

第12回癍痕・ケロイド治療研究会

The 12th Annual Meeting of the Japan Scar Workshop

会 長：鈴木 茂彦（京都大学大学院医学研究科 形成外科学）

会 期：2017年（平成29年）11月28日（火）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL: 075-352-7444（代）

【事務局】

京都大学大学院医学研究科 形成外科学

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

TEL: 075-751-3613 FAX: 075-751-4340

お問合せ先

【運営事務局】

株式会社JTBコミュニケーションデザイン

ミーティング&コンベンション事業部

〒530-0001 大阪市北区梅田3-3-10 梅田ダイビル4階

TEL: 06-6348-1391 FAX: 06-6456-4105

E-mail: jswhjsw2017@jtbc.com

癬痕・ケロイド治療研究会歴代会長および開催地

回数	開催年	開催地	会 長	所 属	
第1回	2006	大宮	百束 比古	日本医科大学	形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学	放射線科
第2回	2007	東京	百束 比古	日本医科大学	形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学	放射線科
第3回	2008	神戸	平野 明喜	長崎大学	形成外科
第4回	2009	東京	百束 比古	日本医科大学	形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学	放射線科
第5回	2010	東京	百束 比古	日本医科大学	形成外科
第6回	2011	東京	百束 比古	日本医科大学	形成外科
第7回	2012	横浜	貴志 和生	慶應義塾大学	形成外科
第8回	2013	札幌	山本 有平	北海道大学	形成外科
第9回	2014	東京	百束 比古	日本医科大学	形成外科
第10回	2015	岩手	小林誠一郎	岩手医科大学	形成外科
第11回	2016	東京	小川 令	日本医科大学	形成外科

(所属に関しましては、簡略表記とさせていただきます。)

会場案内図



参加者へのご案内

◆参加登録受付のご案内

1) 受付日時・場所

日 時：11月28日（火）8:00～16:00

場 所：メルパルク京都 6階ロビー

2) 学会参加費：3,000円

当日登録のみとなります。

学会当日、参加登録受付にて参加登録をお願いいたします。

A. 第47回日本創傷治癒学会・ 第12回癬痕・ケロイド治療研究会（共通参加）	医師・研究者・企業・教員※1	¥13,000
	看護師・医療スタッフ・学生※2	¥9,000
C. 第12回癬痕・ケロイド治療研究会（単独参加）	¥3,000	

A. すべてのプログラムに参加できます。

C. 11月28日（火）午後（学会二日目）の第12回癬痕・ケロイド治療研究会（第3会場）のプログラムにのみ参加できます。ランチョンセミナー、ハンズオンセミナー、その他の第47回日本創傷治癒学会のプログラムには参加できません。

※1 教員は看護学科等の教員も含まれます。

※2 学生（大学院生含む）の方は、当日、受付にて証明書（学生証）をご提示ください。

・お支払いは現金のみとさせていただきます。クレジットカードでのお支払いはお受けできませんので、予めご了承ください。

◆新入会・年会費受付

新入会手続き、会員の年会費の払い込み、住所変更等の学会事務は、6階ロビーの事務局デスクにて行います。

癬痕・ケロイド治療研究会

〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5 日本医科大学付属病院形成外科・美容外科

TEL：03-5814-6208 FAX：03-5685-3076

URL：<http://www.scar-keloid.com/>

◆クロークについて

日 時：11月28日（火）8:00～17:45

場 所：メルパルク京都 6階「会議室5」

※貴重品、傘などはお預かりできませんので、予めご了承ください。

◆携帯電話

講演会場内では、電源をお切りいただくか、マナーモードへの設定をお願い致します。

◆Wi-Fi 無線 LAN 環境について

会場内には Wi-Fi（無線 LAN）環境はございません。予めご了承ください。

◆駐車場

機械式駐車場（有料）、105台収容（高さ制限 1.55m）

無料の駐車場はありませんので、ご承知おきください。

◆託児室

会場内に託児所の施設はございません。

◆会場内での撮影・録音・録画

会場内では一切禁止とさせていただきます。

また、会場内にて禁止行為を行われた方は、ご退場いただく場合もございます。

◆取材について

取材は会長の許可が必要となりますので、事前に許可を得てください。

当日、総合案内にてプレス章をお渡ししますので、会場内ではご着用ください。

◆呼び出し

会場内外への呼び出しは行いません。

◆討議・質問・発言

質問・発言を希望される方は、予めマイクの前で待機してください。

座長の指示に従い、所属・氏名を述べてからご発言ください。発言は簡潔をお願いします。

◆ハンズオンセミナーのご案内

陰圧閉鎖療法ハンズオンセミナー「装着時のリークを防ぐ・ADLを制限しないコツ」

共催：スミス・アンド・ネフュー株式会社/ケーシーアイ株式会社

定員：各グループにつき先着16名（合計32名）

※当日定員になり次第、受付を締め切ります。

開催日時：2017年11月28日（火）

Aグループ：13:40～15:25

（13:40～14:25 スミス・アンド・ネフュー株式会社、

14:40～15:25 ケーシーアイ株式会社）

Bグループ：15:25～17:10

（15:25～16:10 ケーシーアイ株式会社、

16:25～17:10 スミス・アンド・ネフュー株式会社）

会場：メルパルク京都 6階「会議室4」

参加につきまして：

・当日の受付は総合受付で行います。

・第47回日本創傷治癒学会の参加登録が必須となります。

（第12回癩痕・ケロイド治療研究会単独の参加登録ではハンズオンセミナーには参加できません。）

・ハンズオンセミナー参加費用は無料です。

◆取得単位のご案内

第12回癩痕・ケロイド治療研究会：

新基準：出席1単位、発表された場合には筆頭演者、司会・座長1単位

（旧基準：出席4点、発表された場合には筆頭発表者3点、共同発表者1点（2名まで））

※学会参加「A. 第47回日本創傷治癒学会・第12回癩痕・ケロイド治療研究会（共通参加）」

にてご参加された方：

専門医更新点数および単位については、上記を合算にて取得可能です。

新基準：出席3単位

（旧基準：出席10点）

座長・演者へのご案内

◆座長の皆様へ

- ご担当セッションの開始 15 分前までに、会場右手前方の進行係にお申し出の上、次座長席にお着きください。
- 座長席上に計時回線が設置してあります。
発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯します。
進行は時間厳守をお願いいたします。

◆演者の皆様へ

1) 試写について

- 発表 1 時間前までに、発表データの確認を行ってください。
- 受付日時：11 月 28 日（火） 8:00～16:00
受付場所：メルパルク京都 5 階ロビー

2) 発表時間

- 一般演題（口頭）は、発表 5 分、討論 3 分です。
- シンポジウムにつきましては事前にご案内した時間となります。

3) 発表について

- ご自身の発表 30 分前までに、会場左手前方の次演者席にお着きください。
- 演題上に計時回線が設置してあります。発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯します。
時間厳守にご協力ください。
- データ・持込 PC どちらも「発表者ツール」は使用できません。
- 一面映写です。
- 発表者は座長の進行指示にしたがってください。
- 舞台上に液晶モニター、操作用キーパッドがセットしてありますので、発表者ご自身で操作を行ってください。（パソコン本体持ち込みの場合も同様です）

4) 発表データについて

- 会場にご用意する PC の OS は Windows7 です。また、アプリケーションソフトは Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013/2016 です。Macintosh には対応しておりませんので、ご利用になる場合は、動作確認済みの PC をご持参ください。
- 発表データは、Windows 版 PowerPoint 2007/2010/2013/2016 でご提出ください。会場の PC は全て、XGA（1024×768）に統一しております。ご自身の PC を使用される場合、解像度を XGA に合わせてからレイアウトをご確認ください。
- 発表データは、USB メモリーまたは CD-R に限ります。
CD-R にデータをコピーされる場合、ファイナライズ（セッションのクローズ・使用した CD のセッションを閉じる）作業を必ず行ってください。作業が行われなかった場合、データを作成された PC 以外で開けないことがあります。
また、Macintosh 版 PowerPoint で作成されたデータをメディアで持ち込まれる場合、互換性が損なわれる可能性がありますので、事前にご確認ください。
- 動画（PowerPoint のアニメーション機能は除く）については、Windows Media Player（MPEG1、および AVI 形式）にて再生可能なものをご使用ください。動画ファイルには、拡張子（.wmv）を必ず付けてください。
- 作成したファイルのファイル名は「演題番号：氏名」（例：0-1：大阪太郎）で設定してください。また、発表データは、必ず事前に最新のウイルスチェックを行ってください。

- 文字化け、画面レイアウトのバランス異常を防ぐ為、フォントは、PowerPoint に標準設定されている True Type フォントをご使用ください。下記のフォントを推奨します。
日本語：MS 明朝・MS P 明朝・MS ゴシック・MS P ゴシック
英語：Arial・Century・Times New Roman
※学会当日、データの文字化け、画面レイアウトのバランス異常などは、主催者側で修正いたしかねますので、事前に十分ご確認ください。

5) PC をご持参になる場合

- PC 持ち込みの場合にも必ず 1 時間前までに PC 受付で試写を行ってください。
発表開始 15 分前までに、発表者ご自身で講演会場内の PC オペレータ席にて発表データを表示の上、PC をオペレータにお渡しください。発表終了後、速やかに「PC オペレータ席」にてご返却いたします。
- 会場のプロジェクターへは一般的な外部出力端子 (D-Sub 15pin) での接続となります。
MacOS や一部小型パソコンでは RGB 変換コネクタを必要とする機種がありますので、D-Sub 15pin への変換コネクタを忘れずにご持参ください。
- AC アダプターを必ずご持参ください。
また、念のため USB フラッシュメモリーなどでバックアップデータをご持参ください。
- スクリーンセーバーやスリープ機能は、事前に解除しておいてください。

6) 発表に際しての利益相反 (COI) の開示

第 12 回癬痕・ケロイド治療研究会では発表する全ての筆頭演者において、COI (Conflict of Interest) の開示を必須とします。

発表者の先生方は発表時に利益相反に関するスライドを発表スライドの 2 枚目 (表題の次のスライド) に必ず入れてください。学会ホームページ (<http://convention.jtbcom.co.jp/jswhjsw2017/>) より見本のダウンロードが可能です。

第12回癬痕・ケロイド治療研究会
COI 開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある 企業などはありません。

第12回癬痕・ケロイド治療研究会
COI 開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業等として

①顧問:	例:なし or あり(●●製薬)
②株保有・利益:	なし
③特許使用料:	なし
④講演料:	なし
⑤原稿料:	なし
⑥受託研究・共同研究費:	あり(●●製薬)
⑦奨学金:	あり(●●製薬)
⑧寄附講座所属:	あり(●●製薬)
⑨研究とは直接無関係なものの提供:	なし

なお COI の詳細については、日本医学会の医学研究の COI マネージメントに関するガイドラインと 2015 (平成 27) 年 3 月一部改定をご覧ください (<http://jams.med.or.jp/guideline/>)。

第12回癬痕・ケロイド治療研究会 プログラム・抄録

会場：メルパルク京都 5階会議室B

13:40～14:40 一般演題

14:50～16:20 ケロイド・肥厚性癬痕 診断・治療指針シンポジウム

第12回癬痕・ケロイド治療研究会

11月28日（火）14:50～16:20

ケロイド・肥厚性癬痕 診断・治療指針シンポジウム

座長：小川 令（日本医科大学 形成外科）

秋田 定伯（福岡大学医学部 形成外科・創傷再生学講座）

近年ケロイドや肥厚性癬痕の病態の理解が進み、治療方法も徐々に改善されつつある。しかし、エビデンスレベルの高い臨床研究はいまだ少なく、明確な治療指針を示すことはできていない。その原因には、動物モデルが作成しにくいことから基礎研究が進んでいない点、また病態：病因が複雑であり、効果のある治療法を組み合わせる集学的治療が主流であること、などがあげられる。

そのような中でも、日本形成外科学会 / 日本創傷外科学会 / 日本頭蓋顎顔面外科学会から形成外科診療ガイドラインが出版され、現在第2版の作成中である。しかしエビデンスのみを文献から収集する作業では、実臨床にはやや遠いガイドラインとならざるを得ず、各治療の総説・概論に留まざるを得ないのが現状である。

そこで癬痕・ケロイド治療研究会では文献的なエビデンスだけでなく、癬痕・ケロイド治療に取り組む施設での臨床知見をまとめて、本研究会を中心として、日本初のケロイド・肥厚性癬痕の診断・治療指針を作成することとなった。2015年から部位別に明確に治療指針を作成し、誰しものが治療方針を迷わず選択できる指針を作成する試みを行ってきた。昨年に引き続き、この治療指針作成に向けて討論を行う。

- S-1 北海道大学医学部 形成外科
村尾 尚規
- S-2 昭和大学医学部 形成外科学講座
土佐 泰祥、佐藤 伸弘、黒木 知明
- S-3 大分大学医学部附属病院 形成外科
清水 史明
- S-4 ¹⁾ 北海道大学医学部 形成外科、²⁾ 北海道大学歯学部 口腔顎顔面外科
林 利彦^{1,2)}、村尾 尚規¹⁾、山本 有平¹⁾
- S-5 慶應義塾大学医学部 形成外科
岡部 圭介、荒牧 典子、酒井 成貴、梶田 大樹、貴志 和生
- S-6 慶應義塾大学医学部 形成外科
荒牧 典子
- S-7 大阪府済生会中津病院 形成外科
宗内 巖
- S-8 東海大学医学部 外科学系形成外科学
河野 太郎
- S-9 福井赤十字病院 形成外科
山脇 聖子
- S-10 東北大学病院 形成外科
長尾 宗朝

第12回癬痕・ケロイド治療研究会プログラム

11月28日 (火)

13:40～14:40 一般演題

座長：土佐 泰祥（昭和大学医学部 形成外科学講座）

○-1 ケロイドに類似したAtypical intradermal smooth muscle neoplasmの一例

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科
本田 梓¹⁾、青木 雅代¹⁾、野田 良博¹⁾、西川みどり¹⁾、野本 俊一¹⁾、赤石 諭史²⁾、
小川 令¹⁾

○-2 ケロイドとの鑑別に苦慮した皮膚平滑筋腫の一例

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科
野田 良博¹⁾、青木 雅代¹⁾、本田 梓¹⁾、西川みどり¹⁾、野本 俊一¹⁾、赤石 諭史²⁾、
小川 令¹⁾

○-3 乳児血管腫におけるヘマンジオルシロップ早期投与による癬痕抑制効果の検討

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ グリーンウッドスキンクリニック立川
杉本 貴子^{1,2)}、青木 律²⁾、小川 令¹⁾

○-4 微細針を用いた手技により発生した異常癬痕の2例

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科
野田 良博¹⁾、青木 雅代¹⁾、本田 梓¹⁾、西川みどり¹⁾、赤石 諭史²⁾、小川 令¹⁾

○-5 臍ケロイドの治療

¹⁾ 熊本赤十字病院 形成外科、²⁾ 熊本赤十字病院 放射線治療科
黒川 正人¹⁾、竹内 千洋¹⁾、馬場 祐之²⁾

○-6 胸部ケロイド切除と放射線治療後の再発症例に対し前回照射された皮膚を含めた再切除と放射線治療を行った1例

¹⁾ 京都大学大学院医学研究科 形成外科学、²⁾ 京都大学大学院医学研究科 放射線腫瘍学・画像応用治療学、
³⁾ 関西電力病院 形成外科
野田 和男¹⁾、後藤 容子²⁾、吉村 通央²⁾、矢野 舞³⁾、松浦 喜貴¹⁾、綾 梨乃¹⁾、
江野尻竜樹¹⁾、鈴木 茂彦¹⁾

○-7 重症広範囲熱傷救命例の癬痕拘縮解除術に癬痕部全層採皮を用いた2例

済生会横浜市南部病院 形成外科
長西 裕樹

O-1

ケロイドに類似したAtypical intradermal smooth muscle neoplasmの一例

1) 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、

2) 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科

ほんだ あずさ
本田 梓¹⁾、青木 雅代¹⁾、野田 良博¹⁾、
西川みどり¹⁾、野本 俊一¹⁾、赤石 論史²⁾、
小川 令¹⁾

【背景】ケロイドは、創傷治癒の異常が関与する、真皮の慢性炎症である。ステロイドテープや局所注射などの保存的治療や、外科的切除と放射線治療が有効である。生検を含めた外科的処置は慎重に行われるため、特徴的な形態や部位・病歴などの臨床所見から診断され、治療が開始されることが多い。そのため、ケロイド類似疾患との鑑別は重要な課題である。今回我々は、ケロイドに類似した Atypical intradermal smooth muscle neoplasm の一例を経験したため、文献的考察とともに報告する。

【症例】72歳女性。67歳時に左大腿部皮膚に腫瘤が発生し、他院で表皮嚢腫と診断され摘出した。70歳時に再発を認め、再摘出した。その後、ケロイドの診断で当院紹介受診となった。初診時、発赤を伴う癬痕とその周囲に拡大する皮下腫瘤を認めた。病歴からもケロイドが疑われ、ステロイドによる治療を開始した。ところが、癬痕の表面白色化を認める一方、皮下腫瘤が非典型的に増大した。直ちにステロイド治療を中止し、全摘手術を行った。病理検査で Atypical intradermal smooth muscle neoplasm と診断され、拡大切除及び分層植皮術を行った。

【考察】Atypical intradermal smooth muscle neoplasm は、稀な皮膚悪性腫瘍であり、以前は皮膚平滑筋肉腫として知られていた。悪性度が低いことから2011年にこの名称が提唱された。皮下組織への浸潤はほとんどなく、遠隔転移や腫瘍関連死の報告はない。一方、局所再発率は高く、拡大切除が必要となる。ケロイドに類似する悪性腫瘍は、これまで皮膚線維肉腫や有棘細胞癌などが報告されているが、本疾患の報告はわれわれが渉猟し得た限りまだない。稀な疾患であり悪性度は低いものの、治療方針が全く異なり、ケロイドとの鑑別に注意が必要であると考えられた。

O-2

ケロイドとの鑑別に苦慮した皮膚平滑筋腫の一例

1) 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、

2) 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科

のだ よしひろ
野田 良博¹⁾、青木 雅代¹⁾、本田 梓¹⁾、
西川みどり¹⁾、野本 俊一¹⁾、赤石 論史²⁾、
小川 令¹⁾

【目的】ケロイドは、創傷治癒の異常と遷延による、真皮網状層の慢性炎症である。組織学的には、血管の増生や、細胞外マトリックスの過剰蓄積を認める。病歴・好発部位・皮膚の張力による特徴的な形態より、診断は比較的容易である。そのため、臨床所見よりケロイドと診断され、ステロイド治療が開始されることが多い。我々は、ケロイドに類似した外観を呈し、診断と治療方針の決定に苦慮した皮膚平滑筋腫の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】25歳女性。6年前に右乳房皮膚に出現した皮疹が徐々に増大し、疼痛を伴う紅色結節となった。他医でケロイドを疑われ、当院紹介受診となった。右乳輪上縁よりやや頭側に10x15mmの楕円形の結節、その頭側に小結節を複数認め、尋常性ざ瘡より生じる多発ケロイドと診断した。ステロイドテープと局所注射による保存的治療を行うも増大を認め、非典型的な増殖であったため、ステロイド治療を中止し全摘手術を行った。病理検査では真皮内にα-SMA陽性の平滑筋様細胞を認め、皮膚平滑筋腫の診断となった。

【考察】我々はこれまで、ケロイドとの鑑別を要した疾患として、リンパ過形成、皮膚線維腫、毛芽腫などを報告してきた。本症例の経験により、皮膚平滑筋腫もケロイドの鑑別疾患として留意すべき病変であると思われた。皮膚平滑筋腫は比較的稀な良性腫瘍であり、ケロイドとの鑑別について、いくつかの報告がある。外傷や尋常性ざ瘡などの先行病変がない、側方の圧迫や寒冷により疼痛が誘発される点でケロイドとの鑑別が可能であると考えられる。ケロイドの外科的切除は慎重に行う必要があり、術後の放射線治療を行うことが望ましい。一方、皮膚平滑筋腫は完全切除が治療の基本となる。ケロイドとは性質や治療方針が異なり、注意すべきであると考えられた。

O-3

乳児血管腫におけるヘマンジオルシロップ早期投与による癬痕抑制効果の検討

1) 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、

2) グリーンウッドスキンクリニック立川

すきもと あつこ
杉本 貴子^{1,2)}、青木 律²⁾、小川 令¹⁾

【目的】乳児血管腫は治療後に癬痕を残すことがあるが、早期からダイレーザーとヘマンジオルシロップ内服を併用することで癬痕を最小限に留めることができたため報告する。

【方法】乳児血管腫を有する14症例に対し、ダイレーザーとヘマンジオルシロップ内服を併用した。男児2例、女児12例、内服開始時年齢は生後44日から3歳4ヶ月、腫瘍は3cm²から42cm²、腫瘤型7例、局面型5例、局面型+皮下型2例あった。ダイレーザーは2週間から1ヶ月おきに照射した。ヘマンジオルシロップはプロプラノロールとして1mg/kg/日から開始し、最大3mg/kg/日まで増量した。

【結果】全例で腫瘍の縮小・退色が得られた。増殖期からヘマンジオルシロップ内服を併用することで、腫瘤型で残存する癬痕を最小限に留めることができた。

【考察】乳児血管腫は血管内皮細胞の増殖に伴い、未熟な毛細血管が増殖するため発生する。血管内皮細胞にはβ1-,2-アドレナリン受容体が発現している。プロプラノロールは両受容体を遮断することで、血管収縮作用・細胞増殖抑制作用・血管新生抑制作用・アポトーシス誘導作用を発現し、乳児血管腫の色調を改善している。しかし、萎縮性癬痕や皺状癬痕を予防、改善する効果は得られなかった。そのために、より早期から内服を開始し、増殖期における腫瘍の増大を最小限に抑え、残存する癬痕も最小限に留めることが求められる。

O-4

微細針を用いた手技により発生した異常癬痕の2例

1) 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、

2) 日本医科大学武蔵小杉病院 形成外科

のだ よしひろ
野田 良博¹⁾、青木 雅代¹⁾、本田 梓¹⁾、
西川みどり¹⁾、赤石 論史²⁾、小川 令¹⁾

【目的】ケロイドや肥厚性癬痕を含む異常癬痕は、外傷や炎症により生じた真皮網状層の損傷より発生する過剰な癬痕形成である。これまで、単針のワクチンやタトゥーなど細い針を用いた手技から発生した異常癬痕の報告はほとんどない。今回我々は、微細針を用いた手技により発生した異常癬痕の2症例を経験した。その発生機序について考察するとともに、発生予防のための注意点も示唆されるため報告する。

【症例】症例1は24歳女性。9年前に両上腕、左手関節部にタトゥーを入れた。3年後より紅色硬結が複数発生し、徐々に拡大し当院紹介受診となった。全ての硬結がタトゥーの一部を含み、周囲皮膚へ拡大していた。タトゥー手技による多発ケロイドと診断した。症例2は42歳女性。4ヶ月前、他院で恥骨上部にフラクショナル高周波（RF）多汗症・腋臭症治療を受けた。その後、同部位の発赤、掻痒・疼痛を認め当院紹介受診となった。恥骨上部に掻痒と疼痛を伴う紅色小結節の多発を認め、フラクショナルRF後の肥厚性癬痕と診断した。

【考察】タトゥーとフラクショナルRF多汗症・腋臭症治療は、いずれも微細な針を刺入して行われる。タトゥーの深度は一般的に2mm程度であり、真皮浅層に色素が注入される。タトゥーによるケロイド発生が非常に稀であることは、ケロイドが真皮深層より発生することを示す。症例1は、通常は起こらない真皮深層～皮下組織の損傷や、色素の異物反応による炎症が真皮深層に及んだ可能性が考えられた。一方、フラクショナルRFは、真皮深層～皮下組織にRFによる熱損傷を加えるため、一定の確率で異常癬痕の発生が予想される。最新治療であるため報告はまだないが、今後注意と啓発活動が必要であると思われる。

【結論】微細針であっても、ターゲットとなる深度によっては異常癬痕の発生因子となるため、適切な問診とインフォームドコンセントが必要である。

O-5

臍ケロイドの治療

- 1) 熊本赤十字病院 形成外科、
2) 熊本赤十字病院 放射線治療科

黒川 正人¹⁾、竹内 千洋¹⁾、馬場 祐之²⁾

【目的】近年、外科、産婦人科、泌尿器科などでは内視鏡腹部手術が増加してきている。腹部内視鏡手術においては、術後癩痕が目立たない部位として臍に切開を加えることが多い。しかし、せっかく臍を切開部として選択しても、術後に同部のケロイドを認めることが稀ではない。今回、我々が経験した臍ケロイドの病態とその治療について、若干の考察を加えて報告する。

【症例】2014年4月～2017年3月までの3年間に経験した臍ケロイドは9例であった。すべての症例が腹部内視鏡手術後にケロイドを形成して、同部に炎症・感染をきたしたために当科を受診していた。大部分の症例で臍窩全体がケロイドで占められていた。このうちの3例ではケロイドの切除術を施行し、術後放射線照射を行った。ケロイドは正常皮膚との境界で全摘出した。その後に臍窩を形成するために、臍周囲皮膚を剥離して引き込むように腹直筋鞘前葉に固定したが、臍の外には切開は加えなかった。放射線は術日より5Gy×3日を照射した。

【結果】手術を行った3例では、現在までケロイドの再発は認めていない。感染症例では、抗生剤投与によって感染は消退したが、その後感染を繰り返す症例もあった。

【考察】臍は比較的運動刺激にさらされることが少なく、ケロイドは発生しにくいと考えられる。そのために、腹部内視鏡手術においても切開部として選択されているが、ここに示したように決してケロイド発生が少ない部位ではないのではないかと。特に、臍は清潔に保つことが困難な部位であるために、一旦感染を起こすと炎症が長期化し、また繰り返すことも多いと考えられる。炎症が長期化することもケロイド発生の要因と考えられる。

O-6

胸部ケロイド切除と放射線治療後の再発症例に対し前回照射された皮膚を含めた再切除と放射線治療を行った1例

- 1) 京都大学大学院医学研究科 形成外科学、
2) 京都大学大学院医学研究科 放射線腫瘍学・画像応用治療学、
3) 関西電力病院 形成外科

野田 和男¹⁾、後藤 容子²⁾、吉村 通央²⁾、
矢野 舞³⁾、松浦 喜貴¹⁾、綾 梨乃¹⁾、
江野尻竜樹¹⁾、鈴木 茂彦¹⁾

ケロイド切除と放射線治療後の再発に対しては、再発初期のステロイド局所注射などで増悪を防ぐことが重要である。しかしながら術後の定期通院が中断してしまうと、再発部が増悪し保存的治療抵抗性となる。再切除する場合、一度照射した部位に再照射することは避ける必要がある。今回、患者の希望によりケロイド切除と放射線治療後の再発に対して、前回照射された皮膚を含めた再切除と放射線治療を行ったので、文献的考察を含めて報告する。症例は40代女性。10代の頃に他院にて胸部ケロイド切除術施行された。20代の頃、再発ケロイドに対して当科にて切除術と放射線照射を行った。その5年後、当科での顔面の手術の際、胸部ケロイドの再発に対しケロイド内部分切除術が施行された。30代になって、多忙のため定期的通院ができなくなり再発ケロイドが徐々に拡大した。40代になり定期通院を前提として治療を希望された。再切除と放射線照射が可能かどうか、放射線治療科と検討した結果、再照射に伴うリスクを十分説明した上で前回照射した皮膚を含めた再切除後に放射線照射を行う方針となった。切除後の皮膚欠損部には鼠径部からの分層植皮を行った。植皮は大部分生着した。術後、ステロイドの局所注射や外用剤で追加治療を行い、9ヵ月経過で再発を認めない。現在当科では、放射線照射後の再発に対しては、早期のステロイドの局所注射と外用剤による追加治療を原則としている。本症例では10代、20代の手術後に定期的診察と治療が行われなかったことが再発ケロイドの増悪の原因と思われる。今回行った、前回照射した皮膚を含めた再切除と放射線照射については、放射線による合併症があり得ることを、患者に十分に説明し同意を得て行った。植皮術後の放射線照射については、早期照射と植皮片の生着とのジレンマがあるので、プロトコルなどについて今後の検討課題としたい

O-7

重症広範囲熱傷救命例の癬痕拘縮解除術に癬痕部全層採皮を用いた2例

済生会横浜市南部病院 形成外科

ながにし ひろき
長西 裕樹

【緒言】面状癬痕による拘縮の解除には皮弁または植皮による面状皮膚の補填が必要だが、解除したい拘縮部分の周囲も面状癬痕が広がっている場合、ドナー部の選択に苦慮する。

【目的】重症広範囲熱傷の救命例2例に対し、教科書で推奨される残存する正常皮膚部からの採皮ではなく、正常皮膚に隣接するパッチ分層植皮によって上皮化した成熟癬痕部から全層採皮し、シート状厚め分層～全層植皮（以下、本法）を行い、2例で良好な結果を得た。渉猟し得た限り、類似する報告は無かったので報告する。

【方法】症例1は、2歳時にTBSA80%を負い、9～17歳にかけて四肢大幹の癬痕拘縮に対し本法を4回行った。症例2は、34歳時にTBSA68%を負い、44～47歳から四肢体幹の癬痕拘縮に対し本法を3回行った。

【結果】成熟癬痕部から植皮片は、健常皮膚からの植皮片と比べ、生着率は遜色無く、texture matchは優れ、健常皮膚が温存され露出部の整容改善のための植皮の余地を残すことが出来、健常皮膚が伸展することでドナー部の整容改善も得られた。

【考察】重症広範囲熱傷症例の分層植皮部は、癬痕拘縮解除術の全層採皮ドナー部として有用である。