

抄 録

第54回山口形成外科研究会

日 時：平成24年3月22日（木）17：40～

場 所：霜仁会館3F

共 催：山口形成外科研究会ほか

1. 羊膜およびマイトマイシンCを用いた瞼球癒着
解離手術

山口大学大学院医学系研究科眼科学

○森重直行, 園田康平

【緒言】瞼球癒着は、眼球と眼瞼結膜が癒着し、眼球運動障害を来たす状態である。原因は様々であり、治療には外科的な癒着解離手術が行われるが、癒着解離後の整復や創傷治療制御などが難しく、治療効果が不十分なこともある。今回、瞼球癒着解離手術に羊膜移植とマイトマイシンC塗布を併用して治療を行ったので報告する。【症例】症例1：23歳男性。急性骨髄性白血病に対する骨髄移植後GVHD後に角膜上皮障害を発症、その後瞼球癒着を来たした。眼球運動は制限され、美容的な問題も生じたことから治療を希望されたため、解離手術を行った。手術は、癒着解離後に0.04%マイトマイシンCを3分間露出強膜部に塗布し、十分量の生理食塩水で洗浄した。露出部に羊膜を移植し手術を終了した。症例2：63歳女性。Stevens-Johnson症候群急性期に角膜上皮障害を発症、上眼瞼との瞼球癒着を来たした。眼球運動障害の改善、および美容改善目的で、症例1と同様の手術を行った。【結果】症例1・2ともに術後1週間で羊膜上に結膜上皮が進展し、眼球運動障害も改善した。術後1ヵ月を経過しているが、特記すべき合併症や再癒着も認めていない。【結論】瞼球癒着解離手術に羊膜移植とマイトマイシンC塗布を併用することにより、速やかな上皮下と再癒着の制御が可能であった。今後の長期的な経過観察により、本術式の有効性を評価する必要があると考えられた。

2. 下顎歯肉癌術後変形に対し、再建を行った1例

山口県立総合医療センター形成外科

○三桝律子, 村上隆一, 赤岩 慶

症例は59歳男性。下顎癌で前医にて手術、化学療法、放射線治療が施行された。前医での手術は、遊離腓骨皮弁、前腕皮弁、DP皮弁などが用いられたが、皮弁壊死となり、再建目的で紹介となった。初診時、両側下顎枝以下の骨欠損、下顎の軟部組織欠損、頸部と下顎の拘縮を認めた。慢性閉塞性肺疾患、心房細胞などの合併症を有することや、複数回の手術後であることを考慮し、硬性再建は再建プレートを用い、遊離前外側大腿皮弁と、遊離大腿筋膜張筋皮弁を用いて軟部組織再建を行ったが、早期にプレートが露出したため、再度、遊離骨皮弁を用いて再建を行った。放射線治療や複数回の手術後の影響があり、移植皮弁の選択、吻合血管の選択などに難渋した症例であった。患者の開口制限や経口摂取不能は残存しているが、形態は改善し、拘縮による紋扼感の改善を認めた。また、適切な吻合静脈がみつからない場合、cephalic veinを反転し、吻合静脈として使用することも有用であった。

3. 皮弁による肛門部の再建

独立行政法人 国立病院機構

岩国医療センター形成再建外科

○青 雅一

【材料と方法】7例（男4、女3）の肛門周囲の部分～全周性欠損および仙骨合併切除を行った巨大欠損を皮弁により閉鎖した。疾患は乳房外Paget病3、直腸癌再発1、褥瘡1、放射線壊死1、熱傷後の肛門狭窄1であった。再建には、穿通枝皮弁単独5、大殿筋皮弁1、穿通枝皮弁+大殿筋皮弁1を使用した。【結果】皮弁は全例全生着した。肛門狭窄を漏斗型の有茎前外側大腿皮弁で再建した1例は1年後も狭窄は見られていない。合併症として、肛門狭窄1、血腫1、瘻孔形成2が認められた。肛門狭窄をきたした1例は、局所皮弁で拡大した。血腫形成により哆開した1例は、反対側からの穿通枝皮弁で閉鎖した。瘻孔は保存的加療により閉鎖した。【考察】

肛門狭窄をきたした1例目の反省をもとに、肛門の全周性欠損に皮弁を縫合する際には、肛門を拡げておいてゆったりと縫合し、直線状の縫合線避けるように努めている。半周程度の欠損であれば、縫合線は直線で問題ないが、肛門を拡げておいてゆったりと皮弁を縫着すべきである。陰囊の皮膚は薄くしなやかで、肛門部に縫着しやすく、拘縮をきたしにくいので、前方の欠損には好ましいオプションの一つとしてあげられる。今回大殿筋皮弁を使用した2例は、上殿動脈を茎として挙上したが、術後の歩行障害は見られなかった。歩行できる患者には下殿動脈茎の大殿筋皮弁は、運動神経温存等の制限があって使用しにくいので、上殿動脈を茎とした方がよいと考える。

4. 前腕滑膜肉腫に対して広範切除術+再建術を行った一例

山口大学整形外科

○富永康弘, 村松慶一, 橋本貴弘, 田口敏彦

40歳男性。重い物を持った際に左手関節周囲に疼痛が出現し同部に腫瘤を自覚した。疼痛は改善するも腫瘤が大きくなってきたため近医受診。悪性腫瘍の疑いがあり当科紹介となった。左前腕掌尺側に径約3cmの腫瘤をみとめた。圧痛はなく前腕回外動作で疼痛が誘発された。X線では掌尺側に石灰化あり。MRIでは尺骨掌側から方形回内筋内にT1: low, T2: highの腫瘤を認め内部は不均一であった。生検にて滑膜肉腫と診断された。PETでは明らかなリンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。転移のない前腕滑膜肉腫の診断に対し広範切除術を計画。アドリアマイシンとイフォスファミドによる術前化学療法を計3回施行した。初診後4ヵ月の時点で広範切除術および再建術を行った。前回の皮切を含む様にマージンを取り皮切をデザイン。正中神経、浅指屈筋、示指深指屈筋は橈側によけ温存した。方形回内筋は橈骨付着部から骨膜下に剥離し、中指~小指深指屈筋は筋腹のみを切除した。尺骨は末梢より8cmで切離し腫瘍および周囲の組織を一塊として切除した。尺骨は50グレイの放射線を照射した。右下腿外側に腓骨動脈の穿通枝を含む皮弁をデザインし10cmの腓骨動静脈および27cmの血管柄付腓腸神経

を含めて挙上した。尺骨をLCPにて固定し長掌筋腱を用いて尺側手根屈筋を再建した。挙上した複合組織を欠損部に適合させ、動静脈を吻合、血管柄付き神経を尺骨神経の両断端に縫合した。前腕の腫脹が強かったため創の一部は二期的に閉鎖することとし手術を終了した。術後14ヵ月のX線では処理骨の中枢部で骨癒合が得られ、術後14ヵ月の時点で尺骨神経領域の知覚は鈍麻しているものの、可動域良好であり握力や鉤手変形は改善している。今回の症例の再建法にはいろいろな選択枝があったが、症例は40歳と若いため長期的に良好な機能再建が必要になると考え、前述の再建法を選択し良い結果を得た。

5. 亀頭型尿道下裂に対するMAGPI (meatal advancement and glanuloplasty incorporated) 法

山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学分野

○白石晃司, 松山豪泰

亀頭型尿道下裂は最も軽症な尿道下裂であり、高度の排尿障害や将来的に性機能障害を来しにくい。尿線の散乱や亀頭形態についてのコンプレックスを生ずることも多く、治療の必要はある。1歳男児の亀頭型尿道下裂に対するMAGPI法について供覧する。

外尿道口の形成のみでは陰茎のbendingが残るため、我々は亀頭直下に環状切開を加えたのち、陰茎根部まで十分に陰茎皮膚とdartos筋膜の剥離(degloving)を行っている。人工勃起を行い陰茎がストレートになっていることを確認する。外尿道口腹側に縦切開を行い、7-0バイクリルにて横縫合することにより、亀頭内での外尿道口の前進が可能である。陰茎海綿体と亀頭海綿体の間を剥離(亀頭翼の作成)し、左右の亀頭翼を縫合することにより外尿道口の更なる前進が可能である。亀頭翼の作成が十分でないと形成した亀頭創の離開を来す。陰茎背側の余剰包皮を正中で縦切開し腹側に移動させる(Byer's flap) ことにより陰茎全体の皮膚の分布のバランスをとる。陰茎腹側正中でdartos筋膜および皮膚(正中および冠状溝周囲)を7-0バイクリルにて結節縫合する。尿道形成を行わないので合併症が少なく、美容的にも満足度の高い術式である。

米国と比較するとMAGPI法はさまざまな社会的理由などにより我が国で施行されるケースは非常に少なく、検診等でも見逃されるケースは多いと考えられる。合併症の多い尿道下裂の術式の中でもMAGPI法の成績は非常に良好であるため、亀頭型尿道下裂に対し積極的に勧められる術式である。

【特別講演】

座長 山口大学医学系研究科 整形外科学

講師 村松慶一 先生

「ロジカルに考える真皮縫合と外科医の為のテクニック」

東京医科大学病院形成外科

教授 松村 一 先生