

**P3-55****下腿潰瘍の骨露出病変に対して bone fenestration を用いた治療法の検討**

(形成外科)

○草田理恵子、佐藤 宗範、柴田 大  
秦野 裕子、尾島 洋介、松村 一

【目的】 骨露出を伴った皮膚潰瘍は形成外科領域でよく遭遇する疾患であるが、その創閉鎖にはしばしば難渋することがある。一般的には皮弁や筋弁が選択されるが、遊離皮弁術では Donor となる血管に異常がないことや局所皮弁術では近接する皮膚の血行が良好であることなど、いくつかの条件を満たす必要がある。bone fenestration は腫瘍切除後や Mohs 法後に頭蓋骨露出病変の治療において、頭蓋骨外板に穿孔や剝削により板間層を露出することで、肉芽化を促して創閉鎖に至る方法として以前より報告されている。しかし、下腿の骨露出を伴う潰瘍性病変に対して、皮質骨の bone fenestration 後に肉芽化を促し創閉鎖に至ったという報告はこれまでほとんどない。

【方法】 骨露出部の皮質骨を骨髓からの出血がでるまでドリリングを行う。ドリリングの径は 5-8 mm 以上で蜂巢状になるよう骨孔を作成する。その後、創部を清潔に保ちながら bFGF を噴霧し約 2-3 週間肉芽化を待つ。

【結果】 症例 1: 52 歳女性。下腿前面の Contact burn により皮膚から筋肉に至る熱傷を認めた。壊死組織のデブリードマンを行うと脛骨前面骨露出を認めた。骨露出部にドリリングを行い肉芽組織で覆われた後に分層植皮術を行い閉鎖に至った。

症例 2: 74 歳男性。左下肢閉塞性動脈硬化症に対して EVT が行われたが術後出血によりコンパートメント症候群となった。前脛骨筋が壊死に陥り脛骨の一部に骨露出が生じた。ドリリングを行いその上に人工真皮を貼付した。真皮様構造が構築された後に分層植皮術を行い創閉鎖に至った。

【考察】 本手法は特殊な手術器具や高度な手術手技を必要とせず肉芽となる母床を形成し皮膚移植により創閉鎖を可能にする。感染により骨髓炎に陥るリスクもある。一般的に骨露出を伴う潰瘍性病変に対して皮弁や筋弁を用いての閉鎖が第一選択となる。しかしながら全身状態に問題を有し皮弁術が施行で

きない症例には有用な手術方法となりうる。

**P3-56****心拡大・心房細動の精査で発見された心膜腔内脂肪腫の症例**

(戸田中央総合病院：一般内科)

○田中 雅彦、田中 彰彦

(戸田中央総合病院：心臓血管センター外科)

横山 泰孝

(戸田中央総合病院：消化器内科)

原田 容治

(戸田中央総合病院：病理診断科)

木口 英子

【症例】 80 歳代男性

【既往歴】 特記すべきこと無し

【現病歴】 検診や病院の通院歴無し。近医にて心房細動と心拡大を指摘され総合病院へ紹介された。精査で行った CT 検査にて心膜内腫瘍の疑いで当院心臓血管外科へ紹介となった。

【入院時現症】 心電図：HR 50-60/分、心房細動胸部単純写真：CTR 57.6% CT・MRI：心膜に腫瘍形成あり

エコー：LVDD 57 mm、EF 69.2%、LA/RA 拡大、弁肥厚及び弁輪拡大による MR (moderate~severe)、弁輪拡大による TR (moderate)、弁肥厚による AR (mild)、心膜内の腫瘍は A 弁短軸像 52.1 mm、LV 短軸像 CT レベル 64.5 mm、心尖部四腔像 52.7 mm (LA、LV 側壁側) で左室を圧排していた。

【手術および経過】 ユーロスコア 3.5%、術前に 2 週間のリハビリを行った。手術は腫瘍摘出術、僧帽弁形成術、メイズ手術、三尖弁輪形成術を予定した。術前 MRI で脂肪腫の診断であったが、術中迅速診断を行い脂肪腫の確認を行い予定手術を実施した。術中に問題なく、術後に洞不全症候群となり脈拍 40 台まで低下したためペースメーカー植え込み術を施行したが、良好な経過で退院した。

【病理組織】 摘出組織は 15.0×9.5×4.5 cm であり、心外膜の線維性結合組織が腫瘍の表層に認められた。成熟脂肪細胞の増生であり、炎症や出血・壊死を認めない。心筋への浸潤や強固な癒着は無く脂肪腫のみを剥離摘出できた。永久標本では多数箇所を標本化して検索したが、脂肪細胞には核異型や核分