効なものがない現状である．近年の報告では腫瘍細胞がアンドロゲン受容体を発現しており，発癌に関連しているとするものや，自験例のような急速進展型，浸潤癌において癌遺伝子のerbB-2が高率に発現していることが報告されており，進行の予測に役立つ可能性があるといわれている．今回我々は，乳房外ページェット病には自験例のような，急速進展型が存在し，臨床上，注意が必要と痛感した症例を経験したので報告した．

（質疑応答）
Q 曽根：真皮内に浸潤していたのであればPaget病ではなく，Paget癌ではなかったのか．
A 鈴木：定義的にはそのように考えられる．

15：30～16：00　顔面・その他
座長：大田原赤十字病院　形成外科　佐久間　恒

9．小児例にたいする顔面神経麻痺動的再建術
－頬筋神経に神経縫合した遊離広背筋弁による－

国立成育医療センター形成外科
清水雄介，金子　剛，三浦麻由佳

先天性の顔面神経麻痺に対する治療は，患児の健常な社会生活と精神発達を助けるために小児期に行うことが望ましい．しかしながら現在のところ標準的な手術法はない．

我々は今回6歳4ヶ月の男児に遊離広背筋弁移植による動的再建を行い，運動神経として同側の頬筋神経を選択したところ，術後2ヶ月で移植筋の収縮が得られた．本法は必ずしも新しい方法ではないが，移植筋の収縮が速やかに得られる点は特筆に値し，小児では成人例で問題となるジスキネジアも少ないとされており，小児に適した再建法と思われる．

症例を供覧し若干の文献的考察を加えて報告する．

（質疑応答）
Q 大城：顔面神経麻痺になってどのくらい経過したのか．
A 清水：先天性である．
Q 谷野：成長の過程で神経麻痺の程度には変化はなかったのか？
A 金子（共同演者）：一貫して完全麻痺が存在していた．
Q 田中一郎：手術年齢を6歳に設定したのはなぜか？
A 金子：術後のリハビリが円滑に行える年齢まで待機する必要があると考えたからである．
Q 三鍋：反対側の顔面神経を使用しない積極的理由があるのか？
A 金子；反対側に，再建に適切な顔面神経が発見できることは実際には少ない．少なくとも，本手術においては良好な吻合条件を有する咬筋神経が同定できたので術式の選択は成功であったと考えている．

10．自己硬化型人工骨（バイオペックス・）
と眼窩再建用アパタイトによる陳旧性眼球陥凹の治療
－カテーテルバルーンを用いた眼球陥凹修正シミュレーションの有用性－

慶應義塾大学形成外科
緒方寿夫，宮本純平，
小林尚史，中島龍夫

【目的】頬骨骨折後の陳旧性眼球陥凹の修正には，人工補填剤がしばしば用いられ，補填剤の選択，補填方法，量，部位などさまざまな報告がある．今回，補填剤の留置量予測と留置法に若干の工夫を行ったので報告する．

【方法】症例は23歳女性．21歳時に頬骨骨折にて観血的整復固定手術を受けたが眼窩容積の拡大による眼球陥凹が残存した．睫毛下縁切開よる眼窩アプローチにより，眼窩下壁および内外側剥離し，同部骨膜下にバルーンを留置した．生食注入によるバルーンexpansionによって眼球陥凹改善状況をシミュレーションすることで修正に必要な眼窩内補填量を予め把握した．同部に眼窩床再建用アパタイト（セラタイト®）を留置しその下面に自己硬化型人工骨（バイオペックス®）を必要量注入した．

【結果】再建眼窩床の形態はセラタイト・によって規定し，眼球陥凹修正に必要な補填量をバイオペックス・によって充填することで，再建床の良好な形態と眼球陥凹改善が得られた．術中バルーンの利用は，必要な補填剤の量と安全性を予測でき，良好な眼球陥凹修正と手術時間の短縮をもたらした．

【考察】頬骨骨折変形治癒に伴う陳旧性眼球陥凹の修正は，健側と同様の眼窩形状を再建することが理想ではあるが実際には容易でない．そのため症例に応じて，補填剤で眼窩容積を縮小させる方法が行われ，自己硬化型人工骨は任意の量を補填できる利点がある．本手技は，補填量の決定を容易にし，良好な再建眼窩床形態を得られる利点があり有効な方法と考えられた．

（質疑応答）

Q佐藤：アパタイトを挿入する際に，下眼窩神経はどのように処理したのか．

A緒方：下眼窩神経は最初から切れていた．

Q金子：丸いバルーンで容積の正確な予測ができるのか？

A緒方：容積測定にはさまざまな方法が報告されている．平たい容積測定器を使用した報告もある．

Q三鍋：自家骨を使用して眼窩下壁を再建することは考えなかったのか？

A緒方：自家骨を使用するには欠損の大きさが大きすぎたと思う．

（コメント）

谷野：自家骨を使用するのであれば肋軟骨が良好な成績が得られる．腸骨は吸収されるから，使用しないほうが良い．

11．短鼻症に対する手術治療

名古屋形成クリニック
上　敏明，長谷川　時生

近年，美容外科，形成外科の普及により，一般の人が鼻の形態の細部まで気にし，その治療を希望して我々形成外科医の門をたたく機会が増えている．

最近，我々は鼻が短い，いわゆる短鼻症に対し，手術を行ない良好な結果を得たので報告する．

①先天的に鼻が短いと気にし，鼻の孔が見える．あぐらをかいた鼻となっているなど整容上の改善を望む症例．②数次に及ぶ鼻形成手術を受け，その結果として鼻背部に瘢痕形成をきたし，鼻尖部が頭側へ移動し短鼻症となった症例などが今回経験した症例である．

これらに対し，大鼻翼軟骨や鼻中隔に切開を入れ，鼻尖を尾側へ移動して鼻の延長をはかった．組織欠損部には肋軟骨や耳甲介軟骨の移植を行った．

本報告では手術法の詳細と若干の検討を述べるつもりである．

（コメント）

谷野：肋軟骨を入れる向きは水平より垂直の方が良いと考えている．

（コメント）

原科：肋軟骨を使用する部位を工夫すれば術後の変形を防止することができる．

12．有毛性母斑細胞母斑の治療法の工夫
－キュレッテージ手術とレーザー治療の病診連携－

慶光会大城クリニック
佐々木克已，藤井俊史，大城貴史
日本レーザー研究所
大城俊夫
慶應義塾大学形成外科
貫志和生，中島龍夫

当院では1975年のクリニック開設以来，母斑細胞母斑の治療に取り組んできた．約30年間で3209例を経験してきたが，79.1%の症例が10才を過ぎてから来院するためレーザー単独の治療では，限界がみられる症例もある．一方慶應義塾大学形成外科では，8年前より生後2ヶ月までの有毛性母斑細胞母斑に対し積極的にキュレッテージ手術を行い，成果を上げている．しかしながらキュレッテージ手術自体は生体に対する侵襲が大きく，更に生後2ヶ月から6ヶ月以内に行われるため基本的に手術は1回しか出来ないとされている．更に部位に依っては，治療後の肥厚性瘢痕を生じることがあり十分に掻爬出来ない場合がある．当院は，慶應義塾大学形成外科と連携を図りキュレッテージ後に残った有毛性母斑細胞母斑の治療を複数のレーザーで行っている．症例を供覧し治療の有効性について報告したい．

（質疑応答）

Q陳：キュレッテージ後再発した場合に，Qスィッチのほかにアレックスレーザーも初期の段階から使用した方がよいのか？

A佐々木：いかなるレーザーを使用するかということよりも，初回キュレッテージ手術の際に，必要十分な範囲を切除することが必要だと思う．

Q清水：生後2ヶ月以前で，キュレッテージ手術を行わずにUCO2レーザーとQスィッチルビーレーザーを使用するという選択はありえないのか．全身麻酔が不要というメリット

があると思うが.

A 佐々木：全身麻酔を使わないでレーザー治療を行うと，深度が一定しないので熱傷状態を作り出す可能性もあり，危険である.

16：00～16：50
特別講演「乳房再建の現況」

座長：慶應義塾大学形成外科　田中一郎
医療法人社団ブレストサージャリークリニック
院長　岩平桂子

昨今，本邦においても乳癌の増加に伴い乳房再建の需要も増加している.

マスコミの医療話題の氾濫やインターネットの普及により，患者の医療に対する姿勢も変化し，再建に対しても事前に多くの知識を準備して受診する患者も少なくない．患者の多くの要望は①体にこれ以上傷を増やしたくない．②家庭，仕事に支障がないように再建したいという二つが圧倒的で，これを集約すると「人工物による日帰り手術」が理想とされる．これに対して多くの医療施設では，乳癌手術が縮小化されて人工物による再建が可能であっても，腹直筋皮弁などの自家組織による再建を勧める傾向があり，当然のことながら入院，2 週間以上の運動や生活制限が必要となっている.

一方演者がテイッシュエキスパンダーの治験に参加し認可を受けてから既に 10 年過ぎた．その後品質，材質改善がなされたにもかかわらず，いまだに旧来のエキスパンダーが頻用されているのは，厚生労働省の医療行政のハードルの高さを言い訳にした業者の怠慢とともに医師側の意識の低さに他ならない.

演者は 2003 年 4 月から乳房再建専門のクリニックを開業し，人工物による日帰りの再建手術のみを行ってきた．患者の内訳をみるとマスコミ，患者間の情報で来院した患者が半数以上を占め，また他院で「自家組織」と言われて再建自体を諦めていた患者も少なくない．開業以来約 600 例の再建を終了しているが，社会保険制度に頼る医療のみを本当に患者が求めているかというとそうでもないことがわかる.

医療側，患者側の両面からみた『乳房再建の現況』について報告したい.

特別講演（質疑応答）

Q 三鍋：一回使用したシリコンは再使用できるか？

A 岩平：使用していない．サンプルとして使用している.

Q 三鍋：乳頭は上側に移動することが多いが，皮下茎皮弁以外にコンポジットグラフトはだめか？

A 岩平：コンポジットグラフトは立体感に欠ける印象がある.

Q 貴志：4 分の 1 切除ではシリコンによる再建は困難ではないか？

A 岩平：2 分の 1 以上乳腺が切除されている症例が適応と考えている．4 分の 1 切除では自家組織が良いと思う.

Q：貴志：大胸筋の下にインプラントを入れると動きは気にならないか？

A 岩平：大きな問題にはならない.

（コメント）

（谷野）：大胸筋の肋骨への付着部を切断すれば動きの問題は解決できる.

Q 金子：保険の問題にはどのように対応しているか.

A 岩平：自費で行っている．混合診療にすることを希望している．エキスパンダーは患者個人で購入してもらえることが望ましいと考えている.