

マルホ皮膚科セミナー

2022年8月15日放送

「第85回日本皮膚科学会東京支部学術大会 ④

教育講演15 皮膚外科—私の歩んだ道」

赤坂虎の門クリニック
院長 大原 國章

教訓的な事例

本日は、私が約50年間、皮膚外科手術にたずさわる中で得た教訓、その過程における治療法の変遷についてお話しします。

初めに、教訓的な事例を紹介します。私が皮膚科医になって6か月目に受け持った40歳の男性患者さんです。子供の頃の熱傷瘢痕の局面内に不整形の肉芽面が生じていました。皮膚生検の結果は有棘細胞癌であり、すでに単径リンパ節にも転移していました。ところがこの患者さんは半年前にも受診していて、その当時は潰瘍面は1/4程度の大きさであり、しかも生検結果では悪性所見はなかったため、受診は途絶えていました。つまり半年の経過で、当初は良性・非特異的な肉芽だったものが癌に変化したわけです。皮膚病変は皮膚科で切除し、リンパ節転移の郭清は外科で行われましたが、約1年後に肺転移の為に亡くなりました。

この時に胸に刻んだ教訓は、前がん病変はそれが癌になる前に治療しなければいけない、でした。

その後も同様な事例、つまり、前がん病変であったものが癌化する例を複数経験しています。唇のDLE



幼児期の熱傷瘢痕が潰瘍化してきた。
生検病理は悪性所見なし。



同一患者。半年後には潰瘍は拡大、単径リンパ節転移を伴う有棘細胞癌となっていた。

discoid lupus erythematoses、慢性放射線皮膚炎、臀部の慢性膿皮症、褥瘡、皮膚結核、慢性骨髄炎、巨大粉瘤、皮膚筋炎の萎縮皮膚、などから癌化した例です。

皮膚科医は、前がん病変を漫然と保存治療するのではなく、癌が発生する前に手を打つ、癌を予防する、そういった積極的な介入を心がけるべきです。先手必勝、転ばぬ先の杖、昔からの諺は現在にも通用するのです。

しかしその一方で、メスの限界を思い知らされる例も少なくありませんでした。広範囲に原発病変を切除してもリンパ節転移が防げなかったり、いわゆる根治手術を行ったにも拘わらず遠隔転移を生じる事例などです。メスによる外科治療では癌の勢いは止められない、外科は局所治療に過ぎないということです。これは後程述べる薬物治療にかかわってきます。

治療法の変遷

次に治療法の変遷に関して述べます。時代が移り変わるにつれて、治療手段も進歩していきます。その代表的なものはレーザーで、太田母斑の治療は、レーザーの登場により革命的に変化しました。私の修業時代には東大病院では太田母斑に対する積極的治療は中断されたままでしたが、先輩医師の勧めもあり、ドライアイス圧抵法を再開し、それなりの治療成績を得ていました。この治療法の問題点は、ドライアスを皮膚に押し当てる強さや時間は定量化できなくて、経験に頼るしかなく、不適切であれば瘢痕を残す可能性もあることでした。しかし、Qスイッチレーザーが導入されてからは、治療経験の有無にかかわらず、短期間に、瘢痕を残すことなく治療が可能となり、患者さんには大きな福音がもたらされました。

もっと昔にはアイソトープによる放射線治療が行われていた時代もありましたが、後遺症を残す結果となっていました。有害な治療法あるいは手技に経験の必要な治療から、安心・安全で効果の高い治療に移り変わってきたわけです。しかし、先人たちはその時代時代における技術的な制約の中で努力をしてきたのですから、不用意、安易な批判は慎むべきでしょう。現時点における最善と信じられている治療法も、将来的には乗り越えられ、放棄される可能性もあります。

血管腫のうちで、port wine stain、今では capillary malformation 毛細血管奇形という呼び名になっていますが、これについても色素レーザーによって一定程度の改善が得られ



るようになりました。しかし残念ながら治療に反応しない症例や、部位によっては手術が必要な例もあり、今後の課題が残されています。

もう一つの代表的な血管腫である苺状血管腫、今の名称は **infantile hemangioma** 乳児血管腫ですが、以前には **wait and see** といった経過観察が主流で、ステロイドの局所注射、圧迫療法、色素レーザー、ドライアイス圧抵などが行われてきました。また、大型の病変で瘢痕を残した例には手術も適用でした。しかし、近年になり、降圧剤プロプラノロールの内服治療が導入されてから、早期の改善が得られるようになり、瘢痕の回避も期待されています。

さらに近年の大きなトピックとしては、悪性黒色腫・メラノーマに対する薬物治療の開発・発展が挙げられます。メラノーマは従来の抗がん剤や放射線治療に抵抗性で、一旦進行期になると病気の勢いを止めることができませんでした。

分子標的薬であるニボルマブが8年前から使われ始め、それ以後次々と新しい免疫療法の薬剤が登場し、進行期の患者さんでも完全寛解の得られる時代になってきています。メラノーマの治療方針が一変するとともに、手術法も従来の広範囲切除から縮小手術の方向へと、大きな変化がもたらされました。

原発巣の処置に関して、メラノーマの好発部位である足底、特に踵を取り上げてみます。約50年前には膝下切断は珍しくありませんでしたが、その後は踵の荷重部の機能的再建が行われるようになりました。歩行機能の回復の為に軟部組織の再建として足底の筋肉を利用した筋弁 **muscle flap** が開発され、さらに血管・神経を含んだ土踏まずの皮膚を利用した内側足底皮弁に発展していきました。その後は切除の深さが検討された結果、かなりの厚さの脂肪組織を温存する方向に向かい、遊離植皮での再建が見直されるようになり、今日に至っています。

メラノーマの好発部位は足底ですが、それに次ぐ2番目の好発部位は爪です。爪のメラノーマの外科手術は、私の修業時代では癌細胞の浸潤の深さにかかわらず、指関節での離断が一律に行われていました。しかし癌細胞が指の骨までは浸潤していないのであれば、必ずしも指を落とす必要はないのではないかと考えるようになり、植皮によって指の温存を図る方法を考案し、この手術が次第に受け入れられようになっ



てきています。進行がんであれば指を切断しても全身的な意味での予後は不良ですし、早期がんならば指を落とす必然性はありません。局所治療と全身治療とは同列ではないのです。

リンパ節郭清についても、予防的郭清は行われなくなり、センチネルリンパ節生検の導入と免疫療法の併用により、郭清術そのものが省かれる方向に進んでいます。手術の低侵襲化は確固とした流れではありますが、その反面、手術手技の修得・教育の問題は今後の課題となっています。

さて、医療技術の進歩の観点から巨大母斑について述べます。体表面のかなりの面積を占める巨大母斑は、整容的観点と悪性化の予防の観点から治療されます。繰り返しての分割切除や分層植皮が一般的でしたが、症例によっては組織拡張 **tissue expansion** 法による切除術も選択されます。さらに、患者自身の表皮細胞を培養して移植する方法も保険適応となっていますが、まだ満足のいく結果には遠いと言わざるを得ません。まだ限定的ではありますが作用の異なるレーザー機器を用いての治療報告もされています。

医療技術の変遷に加えて、医療行政の主導による変化を取り上げます。医療安全の強化策により、点滴の管理が厳格となり、抗がん剤の点滴漏れが減少し、結果として医療事故、医療訴訟の件数が減ってきています。また、褥瘡についても、多職種による院内委員会が設置されて、褥瘡の予防、早期発見に努めた結果、難治性の深い潰瘍は減少傾向にあります。今では在宅医療や老人施設での褥瘡管理が焦点になりつつある現状です。

皮膚外科手術の将来

最後に、皮膚外科手術の将来について、私の考えを述べます。近年は外科領域において、内視鏡手術やロボット手術が盛んになってきています。拡大した視野によって精緻な操作ができ、しかも低侵襲という利点があるからです。見方を変えれば、体腔内、体の内部をバーチャルリアリティ、仮想空間としてとらえているとも言えそうです。

ひるがえって皮膚の場合はどうでしょうか？皮膚科で扱う疾患は、皮膚の表面、あるいは皮下数センチの深さに存在しています。肉眼的に直視下で操作できるわけで、内視鏡の出番はありません。したがって、医師自らがメスを持ち、糸で縫合するのが皮膚の手術です。テクノロジーに取り残されたという言い方もできるでしょうが、私個人としては、皮膚科医こそが古典的な意味での外科医、手術の職人として将来も生き続ける、という風に思っています。

締めくくりとしてのメッセージがあります。皮膚の疾患、特に血管腫や巨大母斑などは目につきやすいため、社会的偏見やいじめの対象となりがちです。皮膚科医個人だけでなく、さらには皮膚科学会が中心となって、組織的に、偏見や差別解消の社会啓発が行われることを願います。