



The 41th Annual Meeting Japanese Society for Dermatologic Surgery
The 18th Annual Meeting of the Japan Scar Workshop

第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会 第18回癬痕・ケロイド治療研究会

合同開催

プログラム・抄録集

～アフターコロナ、皮膚外科の明るい未来を考える～

会 期: 2023年5月12日金・13日土

会 場: ホテルシギラミラージュ

沖縄県宮古島市上野新里1405-201

第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会

会 長 今川孝太郎

[東海大学医学部外科学系形成外科]

第18回癬痕・ケロイド治療研究会

会 長 河野 太郎

[東海大学医学部外科学系形成外科]

第41回 日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会

The 41st Annual Meeting of the Japanese Society for Dermatologic Surgery

第18回 癬痕・ケロイド治療研究会

The 18th Annual Meeting of the Japan Scar Workshop

プログラム・抄録集

- 会 期：2023年5月12日（金）・13日（土）
- 会 場：ホテルシギラミラージュ
〒906-0202 沖縄県宮古島市上野新里1405-201
- 会 長：第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会
今川孝太郎（東海大学医学部外科学系形成外科）
- 第18回癬痕・ケロイド治療研究会
河野 太郎（東海大学医学部外科学系形成外科）

会長挨拶



第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会
会長 今川 孝太郎

この度、第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術集会の会長を拝命し、第18回瘢痕・ケロイド治療研究会（河野太郎会長）と合同開催することになりました。関係の皆様のご多大なるご支援に心よりお礼申し上げます。

ちょうどこのご挨拶文を執筆させていただいている時に2023年5月8日から新型コロナウイルスを5類感染症へ位置づけ、感染症対策の基本的対処方針による様々な規制も撤廃すると政府から発表がありました。制度上はコロナ以前になったものの、コロナ感染症は依然として蔓延しておりますので、引き続き感染対策には留意しながら大会運営を行いたいと考えておりますので何卒よろしくお願い申し上げます。

今回のテーマは「アフターコロナ、皮膚外科の明るい未来を考える」とさせていただきました。この一つの大きな節目を迎えた時期に皮膚外科の未来について皆様と一緒に考える機会となればとの思いでこのテーマにさせていただきました。

特別講演として聖路加国際病院の水野篤先生に医療現場における行動経済学についてご講演をお願いしました。行動経済学は経済学に心理学的要素を加味した社会科学の一つです。社会科学は人間同士のつながりから生み出されるものを研究する科学ですが、医療とはまさに患者と医療者間のつながりであり、社会科学的な側面を無視できません。普段我々は自然科学としての医学に重点を置きがちですが、本講演は私たちの医療の質に対するマインドを一段階上げる一助になるものと期待しております。教育講演は日本大学形成外科の檜村勉先生に皮膚外科領域の手術支援ロボットについてご講演をいただきます。ロボット手術は人間の手ではできない精密で繊細な操作が可能となり、将来的には皮膚外科の分野でも普及していくものと考えられます。先生はこの分野のトップランナーの一人であり、現状と今後についての展望をお話しいたします。

一般演題は口演33題、ポスター12題と多くの演題をいただきました。また合同シンポジウムとして機器を用いた瘢痕・ケロイド治療を企画させていただきました。これらすべての演題が、両学会員に共通して活発な討論が期待できる内容であり、相互に相性の良い学会を合同開催できたのではないかと考えております。合同開催をご了承いただきました両学会員の先生方にあらためまして感謝申し上げます。

会場の宮古島市はまばゆい太陽が輝き、珊瑚礁に囲まれた、多くの観光客が訪れる観光都市ですが、国が選定した環境モデル都市の一つでもあります。エコアイランド宮古島宣言のもと、いつまでも住み続けられる持続可能な島づくりを行っています。そのような島でのひとときが皆様の明るい未来を考える機会になれば大変うれしく思います。

開催概要

名 称

第 41 回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会
第 18 回癬痕・ケロイド治療研究会

会 期

2023 年 5 月 12 日（金）・13 日（土）

会 場

ホテルシギラミラージュ
〒 906-0202 沖縄県宮古島市上野新里 1405-201

テ ー マ

アフターコロナ、皮膚外科の明るい未来を考える

会 長

第 41 回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会 今川孝太郎
第 18 回癬痕・ケロイド治療研究会 河野 太郎

事 務 局

東海大学医学部外科学系形成外科
〒 259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋 143

運営事務局

株式会社春恒社
〒 169-0072 東京都新宿区大久保 2 丁目 4 番地 12 号
新宿ラムダックスビル
TEL：03-5291-6231 / FAX：03-5291-2176
E-mail：41jsds-18scar2023@shunkosha.com

学会関連行事

日本臨床皮膚外科学会 理事会・評議員会

日時：5 月 13 日（土）8：00～8：50

会場：コンベンションホール 1 階

癬痕・ケロイド治療研究会 理事会

日時：5 月 13 日（土）13：45～14：30

会場：コンベンションホール 2 階

日本臨床皮膚外科学会 総会

日時：5 月 13 日（土）13：55～14：20

会場：コンベンションホール 1 階

教育セミナー・専門医試験

日時：5 月 13 日（土）14：40～16：45

会場：コンベンションホール 2 階

参加者へのお知らせとお願い

1. 参加について

本会は現地のみでの開催となります。

総合受付にてネームカード（参加証）をお受け取りください。

ネームホルダーに参加証を入れ、会場内ではご着用ください。

① 事前参加登録について

事前参加登録受付期間：3月23日（木）～4月26日（水）

※お支払いは4月26日（水）まで、銀行振込にて受付いたします。

会期当日は参加登録完了後に送付するメールをご持参くださいますようお願いいたします。

ご持参いただいたメールと引き換えに、ネームカード（参加証）をお受け取りください。

② 当日受付について

受付場所及び時間

場所：ホテルシギラミラージュ コンベンションホール 1階 ホワイエ

時間：1日目：5月12日（金） 10：00～17：30

2日目：5月13日（土） 8：20～14：20

参加受付にて参加費をお支払いの上、ネームカード（参加証）をお受け取りください。

③ 参加費について

医師・企業（会員）：18,000円

医師・企業（非会員）：20,000円

医師・企業以外（前期研修医・学生*含む）：5,000円

*学生の方は、当日、受付にてご本人の確認ができる書類（学生証、身分証明書）をご提示ください。

④ プログラム抄録集

抄録集は学会ホームページに公開いたします。当日、参加される方には会場でお渡しいたします。

事後販売：ご希望の場合は、1部2,000円で販売いたしますので、運営事務局へお問い合わせください。

(41jsds-18scar2023@shunkosha.com)

請求書（送料込み）同封の上、お送りいたします。（お振込手数料はご負担ください。）

⑤ クローク

場所：ホテルシギラミラージュ コンベンションホール 1階 ホワイエ

2. 参加に伴う所定単位数

① 専門医共通講習（医療倫理）

[対象プログラム]

- ・ 特別講演 「医療現場における行動経済学」

日時：5月12日（金） 14：20~15：20

付与単位数：1単位

日本皮膚科学会

1) 受講について

総合受付（ホテルシギラミラージュ コンベンションホール 1階 ホワイエ）で受講料1,000円をお支払いのうえ、受講証明書をお受け取り下さい。受講証明書を切りとり記名のうえ、講演終了後に「受講証明書（提出用）」を総合受付にご提出ください。残りの「受講者控え」は保存ください。（途中退室は無効となります。）

日本形成外科学会

1) 受講について

2021年4月より、専門医更新のための認定講習の受講と登録は会員カードシステムへと一本化することとなりました。講習単位の決済には会員カードが必要となりますので、必ずご持参ください。会員カードをお持ちでない方は、日本形成外科学会「会員カードお申込みのお願い」（https://jsprs.or.jp/member/information/member_card/）をご確認ください。

- ・ 会場にて希望する講習を受講し、講習終了時間の前後10分間に、会場出口のICカードリーダーに会員カードをかざしてカード受講登録を行ってください。
- ・ 学会終了1週間後、会員マイページ「専門医ページ」に受講状況を反映しますので、1か月以内に受講料（1講習1,000円）の決済を行ってください（決済期間を過ぎると受講単位を取得できません）。
- ・ 決済が完了すると、自動的に単位が付与され、会員マイページに反映されます。

2) 会員カードを忘れた場合

- ・ 会員カードを忘れた場合、単位受付にて代替カードを貸与します（デポジット1,000円が必要）。代替カードを使って、上記1)を行ってください。
- ・ 代替カード返却時に、お預かりしたデポジット料をお返しいたします。

3) 受講の際のご注意

- ・ 講習開始後10分以降に入室された場合、退室時のカード受講登録は行わないでください。
- ・ 終了時間10分より前の途中退室の場合、カード受講登録はできません。
- ・ ご家族用のFAMILYカードでは受講受付ができません。必ず「PRS*****」と記載されたご本人カードをご持参ください。

※受講料は1講習につき1,000円です。

※受講証明書が不要な場合は、受付の必要はありません。

②単位取得について

日本皮膚科学会

- ・旧制度：「後実績受講証」（6単位）を単位受付にて交付いたします。
受付期間は下記のとおりです。

後実績受付期間：5月12日（金）10：00～16：55

5月13日（土）8：20～12：00

- ・新制度：①専門医共通講習（医療倫理）参照

日本形成外科学会

- ・機構専門医（新基準）：出席2単位、筆頭演者1単位、共同演者1単位（2名まで）
※申請の際には、参加証をご使用ください。

3. その他

1) 写真撮影・録音・録画

会場内では一切禁止とさせていただきます。ご注意ください。

2) スマートフォン・携帯電話・PHS

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いたします。

3) 質疑応答

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。

座長・演者の方へ

1. 座長の先生方へ

- ①ご担当セッションの開始 15 分前までに会場内前方の「次座長席」にご着席ください。
- ②一般演題は発表 5 分、質疑応答 3 分（合計 8 分）
合同シンポジウムは発表 6 分、質疑応答 3 分（合計 9 分、総合討論あり）です。
- ③各セッションの進行は座長ご一任といたしますが、終了時間は厳守ください。

2. 演者の先生方へ

- ①発表データは、事前に運営事務局までご提出をお願いいたします。
- ②セッションの開始 15 分前までに会場内前方の「次演者席」にご着席ください。
- ③一般演題（口演）は発表 5 分、質疑応答 3 分（合計 8 分）
合同シンポジウムは発表 6 分、質疑応答 3 分（合計 9 分、総合討論あり）
指定演題は事前にご案内したとおりです。
- ④口演発表は PC による発表のみとさせていただきます。

3. 口演データ作成について

- ①スライドサイズは 16：9（ワイドサイズ）でご作成ください。
※標準 4：3 の場合は画面が小さくなります。
※ファイル名は「演題番号_発表者氏名」としてください。
- ②事前に発表データのご提出をお願いいたします。
締切日までに必ず運営事務局までご送付ください。

データ受付締切：2023 年 5 月 10 日（水）必着

- ・ Microsoft PowerPoint 2016/2019/2021 又は Microsoft Office 365 で作成し、スライドサイズは 16:9、次の OS 標準フォントをご使用ください。
[日本語] MS ゴシック・MSP ゴシック・MS 明朝・MSP 明朝
[英語] Times New Roman・Arial・Arial Black・Arial Narrow・Century・Century Gothic・Courier New・Georgia
 - ・アニメーション及び動画は使用可能です。動画ファイルは MP4 形式を推奨します。
発表データは動画を埋め込み作成ください。
 - ・音声出力可能
 - ・メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルスチェックソフトでスキャンを行ってください。
 - ・発表のためお預かりしたデータは、学会終了後削除いたします。
- ③発表について
 - ・すべての講演は PowerPoint による PC プレゼンテーションのみの発表です。
 - ・舞台上には、ノートパソコン（Windows10）をご用意しておりますので、ご自身で操作をお願いいたします。

4. e ポスター発表について

①発表方法：ポスター会場に設置する PC にて各自閲覧していただきます。

以下の日時に発表があります。

・5月12日（金） 15：20～15：50

ポスターセッションは発表3分、質疑応答2分（合計5分）です。

②会場：ホテルシギラミラージュ コンベンションホール2階

・閲覧日時：5月12日（金） 11：00～17：00

5月13日（土） 9：00～13：00

③e ポスターデータ

・ポスターデータは PowerPoint にて作成のうえ、PDF に変換して運営事務局まで送付してください。

・PowerPoint のサイズは 16：9（ワイドサイズ）にて作成してください。

※ファイル名は【演題番号－発表者氏名】としてください。

データ受付締切：2023年4月28日（金）必着

④ポスター賞

現地にてポスター賞の投票を行います。優秀な内容だと思われる演題を1題お選びいただき、ポスター会場に設置いたします QR コードよりご投票ください。優秀ポスター賞に選ばれた発表者の方には後日副賞をお送りいたします。また受賞者は学術大会 HP に掲示いたします。

5. SKIN SURGERY 誌への投稿

発表した演題につきましては、学会機関誌 SKIN SURGERY に投稿をお願いする場合がございます。詳細は投稿規定をご覧ください。

原稿の送付は日本臨床皮膚外科学会ホームページ（<http://www.jsds.jp/>）の学会員専用ページにアクセスして行うか、メールアドレス（skinsurgery@jsds.jp）に論文ファイルを添付して送付してください。

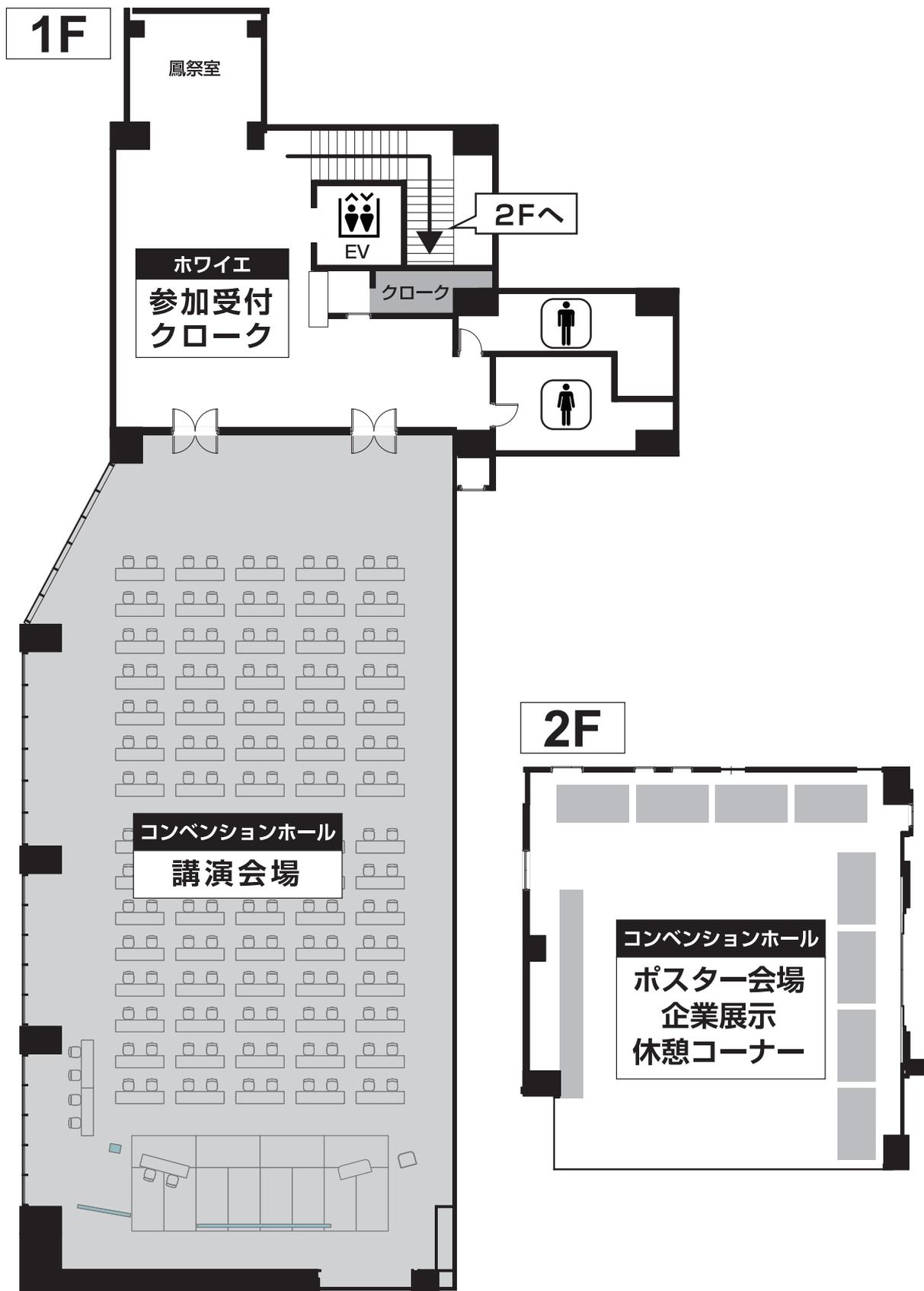
6. 懇親会

5月12日（金）18：30よりファンキーフラミンゴで懇親会を行います。

会場から貸切バスをご用意しております。多くの方のご参加をお待ちしております。

懇親会費：参加費に含まれております。所属・氏名を記入した参加証を必ず着用ください。

会場のご案内



日程表 2023年5月12日(金)

	講演会場 1階 コンベンションホール	展示会場・ポスター会場 2階 コンベンションホール
11:00	10:55~11:00 開会式	11:00~17:00 eポスター 企業展示
	11:00~12:00 一般演題① 手術手技・その他 O-01~O-07 座長：木村 中、田村 敦志	
12:00	12:10~13:10 ランチョンセミナー① 形成外科領域の再生医療 座長：今川孝太郎 演者：北條 元治、酒井 倫明 共催：セルバンク株式会社	
13:00	13:25~14:15 教育講演 皮膚外科領域の手術支援ロボットの未来を考える。 座長：今川孝太郎 演者：櫻村 勉	
14:00	14:20~15:20 特別講演 医療現場における行動経済学 座長：赤松 正 演者：水野 篤	
15:00	15:20~15:50 ポスターセッション 1 P-01~P-06 座長：加藤 愛子	
16:00	15:50~16:50 一般演題② 難治性潰瘍・熱傷・変性疾患他 O-08~O-14 座長：高木 信介、山本 直人	
17:00	16:55~17:55 イブニングセミナー 癬痕・ケロイドはここまで治せる 座長：河野 太郎 演者：河野 太郎、小川 令 共催：キュテラ株式会社	
18:00	バス：ファンキーフラミンゴ行／一便 18:05発 二便 18:20発	
19:00	18:30~20:30 懇親会@ファンキーフラミンゴ	

日程表 2023年5月13日(土)

	講演会場 1階 コンベンションホール	展示会場・ポスター会場 2階 コンベンションホール
8:00	8:00~8:50 日本臨床皮膚外科学会 理事会・評議員会	
9:00	9:00~9:35 一般演題③ 癬痕・ケロイド(基礎研究) O-15~O-18 座長: 秋田 定伯、土佐 泰祥	9:00~13:00
10:00	9:40~10:25 一般演題④ 癬痕・ケロイド(臨床I) O-19~O-23 座長: 清水 史明、森本 尚樹	eポスター 企業展示
11:00	10:30~11:20 一般演題⑤ 癬痕・ケロイド(臨床II) O-25~O-29 座長: 櫻庭 実、杠 俊介	
12:00	11:25~12:25 合同シンポジウム 機器を用いた癬痕・ケロイド治療 SY-1~SY-5 座長: 赤石 諭史、松村 一	
13:00	12:40~13:40 ランチョンセミナー② 各種機器を用いた癬痕治療について 座長: 河野 太郎 演者: 河野 太郎、中田 元子 共催: シネロン・キャンデラ株式会社	
14:00	13:55~14:20 日本臨床皮膚外科学会 総会	13:45~14:30 癬痕・ケロイド治療研究会 理事会
15:00	14:20~15:10 一般演題⑥ 良性腫瘍・悪性腫瘍 O-30~O-35 座長: 鳥政 大幾、鈴木 沙知	14:40~15:40 教育セミナー 司会: 高木 信介 演者: 堀 圭二郎、高木 信介
16:00	15:10~15:20 閉会式	15:45~16:45 認定医・専門医 筆記試験 司会: 高木 信介

プログラム

プログラム
5月12日(金)

講演会場 (コンベンションホール 1 階)

一般演題 1

11:00~12:00

手術手技・その他

座長：木村 中 (函館中央病院 形成外科)
田村 敦志 (伊勢崎市民病院 皮膚科)

0-01 リドカイン・プロピトカイン配合クリームを用いた分層採皮の経験

加藤 実怜
平塚市民病院 形成外科

0-02 眉毛部の腫瘍切除後に同側耳後部髪際部から複合移植した2例

芳賀 貴裕
気仙沼市立病院 皮膚科

0-03 Thiersch 植皮による高齢者の皮膚悪性腫瘍摘出後の再建, 11 例の検討

山田 益丈
JCHO 中京病院 皮膚科

0-04 当科における眼瞼黄色腫治療の検討

藤原 修
国立病院機構災害医療センター 形成外科

0-05 毛細血管拡張性肉芽腫における結紮治療再考 - 単純結紮法と縫合結紮法について

出光 俊郎
上尾中央総合病院 皮膚科

0-06 外来手術における注射針を利用したモノポーラ電気メス先変換による手術

中村 泰大
埼玉医科大学国際医療センター 皮膚腫瘍科・皮膚科

0-07 専攻医が一人医長を務める場合に必要となる工夫と派遣元病院からの支援体制について

蜂巢 雄介
防衛医科大学校病院 形成外科

形成外科領域の再生医療

座長：今川孝太郎（東海大学医学部 外科学系形成外科）

LS1-1 真皮線維芽細胞を用いた除皺術

北條 元治

RD クリニック、東海大学医学部 外科学系形成外科

LS1-2 脂肪由来幹細胞を混えた脂肪注入の実際

酒井 倫明

医療法人社団形成会 酒井形成外科

共催：セルバンク株式会社

教育講演

13:25~14:15

座長：今川孝太郎（東海大学医学部 外科学系形成外科）

皮膚外科領域の手術支援ロボットの未来を考える。

樫村 勉

日本大学 医学部 形成外科学系形成外科分野

特別講演

14:20~15:20

座長：赤松 正（東海大学医学部 外科学系形成外科）

医療現場における行動経済学

水野 篤

聖路加国際病院 医療の質管理室

一般演題 2

15:50~16:50

難治性潰瘍・熱傷・変性疾患他

座長：高木 信介（昭和大学藤が丘病院 形成外科）

山本 直人（自治医科大学附属さいたま医療センター 形成外科）

0-08 包括的高度慢性下肢虚血に伴う難治性潰瘍に対しレオカーナを用いた 1 例

寺山 唯

東京女子医科大学附属足立医療センター 形成外科

0-09 Calciphylaxis を発端とする左下肢壊死性軟部組織感染症および陰茎壊死を認めた 1 例

宮崎 明子

浜松医科大学医学部付属病院 形成外科

O-10 40年前の放射線治療の晩発性障害として腕神経叢麻痺と病的骨折を合併した一例

土屋 壮登

防衛医科大学校 形成外科

O-11 静脈うっ滞性潰瘍に対する人工真皮 OASIS[®] の使用経験について

鈴木 沙知

静岡赤十字病院 形成外科

O-12 開頭術後の異物露出による難治性潰瘍に対する perifascial areolar tissue graft の有用性

堀 圭二郎

東京女子医科大学附属足立医療センター 形成外科

O-13 下肢プレート露出創に対する陰圧閉鎖療法

東 隆一

防衛医科大学校 形成外科

O-14 手術用顕微鏡の LED で医原性熱傷を起こした一例と安全使用のための実験的考察

福留 翔

防衛医科大学校病院

イブニングセミナー

16:55~17:55

瘢痕・ケロイドはここまで治せる

座長：河野 太郎（東海大学医学部 外科学系形成外科）

ES1 レーザー医療安全

河野 太郎

東海大学医学部 外科学系形成外科

ES2 傷あとはここまできれいになる！－瘢痕・ケロイド形成の理論から予防・治療まで－

小川 令

日本医科大学 形成外科学教室

共催：キュテラ株式会社

ポスター会場（コンベンションホール 2 階）

ポスターセッション 1

15:20~15:50

座長：加藤 愛子（大分県立病院 形成外科）

P-01 腋窩、肩関節部熱傷後瘢痕拘縮、肥厚性瘢痕の術後治療と予防

丹代 功

旭川赤十字病院 形成外科

P-02 脂漏性角化症に対する複数識者の認識と留意点の再考

清澤 智晴

防衛医科大学校 形成外科

P-03 脂腺上皮腫 (sebaceous epithelioma) の一例

南本 俊之

市立函館病院 形成外科

P-04 麻酔疼痛に配慮した足底手術のための後脛骨神経ブロック

菅間 大樹

筑波大学附属病院

P-05 根治切除不能悪性黒色腫に対する分子標的薬治療後の conversion surgery の一例

山崎 直也

国立がん研究センター中央病院 皮膚腫瘍科

P-06 リハビリテーション科および義肢装具士とあらかじめ連携した下腿切断の 1 例

久保 諭

防衛医科大学校 形成外科

ポスターセッション 2

15:20~15:50

座長：梅本 尚可（自治医科大学附属さいたま医療センター 皮膚科）

P-07 片側乳房が著明に増大した若年発症乳腺過誤腫の治療経験

伊東 大

宮崎大学医学部附属病院 形成外科

P-08 人工毛植毛後の癬痕に生じた有棘細胞癌の 1 例

脇本 紘子

東京医科大学 皮膚科

P-09 頭部に巨大血腫を形成し植皮術を要した Ehlers-Danlos 症候群の 1 例

楠谷 尚

大阪市立総合医療センター 皮膚科

P-10 Lumbosacral back flap を用いて再建した殿部びまん性神経線維腫の 1 例

加藤 大敢

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

P-11 右母指中手指節関節背面に生じた静脈性血管瘤

石川 雅晴

自衛隊中央病院 形成外科

P-12 後期高齢者の皮膚悪性腫瘍切除における問題点に関する検討

大和 義幸

川口市立医療センター 形成外科

プログラム
5月13日(土)

講演会場 (コンベンションホール 1 階)

一般演題 3

9:00~9:35

癩痕・ケロイド (基礎研究)

座長：秋田 定伯 (医療法人城内会新生病院 形成外科、福島県立医科大学)
土佐 泰祥 (慶應義塾大学医学部 形成外科学教室)

0-15 マクロファージ特異的ゲルゾリンノックアウトマウスにおける皮膚の創傷治癒

豊原 瑛理

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、日本医科大学大学院 微生物学・免疫学分野

0-16 ケロイドの nodule における Warburg effect について

李 有姫

済生会吹田病院

0-17 Keloidal Collagen における細胞外基質の網羅的タンパク質解析

鈴木 志奈

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

0-18 ケロイド増殖に対してケロイド結節の果たす重要な役割

上田 晃一

大阪医科大学 形成外科

一般演題 4

9:40~10:25

癩痕・ケロイド (臨床 I)

座長：清水 史明 (大分大学医学部附属病院 形成外科)
森本 尚樹 (京都大学大学院 医学研究科形成外科学)

0-19 患者立脚型アウトカム研究を用いた異常癩痕に対する手術加療の有効性の検討

三山 彩

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

0-20 DIEP flap を用いた乳房再建後の創部癩痕の検討

武石 白馬

南大和病院

0-21 演題取り下げ

0-22 手足合指症における背側矩形皮弁のデザインの工夫と術後形態の検討（第2報）

木野 紘美

大阪医科薬科大学 形成外科

0-23 尿道下裂術後の尿道狭窄を生じた症例に対し尺側前腕皮弁で尿道再建を行った3症例の経過について（第2報）

大橋 剛輝

大阪医科薬科大学 形成外科

一般演題 5

10:30~11:20

癒痕・ケロイド（臨床Ⅱ）

座長：櫻庭 実（岩手医科大学 形成外科）

杠 俊介（信州大学医学部 形成再建外科学教室）

0-24 演題取り下げ

0-25 排膿を伴う左肩から腋窩にわたる巨大ケロイドの治療経験

久保 元志郎

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

0-26 前胸部ケロイド手術症例 22 例の検討

上原 幸

大分大学医学部附属病院 形成外科

0-27 腹腔鏡下手術後の臍部ケロイド・肥厚性癒痕の治療
～癒痕内部分切除 + 術後ステロイド局所注射～

村尾 尚規

国家公務員共済組合連合会 斗南病院 形成外科

0-28 下顎ケロイドに対する手術および術後放射線治療の効果の検討

井上 真梨子

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

0-29 耳介軟骨部に発生したケロイドに対する手術および術後電子線治療効果の検討

土佐 眞美子

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

機器を用いた癬痕・ケロイド治療

座長：赤石 諭史（日本医科大学付属病院 形成外科）
松村 一（東京医科大学 形成外科学分野）

SY-1 癬痕及び癬痕拘縮に対する電磁場陰圧療法の治療効果

伊藤 史子
医療法人社団 Xanadu あやこいとうクリニック

SY-2 萎縮性痤瘡癬痕に対するヒアルロン酸空気圧拡散注入療法の長期効果

上中 智香子
和歌山県立医科大学 寄附講座光学的美容皮膚科

SY-3 各種癬痕、ケロイドに対するフラクショナル RF 治療

大久保 麗
三鷹の森皮フ・形成クリニック

SY-4 ケロイド・肥厚性癬痕に対するレーザー治療の有効性について

村松 英之
きずときずあとのクリニック 豊洲院

SY-5 リストカット癬痕に対するクリニックでの治療方法

田村 聡
きずときずあとのクリニック 豊洲院

ランチョンセミナー 2

各種機器を用いた癬痕治療について

座長：河野 太郎（東海大学医学部 外科学系形成外科）

LS2-1 各種機器を用いた癬痕治療

河野 太郎
東海大学医学部 外科学系形成外科

LS2-2 PicoWay (730nm+1064nm) による skin rejuvenation

中田 元子
医療法人社団 M スキンクリニック

共催：シネロン・キャンデラ株式会社

良性腫瘍・悪性腫瘍

座長：爲政 大幾（大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 腫瘍皮膚科）
鈴木 沙知（静岡赤十字病院 形成外科）

0-30 真皮深部の汗管に浸潤をきたした左足末端黒子型悪性黒色腫の 1 例

福井 伶奈

自治医科大学附属さいたま医療センター 皮膚科

0-31 巨大皮角が多発・集簇した脂漏性角化症の 1 例

江藤 綾乃

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・茨城県厚生連総合病院水戸協同病院 形成外科

0-32 爪乳頭腫の臨床診断で切除したグロムス腫瘍の 1 例

水野 謙太

自治医科大学附属さいたま医療センター 皮膚科

0-33 巨大な特発性陰嚢石灰沈着症に対して外科的治療を行った 1 例

黒川 容枝

自治医科大学附属さいたま医療センター 形成外科

0-34 双茎皮弁を用いて再建した、皮膚浸潤を伴う回腸人工肛門部癌の治療経験

西尾 卓哉

旭川医科大学 形成外科

0-35 適切な治療介入が出来ず、上顎全摘と再建手術を要した頬部有棘細胞癌の 1 例

松永 宣子

がん・感染症センター都立駒込病院 形成再建外科

特別演題

- ・ 特別講演
- ・ 教育講演



医療現場における行動経済学

みずの あつし
水野 篤

聖路加国際病院 医療の質管理室

行動経済学はダニエルカーネマンおよびリチャードセイラーらがノーベル経済学賞を受賞したことで一躍有名になった学問領域です。行動経済学の定義は有名なものに2つあります。一つは、ホモエコノミカス（経済的合理性のみに基づいて個人主義的に行動する人）を前提としない経済学。もう一つは経済学のモデルに心理学的要素を加味した学問となります。このような考え方がどのように我々の医療現場に関わってくるのか？ということに関してはまだまだ確固としたものはありません。しかし、意識しない間に医療現場に適応されていることも意外に多くあります。意図的に言語化し行動科学の側面から研究および臨床現場に意識的に実装してゆくことで、応用・発展する可能性を含んだ学問体系だと考えられます。本セッションでは、行動経済学の基本と、医療現場での応用について過去の研究およびこれから出てくるであろう研究について議論させていただきます。

【略歴】

- 2005年 京都大学医学部 卒業
- 2005年 神戸市立中央市民病院（現神戸市立医療センター中央市民病院）にて初期研修
- 2007年 聖路加国際病院 内科専門研修 内科チーフレジデント
- 2009年 聖路加国際病院循環器内科
- 2015年 聖路加国際病院 QI センター・循環器内科
聖路加国際大学 看護学部 急性期看護学
- 2017年 聖路加国際病院 QI センター 副センター長
- 2020年 ペンシルバニア大学 内科学講座・ナッジユニット 客員准教授
- 2021年 聖路加国際大学 HTA センター 研究教授（兼任）
- 2022年 聖路加国際病院 医療の質管理室室長



皮膚外科領域の手術支援ロボットの未来を考える。

かしむら つとむ
榎村 勉¹⁾、森川 脩介²⁾、犬飼 麻妃²⁾、井上 義一²⁾、奥本 隆行²⁾、
宇山 一朗³⁾、副島 一孝¹⁾

¹⁾ 日本大学 医学部 形成外科学系形成外科学分野、²⁾ 藤田医科大学 形成外科、

³⁾ 藤田医科大学 消化器外科 先端ロボット・内視鏡手術学講座

手術支援ロボットは、拡大された立体視野の下で手ブレ補正とモーションスケールにより操作の精密度を調整しながら狭い術野での繊細な手術操作を可能とするものである。多くの診療科で応用されているが、本邦の皮膚外科領域では導入が遅れているのが現状であり、2020年に形成外科学会においてワーキンググループが発足した。海外では、皮膚外科領域の手術支援ロボットは主に、1. 新しい皮弁の挙上法、2. 狭小部位での手技、3. microsurgeryへの応用が報告されている。われわれは、それぞれについてカダバーおよびブタを用いて検討しているため報告する。手術支援ロボットとしてda Vinci Xi (Intuitive Surgical社)を使用した。1. 新しい皮弁の挙上法については、カダバーの腹腔内から腹直筋皮弁の挙上を行うことで前鞘の切開を最小限とした皮弁の挙上が可能であった。2. 狭小部位での手技については、カダバーの舌根および軟口蓋の皮弁の縫合を行い、経口法では用手的に縫合が困難とされる部位であっても良好な視野の元で正確な縫合操作が可能であった。3. microsurgeryについては、ブタのφ2mmの動脈および静脈の吻合を試み、安定した吻合が可能であった。いずれの手技でも手術支援ロボットの特性により高い有用性が示唆された。

手術支援ロボットは、本講演の手技以外にも幅広い手技への臨床応用の可能性を持つ。さらに、先行領域ではロボット手術手技のDX（デジタルトランスフォーメーション）が進み手術の標準化や教育への利用が進んでいる。皮膚外科領域への手術支援ロボットの導入は、患者および医療従事者の未来を多方面から明るく照らすものである。しかし、医薬品医療機器等法の認可および保険収載が得られておらず、臨床応用への大きな障壁となっており、皮膚外科領域のロボット手術手技の普及に向けて組織的な活動が必要と考える。

【略歴】

2002年3月 日本大学医学部 卒業

2002年5月 東京女子医科大学 初期研修医 形成外科

2004年5月 都立府中病院（現：多摩総合医療センター）一般外科

2005年5月 埼玉県立がんセンター 形成外科

2007年5月 都立府中病院（現：多摩総合医療センター）形成外科

2009年5月 日本大学医学部 形成外科学系形成外科学分野 助教

2018年3月 日本大学医学部 形成外科学系形成外科学分野 准教授

共催セミナー



LS1-1
真皮線維芽細胞を用いた除皺術

ほうじょう もとほる
北條 元治

RD クリニック、東海大学医学部 外科学系形成外科

自己の真皮線維芽細胞を顔面の皺に注入し改善を図る治療法は、米国の Isolagen 社（現 Fibrocell Science 社）が 1995 年に実用化した方法である。その後、除皺術としての自己培養真皮線維芽細胞移植術は FDA の第 3 相臨床試験まで終了し、当該治療方法の安全性、ならびに有効性は確認されるに至った。

本治療の作用機序は、真皮内に移植された細胞が真皮線維成分を分泌し、それらが蓄積することで皺や弛みが改善されるというものであり、これらの現象は動物実験でも確かめられている。美容外科的な除皺手術であるフェイスリフト、簡易的除皺治療剤であるボトックスや、充填剤（フィラー）注入のように、医師が直接手を下して形態を整える治療とは異なり、細胞による皮膚の修復を期待する治療である。従って、劇的な効果は期待できず、従来美容医療にとって代わるようなものではない。しかしながら、人間の手による操作ではないため、いわゆる失敗と呼ばれるエラーが生じるリスクが少なく、また非自己の物質を注入するボトックスや、充填剤（フィラー）注入とは異なり、自己の真皮成分による自己変化であるため、短期間で分解・吸収されることはなく、異物反応やアレルギー反応のような副作用に悩まされることもないといった有利性がある。われわれは、Isolagen 社の治療プロトコールならびに培養方法に修正を加えて、真皮線維芽細胞を用いた顔面若返り術を行っている。本稿ではわれわれが行っている方法について述べる。

【略歴】

- 1991 年 弘前大学医学部卒業
- 1991 年 信州大学医学部附属病院形成外科
- 1995 年 University of Pennsylvania , Div. Plastic
- 1996 年 東海大学医学部形成外科
- 2004 年 株式会社セルバンク 設立
- 2005 年 RD クリニック開設
- 2006 年 東海大学医学部 外科学系形成外科 非常勤講師



LS1-2

脂肪由来幹細胞を混えた脂肪注入の実際

さかい みちあき
酒井 倫明

医療法人社団形成会 酒井形成外科

顔の容貌の老化は皮膚や筋、脂肪組織の弛み、萎縮、余剰、が原因と考えられています。とりわけ、顔面の4箇所の脂肪塊の減少が若い方と老人の顔貌の差を特徴づけています。以前より、形成外科では若返りを目的とした顔面への脂肪注入（脂肪移植）が行われてきました。単純に腹部や大腿から採取した脂肪組織をそのまま、顔に注入する方法です。この場合の脂肪の定着率は20%程度と考えられています。しかし、ここに1ccあたり500万個程度の脂肪由来幹細胞を混入させると、注入脂肪の定着率が2～3倍に増加するだけでなく、脂肪由来幹細胞から生産されるサイトカインが皮膚や血管にも何らかの良い影響を与えるようなのです。

そこで、私たちが行う脂肪由来幹細胞を含有する脂肪注入の実際を提示し、皆様のご意見をお伺いできれば幸いです。

【略歴】

- 1985年 昭和大学医学部卒業
- 1988年 自治医科大学病院勤務
- 1989年 東京通信病院形成外科勤務
- 1991年 日本形成外科学会専門医取得・医学博士号取得
- 1991年 東大和病院形成外科勤務
- 1995年 酒井形成外科開業
- 2020年 日本形成外科学会領域指導医認定



LS2-1
各種機器を用いた瘢痕治療

こうの たろう
河野 太郎

東海大学医学部 外科学系形成外科

色素レーザーの一般的な波長である 585-600nm はオキシヘモグロビンの吸収がよく、波長が長くなると深達性が増すため、現在では波長 595nm の色素レーザーが主流となった。レーザーの照射時間は標的組織の熱緩和時間と関係が深く、直径 50 μ m の血管の熱緩和時間は 1.2msec である。赤色瘢痕に対しては、1 ~ 10msec の照射時間で、紫斑形成があるかないかの出力で照射する。ステロイド局注との併用療法は有効である。また、フラクショナル治療にステロイドの塗布を併用することも有効性を向上させる。白色瘢痕に対しては色素レーザーの有効性は乏しい。皮膚冷却装置付きのパルス発振ヤグレーザーは、従来の連続波発振ヤグレーザーに比べ、安全性が高く、再発のリスクが少ない。また、色素レーザーに比較してレーザーの深達性が高い長所を有する。剥皮的フラクショナルレーザーでは組織が蒸散され、中央部はドリルで穴をあけたように組織は欠損し、その周囲を凝固層が取り囲む。そのため、非剥皮的フラクショナルレーザーに比べて効果は高い。高周波領域の波長を使用し、合併症とダウンタイムの少ない治療も可能である。光熱作用を利用した治療が中心であったが、近年では光機械的作用を利用した超短パルス幅(ピコ秒)レーザーの瘢痕の治療報告も散見されつつある。また、レーザー治療は他の治療と併用が比較的容易であり、手術療法や薬物療法との複合療法は更に有用である。

【略歴】

- 1993年 鹿児島大学医学部 卒業
- 1997年 東京女子医科大学形成外科 助教
- 2008年 東京女子医科大学形成外科 准講師
- 2013年 東海大学医学部外科学系形成外科学 准教授
- 2016年 日本大学医学部形成外科学系形成外科学分野 客員教授
- 2021年 東海大学医学部外科学系形成外科 教授



LS2-2 PicoWay (730nm+1064nm) による skin rejuvenation

なかた もとこ
中田 元子

医療法人社団 M スキンクリニック

PicoWay は、波長 532nm と 1064nm に加え、業界唯一の 730nm を搭載したピコセカンドレーザー（医療承認取得）である。パルス幅は、532nm が 294ps、1064nm が 339ps、730nm は業界最短の 246ps であり、いずれもメラノソームの応力緩和時間内のパルス幅を有する。当院では、2022 年 7 月に PicoWay を導入して以来、老人性色素斑や厚みの少ない脂漏性角化症、真皮メラノサイトーシスなど良性色素性疾患の治療に加え、730nm と 1064nm を併用した rejuvenation 治療（ピコトーニング）を積極的に行っている。ほぼダウンタイムなく、回数を重ねて色調や質感のむらを解消していく。PicoWay 導入以前は、Q スイッチアレキサンドライトレーザー（755nm）を用いた rejuvenation 治療（アレックストーニング）を 3000 件以上行ってきたが、このような全顔治療は患者のニーズが高く、リピーターも獲得しやすいため、クリニック診療の軸と成り得る治療である。730nm は 755nm に近く、色素の吸収特性や深達度の点でバランスが良く、755nm と同様に全顔治療に使い易い波長である。730nm では老人性色素斑や雀卵斑を含めた積極的な色調の改善を図り、730nm に比しメラニン吸収が低く深達性が高い 1064nm では、肝斑や炎症後色素沈着のほかに、毛孔開大や小じわ、はり感の改善が期待できる。最適な照射法の検討が今後も必要ではあるが、概ね良好な結果を得ており患者の満足度も高い。アレックストーニングよりも少ない回数で多様な効果が得られると感じている。アレックストーニングと比較したピコトーニングの優位性や治療の実際について、症例を供覧しながら報告する。

【略歴】

- 1996 年 東京女子医科大学医学部 卒業
- 1996 年 東京女子医科大学形成外科 入局
- 2004 年 東京医科大学皮膚科
- 2006 年 東京女子医科大学東医療センター美容医療部
- 2019 年 M スキンクリニック 開設
- 2021 年 医療法人社団 M スキンクリニック 開設



ES-1
レーザー医療安全

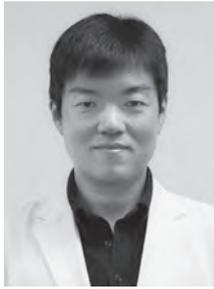
こうの たろう
河野 太郎

東海大学医学部 外科学系形成外科

本邦では、承認機器でも、未承認機器であっても医師の裁量権で様々なレーザー医療機器が使用が可能であるため、承認前の機器や、未承認機器を安全講習を受講することなく使用することも可能である。そのため、レーザーの知識と経験が不十分な医師が治療することによる事故や、医療従事者以外の施術による事故等があり、医療安全を認識していない医師や施設での医療事故は実際の報告よりも多いと考えられる。特に最も普及している脱毛治療は、皮膚科形成外科以外の専門外の科でも行われ、事故後の対応も不十分になるリスクを抱えている。脱毛治療は、2011年11月8日の厚生労働省から医師が行うのでなければ保健衛生上危害の生ずるおそれのある行為であり、医師免許を有しない者が業として行えば、前述の医師法第17条に違反すると通達された。現在、多くの脱毛レーザーが、厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査の承認を受け、その承認の条件として、「本品の適応に関連する十分な知識・経験を有する医師が、講習の受講等により、本品の使用に関する技能や合併症等に関する知識を得た上で、本品が適切に用いられるよう、関連学会と連携の上で必要な措置を講ずること。」が、追記された。全てのレーザー治療において、医療現場で安全対策や障害防止策をとり、それぞれが、安全教育講習会等でレーザー医療安全を理解しなくてはならない。

【略歴】

- 1993年 鹿児島大学医学部 卒業
- 1997年 東京女子医科大学形成外科 助教
- 2008年 東京女子医科大学形成外科 准講師
- 2013年 東海大学医学部外科学系形成外科学 准教授
- 2016年 日本大学医学部形成外科学系形成外科学分野 客員教授
- 2021年 東海大学医学部外科学系形成外科 教授



ES-2

傷あとはここまできれいになる！

－ 癬痕・ケロイド形成の理論から予防・治療まで－

おがわ れい
小川 令

日本医科大学 形成外科学教室

傷あとが目立つ癬痕やケロイドになることがある。いわゆるケロイド・肥厚性癬痕は予防・治療しにくいイメージがあるが、発症機序や発症リスク（ケロイド体質）を知ることで、実際に予防・治療できるようになる。たとえば、ケロイド・肥厚性癬痕は妊娠で悪化し、偽閉経療法にて改善することが知られてきたが、女性に多く発症する疾患であることがわかってきた。さらに、高血圧で悪化し、若年発症のケロイド症例において、血管内皮機能の低下が認められることが判明している。さらに、創傷にかかる張力によって炎症が悪化・遷延し、ケロイドにおいては血管周囲に硝子化した膠原線維が出現することが示唆されている。現時点ではケロイド・肥厚性癬痕は、真皮網状層における慢性炎症が本体であり、張力をはじめとする種々の因子で悪化する、線維増殖性疾患であると考えられる。病理学的には、腫瘍ではなく炎症であるといえ、外的・内的因子に反応して体積が増す、過形成という病態が適切であると考えられる。治療においてはデプロドンプロピオン酸エステルテープ剤が、ケロイド・肥厚性癬痕に大変効果的であることがわかってきた。年間に約 2000 名のケロイド・肥厚性癬痕症例を治療しているわれわれの施設でも第一選択薬となっており、従来手術および術後放射線治療を施行しなければ治療出来ないと思われていた症例も治癒することがある。現在ではこのテープ剤、手術、放射線治療を中心に、症例ごとに他を組み合わせて完治させることができるようになった。さらに美容的な結果を得るためには、保険外治療として、適宜 Nd:YAG レーザーやフラクショナルレーザー、メイクアップセラピーなどを組み合わせて、患者ごとに最適な治療を選択することで生活の質（QOL）を改善することができる。

【略歴】

1999 年	日本医科大学医学部 卒業 日本医科大学形成外科 入局
2006 年	日本医科大学形成外科 講師
2007 年	米国ハーバード大学ブリガムウィメンズ病院 形成外科研究員
2009 年	日本医科大学形成外科准教授
2015 年 - 現在	日本医科大学形成外科学主任教授

合同シンポジウム

SY-1 癬痕及び癬痕拘縮に対する電磁場陰圧療法の治療効果

いとう あやこ
伊藤 史子

医療法人社団 Xanadu あやこいとうクリニック

熱傷や外傷、術後癬痕を含めた癬痕、及び癬痕拘縮は、患者にとって、整容的な問題にとどまらず、関節可動域の制限や、左右差など、機能的にも問題となることが多い。

今回我々は、stretch mark を含めた 25 名の癬痕、癬痕拘縮患者に対し、電磁場陰圧療法 (V-EMF : electromagnetic fields and negative pressure treatment) を用い、No pain かつ No down-time にて、2 週間に 1 回の施術を、必要に応じ 3 ~ 8 回行い、3 ヶ月以上に渡り、3D カメラ等を用いて経過を追った撮影画像結果から、その効果を検証。有望な知見を得たので報告する。

SY-2 萎縮性座瘡癬痕に対するヒアルロン酸空気圧拡散注入療法の長期効果

かみなか ちかこ^{1,2)}、国本 佳代²⁾、坂田 真理子²⁾、上出 康二³⁾、神人 正寿²⁾、山本 有紀^{1,2)}

¹⁾ 和歌山県立医科大学 寄附講座学的美容皮膚科、²⁾ 同皮膚科、³⁾ 上出皮フ科クリニック

【目的】 顔面の萎縮性座瘡癬痕に対する、ヒアルロン酸空気圧拡散注入療法の長期間の有効性と安全性について検討した。

【方法】 患者 20 例を対象とし、顔面片側に対して、Enerjet2.0™ (PerfAction 社) を用いて、レスチレン® リド (ガルデルマ社) の空気圧拡散注入療法を 1 ヶ月毎に計 3 回施行し、癬痕の重症度や三次元画像解析装置を用いた癬痕解析とともに、有害事象について、治療終了 6 ヶ月以上まで観察した。

【結果】 重篤な有害事象は全例において認めず、安全性は確認できた。また、治療側では、アイスピック型では効果が乏しいものの、ボックスカー・ローリング型では有効性が示され、癬痕の再燃は認めなかった。

COI ジェイメック社 寄附講座に所属

SY-3 各種癬痕、ケロイドに対するフラクショナルRF治療

おおくぼ れい¹⁾、山本 改²⁾

¹⁾ 三鷹の森皮フ・形成クリニック、²⁾ あらた形成スキンクリニック

フラクショナル RF はラジオ波（高周波）をフラクショナル（細かい点状）に照射し、表皮への熱ダメージを最小限に抑えながら肌の深部を効果的に加熱することでスキンリサーフェシングを行い、肌質改善・ニキビ跡・毛孔の治療に用いられている。

2007 年からフラクショナル炭酸ガスレーザーが登場し、ざ瘡後の癬痕等に用いられてきたが、滲出液や赤味が継続し、色素沈着が生じる可能性もあった。近年は高周波領域の波長を使用する、RF によるフラクショナル治療機器が誕生し、合併症やダウンタイムが少ない治療が可能になってきた。フラクショナル RF は剥皮的な治療であり、細胞は、色素非依存性に蒸散または凝固によってダメージを受け、リサーフェシングされる。

今回はフラクショナル RF 機器、VIVA（Venous Concept 社製）を用いた。本機器は出力（W）とパルス幅（ms）を変えることができ、蒸散と凝固のコントロールをすることが可能である。また高周波チップ先端のピンを鋭利な形状にしており深達性を向上している。

顔面、上肢の擦過創後や膝部の術後の肥厚性癬痕、ざ瘡後癬痕、成熟癬痕、さらにケロイドに対して、約一か月に一度照射して治療した。肥厚性癬痕では一度の照射で効果が実感できることが多く、3 回から 4 回の治療で明らかに赤味や癬痕の厚さを軽減することができた。ざ瘡後癬痕、熱傷後や術後の癬痕も照射により目立たなくなり、硬さも改善した。

また前胸部、側胸部などのケロイドの治療では、ステロイド局所注射療法と併用することで、各々単独で治療するよりも効果が高かった。

施術後の発赤は 1～2 日であり治療による炎症後色素沈着はほとんど認めず、ダウンタイムも合併症も軽微であった。痛みも少なく安全性の高い治療であり、治療経験について症例を供覧し、文献的考察を加え報告する。

SY-4 ケロイド・肥厚性癬痕に対するレーザー治療の有効性について

むらまつ ひでゆき¹⁾、野村 美佐子²⁾、末貞 伸子³⁾、島内 香江⁴⁾、伊藤 智之⁵⁾、藤田 裕季子⁶⁾

¹⁾ きずときずあとのクリニック 豊洲院、²⁾ 昭和大学 形成外科、³⁾ がん研有明病院 形成外科、⁴⁾ 千葉大学 形成外科、⁵⁾ 順天堂大学 形成外科、⁶⁾ 筑波大学 形成外科

【目的】 形成外科領域、特に癬痕治療においてケロイドや肥厚性癬痕は多く遭遇する疾患である、一般的には、内服や、ステロイドテープなどの外用薬や、注射、そして手術や放射線治療が一般的に行われている、しかしその治療の限界に悩むことも多い。「きずときずあとのクリニック 豊洲院」は、2017 年 10 月より東京都江東区に開業し、当初よりレーザー機器などを用いての自費治療を含めた癬痕治療を行っている。これまでロングパルス Nd:YAG レーザーやフラクショナルレーザーを用いて治療を行い、2022 年 2 月よりフラクショナル RF（POTENZA®）を開始した、これまでの経験を若干の文献的考察を含めて報告する

【方法】 2017 年 10 月 2 日～2022 年 9 月 30 日までの 5 年間に「きずときずあとのクリニック 豊洲院」を受診し肥厚性癬痕に対してレーザー治療をうけた患者を対象とし検証する。

【結果】 合併症としてロングパルス Nd:YAG レーザーでは熱傷による水疱形成や色素沈着、またフラクショナルレーザーでは色素沈着を認めた。フラクショナル RF では熱傷後などの広範囲肥厚性癬痕や、手術加療が難しい口唇や膝の肥厚性癬痕に対して比較的速やかに癬痕を成熟させることができた印象がある

【結論】 肥厚性癬痕は本邦において様々な選択肢のある治療である、その選択肢の豊富さ、特にステロイドテープの効果の強さにより世界においてもその治療レベルは高いと考える。しかしその一方でロングパルス Nd:YAG レーザーや、パルスダイレーザーなどのレーザー機器などを用いた治療は保険適応がないため普及していない。しかし今後の医療技術の進歩においてはレーザー機器を用いた治療にこそ可能性が高いことは間違いなく当院でもさらなる治療や研究を続けていく。

SY-5 リストカット瘢痕に対するクリニックでの治療方法

田村 聡^{1,2)}、村松 英之¹⁾、末貞 伸子¹⁾、島内 香江¹⁾、野村 美佐子¹⁾、伊藤 智之¹⁾

¹⁾ きずときずあとのクリニック 豊洲院、²⁾ 防衛医科大学校 形成外科

【目的】 リストカット瘢痕に悩む患者は非常に多い。代表的な治療方法は、1 フラクショナルレーザー、2 アートメーク・タトゥー、3 単純切除・縫縮術、4 皮膚拡張術（エキスパンダー）、5 削皮術、6 他部位からの植皮術、7 戻し植皮術などが挙げられる。筆者らはクリニックにおいて施行可能な治療を、患者ごとに選択し行っている。当院での術式の選択方法や治療結果について報告する。

【方法】 期間は2017年10月から2022年9月までの5年間。治療の選択は、リストカット瘢痕の範囲が狭い場合、傷の方向が変えられる場合には単純切除術、変えられない場合には、まずはフラクショナルレーザーを施行し、改善が得られない場合には削皮術あるいは戻し植皮術を選択した。リストカット瘢痕の範囲が広い場合には削皮術あるいは戻し植皮術を行った。手術の評価について、瘢痕に対する評価をPOSAS、術前の悩みの改善度についてアンケートを行い評価した。

【結果】 192人202肢に治療を施行した。年齢は平均30.3歳。POSASでの全体的な傷の評価は、削皮術が平均5.6点、切除術が平均5.3点、戻し植皮術が平均2.7点であり、戻し植皮が最も満足が得られる治療であった。術前の悩みについては「他人の目が気なる」「半袖が着られない」という悩みを多く認め、術後の悩みの改善度について、削皮術が平均5.0点、切除術が平均4.0点、戻し植皮術が平均3.5点であった。

【考察】 リストカット瘢痕は社会的にマイナスイメージを有しており、「他人に見せることができない」という心理的悩みを抱える。その治療で重要なことは、自傷行為でできた傷跡とは異なる傷跡に変えることで、患者の心理、自信、自尊心を向上させ、「他人に傷跡を見せられるようになる」ことが治療目標のひとつであると考え。その中で、より満足が得られるよう患者ごとに最適な治療選択を行う必要がある。

一般演題

- ・ 一般口演
- ・ ポスター演題

0-01 リドカイン・プロピトカイン配合クリームを用いた分層採皮の経験

加藤 実怜¹⁾、栗原 佑一²⁾、作田 隆義²⁾、鈴木 友博^{2,3)}、朱 瀛瑤^{2,3)}、新川 宏樹²⁾、
木花 いづみ²⁾、平尾 高行¹⁾

¹⁾ 平塚市民病院 形成外科、²⁾ 平塚市民病院 皮膚科、³⁾ 慶應義塾大学 皮膚科

【背景】リドカイン・プロピトカイン配合クリームは2012年に保険収載された外用局所麻酔薬であり、針の穿刺やレーザー治療の際の疼痛緩和に使用されている。2時間の密閉塗布で最大4mmまで除痛が得られることが知られている。海外では前述の2効能以外にも種々の使用が報告されている。採皮に関しては1985年にその有用性がすでに報告されているが、本邦では形成外科、皮膚科において2つの会議録が渉猟されるのみである。2019年以降の当院における局所麻酔下での分層採皮を要する8症例に対して、リドカイン・プロピトカイン配合クリームを併用し疼痛軽減に繋がった経験について報告する。【症例】対象となった患者は59歳~89歳で、男性3名、女性5名であった。治療対象となった疾患はうっ滞性潰瘍3例、放射線潰瘍1例、糖尿病性壊疽1例、熱傷潰瘍1例、強皮症1例、外傷性皮膚欠損1例であった。いずれも大腿部外側から採皮を行った。採皮部を術前にマーキングし、手術の2時間前からリドカイン・プロピトカイン配合クリームを密閉塗布した。手術直前に23G針にて皮膚を刺激し、除痛の効果を確認した。必要に応じて10万倍希釈エピネフリン添加1%キシロカイン液の局所注射を追加した。その後電動ダーマトームを用いて厚さ0.15~0.40mmで採皮した。追加で局所注射による麻酔を要した症例は1例のみで、その他の症例ではリドカイン・プロピトカイン配合クリーム外用のみでほぼ完全な除痛が得られた。術後の経過はいずれの症例でも良好で、経過中の明らかな有害事象は認めなかった。【考案】今回、リドカイン・プロピトカイン配合クリームの外用による麻酔を併用した分層植皮を行った症例を経験した。適応疾患の制限やコストの面等から国内では使用が限られてきた本麻酔方法だが、その適応の拡大については一考の余地があると考えられる。

0-02 眉毛部の腫瘍切除後に同側耳後部髪際部から複合移植した2例

芳賀 貴裕

気仙沼市立病院 皮膚科

症例1：72歳、女性。9年前から左眉毛部に気づいていた腫瘍が、2-3年前から大きくなってきたため、当科を受診した。皮膚生検でclear cell hidradenomaと診断し、全摘した。皮膚と眉毛の欠損部は、左耳後部の髪際部から採皮した複合移植片を植皮した。植皮は生着したが、毛はほとんどが脱落した。症例2：86歳、男性。3年前から顔面の日光角化症の治療で当科に通院中であった。2020年10月に受診した際、右眉毛部に結節を生じていたため生検したところ、扁平上皮癌であった。全摘して、右耳後部の髪際部から採皮した複合移植片を植皮したところ、完全に生着した。耳後部の髪際部の毛髪は中間毛であり、眉毛部の皮膚欠損創の再建に適していると考えられ、経過の良い症例は過去にも報告されている。症例1では、ほとんど脱毛したが、そういう症例の文献としての報告はない。その原因について自分なりに考察したが、諸先生方のご意見を受け賜わりたく報告した。

0-03 Thiersch植皮による高齢者の皮膚悪性腫瘍摘出後の再建, 11例の検討

山田 益丈¹⁾、白田 俊和^{1,2)}、竹内 早紀¹⁾、久田 智子¹⁾、小寺 雅也¹⁾

¹⁾JCHO 中京病院 皮膚科、²⁾ 中部ろうさい病院 皮膚科

皮膚悪性腫瘍では高齢者においても手術治療が第一選択となるが、多種多様な基礎疾患、術中合併症、術後の安静に伴う併発症に対する慎重な配慮と対策が必要である。高齢者の体力的負担や手術侵襲を考えると、なるべくシンプルな手術方法で手術時間も短く術後の安静期間が短く、早期離床できることが望ましい。全摘術後の皮膚欠損部は、単純縫縮術や有茎皮弁術で修復可能な場合が多いものの、大きな皮膚欠損を生じてしまう際には植皮術が有力な選択肢となる。Thiersch 植皮（極薄分層植皮）は最も薄い植皮であり、生着しやすく感染に抵抗性があり、カミソリにて簡便に採皮することができる。そのため、Thiersch 植皮術による遊離植皮術は、手術時間や術後の安静期間が短くできるので、高齢者の皮膚悪性腫瘍の手術に非常に有力な治療法となる。我々は過去 3 年間に経験した高齢者の皮膚悪性腫瘍切除後の 8 例の皮膚欠損部に対して、Thiersch 植皮を用いて再建を行った。超長期経過観察例の 3 例についても合わせて報告する。全ての症例において、術後の再発なく経過した。また、Thiersch 植皮は最も薄い植皮片であり、短期的な経過観察では植皮部の整容的な見劣り感は否定できないが、全ての症例において術後経過とともに凹状感は著明に改善されて、目立たない状態となっていた。言い換えれば、短期的な予後は若干の整容的問題はあるものの、長期的予後では整容的・機能的にも良好であった。以上より Thiersch 植皮を用いての皮膚欠損部修復は手術方法がシンプルで生着も良好であり、高齢者の皮膚悪性腫瘍切除後の修復方法として、積極的に応用するべき有用な方法と考えている。

0-04 当科における眼瞼黄色腫治療の検討

藤原 修¹⁾、仲本 寛¹⁾、南里 健太¹⁾、櫻井 裕之²⁾

¹⁾ 国立病院機構災害医療センター 形成外科、²⁾ 東京女子医科大学 形成外科

【目的】眼瞼黄色腫に対する治療としては外科的切除、液体窒素、レーザー治療など様々であるが、腫瘍が大きいものでは瘢痕や拘縮が起りやすく、治療法の選択においては各施設によって様々であると思われる。われわれの施設では全例外科的切除を選択しているが、過去 5 年間の症例を検討し、そこで得られた知見、今後の課題について若干の文献的検討を加え報告する。

【対象と方法】2017 年 12 月から 2022 年 12 月までの 5 年間に於いて当院にて手術を行った眼瞼黄色腫症例は 10 例に対して、発生部位、脂質異常の有無、術式、再発の有無などについて調査した。

【結果】年齢は 36 歳から 70 歳（平均年齢 52.5 歳）男性 3 例女性 7 例であった。両側 8 例、片側 2 例、発生部位は上眼瞼内側 3 例、上下眼瞼内側 3 例、下眼瞼内側 1 例、上眼瞼内外側 1 例、上下眼瞼内外側 2 例、外側単独のものはみられなかった。6 例で何らかの脂質異常を認めた。1 例は術後再発であった。手術法は単純切除 7 例、筋皮弁追加例 2 例（3 眼瞼）、電気焼灼 1 例、分割切除 2 例、現在経過観察中の症例も含め観察期間は平均 10.9 ヶ月であり、拘縮例、再発例は認めていない。1 例において後日外側の余剰皮膚切除を追加した。

【考察】眼瞼黄色腫の治療としては 5mm を超えると単純切除に躊躇することも多く、レーザー治療の報告も散見されるが、瘢痕形成、設備等の問題もあり、外科的切除がいまだ一般的である。われわれは特に大きなものに関しては筋皮弁、分割切除を適用することが多い、また切除する際にはよく観察すると黄色腫は内外眼角韌へ続いていくことが多い。黄色腫の発生が眼角韌帯由来で眼輪筋上に沿って出現している可能性を考えると、これらをしっかり切除することが再発防止に繋がること示唆された。今後症例を重ね検討していきたい。

0-05 毛細血管拡張性肉芽腫における結紮治療再考 – 単純結紮法と縫合結紮法について

出光 俊郎¹⁾、吉田 雅絵¹⁾、赤須 里沙子¹⁾、加倉井 真樹²⁾、梅本 尚可²⁾

¹⁾ 上尾中央総合病院 皮膚科、²⁾ 自治医大さいたま医療センター

毛細血管拡張性肉芽腫 (GT) の治療において、結紮法 (ligation therapy) は簡便、かつ優れた方法である。今回、本症の 2 例を経験し、GT における結紮治療について単純結紮法と縫合結紮法について、あらためて、比較、検討したので報告する。症例 1 : 10 歳女児。2 か月前からの左下顎の小豆大易出血性結節。症例 2 : 11 歳女児。半年前から前額部正中の紅色結節で、液体窒素凍結治療後、2 週間前から急速増大、大豆大の鮮紅色結節でかなりの出血をきたして oozing 著明。いずれも局麻下にノバフィル 4-0 で縫合結紮 1 針施行。結節上部のほとんどを切除して病理へ提出。病理は両例とも血管拡張性肉芽腫 (GT) に一致。症例 1 はわずかに残存した結節も 1 週間後には脱落し、縫合糸も脱落。症例 2 も 1 週間後には残存結節、と共に自然に糸が脱落して治癒。7 か月後まで再発、瘢痕なし。いずれも、真皮に残存の血管腫様病変もおそらく自然消退と推定。2010 年相場、角田らのグループにより、GT の結紮療法が報告された (Masu T et al. Int J Dermatol 2010)。GT の結紮治療は単純結紮法が原法であるが、われわれは従来より、縫合結紮法を推奨している。すなわち、結節の基部に少量の局所麻酔薬を使用し、ナイロンなどの縫合糸を 1 針かけて、結紮する方法である。単純結紮ではいわゆる手結びに習熟しないと基部で縛ることが困難である。また、単純結紮では保険上、創傷処置しか、算定できず、高額な縫合糸では持ち出し診療となる。一方、局麻薬使用による縫合結紮法は、基部における結紮の確実性もさることながら、保険上、生検や病理組織 (無色素性黒色腫の否定) の算定が可能である。現在まで両者を比較した検討はないが、以上より、基本的に縫合結紮法が、局所麻酔の手間はあっても、単純結紮法よりも良いのではないかと考えている。

0-06 外来手術における注射針を利用したモノポーラ電気メス先変換による手術

中村 泰大、和泉 光晃、土居 礼一、上村 杏奈、高井 彩也華、森 龍彦

埼玉医科大学国際医療センター 皮膚腫瘍科・皮膚科

外来手術では主として局所麻酔下での小腫瘍の切除などのいわゆる小手術が多い。一方で、小手術だからといって止血装置なしに簡略な手術器具のみで手術を行うと、途中で思わぬ出血に対する止血に手間取ることも多い。また、出血が原因で良好な術野を得られないまま手術を進行してしまうことも多い。実際に、外来手術室や診察室では電気メスなどの止血装置や小手術に適した電気メスブレード (電気メス先) の準備に制限のある施設も少なくないと推察する。当科においても診察室には電気メスは常備されておらず、外来手術室は各科共用であるため、モノポーラ電気メスを用いる場合、小手術に適した先が細かいニードル型の電気メスブレードは装備されていない、そのため、ニードル型電気メスブレードに替わる先の細い電気メスブレードとして注射針を用いた方法を考案し、実臨床で使用している。その実際と利点欠点につき報告する。

0-07 専攻医が一人医長を務める場合に必要となる工夫と派遣元病院からの支援体制について

はちす ゆうすけ
蜂巢 雄介、山城 利文、會沢 哲士、土屋 壮登、久保 諭、田村 聡、東條 照太、東 隆一

防衛医科大学校病院 形成外科

防衛医科大学校卒業生においては、卒後 2 年間の初任実務研修医の後に部隊勤務として 2 年間、自衛隊地区病院や駐屯地・基地医務室、衛生隊等に所属して勤務することが義務付けられている。中でも自衛隊地区病院での勤務については指導医不在の一人での勤務、いわゆる「一人医長」となることが少なくない。

専攻医を関連病院の一人医長にせざるを得ない状況は医局の人員不足等を背景として民間においても生じていると思われるが、安全かつ充実した医療を提供しながら専攻医としての成長を得るには工夫が必要である。

筆者は自衛隊札幌病院形成外科における 2 年間の専攻医一人医長の経験において、患者数ないし経験症例数を増やすこと・難症例に対処すること・診療しやすい環境を作ること意識し工夫を重ねた。自らだけでは対応困難な場合はすぐに防衛医科大学校病院形成外科に相談し、指導医から電話等でアドバイスを受けたり、必要ならば指導医が駆けつけ一緒に手術をすることで安定した診療を継続し多くの症例を経験することができた。

以上を踏まえ、専攻医が一人医長を務めるにあたり理想的な派遣元病院からの支援体制について考察する。

0-08 包括的高度慢性下肢虚血に伴う難治性潰瘍に対しレオカーナを用いた1例

寺山 唯、堀 圭二郎、八巻 隆

東京女子医科大学附属足立医療センター 形成外科

【目的】包括的高度慢性下肢虚血（chronic limb-threatening ischemia：以下、CLTI）に伴う壊疽では血行再建術や壊死組織の除去が必要となるが、下肢虚血、組織欠損、感染などの要因が絡み治療に難渋することがある。創傷治療や血行再建術のみで臨床経過が十分でない場合や血行再建術が困難な場合には、補助療法として血液浄化療法が注目されつつある。今回我々は血行再建術不適応の CLTI に伴う難治性潰瘍に対しレオカーナ（カネカメディックス：LDL アフェレーシス）を用いて創収縮を得た症例を経験したので報告する。

【症例】47 歳女性。既往に全身性エリテマトーデス、ループス腎炎を原疾患とする慢性腎不全があり維持透析を行っている。右第 5 趾外側に潰瘍を形成し、右第 5 趾壊死の進行と感染の増悪を認めたため、右第 5 趾基部を中足骨のレベルで切断した。切断端は開放創として感染は制御されたが創治癒が遷延した。カテーテル検査、皮膚灌流圧測定で右下肢の血流低下を認めたが、血行再建術不適応であったためレオカーナを導入し、計 24 回施行した。右第 5 趾切断後に 3 × 3cm であった潰瘍はレオカーナ導入後より徐々に縮小し、24 回目を完了した後には 1 × 1cm となった。また、患部の冷感が改善したという患者の訴えがあった。

【考察】血行再建術不適応の CLTI に伴う難治性潰瘍に対してレオカーナを用いた症例を経験した。本症例においてはレオカーナが外科的治療や創傷治療のみでは治療効果の乏しい症例に対し有用であった。CLTI に伴う潰瘍の創傷治療評価に関しては、指標として確立されたものはなく、臨床所見により判断を行っている。レオカーナによる創傷治療評価の指標に関して今後更なる症例の蓄積や分析が望まれる。

0-09 Calciphylaxisを発端とする左下肢壊死性軟部組織感染症および陰茎壊死を認めた1例

宮崎 明子、瀧口 徹也、石川 紋子、久野 真名実、山本 杏奈、柿沼 翔太、杉村 友紀、
太田 悠介、中川 雅裕

浜松医科大学医学部付属病院 形成外科

【はじめに】Calciphylaxis は末期腎不全により透析療法を受けている患者を中心に発症し、有痛性の紫斑を伴う難治性皮膚潰瘍を主症状とする疾患である。下肢、躯幹、陰茎での発症例が多く、四肢末端（肘、膝関節以遠）を中心とした末梢型と躯幹や陰茎を中心とした中枢型に分類される。死亡率は 50%を上回るとの報告が多く、特に中枢型を発症した場合の予後は極めて不良であるとされる。

【症例】55 歳男性。慢性糸球体腎炎により 44 歳時に透析導入となった。50 歳時に大動脈弁閉鎖不全症に対して人工弁置換術を施行し、ワーファリンの内服を開始した。その約 3 年後から両下腿に皮膚潰瘍が出現。潰瘍は増悪と改善を繰り返すも次第に強い疼痛を伴うようになったため当院皮膚科を受診。皮膚生検を行い calciphylaxis の診断にいたった。軟膏治療で経過をみていたが感染を生じ、急激に壊死が進行したところで当科紹介となった。初診時にはすでに大腿まで壊死範囲は拡大しており、緊急で大腿切断を施行。しかし感染制御がつかず、その後に股関節離断を施行した。また、経過中に感染創とは別に陰茎壊死を生じ、こちらも陰茎切断を余儀なくされた。Calciphylaxis のリスク因子としてワーファリンが指摘されているが人工弁置換術後のために休薬はできず、入院中はヘパリンでの管理とした。創部局所の処置および抗生剤加療により、患者は現在まで存命であり治療継続中である。

【考察】Calciphylaxis はまだ医療者間でも認知度の低い疾患である。詳細な機序も明らかになっておらず確立した治療方法もない。しかし、発症した場合の死亡率は極めて高く、本疾患が鑑別に挙がる場合には早急な対応が必要である。最近では国内でも少しずつ研究がされるようになり、リスク因子や治療方法について新たな知見も得られてきたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

0-10 40年前の放射線治療の晩発性障害として腕神経叢麻痺と病的骨折を合併した一例

つちや まさと
土屋 壮登、川上 沙織、田村 聡、久保 諭、會沢 哲士、東 隆一

防衛医科大学校 形成外科

【背景】放射線治療後の病的骨折や腕神経叢麻痺の報告は稀である。今回放射線治療後約40年後に発生した腕神経叢麻痺と鎖骨骨折を経験したため報告する。

【症例】69歳女性。10代のころ右頸部肉腫に対し外科的切除と放射線療法を受けた。29歳時同部位に放射線皮膚潰瘍を生じ、デブリードマンとDelto-Pectral flapで再建された。60歳頃より右上肢の筋力低下と感覚障害が出現してきたが放置していた。69歳時ショルダーバックを背負った際に右鎖骨骨折を受傷し、骨折断端が皮膚を圧迫し発赤を生じたため当院形成外科を受診した。悪性腫瘍による病的骨折を疑い、MRI、骨生検を行ったが、悪性所見はなく、ともに変性の所見のみであった。腰椎骨密度検査では若年成人平均値の81%であり、骨粗鬆症の診断には至らなかった。またMRIでは三角筋の萎縮があり、針筋電図を行ったところ腕神経叢麻痺の所見を認めた。以上の所見より10代の放射線療法の晩発性障害による病的骨折と腕神経叢麻痺の診断となった。鎖骨骨折に対し、骨折部周辺のデブリードマンと、遊離腓骨皮弁による鎖骨の再建を行ったが遊離皮弁は壊死した。鎖骨は皮膚を圧迫しないように再度デブリードマンし、術後1年でトラブルなく経過している。

【考察】Emamiらは神経の耐用線量は70Gyであることを報告している。またGrigsbyらは30Gyで骨組織の変性が始まり、50Gyで病的骨折のリスクが上がると報告している。本症例では骨折に先んじて腕神経叢麻痺が出現しており、骨折のリスクは予見可能であったと考えられる。本症例から放射線照射部位で神経麻痺が出現した際は周囲の骨折に注意すべきであることが示唆された。

0-11 静脈うっ滞性潰瘍に対する人工真皮OASIS®の使用経験について

すずき さち
鈴木 沙知¹⁾、新谷 恒弘²⁾、福井 剛志¹⁾

¹⁾ 静岡赤十字病院 形成外科、²⁾ 同 血管外科

【はじめに】静脈うっ滞性潰瘍(CVI)は、比較的良好に遭遇する疾患であるが発生機序についての詳細は不明な点も多く、その診断や治療に難渋することも少なくない。我々は難治性のCVIに対し、複合的治療に加えて人工真皮OASIS®を併用し良好な成績が得られたので報告する。【対象と方法】CVIと診断され、圧迫療法及び静脈に対しての治療が施されたにも関わらず改善しない症例や再発を繰り返すいわゆる難治性CVIを対象とした。当院における難治性CVIの基本的な治療方針は、入院加療下に安静として十分に浮腫を軽減し、また二次感染を伴う症例に対しては感染をコントロールした後に、創閉鎖を計画する。今回は創閉鎖の方法として植皮術を用いずOASIS®を貼付し、貼付前後でのVCSS(Venous Clinical Severity Score)及び潰瘍の大きさを比較した。【結果】2022年1月から12月まで6例(男性2例、女性4例)の難治性CVIを経験した。2例に表在性静脈の逆流を認め同一入院中に血管内焼灼術を施行した。VCSSは平均4点の改善が得られ、潰瘍の大きさも全例で治癒または大幅な縮小を得られた。【考察】CVIによる潰瘍は治癒後の再発率が高いことが問題点である。大きな潰瘍に対しては植皮術が選択されることが多いが、植皮術自体に再発予防の効果はなく、術後に安静を要するため入院期間が延長する、採皮部を必要とする、などの欠点もある。そこで我々はコロナ感染症蔓延によりベッドコントロールが困難な状況下で植皮術の代わりにOASIS®貼付を選択した。OASIS®はブタ小腸粘膜下組織由来のコラーゲンシートであり、貼付に特殊な技術は不要で、貼付後は安静度の制限等も不要であるため外来通院治療も可能である点が有用であり、アフターコロナにおいても閉創方法の選択肢の一つになり得ると考えた。

0-12 開頭術後の異物露出による難治性潰瘍に対するperifascial areolar tissue graftの有用性

堀 圭二郎¹⁾、寺山 唯¹⁾、八巻 隆¹⁾、櫻井 裕之²⁾

¹⁾ 東京女子医科大学附属足立医療センター 形成外科、²⁾ 東京女子医科大学 形成外科

【目的】開頭術では閉鎖時に骨弁、人工骨、固定用プレートなどが用いられるが、術後にこれらを原因とした感染や異物反応により潰瘍を形成し難治化することがある。単純縫縮や局所皮弁で創閉鎖することもあるが再発をくり返すことが多く、このような症例に対しては侵襲の大きい遊離皮弁などが検討される。今回我々は小範囲の異物露出を伴う難治性潰瘍に対し Perifascial areolar tissue (PAT) graft を用いて創閉鎖を得た症例を経験したので報告する。

【方法】対象は2019年9月から2022年6月までに治療を行った3症例である。症例1：67歳女性、脳腫瘍に対して4回の開頭腫瘍摘出術が行われている。術後2年でプレートが露出して難治性潰瘍となった。異物をすべて除去し、1×1.5cmの骨露出を伴う皮膚欠損にPAT graft を移植した。症例2：76歳男性、頭蓋内腫瘍生検のため開頭術を行ったが術後2年で創部に瘻孔を形成し、内部にプレートを認めた。異物を可及的に除去したところ骨弁露出と骨欠損および1×1cmの皮膚欠損を認めたためPAT graft を移植した。症例3：65歳男性、脳出血に対し開頭術を行ったが、術後8年でチタンプレートの露出を伴う難治性潰瘍を生じた。異物を除去し、骨弁の露出を伴う2×2.5cmの皮膚欠損部にPAT Graft を移植した。

【結果】いずれの症例も術後1から2ヵ月で創閉鎖が得られ、術後3年から6ヵ月の時点で潰瘍の再発は認めないが症例によっては骨欠損部に陥凹変形をきたしている。

【考察】開頭術後の異物露出による難治性潰瘍に対してPAT graft が有用な症例を経験した。PAT graft は比較的侵襲であり、創周囲が癒着化した潰瘍に対して有用であった。PAT graft による創閉鎖後は陥凹変形や潰瘍再発の可能性があり注意深く経過を見ていく必要がある。

0-13 下肢プレート露出創に対する陰圧閉鎖療法

東 隆一^{あずま りゅういち}、會沢 哲士、土屋 壮登、久保 諭、川上 沙織、田村 聡、山城 利文、東條 照太
防衛医科大学 形成外科

【背景】下腿骨骨折や踵骨骨折術後に、創離開または皮膚壊死によりプレートが体表に露出した場合、人工物への細菌定着が起こり、創部感染や骨髄炎のリスクが懸念される。これに対して従来は早期のプレート抜去や皮弁による創閉鎖が行われてきた。近年は陰圧閉鎖療法(NPWT)の有用性も報告されており、その報告の多くは陰圧閉鎖療法に引き続き皮弁や植皮による創閉鎖を勧めるものである。

【方法】我々は、下肢プレート露出に対してNPWTとその後の保存的治療のみで対処する方法をとっている。治療方法は以下のとおり。

- ①壊死組織のデブリードマン
- ②NPWT (PICO[®] 創傷治療システム) を2～3週間施行
- ③創の洗浄を連日行う。残った瘻孔内の不良肉芽を週1回程度搔爬し、ドレナージ孔として保持する。
- ④ドレナージ孔が良好な肉芽でふさがった場合のみ搔爬を中止し、自然に創閉鎖させる。

この方法をとった8症例の治療経過を検証した。

【結果】下腿骨6例中4例、踵骨2例中1例で創治癒が得られた。残る下腿骨2例、踵骨1例は、数ヶ月ドレナージ孔を保った状態で維持し、プレート抜去手術に至った。最終的に全例で良好な骨癒合が得られた。プレート露出後早期にNPWTを行った症例ほど、創治癒が得られやすい傾向が見られた。

【考察】プレート露出創に対するNPWTに関しては、プレートが健康な肉芽で覆われることはないとする意見や、皮弁や植皮と組み合わせれば有用であるとする論文もある。様々な治療選択肢が考えられる中で、NPWTのみでも十分に治療可能であることが分かった。ポイントとしては、プレート露出後すぐにデブリードマンを完了し、NPWTをなるべく早期に開始するのと、NPWT終了後は、良好な肉芽でドレナージ孔が埋まった場合のみ創閉鎖を許し、基本的には孔を開存させるのに努めることが重要と考える。

O-14 手術用顕微鏡のLEDで医原性熱傷を起こした一例と安全使用のための実験的考察

ふくどめ しょう
福留 翔、土屋 壮登、川上 沙織、田村 聡、久保 諭、會沢 哲士、東 隆一

防衛医科大学校病院

【背景】形成外科診療において顕微鏡下手術は広く行われている手術法であり、当院でも多く行われている。われわれはリンパ管静脈吻合時に顕微鏡のLEDライトによる熱傷の一例を経験した。そのため顕微鏡のLEDが皮膚にどのような影響を与えるか実験を行い、症例とともに併せて報告する。【症例】39歳女性。子宮頸がんに対して広汎子宮全摘術を施行され、2か月後より右下肢の浮腫を自覚し当院形成外科を受診した。複合的理学療法を導入し10か月後にリンパ管静脈吻合術を行った。手術は全身麻酔下に4吻合を行った。そのうち術直後より右鼠径部の切開部位に表皮剥奪を認めた。術翌日より水疱を形成し、術後14日目には鼠径部切開創周辺に10円玉大のⅢ度熱傷を3か所認めた。外来でのデブリードマンにて術後約2か月で上皮化した。

【考察】皮膚は44℃以上の温度への曝露により熱傷が起こるとされ、そのうち60℃以下の低温で起こるものは低温熱傷と定義される。低温熱傷は一般的に44℃で6時間、50℃では3分間の曝露で生じるとされる。顕微鏡下手術は比較的長い時間、光源が対象組織へと照射されるが、とりわけリンパ管静脈吻合では皮切から閉創まで全てが顕微鏡下で行われる。更に吻合には高倍率となるため、必要とする光度も強くなり、医原性熱傷が生じやすい状態にあると考えられる。これを予防するには、光源の光度と距離が皮膚の表面温度にどのように作用するかを術者が理解し、顕微鏡を安全に使用することが必要である。

O-15 マクロファージ特異的ゲルゾリンノックアウトマウスにおける皮膚の創傷治癒

豊原 瑛理^{1,2)}、佐々木 文之²⁾、土肥 輝之¹⁾、小川 令¹⁾、森田 林平²⁾

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 日本医科大学大学院 微生物学・免疫学分野

【目的】皮膚に傷ができると損傷部では炎症が誘発し（炎症期）、続く線維芽細胞の遊走、血管新生や肉芽形成（増殖期）、さらに組織の再構築（成熟期）を経て治癒に至る。マクロファージなどによって誘導される炎症応答は感染防御や増殖期への移行において重要な過程であるが、炎症の遷延は創傷治癒の遅れや異常な癩痕の形成に繋がるなど QOL を著しく低下させる。マクロファージの NLRP3 インフラマソームは炎症を惹起する分子複合体であるが、我々はゲルゾリンが NLRP3 の抑制因子であることを見出している。ゲルゾリンには細胞質型と分泌型があり、細胞質型はアクチン重合の制御、分泌型は抗炎症作用を有するが、皮膚創傷治癒への作用は不明である。そこで我々はマクロファージ由来のゲルゾリンの皮膚創傷治癒に与える作用の解明を目指している。【方法】マクロファージ特異的ゲルゾリン欠損（Gsn-cKO）マウスと対照マウスの背部に皮膚欠損創を作製し、創傷治癒の経過を観察した。また創傷作製 14 日後に皮膚を採取し、組織免疫染色により血管新生（CD31）と線維化（Vimentin, α SMA）を評価した。ゲルゾリンが線維芽細胞に与える影響を調べるために、大腸菌より精製した組換え細胞質型ゲルゾリンを野生型マウスの耳由来の線維芽細胞に添加し、増殖能と遊走能を解析した。【結果】Gsn-cKO マウスは対照マウスと比較して、創閉鎖や上皮化の速度に差はなかったが、血管新生や線維化が減少傾向にあった。一方ゲルゾリン添加により線維芽細胞の増殖能や遊走能が亢進したことから、マクロファージ由来のゲルゾリンは血管新生や線維化を促進している可能性が示唆された。【考察】細胞外ゲルゾリンとその産生経路は皮膚創傷治癒に伴う血管新生・線維化の治療標的となることが期待される。

O-16 ケロイドのnoduleにおけるWarburg effectについて

李 有姫¹⁾、上田 晃一²⁾、伊藤 裕子³⁾

¹⁾ 済生会吹田病院、²⁾ 大阪医科大学形成外科、³⁾ 同 一般外科

ケロイドは長期間にわたり増殖し維持されることが特徴である。当科の先行研究でケロイドの中心では虚血かつ解糖系優位に ATP が持続しており、がん細胞と同様に Warburg effect が起こっている可能性が示唆された。そこで本研究ではケロイドに存在する小結節 nodule に注目し、nodule が継続的なエネルギー獲得に重要な役割を果たすと考え、nodule を辺縁部（MZ）と中心部（CZ）にわけ、各 zone の Warburg effect の関与を検討した。

Warburg effect に関連する解糖系の律速酵素である PKM ファミリー（PKM1、PKM2）および PTBP1 について免疫組織化学染色および western blot を行い、PTBP1 標的 miRNA（miR-133b, miR-200b,c）について qRT-PCR を行った。

Western blot にて皮膚と比較しケロイドでは PKM2 が強く発現する傾向にあった。免疫組織化学染色の結果、nodule 全体で PKM2 が有意に発現しており、各 zone については CZ の線維芽細胞で解糖系およびオートファジーの亢進を認めた。Warburg effect については PKM1 および PTBP1 は MZ に発現が高く、PKM2 は CZ に高く発現する傾向があった。また qRT-PCR では皮膚に対しケロイドで miR-133b の発現低下を認めた。

以上より、Warburg effect は nodule 全体で起こっており、MZ では miR-133b の発現低下により脱制御された PTBP1 が活性化することで PKM1 発現線維芽細胞を PKM2 発現線維芽細胞へスイッチングし、CZ へ補充されることで Warburg effect が起こりエネルギーを獲得していると考えられた。また、miR-133b のような PTBP1 標的 miRNA がケロイドの核酸医薬となる可能性が考えられた。

O-17 Keloidal Collagenにおける細胞外基質の網羅的タンパク質解析

すずき ゆきな
鈴木 志奈、土肥 輝之、市野瀬 志津子、加来 智恵美、松本 典子、木暮 隆太、大久保 ゆり、
土佐 眞美子、小川 令

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

【目的】ケロイドは、ざ瘡や外傷など真皮深層まで達する炎症を契機に、創傷治癒過程の異常により生ずる線維増殖性疾患である。病理組織学的には Keloidal Collagen (以後 KC) と言われる特徴的な膠原線維塊が出現することが知られており、この塊により診断されるが、KC の発生機序は未だ明確になっていない。そのため、KC を構成する成分を知ることは病態解明において重要である。

【方法】ケロイド発生部位とされる真皮網状層ではエオジン好性の赤く染まる線維成分の中で、部分的に強く染まる部分があり、硝子様の太い膠原線維が錯綜するように走行する KC と言われる特徴的な膠原線維塊がある。この部分をレーザーマイクロダイセクションにより分離採取し、網羅的タンパク質解析である、LC-MS/MS によるショットガン解析を行った。(n=3)

【結果】KC の網羅的タンパク質解析の結果、371 因子もの細胞外基質を構成する成分が同定された。Intensity Based Absolute Quantification (iBAQ) 法を用いた絶対定量による定量的解析の結果、構成コラーゲンでは、Collagen Type1 以外に Type3、14、6、12 がこの KC の主な構成コラーゲンであった。コラーゲン以外の主な細胞外基質成分では、Dermatopontin、Asporin、Fibronectin などを認めた。

【考察】ケロイドに特徴的な KC は、成熟癬痕や肥厚性癬痕と病理組織学的に鑑別されうる重要な要素であり、本解析の結果、KC におけるコラーゲンの構成成分が判明し、その他の主な細胞外基質構成成分も判明してきた。免疫電子顕微鏡解析で、この KC 周囲に α SMA 陽性線維芽細胞群の存在も判明しており、この特徴的な KC を形作る重要な細胞群とこの主な細胞外基質成分との関連を検討することで、ケロイドの病態解明に近づいていきたい。

O-18 ケロイド増殖に対してケロイド結節の果たす重要な役割

うえだ こういち
上田 晃一¹⁾、李 有姫³⁾、木野 紘美¹⁾、梅田 千鶴¹⁾、大橋 剛輝¹⁾、伊藤 裕子²⁾

¹⁾ 大阪医科大学形成外科、²⁾ 同一般消化器外科、³⁾ 済生会吹田病院

【背景】我々はケロイド結節の中心部で autophagy や嫌氣的解糖が盛んに行われていることを報告した。今回、ケロイドの長期経過でケロイド結節が果たす役割について検討した。【方法】2007 年から 2020 年に当院で切除されたケロイドサンプルを利用。罹患期間を 2,4,6,17 年の 4 群に分け、7 症例のサンプルから抽出した 57 ケロイド結節について検討した。(1) 線維芽細胞の細胞密度をケロイド結節内とそれ以外の部位で、比較するため、vimentin と DAPI が同時染色される線維芽細胞をカウントし、Image J を用いて比較した。(2) H.E. 染色のケロイド結節の面積を計測し、その平均を、4 群間で比較した。(3) ケロイド結節がケロイド全体の面積に対して占める割合 (%) を比較した。(4) ケロイド全体の面積に対して結節が占める個数を比較した。

【結果】(1) ケロイド結節内の線維芽細胞 (190.29 ± 64.45) はそれ以外の部位 (140.18 ± 63.94) ($P < 0.05$) と比較して優位に細胞密度が高かった。(2) 結節の面積は 2 年から 4 年の間で増加し、その後 7 年で減少し、17 年でほぼ水平に近いがゆっくりと増加した。(3) 結節の面積が全体に対して占める割合 (%) は徐々に増加し、17 年では 48% を示すものがあつた。(4) 結節の個数は罹患年数とともに徐々に増加する傾向にあつた。

【考察】ケロイド結節では線維芽細胞の細胞密度が他の部位より高いことより、エネルギー代謝が高いと考えられる。組織像で結節内に血管が入り分割する像が観察されたことから、結節はある一定の面積になると分割によって数を増加させ、ケロイド全体にしめる個数と面積を増加させるのではないかと考えられる。ケロイド結節はケロイドの長期にわたる増殖のエネルギー代謝に深く関わっていると考察される。

O-19 患者立脚型アウトカム研究を用いた異常癬痕に対する手術加療の有効性の検討

三山 彩¹⁾、土肥 輝之¹⁾、Whitney Quong¹⁾、清家 紗耶佳¹⁾、松村 一²⁾、小川 令¹⁾

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 東京医科大学病院 形成外科

【目的】外傷や熱傷、手術創などから発生するケロイドや肥厚性癬痕は、掻痒や疼痛などの自覚症状に加えて醜形を含めた心理的な強い負担となり、QOLの著しい低下をもたらす。感染や機能障害、醜状や症状が著しく問題となる際には外科的治療を行う。本研究では、ケロイドや肥厚性癬痕に対する外科的治療（ケロイドには術後放射線治療を併用）を行った患者に対して、術前後での傷跡の主観的評価・解析を行ったので、文献的考察を交えて報告する。【方法と対象】ケロイド・肥厚性癬痕に対する手術加療を行った外来通院中の患者100名を対象としてアンケート調査を行った。術直後～1か月の身体的変化に加え、治療前と治療後6か月以降の2時点での変化を追った。評価は傷跡の性状や症状、心理学的特徴などをScar Q、POSAS、独自に作成した質問票を使用し解析した。【結果】周術期における辛い身体症状は疼痛、ひきつれ感であった。しかし疼痛は術後約1週間以内には改善し、半数以上が術後1週間以内には仕事復帰が可能であった。長期的な評価では、術前より傷あとの見た目が改善したと回答した患者は約8割で、これに伴って約8割が悩みも減ったと回答し、心理的側面でも改善を認めた。SCAR-Qでも、術前後で傷の症状・見え方・心理的側面の3項目全てで改善を認め、手術加療に対する満足度は高かった。一方で、術後の傷あとの更なる改善を望む人は3割にのぼった。【考察】侵襲を伴う手術加療は疼痛や引きつれなどの一時的な負担はあるが、長期的な負担にはなっていないことが示唆され、今後も必要な症例では積極的に検討されるべきである。しかし、術後の傷あとの更なる改善を望むこともわかり依然として傷あとが患者の負担となっていることが示唆された。今後は更にアンケート調査・解析をすすめて心理面も含めた術後フォローアップおよび評価法についても最適化していきたい。

O-20 DIEP flapを用いた乳房再建後の創部癬痕の検討

武石 白馬¹⁾、茅野 修史¹⁾、武石 明精²⁾

¹⁾ 南大和病院、²⁾ 一般社団法人乳房再建研究所

DIEP flapを用いた乳房再建では、皮弁採取部が広く、閉創時に強い緊張がかかり、しばしば肥厚性癬痕が見受けられる。また再建乳房では皮弁重量により創部に緊張がかかることから肥厚性癬痕を伴うことがある。今回我々は皮弁採取部及び再建乳房の術後癬痕を評価し、患者の特性によって癬痕の状態に変化が見られるか調査を行なった。

【方法】2015年1月～2022年3月にDIEP flapを用いて乳房再建を行なった71症例を対象に術後半年以上経過した症例の創部の状態を、DIEP flapのzone分類を元に4区画に分割し、さらに臍部を含めた計5区画に分け癬痕を評価し、さらに胸部術後創部の状態について後ろ向きに調査を行った。癬痕の判定は、外来診療所見と術後写真を合わせて検討した。

【結果】皮弁採取部では、肥厚性癬痕を認めた症例は第一区画:8例、第二区画:9、第三区画:8、第四区画:7、臍部:11例であった。1例のみ臍部にケロイドを認めた。またBMI及び身長と皮弁幅との比率によって肥厚性癬痕・ケロイドの発生率に優位差は認めなかった。再建乳房では、肥厚性癬痕を伴った症例が9例であった。そのうち、創部上縁のみ肥厚性癬痕を認めた症例は5例であった。

【考察】皮弁採取部には閉創時、強い緊張はかかるが、創部の区分・患者の特性によって癬痕の状態に明らかな差は認められなかった。このことから、癬痕を考慮して、皮弁サイズを縮小させる必要はなく、閉創可能な範囲で皮弁採取を行うことができる。再建乳房では上縁に肥厚性癬痕を多く認めた。DIEP flapは重さがあるため上縁に緊張がかかりやすいことからこのような結果に至ったと考える。

【結語】DIEP flapを用いた乳房再建後の術後創部癬痕では、創部の区分・患者の特性によって癬痕の状態に明らかな差は認められなかった。

0-21 演題取り下げ

0-22 手足合指症における背側矩形皮弁のデザインの工夫と術後形態の検討(第2報)

木野 ^{きの} 紘美、上田 ^{ひろみ} 晃一、大橋 剛輝
大阪医科薬科大学 形成外科

【目的】 手足合指症手術の指間形成には矩形皮弁や、三角皮弁など施設により様々な方法が行われており、いずれの術式においても機能的・整容的な結果が求められる。現在、矩形皮弁とジグザグ切開を行い、欠損部に遊離植皮術を行うことが一般的な方法であり、当院でも矩形皮弁で指間形成術を施行してきた。しかし、生理的な指間を考慮すると、指間は両側を円柱状の指に挟まれたユニット構造をしており、指間と指の境界は内側にくびれた形態をしている。この形態に着目し、当院では矩形皮弁の斜辺にくびれをつける方法を行っている。前回の本学会で矩形皮弁にくびれをつけた方法の術後を比較し報告した。今回さらに症例と検討を追加したので報告する。

【方法】 2011年1月～2022年12月に当院で行った手足の合多指症手術31症例44指間を対象とした。従来の矩形皮弁を直線型、矩形皮弁の斜辺を内側にくびれをつけたものをくびれ型とし、それぞれの型で術後の指間形態や指の開き具合、皮弁や植皮の癒痕、色素沈着の程度を比較し検討した。術後は3か月以上経過したもので評価を行った。

【結果】 直線型とくびれ型のどちらでも比較的良好な形態が得られた。いずれの評価でも有意な差は認めなかった。多指間の合指症を同時に行った際に、植皮部の色素沈着が目立つ結果となった。

【考察】 合指症手術は生理的な指間を再建することが目的であり、より良い形態にするために様々な皮弁の報告がある。前回の報告では当院で行っているくびれ型の矩形皮弁は血流障害を考慮し、皮下組織を多くつけて行うことで自然な指の形態が得られ、有用であることを報告している。今回も症例を追加し、良好な形態が得られている。多指間の際は鼠径からの採皮を行う必要があり、皮膚の性状が異なるため植皮後の色素沈着がやや強く現れると考える。今後もさらに症例を増やし、検討する。

0-23 尿道下裂術後の尿道狭窄を生じた症例に対し尺側前腕皮弁で尿道再建を行った3症例の経過について(第2報)

おおはし ごうき
大橋 剛輝、由本 章子、木野 紘美、上田 晃一

大阪医科薬科大学 形成外科

【はじめに】尿道下裂は尿道の発生異常に伴う先天性尿道異常であり、発生率は男児 300 人に 1 人程度である。幼少期の初回手術後に尿道狭窄を生じた症例は難治性となりやすく、多くの場合複数回の手術を必要とする。前回の研究会で我々は、上記のような尿道狭窄を来した症例に対して尺側前腕皮弁を用いた尿道再建方法を報告した。前回報告の 2 症例は 10 年以上問題なく経過し、他の文献による報告よりも長期的に良好な経過を辿った。今回は 3 症例目として、非常にケロイド体質の強い患者に生じた尿道下裂術後の尿道狭窄に対して同手術を行ったためその経過について若干の考察を加えて報告する。

【症例】47 歳男性。生下時より認める尿道下裂に対し、14 歳時に初回手術を行った。その後尿道狭窄を繰り返し、45 歳時に尺側前腕皮弁による尿道再建を行った。

【結果】周術期は問題なく経過したが、術後約 6 か月で尿道の再狭窄を来した。また、前腕皮弁の donor 部位や膀胱瘻作成部位は肥厚性瘢痕が強かった。尿道再建後約 1 年で狭窄部位の修正手術を行い、局所皮弁で再度尿道の拡張を行った。再手術後 2 年が経過しているが、現在のところ尿道狭窄の再発はない。

【考察】本症例は皮弁で作成した尿路と残存尿路の吻合部に狭窄をきたしており、同部位は病理検査で keloidal collagen を含む肥厚性瘢痕あるいはケロイドという診断であった。先日報告した 2 症例の場合、再建尿路（重層扁平上皮）と残存尿路（移行上皮）の上皮成分の違いが問題になると考察した。しかしケロイド体質の患者ではやはり吻合部が術後すぐに肥厚を来し、より早く狭窄に至ると考えられる。再手術後は長期間リザベンの内服、ネラトンの自己挿入による狭窄予防を継続している。尺側前腕皮弁による尿道再建を行う患者がケロイド体質であった場合は術後経過を注意深く観察する必要がある。

0-24 演題取り下げ

0-25 排膿を伴う左肩から腋窩にわたる巨大ケロイドの治療経験

久保 ^{くほ}元志郎、土肥 ^{げんしろう}輝之、張 萌雄、亀谷 美菜、福満 紅実、小川 令
日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

【目的】ケロイドは皮膚線維増殖性疾患で、周囲正常皮膚へと炎症が拡大し、疼痛や掻痒のみならず、ひきつれや排膿もきたすことがある。今回我々は、運動障害や排膿を繰り返す巨大ケロイドを分割切除による外科的治療を含む集学的治療にて良好な経過を得たため、治療戦略を交えて報告する。【症例】62歳女性。幼少時のBCGワクチン接種部位より左肩ケロイドが発生した。成人後も拡大続けるため悪性腫瘍も疑われ、45歳時に生検するもケロイドと診断された。その後も病変が拡大し、肩の外転制限や排膿を繰り返すも保存的に治療していたが、症状が強く、加療目的にて62歳時に当院紹介となった。【経過】左肩ケロイドは上腕、頸部、胸部、背部まで肩全体をパンケーキ状に占拠し、病変全周にわたり辺縁は赤く厚みのあるケロイドを呈していた。前・後腋窩線付近では正常皮膚が巻き込まれ、またケロイド辺縁では一部Cystをつくるなど、多数排膿箇所を認めた。全切除は困難と判断し、炎症の強い辺縁部のみの部分切除を計画した。全周の炎症の強いケロイド部・感染部をできるだけ切除し、肩関節の拘縮を解除した。切除後の上腕側の大きい欠損には、上腕背面から3.5×12cm大の横転皮弁を充填した。筋膜減張縫合を用いて創部真皮への張力を解除し、創閉鎖した。術後1週間で放射線治療（18Gy/3分割/3日間）を行い、残存ケロイドには長期的にエクラープスターを貼付した。術後2年半経過し、残存ケロイドも含め成熟化している。【考察】巨大ケロイドは、運動障害や排膿を繰り返し、著しいQOLの低下をもたらす。しかし、外科的加療が適応にならないとされ、感染への治療のみ行われる場合がある。全摘出は不可能であるが、炎症の強いケロイド辺縁部の部分切除を検討することで、巨大ケロイドに対する集学的治療を可能とし、大きくQOLを改善することができ、有効な治療戦略の一つとなると考えられた。

0-26 前胸部ケロイド手術症例22例の検討

うえはら みゆき
上原 幸、清水 史明

大分大学医学部附属病院 形成外科

【目的】当科で2017年1月から2022年7月までの5年7ヶ月において前胸部ケロイドに対し癒痕拘縮形成手術を行った22例について検討した。

【方法】男性11名、女性11名、手術時の年齢は18歳～80歳で、平均年齢42歳であった。前胸部以外にもケロイドがあったのは8例で7例が男性、そのうち6例が肩に併発していた。術後電子線照射をした症例は21名で2回手術された男性が線量をかえて2回照射を行っていた。照射は6MeVで合計20Gyであった。評価法はすべてJSW ScarScale (JSS) 2015を用いて術前後の評価を行った。

【結果】JSSの低リスクは0例、中リスクが8例、高リスクが14例であった。術後明らかに症状が増悪した2例は20代でざ瘡が原因のケロイドであった。新規のざ瘡を作らないよう外用、漢方内服の継続やステロイド貼付剤の長期使用をひかえるなどの工夫を行っていた。1例は新規ざ瘡による増悪だったがもともとのケロイド自体も不整形に広がり、症状を伴っていた。1例はざ瘡は認めなかったが、術後創部感染による炎症が長引いたため、約1か月半後療法ができなかった。一方術後JSSが0～1のほぼ治癒といえる8症例は平均年齢が53歳であった。79歳と80歳で手術施行された2例は電子線照射以外の後療法はされていなかったが、治癒していた。

【考察】前胸部ケロイドは半数以上がJSS高リスクの患者に生じているが、術後電子線照射、後療法を行えば9割の患者では改善が認められる。ただし、様々な手を尽くしても若年者では術後スコアが増悪することがあるため注意が必要と思われた。手術ではZ形成を加えるために創部が分散されて広がるリスクがあり、患部のケアが1箇所できなくなり、術後の患者満足度が低下していると思われる。手術適応については慎重に判断すべき点があると考えられる。

0-27 腹腔鏡下手術後の臍部ケロイド・肥厚性癒痕の治療 ～癒痕内部分切除+術後ステロイド局所注射～

むらお なおき
村尾 尚規、大出 俊一、市川 和英、佐々木 了

国家公務員共済組合連合会 斗南病院 形成外科

【目的】臍部の小さい切開で行われる腹腔鏡下手術は、従来の開腹術と比較し術後癒痕が臍部に隠れる、低侵襲で術後疼痛が少ない、退院までの期間が短いなどの利点がある。一方で、臍部の切開創がケロイド・肥厚性癒痕化し、臍窩が癒痕に覆われると、治療に難渋する。臍窩に貯留した老廃物は感染・炎症の原因となる。臍部のケロイド・肥厚性癒痕を外科的に切除する場合、臍窩が浅くなるなどの整容的な問題や、再発のリスク、再発時の治療選択肢を残すことなどを考慮する必要がある。

【方法】我々は臍窩を覆うようなケロイド・肥厚性癒痕に対して以下のように癒痕内部分切除と術後ステロイド局所注射による治療を行っている。癒痕内を切開し、縫合時に緊張がかからない程度まで、及び拘縮が解除されケロイド・肥厚性癒痕に覆われていた臍窩側壁の正常皮膚が露出するまで、切開部両側の皮弁下の癒痕の減量または皮弁のトリミングを行う。創縁の皮膚は一部を最深部にアンカリングしながら縫合する。残存ケロイド・肥厚性癒痕の縮小を目的に抜糸後よりステロイドの局所注射を2週間おきに5回行い、5回終了時点で癒痕の隆起・結節が残る場合は1ヶ月おきに局所注射を継続する。2020年4月1日～2022年11月30日に本法を7例(男:女=1:6、平均年齢50歳)に行った。平均経過観察期間は453日(45～876日)であった。

【結果】経過観察期間が180日を超える5例中4例が癒痕の隆起・結節が消失し深い臍窩を維持しており、整容的に満足のいく結果が得られた。

【考察】正常臍窩側壁の皮膚が多く残っていると自然な形態の深い臍窩が維持されると考えられ、臍窩が浅くなった症例は残っている臍窩の正常皮膚が少なかった。本法は侵襲が少なく、再発時の治療選択肢も温存され、腹腔鏡下手術後に生じた臍部ケロイド・肥厚性癒痕の治療選択肢の一つになり得ると考えられた。

0-28 下顎ケロイドに対する手術および術後放射線治療の効果の検討

井上 ^{いのうえ まりこ} 真梨子、土肥 輝之、張 萌雄、久保 元志郎、土佐 眞美子、小川 令

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

【目的】下顎のケロイドの原因の多くはざ瘡である。ざ瘡治療と平行し、副腎皮質ステロイドテープ剤（エクラ[®] プラスター）を使用した集学的治療を行うことが多いが、ケロイドの大きさや厚みによっては、手術および術後放射線治療を施行することがある。今回は、手術および術後放射線治療の結果を解析するとともに文献的考察を行ったため報告する。

【方法】2013年から2020年までに当科で手術治療が選択され、術後放射線治療（15Gy/2分割/2日間）を行い、2年以上経過観察された症例を抽出した。術後瘢痕の外観、ケロイドの再発率、色素沈着や毛細血管拡張、脱毛などの副作用の発生率を検討した。症例は51症例で、男性44名、女性7名であった。51症例中38名が両側の下顎ケロイドであった。

手術はざ瘡の炎症が落ち着いた段階で行い、ケロイドの組織を取り残さないようにし、皮膚に張力がかからないように減張縫合を行った。術後は副腎皮質ステロイドテープ剤を用いた。

【結果】術後、部分的に硬結を認めた症例は51症例中4名あったが（再発率7.8%）、副腎皮質ステロイドの注射および副腎皮質ステロイドテープにて成熟瘢痕となった。下顎の瘢痕は全例で目立たず、著明な脱毛を認めた症例はなかった。毛細血管拡張は認められず、術後の色素沈着は5名（9.8%）で認められたが、全例半年以内に改善した。

【考察】下顎のざ瘡ケロイドは一般的に保存的治療では治療が困難な場合も多く、手術治療と放射線治療が適応となることがある。今回の検討から、下顎ケロイドに対しては、15Gy/2分割/2日間で加療できること、また術後の副腎皮質ステロイドテープ剤（エクラ[®] プラスター）が有効であると考えられた。

0-29 耳介軟骨部に発生したケロイドに対する手術および術後電子線治療効果の検討

土佐 ^{とさ まみこ} 眞美子、土肥 輝之、小川 令

日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科

【目的】ピアスは日本人にとっても身近になっており、耳介軟骨部ピアスも珍しくない。耳垂部と異なり、耳介軟骨部は皮膚の余裕がなく、ケロイドを全摘すると耳介変形を来す可能性が高い。そこで、われわれは、耳介軟骨部ケロイドに対して、くりぬき法を用いた手術および術後電子線治療を行っている。今回は、その治療効果について検討したので報告する。

【対象と方法】対象は、2020年1月から2021年12月までに形成外科にて耳介ピアスケロイドに対する手術および術後電子線治療を施行した症例である。手術治療後、外来にて定期的に経過観察をして、術後1年時の再発の有無について検討した。

【結果】くりぬき法および術後電子線治療の術後1年時の再発率は、約5%であった。

【考察】くりぬき法および術後電子線治療では、ケロイド表層の一部を残すことになるが、術後耳介変形を最小限にすることができる。術後1年の再発率は、耳垂ケロイドと同様であり、耳介軟骨部に発生したケロイドに対しては有効な治療法である可能性が示唆された。

0-30 真皮深部の汗管に浸潤をきたした左足末端黒子型悪性黒色腫の1例

福井 伶奈¹⁾、出光 俊郎¹⁾、得能 香菜²⁾、和田 剛佳²⁾、桑原 征宏²⁾、蛭田 昌宏³⁾、田中 亨³⁾、
山本 直人²⁾、大城 久³⁾、梅本 尚可¹⁾

¹⁾ 自治医科大学附属さいたま医療センター 皮膚科、²⁾ 同 形成外科、³⁾ 同 病理診断科

患者は90歳、女性。当科初診の4ヶ月前に入浴サービスにて左足の色素斑を指摘され、増大傾向で当科紹介受診した。当科初診時、左第3,4趾間から足底にかけて黒色から褐色、灰黒色、脱色素斑を伴う色調不均一で境界不明瞭、辺縁不整の黒色斑を認めた。左膝窩、鼠径リンパ節は触知しなかった。悪性黒色腫、表皮内悪性黒色腫を考え、全身の転移検索目的にPET-CTを施行し、転移を疑う所見は見られなかった。原発巣に対し5mmマージンで切除した。手術標本の病理組織学的所見では、表皮内、真皮内に異型の強いメラノサイトの増生、胞巣形成を認めた。増生する異型メラノサイトはHMB45, MART-1, S-100のいずれも陽性であった。また、真皮深層の汗管に沿って腫瘍細胞が浸潤し、深部断端の近傍に達していた。腫瘍の厚さは汗管内を進展する腫瘍細胞を除いて測定し、2.86mmであった。以上より、左第3,4趾間から足底にかけての悪性黒色腫末端黒子型pT3aN0M0stage II Aの診断とした。水平断端、深部断端ともに陽性の可能性が否定できず、水平断端陽性が疑われた第4趾間は7mmマージンで追加切除とした。患者のADLを考慮し足趾切断はせず、垂直方向は骨膜上で切除した。追加切除検体には腫瘍の残存を認めず、創部は2期的に分層植皮術で閉創した。術後1年時に右乳癌を併発するもその他転移や再発なく経過。術後1年3ヶ月時、急性腎盂腎炎、誤嚥性肺炎、心不全を発症し他院で逝去された。上皮内の悪性腫瘍が経過とともに付属器に浸潤し進展していくことは広く知られている。悪性黒色腫は汗管が豊富な足底に好発するので、汗管に浸潤することは少なくないと考えられるが、真皮深層の汗管浸潤像について記載のある報告は稀である。ここでは上皮内悪性腫瘍の汗管浸潤像について検討する。

0-31 巨大皮角が多発・集簇した脂漏性角化症の1例

江藤 綾乃

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・茨城県厚生連総合病院水戸協同病院 形成外科

【はじめに】皮角は高齢者の露光部に好発し、高さは1cm前後が一般的とされている。高さ3cm以上の巨大皮角の報告は散見されるが、巨大皮角が多発・集簇するものの報告は非常に稀である。今回、下腹部に4~5cmの巨大皮角が多発・集簇した脂漏性角化症の1例を経験したので報告する。【症例】85歳女性。約15年前から下腹部に5cm大の褐色局面を自覚し、9年前に皮膚科で生検、脂漏性角化症と診断されたがその後放置していた。6年前に中央部に集簇する2.5×4cm大の隆起性病変を含む6.5×7.5cm大の褐色局面に増大したため、冷凍凝固療法と隆起性病変のみ可及的に切除された。病理組織検査では脂漏性角化症との診断で追加治療の希望がなく終診となった。残存病変が増大したため皮膚科を再診、手術目的に当科紹介となった。下腹部中央に6.5×7.5cm大の褐色局面上全体にイソギンチャク状に4~5cm大の皮角が多発・集簇していた。局所麻酔下で辺縁切除術を施行した。病理組織像では表皮の乳頭状増殖性病変を認め、脂漏性角化症と診断した。現在術後2か月で再発はない。【考察】皮角は獣角に似た角質性の突起を形成する皮膚腫瘍の臨床的な症状名であり、診断は皮角基部の病理組織像で決定する。悪性腫瘍は15~25%程度との報告が多い。Yuらは皮角基部の直径が大きいものほど悪性腫瘍である傾向があると述べている。また、Manteceらは悪性腫瘍に伴う皮角は基部の炎症性変化でより硬くなると述べている。これまで皮角の病理組織像に関する報告は多数あるが、いずれも単発の皮角について検討されており、多発・集簇する巨大皮角についての検討は乏しい範囲ではなかった。巨大皮角は基部の病理組織像が悪性腫瘍であることが多いことを念頭に、早期の切除と病理組織学的検討が必要であると考えらる。

0-32 爪乳頭腫の臨床診断で切除したグロムス腫瘍の1例

みずの けんた¹⁾、岡部 直太²⁾、大城 久²⁾、出光 俊郎¹⁾、今川 一郎³⁾、梅本 尚可¹⁾

¹⁾ 自治医科大学附属さいたま医療センター 皮膚科、²⁾ 同 病理診断科、³⁾ 今川皮膚科

グロムス腫瘍は爪甲下に好発する痛みを伴う腫瘍として広く知られている。一方、爪乳頭腫 (Onychopapilloma) は爪に発生する良性腫瘍の新しい疾患概念で、日本ではまだ馴染みがない。臨床像は特徴的で爪甲を縦に走る灰白、淡紅色あるいは黒褐色の線条で正面から見ると遊離縁の爪甲下に角質塊が固着する。病理組織所見では表皮の過角化、表皮突起の乳頭状変化、線維組織の増生がある。診断は特徴的な臨床像から比較的容易と考えられている。今回われわれは、爪乳頭腫の臨床診断で切除したところ、病理組織ではグロムス腫瘍の所見をえた1例を経験した。74歳女性。半年前から右第1足趾の痛みが出現し、爪下の結節を自覚した。爪を切る際に出血すると訴えがあり紹介受診となった。右第1足趾爪甲に淡い紅色線条と、正面像では爪甲と爪床の間に疣状角化を伴う半米粒大の結節を認めた。臨床的に爪乳頭腫、Onychomatricoma、有棘細胞癌、後天性被角線維腫などを鑑別に挙げ、手術を施行した。紅色線条を含む範囲で短冊状に爪甲を剥離したところ、爪甲側にオタマジャクシ状の腫瘤が付着した。次に腫瘤が付着していた爪床を短冊状に切除した。病理組織学的所見では、爪甲に付着していた組織は表皮肥厚と毛細血管の拡張と増生、線維化を示した。爪床側は小型の血管腔の増加と血管壁の肥厚、それらを取り囲むように円形の核を有し、細胞質が比較的淡明な細胞の増生を認めグロムス腫瘍と考えた。創部は保存的治療で爪甲は正常に伸長し、痛みも消失した。爪乳頭腫の病理所見について、典型像は30%にしか認められなかったとの報告や、部位によって所見が異なるとの意見がある。自験例では表皮の乳頭状変化はなかったが爪乳頭腫と診断することも可能と考えたが、渉猟した限りグロムス腫瘍と爪乳頭腫合併の報告はなかった。グロムス腫瘍により二次的に爪乳頭腫様の変化をきたした可能性も考えられる。

0-33 巨大な特発性陰嚢石灰沈着症に対して外科的治療を行った1例

くろかわ やすえ
黒川 容枝、細山田 広人、高木 萌伊、根津 寿雄、佐藤 純輝、川井 啓太、栗原 征宏、
山本 直人

自治医科大学附属さいたま医療センター 形成外科

症例は既往症のない38歳男性で、10年前より陰嚢腫瘤を自覚し、増大傾向を認め、当科紹介となった。両側の陰嚢の広範囲に米粒～小指頭大の硬い白色の結節が大量に集簇し、陰嚢皮膚は高度に肥厚していた。病変は左右の陰嚢にそれぞれ手掌大を超えており、日常生活に支障をきたす大きさであった。生検では真皮内に軽度の炎症性細胞浸潤をともなった線維性結合織に被覆された石灰沈着を多数認めた。特に誘因となる既往はなく特発性陰嚢石灰沈着症と診断した。病変の全切除と植皮による欠損部の再建を行った。

本症は1970年にSapiroらが過去の陰嚢石灰沈着例をまとめ、一つの疾患単位として提唱したものである。本症例はその大きさにおいて特異なものであった。文献的考察とともに報告する。

O-34 双茎皮弁を用いて再建した、皮膚浸潤を伴う回腸人工肛門部癌の治療経験

にしお ^{たくや} 西尾 卓哉¹⁾、山尾 健^{1,2)}、宮田 明久生¹⁾、市原 寛大¹⁾、宮田 夏実¹⁾、庄中 達也³⁾、上小倉 佑機⁴⁾、
青木 直子⁴⁾、谷野 美智枝⁴⁾、林 利彦¹⁾

¹⁾ 旭川医科大学 形成外科、²⁾ 北海道大学大学院医学研究院 形成外科学教室、

³⁾ 旭川医科大学 外科学講座 消化管外科学分野、⁴⁾ 旭川医科大学病院 病理部

【初めに】人工肛門部癌に対する治療方針は、腫瘍の広範囲切除と他部位への人工肛門再造設が一般的である。今回我々は皮膚浸潤を来した回腸人工肛門部癌に対し、双茎皮弁を用いて人工肛門を温存した症例を経験したので報告する。

【症例】39歳男性。出生直後にHirschsprung病で一時的人工肛門を造設し、1歳6ヶ月時に閉鎖された。12歳時に肛門狭窄を来し永久回腸人工肛門を造設された。37歳時に人工肛門周囲の肉芽増生を認め、当院皮膚科を紹介受診、CO2レーザー焼灼術が施行された。焼灼から2年後、同部位に急速に増大する肉芽様組織を認め部分生検が施行された。病理組織検査で腺癌の診断で、各種検査で他に原発巣は認められず回腸人工肛門部癌の診断となった。複数回の手術歴のため腹腔内の癒着が強く、新規の人工肛門造設は困難であったため人工肛門温存の方針となり、人工肛門周囲の再建目的で当科紹介となった。皮膚は腫瘍の肉眼的境界から10mm離して筋膜上で切除し、腸管は消化器外科にて5mm離して切除した。人工肛門の外下方に双茎皮弁を作成し、腸管と皮弁を縫合した。皮弁採取部には分層植皮術を行った。病理組織検査では、臨床的所見と併せて、回腸人工肛門部原発腺癌の皮膚浸潤と診断された。

【考察】回腸人工肛門部に発生した悪性腫瘍は渉猟した限り本邦では12例であり、皮膚浸潤を来したものは4例のみであった。皮膚浸潤例で人工肛門を温存した報告はなかった。複数回の腹部手術を施行している症例では腹腔内の癒着のために人工肛門再造設が難しい場合がある。腹壁の筋膜や筋層への浸潤がない人工肛門部癌に対して、本法は有用な方法と考える。

O-35 適切な治療介入が出来ず、上顎全摘と再建手術を要した頬部有棘細胞癌の1例

まつなが ^{のりこ} 松永 宜子、永井 啓太、ドケルコフ 麻衣子、富田 祥一、藤井 海和子、寺尾 保信
がん・感染症センター都立駒込病院 形成再建外科

【はじめに】有棘細胞癌（SCC）の多くは手術を基本とする局所療法によって治癒が期待できるが、高リスクや進行したものは整容的・機能的な影響が懸念されたり、内科的合併症などの問題で手術が困難と判断される場合もある。通院の自己中断を繰り返す左頬部 SCC の透析患者で、手術後再発に対し放射線治療を行ったのち、腫瘍の再発と頬部皮膚・骨壊死をきたし、上顎全摘、遊離皮弁による再建を要した症例を経験したため報告する。

【症例】66才、男性。IgA腎症に対し腎移植後、受診時は血液透析導入中であった。約10年前に左頬部に皮疹が出現し、前医の皮膚生検でSCCの診断となったが通院を自己中断した。7年前、皮疹が増大したため再受診し、前医にて切除と植皮術が行われた。その後も受診が途絶えたが、2年前、創部の疼痛と硬結が生じ、硬結部の生検でSCCの結果となり当院皮膚科に紹介となった。骨浸潤を伴う再発を認め、切除範囲は広範になることや内科的合併症が複数あることから、放射線単独治療を行い経過が見られていた。1年半後、頬部に潰瘍が生じ当科紹介となった。上顎洞周囲の骨髄炎と骨壊死、眼窩底の破綻と複視を認め、頭頸部外科と合同で上顎全摘ならびにチタンプレートと腹部皮弁を用いた再建が行われた。切除検体の病理はSCCの診断であった。

【考察】今回の症例は、多数の内科的合併症や患者のコンプライアンスなど、医療者側や患者側の複数の要因が治療に影響を及ぼしたと考えられた。また、初再発時の時点で適切な外科的治療介入が出来れば、高侵襲な再建手術には至らなかった可能性がある。内科的合併症の有無は、遊離皮弁のような再建自体の成績には関わらないとの報告も多い。適切なタイミングで適切な治療介入を行うことが重要であり、他科との連携や、合同で手術を行う体制を整えることも必要と考えられた。

P-01 腋窩、肩関節部熱傷後瘢痕拘縮、肥厚性瘢痕の術後治療と予防

たんだい いさお
丹代 功、宮田 明久生、田中 あかね

旭川赤十字病院 形成外科

【はじめに】腋窩部、肩関節付近の肥厚性瘢痕や瘢痕拘縮の治療において、手術では皮弁術や植皮術が行われる。どの術式においても術後治療としては一定期間の肩関節部の伸展固定や持続圧迫などが必要とされ、予後に大きな影響を与える。腋窩や肩関節では多方向への上肢の動きがあるため、術後の肩関節伸展位での体位の長期維持のためには症例に応じた工夫を要する。また可動部位であり圧迫治療材料の固定、維持においても様々な材料や器具を用いるほか、患者の生活（学業や仕事、家庭環境）なども考慮し、患者に見合った方法を相談し選択する必要がある。

【方法】われわれは、熱傷治療で腋窩、肩関節部に瘢痕拘縮が出現し、瘢痕拘縮形成術後に上肢の伸展位固定を要する患者にエアブレーン肩装具（アドバンフィット株式会社製）を使用した。瘢痕拘縮形成術後に圧迫治療を中心として治療を行う患者では、運動器のサポーターシステムメーカーにオーダーメイドで個人の体に合うサイズのサポーター作製を依頼しこれを用いて治療を行った。【結果】いずれも瘢痕拘縮は解除され、再発もなく有用であった。

【目的】当院で行ってきた腋窩部、肩関節付近の肥厚性瘢痕や瘢痕拘縮の治療に用いた器具などにつき、その経験と有用性につき若干の考察を加え報告する。

P-02 脂漏性角化症に対する複数識者の認識と留意点の再考

きよさわ ともはる
清澤 智晴、東條 照太、山城 利文、久保 諭、川上 沙織、田村 聡、土屋 壮登、
會沢 哲士、東 隆一

防衛医科大学校 形成外科

【目的】脂漏性角化症は日常、頻繁に遭遇する疾患である。筆者らが通常行っている一般的な方法とくらべ、識者がどのように脂漏性角化症を認識しているかを調査した。

【方法】通常の治療方法の確認と、主に文献の情報等を集め病態、治療方法、留意点などを整理した。

【結果】病態に関しては概ね同じ認識がある。治療法に関しては複数があるが優劣はつけにくい。

【考察】治療施設の特徴に合わせて保険診療ならびに自由診療による治療が行われている。その選択に関しては医療施設の方針が関与しており患者側への理解が求められる。

P-03 脂腺上皮腫(sebaceous epithelioma)の一例

みなみもと としゆき
南本 俊之¹⁾、棟方 哲²⁾、下山 則彦²⁾、石川 耕資³⁾

¹⁾ 市立函館病院 形成外科、²⁾ 同 病理診断科、³⁾ 北海道大学大学院医学研究院 形成外科学教室

81歳女性、めまいで当院耳鼻咽喉科に入院中、前頸部の皮膚腫瘍の精査を希望し当科紹介となった。初診時、前頸部に5×3.5×3cmほどの周囲との癒着のない、可動性良好な皮膚腫瘍を認めた。単純CT検査では、右前頸部に内部の吸収値が筋肉より低く不均一で、不整形な腫瘍であった。生検を行ったところ、脂腺への分化を伴った腫瘍で、細胞異型はみられるが脂腺癌(sebaceous carcinoma)とまでは断定できず、胞巣状となって広範囲にわたって増生していることから、良性とも判別できなかった。細胞形態や免疫染色より、脂腺上皮腫(sebaceous epithelioma)と診断した。全身麻酔下での腫瘍の全切除を行った。全切除した組織所見でも脂腺上皮腫であり水平断端、垂直断端ともに腫瘍切除されていることを確認した。全切除後1年経過しているが、局所再発、遠隔転移とも認めていない。本症例の治療経過を報告する。

P-04 麻酔疼痛に配慮した足底手術のための後脛骨神経ブロック

かんま たいき
菅間 大樹、相原 有希子、大島 純弥、佐々木 正浩、佐々木 薫、関堂 充
筑波大学附属病院

足底の局所麻酔での手術では一般的に痛覚の鋭い足底への麻酔針刺入が必要である。局所麻酔時及び術中の麻酔不良時の疼痛の訴えが問題となることがある。

足ブロックを構成する神経ブロックの一つである後脛骨神経ブロックは足底領域のブロック麻酔となり丁寧に行えば少ない疼痛で実施できる。また手術中に麻酔領域不良での追加麻酔を要することも少ない。

後脛骨神経ブロックをより安全かつ高精度に実施するための文献的考察と自験的工夫をあわせて報告する。

P-05 根治切除不能悪性黒色腫に対する分子標的薬治療後のconversion surgeryの一例

山崎 直也、並川 健二郎、緒方 大、中野 英司、日置 紘二郎、松井 馨之、鶴田 成二、
中山 裕一、和田 昇悟

国立がん研究センター中央病院 皮膚腫瘍科

症例：50歳代 男性。

現病歴：初診の2年前、右腋窩リンパ節腫大に気付く。初診の8か月前、前医受診。経過観察していたところ右上肢がしびれるようになり初診の2か月前にCTスキャン検査、続いて右腋窩リンパ節生検にて悪性黒色腫リンパ節転移と診断され当科初診。

経過：初診時、右腋窩に一塊となった腫大リンパ節を認めたため全身精査を行ったが原発巣と思われる腫瘍はなく、原発不明悪性黒色腫の多発リンパ節転移と診断、根治切除不能と考え薬物療法を計画した。腫瘍細胞はコンパニオン診断にてBRAFV600E(+)であったため第一選択の薬物療法としてダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法を開始したところ治療開始前75mm x 60mmのものをはじめ複数認められた転移リンパ節は1か月後のCTスキャンにて縮小、partial response (PR)と効果判定した。ダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法を7か月継続したところリンパ節はさらに縮小、新病変の出現もみられなかったため、完全切除可能と考え根治的右腋窩リンパ節郭清を行った。切除したリンパ節は18個あり、その内9個に組織学的に最大9mmから最小0.3mmまでの転移、また2個にisolated tumor cells (ITC)を認めた。術後にはadjuvant therapyとしてダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法を再開、現在まで新病変の出現はない。ダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法の副作用として投与開始直後からしばしばgrade 1~2の発熱がみられたがダブラフェニブおよびトラメチニブは減量することなく、断続的に投与を継続している。根治切除不能と考えられた原発不明悪性黒色腫に対してconversion surgeryを行った一例について若干の考察を加え報告する。

P-06 リハビリテーション科および義肢装具士とあらかじめ連携した下腿切断の1例

久保 諭¹⁾、田村 吏沙²⁾、古屋 真里²⁾、柴田 晴美²⁾、川上 沙織¹⁾、田村 聡¹⁾、土屋 壮登¹⁾、
會沢 哲士¹⁾、尼子 雅敏²⁾、東 隆一¹⁾

¹⁾ 防衛医科大学校形成外科、²⁾ 同リハビリテーション部

【はじめに】骨盤外傷後の左踵部褥瘡の治療のための下腿切断術において、術前から多職種連携を行ったので、報告する。

【症例】52歳男性。20年前に、骨盤外傷を受傷した。骨盤骨折の治療を行ったが、坐骨神経損傷による左下肢運動障害および左下肢知覚低下があった。歩行は可能で就業可能であった。19年0か月経過して、左踵部に褥瘡を生じた。近医での治療で改善なかった。この患者を19年3か月目に紹介された。当院形成外科で患肢温存を目指し、速やかにリハビリテーション科および義肢装具士と連携し、患部の除圧や負担軽減を指導した。切断にも備え、リハビリテーション科に幻肢及び幻肢痛、義足の利点と限界の説明を要請した。

患者は、仕事に復帰できないことから、切断及び義足作成を望まれた。また左足部多発膿瘍を併発し、19年6か月目に下腿切断術を行うこととした。施術当日、手術室にリハビリテーション科専門医および理学療法士が訪室して、形成外科医に、機能的に望ましい切断高位を助言した。

術後、軽度の幻肢痛・および幻肢を認めた。断端の圧迫や、拘縮予防といった通常の後療法以外に、感覚障害の影響を考慮して十分な筋力・可動域・バランス能力回復練習を行った。後療法、幻肢痛の克服は円滑に進行した。現在転院先にて、義足を作成し、義足歩行を再獲得している。

【考察】切断高位は、可能ならばリハビリテーション科や義肢との兼ね合いで決めることが望まれる。連携して機能的な切断高位を選定し、術前に義足や切断術についての患者の理解を高めたために、後療法が順調であったとみられる。

P-07 片側乳房が著明に増大した若年発症乳腺過誤腫の治療経験いとう ひろし
伊東 大、南里 健太、伊東 憲子

宮崎大学医学部附属病院 形成外科

【はじめに】 乳腺過誤腫は乳癌取扱規約によると、「乳房の組織成分と同一かあるいは一部が欠損した組織からなり、しかも各組織成分の割合が著しく正常と異なるものである。腺脂肪腫 (adenolipoma) はその代表的なものであり、一見脂肪腫様であるが、中に乳腺組織と同様な成分を要する」とされている。乳房に発生する過誤腫はしばしば巨大な腫瘤を形成し、患側の乳房や乳輪の増大をきたし整容的な問題をきたす。

今回われわれは、比較的まれな乳腺良性腫瘍である乳腺過誤腫を治療する機会を得たので、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】 症例は 19 歳女性、数年前から右乳房のみが徐々に増大し左右差を認めるため前医乳腺外科を受診した。細胞診や画像診断上、明らかな悪性所見を認めないため、整容面を考慮され手術目的に当科紹介初診となった。当科で腫瘍摘出術を施行し、永久病理組織学的検査に提出した。腫瘍は腺組織・線維組織及び脂肪組織から構成される境界明瞭な腫瘤であり、悪性所見は認めず、過誤腫と診断された。術後乳房形態に著しい左右差は認めず経過している。

【考察と結語】 乳腺過誤腫は良性腫瘍であり、経過観察で良いとされているが、放置すると腫瘍が増大し、乳房の左右差が著明となった場合は、腫瘍摘出のみにとどまらず乳房形成術も必要となることもあるため、確定診断がつき次第早期の摘出が望ましいと思われる。

P-08 人工毛植毛後の癒痕に生じた有棘細胞癌の1例わきもと ひろこ
脇本 紘子¹⁾、入澤 亮吉¹⁾、原田 和俊¹⁾、権東 容秀²⁾¹⁾ 東京医科大学 皮膚科、²⁾ 戸田中央総合病院 皮膚科

【症例】 72 歳、男性。20 年間にわたり半年毎に頭頂部の脱毛班に人工毛を植毛していた。2 ヶ月前に植毛部に腫瘤が出現し増大したため近医受診し精査加療目的で紹介受診した。初診時、頭頂部に 13cm 大の癒痕局面があり、その中央部に 6cm 大のドーム状に隆起する角化のない紅色の腫瘤があり、腫瘤の中央は潰瘍となっていた。有棘細胞癌を疑い腫瘤部より生検したところ異型な紡錘形細胞が増殖していたが、皮膚との連続性はなく肉腫が疑われる所見であった。治療と診断確定のため皮膚悪性腫瘍切除術を行なった。癒痕部を含め帽状腱膜下で剥離を進めたが大部分で骨膜との癒着が見られた。また帽状腱膜下から人工毛の遺残物が排出された。腫瘤から外側 1cm の範囲では骨膜を切開し腫瘍直下に向けて骨膜下で剥離した。腫瘤と骨の癒着はなく腫瘍の露出は認めなかったが骨への浸潤精査のため腫瘤直下の頭蓋骨から 1cm 四方の生検を行なった。その後表面を人工真皮で覆い、約 1 ヶ月後臀部より採皮し全層植皮術を施行した。病理診断は有棘細胞癌であり骨浸潤は認めなかった。

【考察】 人工毛植毛部に有棘細胞癌が生じた報告は自験例を含め 4 例認められた。いずれの症例も自験例と同様に巨大な腫瘤を形成しており発症から腫瘤形成までの期間も数ヶ月と短期間であった。予後は術後 6 ヶ月または 10 ヶ月後の再発はないと報告されている。人工毛植毛による有棘細胞癌は急激な経過を辿るため注意する必要がある。

P-09 頭部に巨大血腫を形成し植皮術を要したEhlers-Danlos症候群の1例

楠谷 尚^{くすたに なお}、前川 直輝、向井 みれ以、今西 明子、深井 和吉

大阪市立総合医療センター 皮膚科

Ehlers-Danlos 症候群 (EDS) は、皮膚の過伸展性、関節の過動性、各種組織の脆弱性を特徴とする遺伝性疾患である。皮膚過伸展と組織脆弱性のために、EDS 患者では外傷により健常人に比して大きな血腫が生じやすい。今回、頭部の打撲によって巨大な血腫を形成した後に、広範囲の皮膚壊死を来とし、欠損部に植皮術を行った EDS の症例について報告する。症例：28 歳、女性。幼小児期から関節の脱臼を繰り返し、古典型 EDS と診断されている。これまでに複数回、頭部打撲による皮下血腫のため入院加療の既往あり。現病歴：壁のフックに頭をぶつけたのち頭皮が急速に腫脹し疼痛が増強したため、救急外来に搬送され緊急入院となった。CT 検査では後頭部を中心に約 17 × 15 × 6 cm の皮下血腫があり、明らかな頭蓋骨骨折や頭蓋内病変の所見はなかった。頭部の弾性包帯圧迫、鎮痛剤での疼痛管理、輸血を行われ、血腫増大や貧血の進行がなかったため 3 日後に退院となった。退院 1 週間後に血腫の自壊あり、近医へ外来通院していたが、感染兆候が出現したため 2 週間後に当科紹介受診となった。臨床所見：後頭部に裂創があり、悪臭のある浸出液を認めた。被髪頭皮は乾燥壊死しており、除去すると約 20 cm 大の欠損となった。一部では頭蓋骨が露出していた。治療と経過：抗生剤の点滴、潰瘍部の洗浄、外用処置を行った。感染兆候が改善し、良好な肉芽形成があったことから、入院 2 週間後に全身麻酔下に植皮術を行った。手術は腹臥位で行い、背部から分層採皮しメッシュ植皮を行った。植皮部、採皮部とも出血のコントロールは問題なく、植皮の生着良好であり、入院 1 か月後に退院となった。以後の頭部外傷予防のため、ヘッドギアの装着を提案した。

P-10 Lumbosacral back flapを用いて再建した殿部びまん性神経線維腫の1例

加藤 大敢^{かとう たいが}¹⁾、石井 暢明²⁾、芹澤 直隆³⁾、秋元 正宇²⁾

¹⁾ 日本医科大学付属病院 形成外科・再建外科・美容外科、²⁾ 日本医科大学千葉北総病院 形成外科、³⁾ 同 皮膚科

【緒言】今回我々は転倒を契機に出血性ショックを来した殿部びまん性神経線維腫の症例を経験した。経カテーテル的動脈塞栓術による出血コントロールの上、腫瘍全摘出と hatchet 型の Lumbosacral back flap により良好な結果を得たため報告する。

【症例】85 歳女性。エスカレーターで転倒した際に殿部を打撲し当院救命救急センターに搬送となった。びまん性神経線維腫の腫瘍内出血に対し、同日経カテーテル的動脈塞栓術を施行され、受傷 4 日目に当科コンサルテーションとなった。腫瘍上皮の壊死を生じており、受傷 30 日目、全身麻酔下に腫瘍の全摘出と局所皮弁による殿部再建を施行した。術後皮弁下に漿液腫を生じたものの、穿刺のみで改善し、術後 45 日目に退院となった。

【考察】びまん性神経線維腫は整容的問題や機能障害の他、腫瘍内出血の危険性があることで知られている。切除に際して最も注意すべき点は出血のコントロールであり、術前に塞栓術をおこなった症例は多く報告されている。腫瘍に切り込むと出血コントロールが困難なため、全切除により出血を少なくすることが可能であるが、広範囲の皮膚欠損を生じる場合には再建の必要性が生じる。本症例ではドナーサイトの縫縮も可能な hatchet 型の Lumbosacral back flap を用いることで腫瘍切除後の一期的再建が可能であった。

P-11 右母指中手指節関節背面に生じた静脈性血管瘤

いしかわ まさはる
石川 雅晴¹⁾、山崎 雄貴²⁾

¹⁾ 自衛隊中央病院 形成外科、²⁾ 同 皮膚科

45歳、男性。数年前より徐々に増大傾向のある、右母指中手指節関節背面の皮下結節につき当科を受診した。同部位に、弾性軟でなだらかに隆起する17×15mm大の青紫色調の結節を認めた。圧痛などの自覚症状はなく、上肢挙上や用手的圧迫で虚脱した。超音波検査では、皮下に12×9×4mm大の境界明瞭な無エコー領域を認め、末梢側および近位側にそれぞれ径1mm、1.3mmの管腔構造が連続し、カラードップラーで腫瘍端に血流シグナルが描出された。伝達麻酔下に腫瘍を摘出した。病理組織学的には、拡張した静脈壁の構造をもつ管腔がみられ、頸部～胸腹骨盤造影CTで、右上肢の静脈還流を阻害する構造を認めず、そのほか明らかな血管腫や異常血管も認めず、静脈性血管腫と診断した。

P-12 後期高齢者の皮膚悪性腫瘍切除における問題点に関する検討

やまと よしゆき
大和 義幸、松田 由佳利、細井 聡士

川口市立医療センター 形成外科

【目的】我が国における高齢者人口は年々増加しており、高齢者の皮膚悪性腫瘍の診療を行う機会も少なくとも、患者の基礎疾患などにより、手術を躊躇することも多くなっている。

また、患者自身が手術を希望していないにも関わらず、悪臭や出血などの衛生上の問題により、家族や施設などから手術を求められることもある。今回我々は、2022年に皮膚悪性腫瘍切除術を施行した75歳以上の後期高齢者における問題点に対し、文献的考察を含め報告する。

【対象・方法】2022年に皮膚悪性腫瘍切除術を施行した後期高齢者6名であり、そのうち2名は直接縫合し、4名は皮膚移植術を同日施行した。

【結果】全例で創治癒が得られ、現時点での局所再発は見られない。

【考察】手術計画を立案する際、問題点を事前に抽出しておくことは非常に重要であり、後期高齢者においてはその問題点も多くなるためより多くの備えが必要となる。術前においては、基礎疾患や内服確認などの情報収集が重要となり、術中では、意思疎通困難なため人員配置を厚くする必要性が検討される。また、仰臥位や腹臥位が困難な患者も少なくないため、通常の手術とは異なる手順を可能な限り短時間で手術が終了するよう、効率的な手術が要求される。術後においても創部の安静が難しく、家庭や施設の事情で通院が困難になるケースもある。このように患者の状況により様々な問題点が発生するため、あらかじめ多くの予想と準備を行い、迅速に対応するいわゆるセミオーダーの手術計画が重要であると考えられた。

日本臨床皮膚外科学会

日本臨床皮膚外科学会・会則

学会設立 1989 年 5 月 14 日

第 1 条 本会は日本臨床皮膚外科学会と称し、国際名を Japanese Society for Dermatologic Surgery (JSDS) とする。

第 2 条 本会の事務局は理事会で決定した施設に置く。

目的

第 3 条 本会は会員による皮膚外科の共同研究および各個の研究を行い、皮膚外科の向上を通じて日本ならびに国際社会に貢献することを目的とする。

事業

第 4 条 本会はテーマを設定し研究を行う。

第 5 条 毎年日本臨床皮膚外科学会の総会および学術大会を開き、テーマ研究の成果の公表、各個研究の発表、事業報告、会計報告を行う。

会員

第 6 条 本会員は上記の目的に賛同する正会員、名誉会員、準会員および、賛助会員よりなる。

第 7 条 正会員は皮膚外科診療を行っている医師または国際皮膚外科学会会員 (Fellow) とする。

2 本会の正会員は、日本皮膚科学会会員もしくは日本形成外科学会会員あるいは、その関連する学会で有益な活動を行っている者が望ましい。

3 名誉会員：特に功績が顕著な者には、本人の同意を得た上で理事会の承認をもって名誉会員となることができる。名誉会員に対しては会費を免除する。

第 8 条 準会員は第 7 条を満たさないが本会の目的に賛同し皮膚外科研究に貢献できる者とする。

第 9 条 賛助会員は本会の目的に賛同し、本会を賛助する団体とする。

第 10 条 本会への入会は原則として理事または評議員の推薦により理事会の審議を経て総会により承認される。

2 休会：本学会正会員が留学、出産など正当な理由があり、本人の希望がある時は、書面にて休会を申請することができる。理事会にて承認された場合には、最大 2 年間まで休会を認める。

(1) その期間の会費徴収を免除する。

(2) その期間の学会誌の配布は行わない。

(3) 本学会の専門医資格、認定医資格も会員休会に準じて適応する。

(4) 休会中に本会が主催する学術集会や講習会等に参加する場合は非会員扱いとする。

(5) 休会期間は会員期間に含めない。

(6) 休会に対する理事会の承認は、倫理上の不正や不都合が存在する場合、承認時までさかのぼって取り消すことができる。

3 会員は退会届を提出することにより任意にいつでも退会することができる。

理事長および理事・評議員

第 11 条 本会には理事長を 1 名置く。理事長は理事の中から理事会にて互選により選出する。

2 理事長は本会の目的に沿った行動を会員に促す。会則に該当しない事象が発生した場合には理事長の判断で、その対処を緊急的に行うことができ、後日、理事会に報告し承認を得る。

3 理事長の任期は最長 2 期までとする。

第 12 条 本会は理事を 20 名前後置く。理事長の要請により少なくとも年 1 回の理事会を開く。

2 理事会は、現在数の 2 分の 1 以上の理事の出席（委任状による出席も含む）がなければ開催できない。

第 13 条 理事のうち 1 名は庶務を担当し、他の 1 名は会計監査を担当する。

第 14 条 理事の任期は 2 年とするが、再任を妨げない。

2 原則として理事会に 2 年間で出席回数が 1/2 に達しない場合、理事長および理事会から出席勧告を行い、なお出席が認められない場合は退任とする。

3 理事の定年は 70 歳とし、理事が任期中に定年に達したその年度をもって任期を終えるものとする。

4 定年により任期を終えた理事は意志により評議員になることができる。

第 15 条 理事は評議員の中から学会への寄与の状況を踏まえて理事会で選出する。

2 理事は、本会の専門医資格を有する者が望ましい。

第 16 条 本会は評議員を 3 0 名前後置く。正会員は評議員選出に際し、理事長が指示した期日までに理事長宛に評議員候補 1 名を自薦を含め推薦することができる。

- 第 17 条 評議員は本会の正会員から選出する。
2 評議員は、本会の正会員であり、皮膚外科関連において学会発表、論文発表など有益な活動を行っている者が理事会にて選出される。
3 評議員は、日本皮膚科学会専門医もしくは日本形成外科学会専門医資格を有する者が望ましい。
- 第 18 条 評議員は評議員会を組織し理事長の諮問に応じて本会の運営に関する重要事項を審議する。
2 評議員会の決議は、総評議員の過半数が出席（委任状による出席も含む）し、出席した当該評議員の議決権の過半数をもって行う。
- 第 19 条 評議員の任期は 2 年とするが、再任を妨げない。
2 原則として理事会・評議員会合同委員会を 2 年間において出席回数が 1/2 に達しない場合、連続で出席できなかった評議員に対しては、評議員として学会活動の継続の意思を事務局より確認する。やむを得ない欠席の理由がある場合は、この限りではない。活動の継続意思がない場合は評議員を退任となる。

会費および会計

- 第 20 条 本会の経費は会費および各種の助成金等により当てる。
- 第 21 条 正会員と準会員はすべて 12,000 円の年会費を年度始めに事務局に納入する。
- 第 22 条 賛助会員は 12,000 円の年会費を年度始めに事務局に納入する。賛助会員は代表者を 1 名登録できる。
- 第 23 条 本会の学術集会では別個に会場費を徴収することができる。

総会

- 第 24 条 総会は会員の過半数（委任状を含む）の出席により成立する。

会則の変更および罰則

- 第 25 条 会則の変更は、理事会または理事会・評議員会合同委員会にて行う。
2 会則に異議もしくは疑義がある会員は、理事長にその旨を申し立てることができる。理事長は速やかに、その対処を行う。
- 第 26 条 会員が前記の目的に大きくはずれた場合は、総会に出席した会員の過半数の意見または理事会、理事会・評議員会合同委員会により懲戒を決議することができる。
2 懲戒は、戒告、一定期間の本会活動停止、退会勧告、除名とする。
3 懲戒を受けた会員で意義や疑義がある者は、理事長にその旨を申し立てることができる。理事長は速やかに対処し、その結果を該当会員に伝える。

退会

- 第 27 条 2 年間の会費を滞納した会員は退会したものと見做す。

付設委員会

- 第 28 条 本会には各種委員会を置く。
- 第 29 条 付設委員会は理事および評議員より選出する。

付則

- 事務局は株式会社春恒社内に置く。

1992 年 2 月 10 日施行
2003 年 2 月 22 日改訂
2004 年 12 月 12 日改訂
2006 年 2 月 25 日改訂
2009 年 7 月 12 日（再承認）
2013 年 2 月 2 日改訂
2015 年 3 月 28 日改訂
2015 年 7 月 12 日改訂
2016 年 7 月 17 日改訂
2019 年 2 月 17 日改訂
2020 年 11 月 14 日改訂
2022 年 5 月 21 日改訂

日本臨床皮膚外科学会 理事各種委員会担当者

【名誉会員】(7名)

白田 俊和 清澤 智晴 谷田 泰男 出光 俊郎 松永佳世子
松本 敏明 宮坂 宗男

【理事長】

河野 太郎

【理事】(26名)

秋田 浩孝 東 隆一 為政 大幾 井上 多恵 今川孝太郎
岩田 洋平 梅本 尚可 木村 中 倉田莊太郎 齊藤 浩
笹井 収 高木 信介 高木 正 高橋 和宏 高見 佳宏
立花 隆夫 田村 敦志 長濱 通子 中村 泰大 林 洋司
松下 茂人 南本 俊之 八代 浩 山本 直人 山本 有紀
米田 敬

【評議員】(18名)

上野 輝夫 梅澤 慶紀 加王 文祥 加藤 愛子 貴志 知生
小寺 雅也 是枝 哲 佐々木 薫 佐藤 明男 鈴木 沙知
鈴木 晴恵 中田 元子 芳賀 貴裕 蓮沼 直子 福井 良昌
堀 圭二郎 森岡 大地 吉龍 澄子

【各種委員会】(◎委員長)

財務委員会

(3名) 梅本 尚可 河野 太郎 高木 正

制度・会則委員会

(4名) 秋田 浩孝 松本 敏明 山本 直人 山本 有紀

編集委員会

(9名) ◎今川孝太郎 為政 大幾 井上 多恵 白田 俊和
田村 敦志 出光 俊郎 中村 泰大 宮坂 宗男
山本 直人

文献検索推進委員会

(6名) ◎田村 敦志 大久保文雄 倉田莊太郎 河野 太郎
吉龍 澄子 山本 有紀

ISDS・国際委員会

(4名) ◎河野 太郎 高見 佳宏 中村 泰大 松下 茂人

将来構想委員会

(4名) ◎秋田 浩孝 井上 多恵 宮坂 宗男 山本 有紀

ホームページ委員会

(6名) ◎米田 敬 井上 多恵 上野 輝夫 梅本 尚可
木村 中 立花 隆夫

広報・広告委員会

(2名) 齊藤 浩 林 洋司

教育・専門認定委員会

(5名) ◎高木 信介 秋田 浩孝 梅澤 慶紀 是枝 哲
宮坂 宗男

日本臨床皮膚外科学会 歴代会長

第1回	暁 稀吉	暁形成外科医院
第2回	松永佳世子	名古屋大分院皮膚科
第3回	玉田 伸二	徳島皮フ科クリニック
第4回	古賀 道之	東京医科大学皮膚科
第5回	福田 金壽	福田皮膚科医院
第6回	上田 説子	上田説子クリニック
第7回	東 久志夫	大阪赤十字病院形成外科
第8回	松本 敏明	札幌スキンケアクリニック
第9回	臼田 俊和	社会保険中京病院皮膚科
第10回	小林 敏男	浜松ヒフ外科クリニック
第11回	鈴木 晴恵	城北病院形成外科
第12回	谷田 泰男	谷田皮膚科病院
第13回	斉藤 浩	獨協医科大学皮膚科
第14回	宮坂 宗男	東海大学形成外科
第15回	田村 敦志	群馬大学皮膚科
第16回	小林 敏男	浜松ヒフ外科クリニック
(第1回日韓皮膚外科学術集会 Poong Myung ,M.D. Ewha Womans University Hospital)		
第17回	池田 政身	高知県立安芸病院皮膚科
第18回	清澤 智晴	筑波大学形成外科
第19回	大原 國章	虎の門病院皮膚科
(第2回日韓皮膚外科学術集会)		
第20回	林 洋司	北陸メディカルレーザーセンター
第21回	出光 俊郎	自治医科大学附属大宮医療センター皮膚科
第22回	高木 正	住友病院形成外科
第23回	宮崎 孝夫	宮崎クリニック
第24回	高見 佳宏	杏林大学 形成外科 西部総合病院形成外科
第25回	大原 國章	虎の門病院
第26回	石井 良典	大宮スキンクリニック
第27回	秋田 浩孝	藤田保健衛生大学
第28回	大久保文雄	昭和大学 医学部 形成外科
第29回	倉田荘太郎	くらた医院
第30回	河野 太郎	東京女子医科大学形成外科
第31回	高橋 和宏	岩手医科大学皮膚科
第32回	木村 中	函館中央病院形成外科
第33回	山本 直人	新東京病院形成外科
第34回	爲政 大幾	大阪府立大阪国際がんセンター腫瘍皮膚科
第35回	加王 文祥	天神下皮フ科形成外科
第36回	井上 多恵	さいたま赤十字病院皮膚科
第37回	米田 敬	藤田医科大学ばんだね病院形成外科
第38回	笹井 収	あすと長町皮ふ科クリニック
第39回	松下 茂人	鹿児島医療センター皮膚腫瘍科・皮膚科
第40回	南本 俊之	市立函館病院形成外科
第41回	今川孝太郎	東海大学医学部外科学系形成外科
次回	中村 泰大	埼玉医科大学国際医療センター皮膚腫瘍科・皮膚科
次々回	高木 信介	昭和大学藤が丘病院形成外科

SKIN SURGERY 投稿規定

1. 原稿の種類と内容

SKIN SURGERY（日本臨床皮膚外科学会機関誌、および日本臨床毛髪学会機関誌）は、下記論文を掲載する。

- 1) 学術集会で発表された報告のプロシーディング。
- 2) 投稿原稿。投稿原稿は以下の区分とする。
 - ①総説ないしそれに準ずる論文（依頼原稿）、
 - ②原著、③症例報告、④ミニレポート、⑤症例アラカルト、⑥治験論文、⑦その他（随想、紀行記、掲載論文に対する意見投書など）とする。内容は、皮膚外科的疾患、美容、レーザー治療、毛髪等の臨床、研究に関連したものとする。著者が関与していない資料、症例、実験等のみに基づいた論文は原則として受理しない。

2. 投稿者の資格

筆頭著者は、原則として、日本臨床皮膚外科学会会員または日本臨床毛髪学会会員とする。なお、非会員でも投稿は可能であるが、所定の掲載料が発生する(3.9)項参照)。ただし依頼原稿の著者や編集委員会の認めた場合はこの限りではない。

3. 原稿の受付と掲載

- 1) 投稿規定に従っていない原稿は編集委員会において受理しないこともある。
- 2) 受け付けた原稿の採否は編集委員会において決定する。掲載決定した原稿は原則として返却しない。
- 3) 編集委員会の責任において字句の訂正をすることがある。
- 4) 原則として原稿は論文として未発表のものに限る。掲載された論文の著作権は本学会に帰属する。ただしプロシーディング形式のものは除く。
- 5) 掲載された論文（図、表を含む）の転載に関しては、学会事務局へ許諾申請を要する。商業利用の場合には規定の課金がなされる。ただし編集委員長の判断でなされないこともある。
- 6) 症例写真においては、個人が特定されない配慮を十分に行うものとする。顔面の写真に関しては編

集委員長の判断で掲載許諾の同意書を求めることがある。

- 7) 特別講演、ランチョンレクチャー、シンポジウムのプロシーディングは刷り上がり2頁（400字詰原稿用紙8枚）、一般演題、症例報告、スライド供覧、学術展示のプロシーディングは1頁（原稿用紙4枚）以内、とする。図表は原稿用紙1枚に換算する。プロシーディング、症例アラカルト、依頼原稿の査読審査は行わない。
- 8) 投稿論文の①総説ないしそれに準ずる論文は4～10頁、②原著、③症例報告は原則として4頁（原稿用紙16枚）以内、④ミニレポートは原則として刷り上がり3頁以内、図表は4枚までとする。⑤症例アラカルトは刷り上がり2頁以内、図表は2枚までとする。症例アラカルトの査読審査は行わない。⑥治験報告はとくに規定しない。⑦その他は刷り上がり2頁以内とする。
- 9) 掲載料は、前項7、8)の規定を超えた分については実費を著者負担とする場合がある。依頼原稿は掲載料を免除し、薄謝を進呈する。また、図、表については写植が必要な場合は、著者負担とすることがある。写真は、冊子体でモノクロ掲載、Web上でカラー掲載は無料とする。冊子体もカラー掲載を希望する場合には著者の負担とする（総説を含む）。なお、筆頭著者が非会員の場合は、刷り上がり1頁あたり、モノクロ掲載10,000円、カラー掲載40,000円の掲載料を著者負担とする。
- 10) 治験論文については、全て有料とする。
- 11) 別刷は10部単位とし、著者が負担する。なお、治験論文については200部以上とする。

4. 校正

著者校正は、原則として1回のみとし、誤植、組版の誤りを直すに止め、内容の書きかえは許されない。

5. 投稿方法

原稿の投稿は、郵送あるいは電子メールにて行う

(電子メールが最も望ましい).

①電子メールの場合：

- (i) 原稿の送付は電子メールアドレス：skinsurgery@jsds.jp に論文ファイルを添付して送付する。なお、データの漏洩には充分注意し、防止する手立てを講じている。投稿された論文データを、査読、入稿といった学会誌作成に必要なプロセス以外には使用することはない。
- (ii) 投稿前チェックポイント並びに承諾書の雛形ファイルを日本臨床皮膚外科学会ホームページ(<http://www.jsds.jp/>)よりダウンロードし、必要事項に記載の上論文ファイルに添付して送付する。
- (iii) 本文は Microsoft Word 形式 (拡張子を.doc, .docx とする), 図表は Microsoft Powerpoint 形式 (拡張子を.ppt, .pptx とする), Microsoft Excel 形式 (拡張子を.xls, .xlsx とする), あるいは JPEG 形式 (拡張子を.jpg とする) で作成する。順番は本文挿入順とする。写真・図の最低解像度は1つあたり 300 dpi とする。また、写真・図表ファイルの容量は合計 10 MB までを目安に作成する。

②郵送の場合：

- (i) 原稿の送り先は下記学会事務局 SKIN SURGERY 編集部宛とし、書留便など配達証明付で郵送すること。
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12
新宿ラムダックスビル (株) 春恒社内
日本臨床皮膚外科学会 SKIN SURGERY 編集部
- (ii) 連絡用紙に、題名、著者名、所属、論文種別、掲載希望巻号、希望別刷数、連絡先(所在地、電話番号、電子メールアドレス)を記載する。その他の連絡事項として投稿前チェックポイントを複写し、並びに著作権規定に従い承諾書1通に必要な事項を記入し添付すること。
- (iii) 原稿(本文、写真、図、表)ファイルは CD-R または USB メモリーに保存し郵送する。写真、図表のファイル形式は、最低解像度は1つあたり 300 dpi とする。また、写真・図表ファイルの容量は合計10MBまでを目安に作成する。写真は裏面に番号、上下の別を記載すること。特に、大きさ、並べ方に希望があれば明記すること。

6. 書式

- 1) 原稿には頁番号、行番号を付記する。原稿サイズは A4 で統一する。
- 2) 英文校正を受けたものに関しては、英文校正済み証明書を添付すること。
- 3) 外国人名、地名は原字で書くこと。
- 4) 数字は算用数字を用い、数量の単位は下記による。cm, ml, mg, mg/dl, ng, %など。
- 5) 原稿の書式は、和文題名、和文による著者ならびに所属施設名、和文要旨、和文キーワード、英文題名、英文による著者ならびに所属施設名、英文要旨(記載するのが望ましいが必須ではない)、英文キーワード、本文の順とする。ミニレポートではこのうち英文要旨、および和文要旨を不要とする。原稿の第1頁には和文題名、第2頁には和文による著者名、所属施設名を記載すること。第3頁には和文要旨を300字以内にまとめたものと日本語5個以内のキーワードを付けること。第4頁は英文要旨(Summary)を英文200語程度にまとめ(記載しない場合は省く)、英文の題名、著者名、所属施設名、5個以内の英文キーワードを付けること。本文は第5頁より書き始める。
- 6) 「⑥その他」の区分に相当する原稿の書式は任意とするが、編集委員長の判断で訂正を求めることがある。
- 7) 図、表、写真は、それぞれ別々に綴じ、順番を付し、本文への挿入箇所を原稿欄外に指定すること。図、表、写真の説明は英文が望ましいが和文でもよく、一頁にまとめる。本文中でも Fig., Table を用いる。ミニレポートでは図、表、写真の説明は和文とする。なお、プライバシー保護に関しては、「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針(外科関連学会協議会：<http://www.jssoc.or.jp/other/info/privacy.html>：平成16年4月6日)」を遵守すること。

7. 引用文献

文献は重要なもののみにとどめ、本文中に引用箇所順に順次番号をつけ、本文の末尾に一括して次のよ

うに記載する。

定刊誌の場合は、

番号) 著者名 (2名まで, 以下は, 他) : 題名, 雑誌名, 巻 : 最初頁-最終頁, 発行年 (西暦)

[例] 1) 松永佳世子, 大岩久美子, 他 : 黒皮症の臨床経過と病理組織学的所見, 皮膚, 27 : 875-885, 1985

2) Burns MK, Ellis CN, et al. : Intralesional cyclosporine for psoriasis, Arch Dermatol, 128 : 786-790, 1992

単行本の場合は、

番号) 著者名 : 題名, 書名 (編集者名), 引用巻, 版数, 発行所, 発行地, 発行年 (西暦), 引用頁の順に記載する。

[例] 3) Stewart SE : Virus studies in human leukemialymphoma, Proceedings of the International Conference on Leukemia-Lymphoma (Zarafonenetis CJD Ed), Lea and Febiger, Philadelphia, 1968, 152-153

2021年12月12日改定

投稿前チェックポイント

にチェックし、論文の一番上につけてご投稿下さい。

令和 年 月 日

所 属：

筆頭著者名：

会員の場合はにチェックし、会員番号を記載してください。

日本臨床皮膚外科学会

日本臨床毛髪学会

(会員番号：) (会員番号：)

※筆頭著者が非会員の場合は掲載料が発生いたします。

論文の標題は内容を的確に表現していますか。

論文の構成は整っていますか。

(標題, 要旨, キーワード, はじめに, 研究対象, 研究方法, 結果, 考察, 結語, 引用文献, 図表説明)

抄録とキーワード(5語以内)は英和両方(抄録は英文を省いても可)揃っていますか。

Fig, Tableの説明文(和文でも英文でも可)はありますか。

著者全員の所属, 所属住所, 氏名の和文・英文表記はありますか。

論文が長くて図表が極端に小さくなっていませんか。

外国語はできるだけ日本語になっていますか(但し人名, 地名は原語で)。

写真は鮮明ですか。

写真のカラー・白黒の指示

写真カラー(カラー写真は実費を徴収します。)

写真白黒(指定のない場合, 写真は白黒で印刷します。)

図のトレース指示(別途実費を徴収します。)

文献番号は, 本文で引用した順序になっていますか。

文献記載方法に誤りはありませんか。

責任者に投稿の了承と最終チェックを受けていますか。

論文は4部(写真, 図表を含む)揃っていますか。

論文種別を明記して下さい。

(総説, 原著, 治療, 症例, ミニレポート, 治験, プロシーディング, 紀行記など)

掲載希望巻号

別冊希望部数 部

原稿返却 要・不要

連絡先：

電 話

FAX

E-mail

その他, 投稿規定の各項について, もう一度確認下さい。

承諾書

私は、下記論文を日本臨床皮膚外科学会機関誌「SKIN SURGERY」に投稿するにあたり、日本臨床皮膚外科学会の投稿規定に定める著作権規定により、この著作物の著作権が日本臨床皮膚外科学会に帰属することを承諾します。なお、同一内容の論文は他誌に未発表であり、今後も発表しないことを誓約致します。

記

著者名：

表題：

令和 年 月 日

所属

氏名

⑩

メールアドレス

@

会員番号（会員の場合）

住所変更届および退会届について

勤務先変更、住所移転、改姓および退会、その他については次の方式でご通知いただくといっそう正確に訂正されますので、ぜひお願いいたします。

1. 通知は、封書かFAX、またはメールでお願いいたします。
2. 御住所、氏名の変更は、学会誌、会員原簿のほか各種委員の名簿等、いろいろな名簿を訂正しなければなりません。
3. 記入は次のようをお願いいたします。

記入例（1）

住所変更届

(旧) 〒***-**** 名古屋市中川区尾頭橋*丁目*番地*号
藤田医科大学 ばんたね病院 皮膚科

(新) 所属機関住所：〒***-**** 神奈川県伊勢原市下糟屋***
所属機関名：東海大学医学部附属病院 形成外科
電話番号：(***)* ** - ****
FAX 番号：(***)* ** - ****
自宅住所：〒***-**** 神奈川県伊勢原市下糟屋***
自宅電話番号：(***)* ** - ****
氏 名：臨床 一郎

2023年4月1日より上記の通り住所変更いたします。
○○委員です。

記入例（2）

退会届

〒***-**** 神奈川県伊勢原市下糟屋***
東海大学医学部附属病院 形成外科
臨床 二郎

2023年4月1日より退会いたします。

(注) 変更後の内容は、全て正確にご記入いただき、事前にご連絡をお願いいたします。

送付先

日本臨床皮膚外科学会 事務局
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12
新宿ラムダックスビル9階 株式会社春恒社 学会事業部内
TEL: 03-5291-6231 / FAX: 03-5291-2176
E-mail : office@jsds.jp

総会・学術大会の開催予定

第 42 回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会

会 期：2025 年 2 月 22 日（土）・23（日）（予定）

大会長：中村 泰大（埼玉医科大学国際医療センター 皮膚腫瘍科・皮膚科）

第 43 回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会

会 期：2025 年 10 月 12 日（日）・13 日（月祝日）（予定）

大会長：高木 信介（昭和大学藤が丘病院 形成外科）

※詳細は決定次第、学会ホームページにて配信いたします。

癍痕・ケロイド治療研究会

癬痕・ケロイド治療研究会 会則

第1章 総則

第1条：

本会は癬痕・ケロイド治療研究会（Japan Scar Workshop 略称 JSW）と称する。

第2条：

本会は事務局を株式会社春恒社学会事業部内（〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル9階）に置く。

第2章 目的および事業

第3条：

本会は、ケロイド・肥厚性癬痕を含めた、あらゆる癬痕治療・線維化疾患治療に関する研究、教育およびその普及、発展に努め、広く会員相互の知識の交流を深めることを目的とする。

第4条：

本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 学術集会（狭義の研究会）や講演会の開催
- (2) 癬痕治療に関する学術的交流
- (3) その他本会の目的達成に必要な事業

第3章 会員

第5条：

本会の会員は次のとおりとする。

(1) 正会員

本会の目的（第3条）に賛同し、第6条の所定の手続きを完了した医師または研究者

(2) 名誉会員

本会に特別功勞のあったもので、理事会が推薦する65歳以上の者

(3) 賛助会員

本会の目的に賛同し、事業を援助する団体または個人

第6条：

本会に入会を希望する者は所定の用紙に必要事項を記入し、当該年度の会費をそえて本会の事務局に申し込み、理事会の承認を受けなければならない。

第7条：

本会会員は毎年年会費を年度内に納入しなければならない。ただし、名誉会員は会費を納めることを要しない。既納の会費はいかなる理由があっても、これを返還しない。

第8条：

学術集会における発表（演者および共同演者）は、会員ならびに会長が認めた者に限る。

第9条：

会員は、次の理由によってその資格を喪失する。

- (1) 退会
- (2) 死亡または失踪宣告
- (3) 除名
- (4) 3年以上の会費滞納
- (5) 研究会の解散

第10条：

会員で退会しようとする者は、理由を付して退会届を代表理事に提出しなければならない。

第11条：

会員が次の各号の一に該当するときは、理事会の決定を経て代表理事が除名することができる。

- (1) 本会の会員としての義務に違反したとき、または本会の事業を妨害したとき
- (2) 本会の名誉を傷つける、または本会の目的に反する行為があったとき

第12条：

会員は学術集会など本会が主催する行事に参加する権利を有する。

第4章 役員

第13条：

本会は次の役員を置く。

- (1) 理事
- (2) 監事

第14条：

1. 理事および監事は理事会で選任する。
2. 理事および監事の定年は満65歳とし、任期中に定年に達した場合の任期は、その年度の定例理事会および会員報告の終結の時までとする。

3. 代表理事は理事会の互選で選任する。
4. 理事および監事の任期は3年とし再任を妨げない。

第15条：

1. 代表理事は本会を代表して会務を統括する。代表理事に事故がある時、または代表理事が欠けた時は、他の理事が職務を代行する。
2. 代表理事は理事会にて次の報告を行う。
 - (1) 事業報告ならびに事業計画。
 - (2) 収支決算ならびに予算。
 - (3) その他必要と認めた事項。
3. 監事は会計を監査する。

第5章 理事会

第16条：

定例理事会は、毎年1回、年次学術集会会期中に代表理事が召集する。臨時理事会は代表理事が必要と認めるとき、召集することができる。

第17条：

理事会の議長は代表理事が務める。

第18条：

理事会の召集は、少なくとも14日以前にその会議に付議すべき事項、日時、場所を記載した書面をもって通知する。

第19条：

次の事項は、理事会で議決し、会員に報告する。

- (1) 役員を選出
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) 事業計画および収支予算
- (4) 本会則ならびに細則、付則の改正、変更
- (5) 解散
- (6) その他理事会において必要と認めた事項

第20条：

理事会は、理事の3分の2以上の出席がなければその議事を開き議決をすることができない。

但し、当該議事につき書面をもって予め意志を表示した者は出席者と見なす。

第21条：

理事会の議事は、出席者の過半数をもって決し、可否同数の時は議長の決することとする。監事は理事会に出席し発言することができるが議決権を有しない。

第22条：

理事会では議事録を作成し、議長が署名した上で、これを保存しなければならない。

第6章 会計

第23条：

1. 本会の事業遂行に要する費用は、会費、寄付金およびその他の収入をもってこれにあてる。
2. 本会の事業年度は毎年1月1日より、同年12月31日までとする。

第24条：

監事は監査結果を定例理事会で報告しなければならない。

第7章 補則

第25条：

本学会の事務局に次の帳簿および書類を備えなければならない。

1. 会則
2. 会員名簿
3. 役員名簿
4. 収入および支出に関する帳簿および証拠書類
5. 理事会議事録
6. その他必要な書類および帳簿

第26条：

本会則を施行するために理事会の議を経て細則を定める。

細則

1. 年会費は、当分の間正会員5,000円、賛助会員一口1万円（一口以上）とする。
2. 代表理事は職務を遂行するために、必要に応じ事務局業務を委託することが出来る。

附則

本会則は癩痕・ケロイド治療研究会会則として2006（平成18）年4月1日に制定、施行する。
2018（平成30）年8月1日事務局移転、組織に伴い一部改正し、施行する。

癩痕・ケロイド治療研究会 役員

■役員

代表理事

小川 令 日本医科大学形成外科

理事 (18名)

赤石 諭史 日本医科大学形成外科
秋田 定伯 医療法人城内会新生病院形成外科
荒牧 典子 慶應義塾大学医学部形成外科
上田 晃一 大阪医科薬科大学形成外科
岡部 圭介 慶應義塾大学形成外科
河野 太郎 東海大学形成外科
櫻庭 実 岩手医科大学形成外科
清水 史明 大分大学形成外科
土佐眞美子 日本医科大学形成外科
土肥 輝之 日本医科大学形成外科
長尾 宗朝 東北大学医学部形成外科
林 利彦 旭川医科大学形成外科
松村 一 東京医科大学形成外科
村尾 尚規 斗南病院形成外科
森本 尚樹 京都大学形成外科
山脇 聖子 大阪赤十字病院形成外科
杠 俊介 信州大学形成外科

監事 (2名)

貴志 和生 慶應義塾大学形成外科
土佐 泰祥 慶應義塾大学形成外科

■名誉会員

大浦 武彦 塩谷 信幸 鈴木 茂彦 百束 比古 富士森良輔 森口 隆彦

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	日本医科大学医学部 形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学医学部 放射線科
第2回	2007	東京	百束 比古	日本医科大学医学部 形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学医学部 放射線科
第3回	2008	神戸	平野 明喜	長崎大学医学部 形成外科
第4回	2009	東京	百束 比古	日本医科大学医学部 形成外科
			宮下 次廣	日本医科大学医学部 放射線科
第5回	2010	東京	百束 比古	日本医科大学医学部 形成外科
第6回	2011	東京	百束 比古	日本医科大学医学部 形成外科
第7回	2012	横浜	貴志 和生	慶應義塾大学医学部 形成外科
第8回	2013	札幌	山本 有平	北海道大学医学部 形成外科
第9回	2014	東京	百束 比古	日本医科大学医学部 形成外科
第10回	2015	盛岡	小林誠一郎	岩手医科大学医学部 形成外科
第11回	2016	東京	小川 令	日本医科大学医学部 形成外科
第12回	2017	京都	鈴木 茂彦	京都大学医学部 形成外科
第13回	2018	東京	土佐 泰祥	昭和大学医学部 形成外科
第14回	2019	東京	小川 令	日本医科大学医学部 形成外科
第15回	2020	東京	松村 一	東京医科大学医学部 形成外科
第16回	2021	横浜	小川 令	日本医科大学医学部 形成外科
第17回	2022	熊本	清水 史明	大分大学医学部附属病院 形成外科
第18回	2023	宮古島	河野 太郎	東海大学医学部 外科学系形成外科
次回	2024		杠 俊介	信州大学医学部 形成外科

謝 辞

【共催セミナー】

キュテラ株式会社
株式会社セルバンク

シネロン・キャンデラ株式会社

【企業展示】

株式会社秋山製作所 シグマ事業部
ガデリウス・メディカル株式会社
株式会社ジェイメック
株式会社ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング

株式会社ヴィーナスコンセプトジャパン
Jeisys Medical Japan 株式会社
シネロン・キャンデラ株式会社
株式会社セルバンク

【プログラム・抄録集広告】

アライヴワーク株式会社
コンバテックジャパン株式会社
株式会社ジェイメック
スミス・アンド・ネフュー株式会社
株式会社セルバンク
東海教育産業株式会社
ノーベルファーマ株式会社
株式会社ベアーメディック

科研製薬株式会社
サンメディックス株式会社
シネロン・キャンデラ株式会社
スリーエム ジャパン株式会社
センチュリーメディカル株式会社
ニチバン株式会社
久光製薬株式会社

【寄 付】

医療法人社団杏月会 伊勢原駅前クリニック
医療法人社団紀品会

花王株式会社
星医会

(五十音順 敬称略 2023年4月5日現在)

第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会および第18回癬痕・ケロイド治療研究会の開催に際し、上記の皆様より多大なるご援助をいただきました。ここに厚く御礼申し上げます。

第41回日本臨床皮膚外科学会総会・学術大会
会長 今川孝太郎
第18回癬痕・ケロイド治療研究会
会長 河野 太郎

スキャナー&
フラクショナル搭載
炭酸ガスレーザー

e.f. Fractional CO₂ Laser

製品詳細

お問い合わせ



炭酸ガスレーザー

炭酸ガスレーザーエフ

医療機器製造販売承認番号30400BZX00053000

製造販売元:(株)SumBlooming

販売名:フラクショナルモード搭載 炭酸ガスレーザー エフ



<お問い合わせ>

JMEC
FOR THE PATIENTS' SMILE

株式会社ジェイメック

<https://www.jmec.co.jp>

各種レーザー・光治療器・ホームケア製品等を取り扱っております。

□東京本社 〒113-0034 東京都文京区湯島3-31-3 湯島東宝ビル TEL.03-5688-1803 FAX.03-5688-1805

□札幌支店 TEL.011-748-4311 □名古屋支店 TEL.052-238-1045 □大阪支店 TEL.06-6388-1866 □九州支店 TEL.0957-35-8300

学会・セミナー情報サイト
ご登録募集中!



Hisamitsu®



ORAVI

口腔粘膜附着型 口腔咽頭カンジダ症治療剤

薬価基準収載

オラビ[®]錠口腔用50mg

ORAVI[®] Mucoadhesive Tablets 50mg ミコナゾール附着錠

処方箋医薬品[※]

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

●効能又は効果、注意事項等情報等については電子化された添付文書をご参照ください。

発売元  久光製薬株式会社 〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

文献請求先及び問い合わせ先：お客様相談室

〒135-6008 東京都江東区豊洲三丁目3番3号

TEL.0120-381332 FAX.(03)5293-1723

受付時間/9:00-17:50(土日・祝日・会社休日を除く)

URL: <https://www.hisamitsu.co.jp/medical/di/orabi.html>



製造販売元 株式会社そーせい 東京都千代田区麹町二丁目1番地

2022年7月作成

革命針 特許申請中

～未来に繋がる縫合針～

コンパウンドニードル



真皮組織を点でなく

面で捉えた融合針

監修：蘇春堂形成外科 院長
矢島 和宣 先生



クロノイド針 意匠登録



逆クロノイド



監修：名古屋大学形成外科 准教授

工学理論に基づく使用しやすい針

橋川 和信先生



地域未来牽引企業

株式会社ベアーメディック

本社工場 〒319-3526 茨城県久慈郡大子町大子1361
TEL : 0295-72-1811 FAX : 0295-72-4157

<http://www.bearmedic.co.jp>
info@bearmedic.co.jp



東京営業所 〒113-0034 東京都文京区湯島2-31-24
湯島ベアービル

TEL : 03-3818-4041 FAX : 03-3818-4042

大阪営業所 〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島7-1-26
オリエンタル新大阪ビル702号

TEL : 06-6732-9550 FAX : 06-6732-9552



~Manufacturing for a vivid life~

イキイキとした生活のためのモノづくり



Alivework Co.,Ltd.

E-mail info@alivework.co.jp

医療用 装具・コルセット・サポーター・靴 義足 福祉介護用 つえ・車椅子 製作販売

アライヴワーク株式会社

〒259-1114 神奈川県伊勢原市高森1202-1 TEL.0463-75-8911 FAX.0463-75-8912

QOWH (創傷治癒の質) の向上を目指して

QOWH

Quality of Wound Healing

ご使用に際しての注意点

- 創面は十分洗浄して1日1回、5cm離して5噴霧してください。
- 創面の被覆は湿潤環境を保持できるようにしてください。
- 噴霧後は30秒間静置してください。
- 使用後は冷蔵庫に入れてください。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 投与部位に悪性腫瘍のある患者又はその既往歴のある患者〔本剤が細胞増殖促進作用を有するため(「重要な基本的注意」の項参照)。〕
2. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】褥瘡、皮膚潰瘍(熱傷潰瘍、下腿潰瘍)

【用法・用量】

添付溶解液1mL当たりトラフェルミン(遺伝子組換え)として100 μ gを用時溶解し、潰瘍面を清拭後、本剤専用の噴霧器を用い、1日1回、潰瘍の最大径が6cm以内の場合は、潰瘍面から約5cm離して5噴霧(トラフェルミン(遺伝子組換え)として30 μ g)する。潰瘍の最大径が6cmを超える場合は、薬剤が同一潰瘍面に5噴霧されるよう、潰瘍面から約5cm離して同様の操作を繰り返す。

【使用上の注意】 — 抜粋 —

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

投与部位以外に悪性腫瘍のある患者又はその既往歴のある患者〔本剤の血中移行性は低い、細胞増殖促進作用を有するため(「重要な基本的注意」の項参照)。〕

2. 重要な基本的注意

(1) 本剤の使用開始に際しては必ず問診等を行い悪性腫瘍又はその既往について考慮すること。(2) 投与部位以外に悪性腫瘍のある患者又はその既往歴のある患者への適用に当たっては、*in vitro*試験において一部のヒト腫瘍細胞の増殖促進作用、また*in vivo*試験において、一部のげっ歯類およびヒト腫瘍細胞の増殖促進作用、高転移能を有するマウスメラノーマ細胞の転移促進作用を示したとの報告があるので、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。またその際には、使用開始に当たり患者又はそれに代わり得る適切な者に本剤の有効性及び危険性について十分に説明した上で使用すること。(3) 悪性腫瘍による難治性潰瘍の可能性のある患者については、事前に生検等により投与部位に悪性腫瘍のないことを確認すること。(4) 1日投与量はトラフェルミン(遺伝子組換え)として1000 μ gを超えないこと。(5) 本剤を約4週間投与しても潰瘍の大きさ(面積、深さ)又は症状(肉芽形成、肉芽の色調、表皮形成等)の改善傾向が認められない場合は外科的療法等を考慮すること。(6) 本剤は熱傷潰瘍を適用としているので、潰瘍がみられない熱傷に対しては、他の適切な療法を考慮すること。(7) 潰瘍の改善に伴って形成される新生肉芽は、刺激により新生血管が損傷し、出血するおそれがあるので、ガーゼの交換等の処置は十分注意して行うこと。

十分に説明した上で使用すること。(3) 悪性腫瘍による難治性潰瘍の可能性のある患者については、事前に生検等により投与部位に悪性腫瘍のないことを確認すること。(4) 1日投与量はトラフェルミン(遺伝子組換え)として1000 μ gを超えないこと。(5) 本剤を約4週間投与しても潰瘍の大きさ(面積、深さ)又は症状(肉芽形成、肉芽の色調、表皮形成等)の改善傾向が認められない場合は外科的療法等を考慮すること。(6) 本剤は熱傷潰瘍を適用としているので、潰瘍がみられない熱傷に対しては、他の適切な療法を考慮すること。(7) 潰瘍の改善に伴って形成される新生肉芽は、刺激により新生血管が損傷し、出血するおそれがあるので、ガーゼの交換等の処置は十分注意して行うこと。

3. 副作用

総症例729例中、副作用が認められたのは11例(1.51%)17件で、その主なものは投与部位での刺激感・疼痛7件(0.96%)、発赤3件(0.41%)、そう痒感3件(0.41%)等であった。また、65歳以上では、255例中2例(0.78%)と副作用の発現頻度に上昇は認められなかった。本剤投与による臨床検査値の異常変動は729例中41例(5.62%)58件に認められ、その主なものはALT(GPT)上昇612例中15件(2.45%)、AST(GOT)上昇611例中7件(1.15%)等であったが、因果関係ありとする異常変動はなく、いずれも本剤との因果関係は不明であった。(承認時) 使用成績調査3,411例中125例(3.66%)に副作用が認められた。主な副作用は、過剰肉芽組織35件(1.03%)、投与部位の疼痛8件(0.23%)等であった。(再審査終了時)

分類	頻度	0.1~5%未満	0.1%未満
投与部位 ^{*1}		過剰肉芽組織、刺激感・疼痛	滲出液の増多
皮膚 ^{*2}		発赤、発疹、接触性皮膚炎	そう痒感、腫脹
肝臓		ALT(GPT)上昇、AST(GOT)上昇	

*1: 発現した場合には経過を観察しながら使用するが、症状が強い場合には投与を中止すること。

*2: 発現した場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

なお頻度は、承認時の臨床試験、および製造販売後の使用成績調査における副作用をあわせて集計し算出した。

褥瘡・皮膚潰瘍治療剤

処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

フィブラスト[®]

スプレー250/500

トラフェルミン(遺伝子組換え)製剤

<https://fiblast.jp/>

●薬価基準収載

- その他の使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

科研製薬株式会社

東京都文京区本駒込二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

国内初!

色素性疾患治療の
適応がIPLで正式に
承認されました



Nordlys™

皮膚色素性疾患用光治療器
<承認番号：30400BZX00032000>

ピコ秒レーザーとして
国内初!

刺青除去で薬事承認取得
3波長薬事承認取得



PicoWay™

特定診療報酬算定医療機器に収載
ピコセカンド KTP / Nd:YAGレーザー
<承認番号：23000BZX00270000>

国内初!

フラクショナル治療はPicoWayの
新たな選択肢になりました



Resolve Fusion™ 532 nm
フラクショナルハンドピース



GentleMax Pro Plus™
GentleLase Pro
GentleMax Pro / GentleYag Pro

長期減毛・色素性疾患用レーザー装置
GentleMax Pro Plus<承認番号：30200BZX00304000>
GentleLase Pro<承認番号：22800BZX00446000>
GentleMax Pro / GentleYag Pro<承認番号：23000BZX00128000>

Syneron Candela 薬事承認製品 Line up

シネロン・キャンデラ製品は、全機種が国内における薬事承認取得機器です。

製品詳細は QR コードからご覧いただけます。



Vbeam II

特定診療報酬算定医療機器に収載
皮膚良性血管病変治療用レーザー装置
<承認番号：22800BZX00358000>



Daavlin 7series

紫外線治療器
ナローバンドUVB
<認証番号：224AFBZX00073000>



Daavlin 3series NeoLux

全身型紫外線治療器
ナローバンドUVB・UVA / ナローバンドUVB
<認証番号：230AFBZX00043000>

Smith+Nephew

+ スミス・アンド・ネフューは
最適な局所陰圧閉鎖療法を提供します。

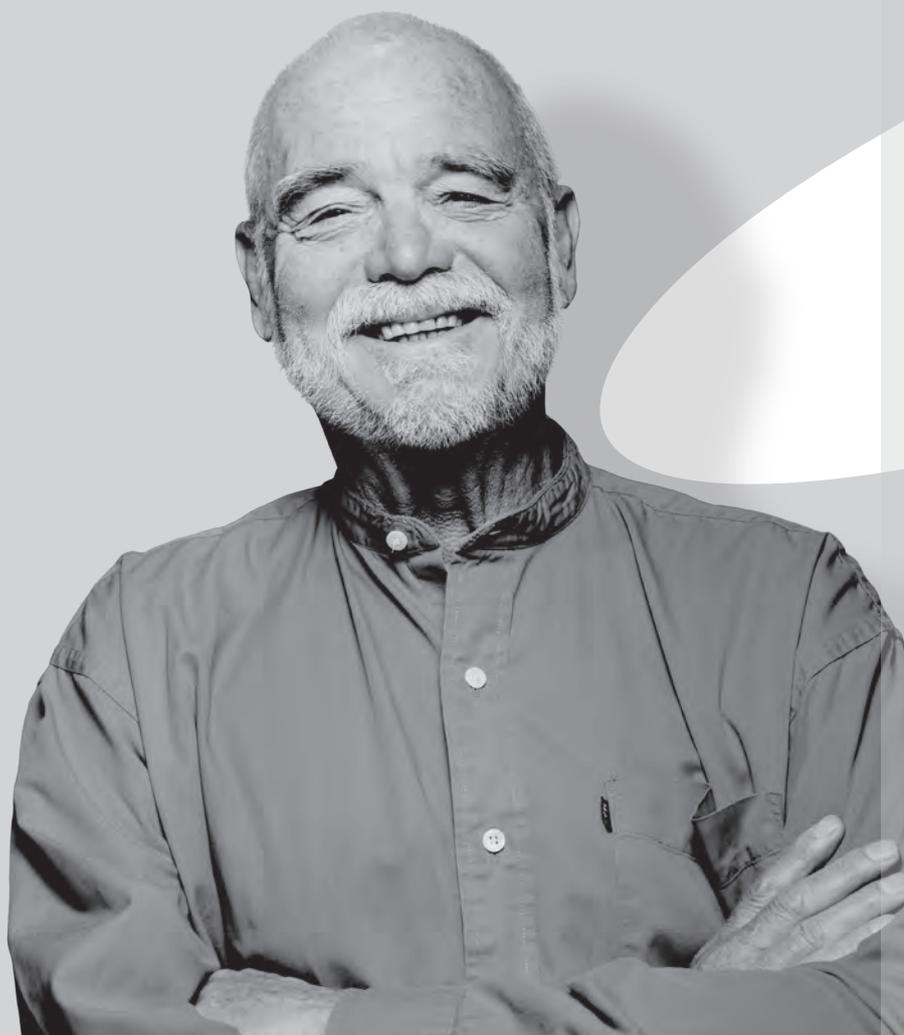
Helping you get **CLOSER TO ZERO**® Delay in wound healing

RENASYS[◇] TOUCH

Negative Pressure Wound
Therapy System

PICO[◇] 7

Single Use Negative Pressure
Wound Therapy System



販売名: RENASYS創傷治療システム

承認番号: 22400BZX00276000

販売名: PICO創傷治療システム

承認番号: 22600BZX00226000

スミス・アンド・ネフュー株式会社 ウンドマネジメント事業部

〒105-0011 港区芝公園二丁目4番1号 TEL.03-5403-8830

Trademark of Smith & Nephew. ©2019 Smith & Nephew KK

<http://www.smith-nephew.com/japan>

再生医療導入のご案内

CellBank は導入から運用までを ワンストップでサポートします！

再生医療を行うには法律に沿った申請が必要になりますが、届け出のサポートから、医師や看護師・カウンセラーなどを含んだ教育を含め、セルバンクでは治療を実施するために必要なすべてのサポートが行える体制を整えております。

1. 再生医療等提供計画書の作成に関するコンサルティング*
2. 特定認定再生医療等委員会での審査に関するサポート
3. 申請に必要な各種条件をトータルサポート

※提出する書類の作成は行なっておりません。

導入までの
流れ

提供計画書の

1. 作成

医療機関にて、治療の「提供計画書」を作成

提供計画書の

2. 審査

再生医療等委員会にて「提供計画書」の審査

審査報告の

3. 届出

発行された「意見書」を「提供計画書」に添えて、各地域の厚生局に届出を行う

届出書類の

4. 受理

届出書類の「受理」にて治療が可能となる

[書類作成から特定認定再生医療等委員会の申請までトータルでサポートいたします。]

治療導入のメリット

- ・ 既存患者様への新しい治療提案
- ・ 治療ターゲット層の拡大
- ・ 細胞保管による患者様囲い込み
- ・ 海外(中国)からの医療ツーリズム

● 導入後のサポート

セルバンクの対応窓口にてサポートを行います。セルバンクに所属する培養技師・医療従事者が、患者様からのお問い合わせに対するアフターフォローを行っております。



● 運用サポート

セルバンクではセルバンクサポートセンターを設け、土日も含め年末年始以外は年中無休できめ細やかに運用をサポートできる体制を整えております。



医療機関様の環境・状況によって
導入費用は変わります。
詳しくはお問い合わせください。

CellBank 株式会社セルバンク

〒104-0054 東京都中央区勝どき1丁目13-1 イヌイビル・カチドキ 3F

TEL:03-5547-0207 / FAX:03-5547-0208

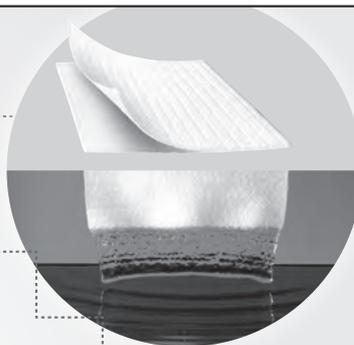
創傷ケアの ファーストチョイス

Wound Hygiene 創傷衛生の実践
創傷の清浄化を期待する時期に



ハイドロファイバー®
テクノロジー

滲出液、細菌、汚染物質などをドレッシング内にトラップし、ドレッシング交換のたびに創面の清浄化を促進します。

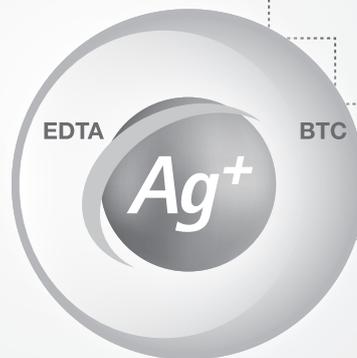


ハイドロファイバー®
ゲル化の様子

アクアセル^{Ag}
アドバンテージ



販売名：アクアセル^{Ag} アドバンテージ
医療機器承認番号：30200BZX00138000 医療用品 (04) 整形用品
高度管理医療機器 抗菌性創傷被覆・保護材 JMDNコード：34614000
※ご使用前には添付文書を必ずお読みください。



MORE THAN
SILVER® テクノロジー



2つの添加剤 BTC (塩化ベンゼトニウム)：界面活性剤と EDTA (金属キレート剤) の作用により銀イオンによる抗菌性能のスピードを向上させました。

© は Convatec Inc. の登録商標です。© 2022 Convatec Inc.



convatec

— よりそい、つなぐ —

製造販売元

コンバテック ジャパン株式会社

〒112-0004 東京都文京区後楽 1-1-7

お客様相談窓口

0120-532384

<https://www.convatec.com/ja-jp/>

AP-56724-JPN

かけがえのない命の手助け…



『人と医療』のパートナー

サンメディックス株式会社

本社 〒104-6136

東京都中央区晴海1-8-11 晴海トリトンスクエアY棟36階
TEL 03-5144-0855(代) FAX 03-5144-0850

- | | | | | | |
|-----------|------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| □東京第一支店 | 〒179-0075 | 東京都練馬区高松6-35-15 | TEL: 03-5923-6235 (代) | FAX: 03-5393-3057 | |
| □東京第二支店 | 〒130-0014 | 東京都墨田区亀沢4-17-12 | TEL: 03-5619-4551 (代) | FAX: 03-6859-0016 | |
| □東京第三支店 | 〒168-0063 | 東京都杉並区和泉1-22-19 | TEL: 03-6680-0460 (代) | FAX: 03-6680-0538 | |
| □多摩支店 | 〒187-0004 | 東京都小平市天神町1-9-27 | TEL: 042-348-5011 (代) | FAX: 042-348-5015 | |
| □千葉支店 | 〒260-0032 | 千葉県千葉市中央区登戸1-26-1 | TEL: 043-244-6322 (代) | FAX: 043-244-6321 | |
| □川崎支店 | 〒216-0005 | 神奈川県川崎市宮前区土橋1-21-5 | TEL: 044-870-6377 (代) | FAX: 044-866-3813 | |
| □横浜支店 | 〒240-0005 | 神奈川県横浜市保土ヶ谷区神戸町134 | TEL: 045-348-7260 (代) | FAX: 045-348-7261 | |
| □相模原支店 | 〒252-0334 | 神奈川県相模原市南区若松1-1-3 | TEL: 042-767-3771 (代) | FAX: 042-767-3773 | |
| □厚木支店 | 〒243-0016 | 神奈川県厚木市田村町11-20 | TEL: 046-296-2822 (代) | FAX: 046-222-1563 | |
| □宇都宮支店 | 〒320-0074 | 栃木県宇都宮市細谷町388-1 | TEL: 028-616-1580 (代) | FAX: 028-623-7350 | |
| □とちぎ支店 | 〒329-4404 | 栃木県栃木市大平町富田石川5100番3 | TEL: 0282-45-3701 (代) | FAX: 0282-44-0891 | |
| □前橋流通センター | 〒144-0042 | 東京都大田区羽田臨11-1 羽田クロノゲート内 | TEL: 03-5735-7111 (代) | FAX: 03-3743-8811 | |
| □水戸営業所 | 029-305-6125 (代) | □埼玉営業所 | 048-640-6621 (代) | □長野営業所 | 026-229-8030 (代) |
| □筑波営業所 | 029-850-5185 (代) | □埼玉西営業所 | 0493-21-7310 (代) | □松本営業所 | 0263-24-1125 (代) |
| □前橋営業所 | 027-280-4433 (代) | □山梨出張所 | 055-280-8015 (代) | □名古屋営業所 | 052-218-2735 (代) |



URL : <https://www.sunmedix.co.jp>



Veraflo™
Therapy

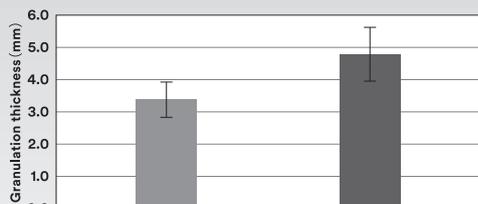
創傷治療は新たなステージへ

3M™ V.A.C.® Ultra 治療システムは、3M™ V.A.C.® 治療と
3M™ ベラフロ™ 治療のコンビネーションにより、新たな創傷治療を実現します。

3M™ V.A.C.® Ultra 治療システム

43%*
more granulation

3M™ ベラフロ™ 治療群は、
3M™ V.A.C.® 治療群と比較して、
肉芽組織の厚みが有意に増大した
(43%、 $p < 0.05$)。



3M™ V.A.C.® 治療 / 3M™ V.A.C.® グラニューフォーム™ 製品 3M™ ベラフロ™ 治療 / 3M™ ベラフロ™ フォーム
(n=12 per group, * $P > 0.05$)

*Lessing C, 2011, Wounds 2011 Oct; 23(10):309-19



製造販売元

ケーシーアイ株式会社

<http://go.3M.com/medical-jp/>

高度管理医療機器(クラスⅢ) 一般名称: 陰圧創傷治療システム 販売名: V.A.C. Ultra 治療システム 医療機器承認番号: 229008ZX00204000

注意: 当社製品およびそれに関連する治療には特定の適応疾患、禁忌・禁止、警告、使用上の注意事項および安全性情報が必要となります。

使用前には、添付文書、取扱説明書を御参照ください。この資料は医療従事者向けです。保険算定に関しては、厚生労働省の各種資料をご確認ください。

© 2022 3M. All rights reserved. 3M, Veraflo, V.A.C., ベラフロ, グラニューフォームは、3M社の商標です。

PRA-PM-JP-00012 (02/22)2022-00216 2022年2月作成

創傷のバイオバーデン減少が期待できる創傷被覆材



SORBACT® COMPRESS

(SORBACT® コンプレス)

微生物を結合させる疎水性ドレッシング



販売名: Sorbact コンプレス
承認番号: 23000BZ100030000
一般名称: 深部体腔創傷被覆・保護材
JMDNコード: 36226000

SORBACT® GEL DRESSING

(SORBACT® ジェルドレッシング)

「微生物を結合させるジェルドレッシング」



販売名: Sorbact ジェルドレッシング
承認番号: 23000BZ100036000
一般名称: 二次治療ハイドロゲル創傷被覆・保護材
JMDNコード: 34082003

選任製造販売業者

CMICentury Medical, Inc.

Partner in Healthcare
本社 〒141-8588 東京都品川区1-11-2 TEL: 03-3491-1785



ABIGO Medical AB
abigo.com

04ABI005-01



教育用・医療用機材の
コンサルタント

東海教育産業株式会社
代表取締役 片瀬 敏行

本社
伊勢原営業所
伊勢原サブライセンター
伊勢原旅行センター
厚木物流センター
ホームページ

神奈川県伊勢原市下粕屋121
神奈川県伊勢原市下粕屋164
神奈川県伊勢原市下粕屋143 東海大学医学部付属病院内
神奈川県伊勢原市下粕屋143 東海大学医学部付属病院内
神奈川県厚木市長谷260-29
<https://www.tokai-eic.co.jp>

TEL. 0463-92-1881 (代)
TEL. 0463-93-1751 (代)
TEL. 0463-92-1105 (代)
TEL. 0463-93-3980 (代)
TEL. 046-250-2685 (代)



● 日本製
MADE IN JAPAN

手術後の傷あとケアテープ

Ato fine™
アトファイン

Point
1

1枚で“簡単ケア”

Point
2

肌に優しく“長く続けられる”

Point
3

ウェーブ形状で“はがれにくい”



「傷あと」に 5 サイズ
合わせて

ニチバン株式会社

〒112-8663 東京都文京区関口 2-3-3 ウェブサイト <https://www.nichiban.co.jp/>

ニチバン 目立たない傷あとを目指して

検索





劇薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

mTOR阻害剤

ラパリムス[®]錠1mg

Rapalimus[®] Tablets 1mg

シロリムス錠

1注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報については添付文書をご参照ください。

Nobelpharma

製造販売元

ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区新川 1-17-24

[文献請求先・製品情報・販売情報提供活動等に関するお問い合わせ先]

ノーベルファーマ株式会社 カスタマーセンター
フリーダイヤル:0120-003-140

2022年10月作成



クリニック宇津木流 | アンチエイジング専門クリニック



クリニック宇津木流
clinic UTSUGI ryu



ご予約・お問い合わせ

03-3509-6210

〒100-0011

東京都千代田区幸町1-1-1 帝国ホテルタワー8F

健康な肌は すっぴんが美しい

UTSUGI ryu SKIN CARE

ANTI-AGING CLINIC SINCE 2007

