

産婦人科外来ベストナビゲーション—ここが聞きたい105例の対処と処方

Ⅵ そのほか【術後の肥厚性瘢痕】

肥厚性瘢痕ができやすい体質の患者です。術後、瘢痕ができないように予防してほしいといます。

平川 俊夫 和氣 徳夫

臨床婦人科産科

第61巻 第4号 別刷

2007年4月10日 発行

医学書院

肥厚性瘢痕がしやすい体質の患者です。術後、瘢痕ができないように予防してほしいといいます。

平川俊夫\*<sup>1</sup> 和氣徳夫\*<sup>2</sup>

## 1 診療の概説

肥厚性瘢痕とケロイドは、ともに創傷治癒過程の異常によって膠原線維の過剰増殖が生じる疾患である。前者は受傷範囲を越えて広がることはなく一定期間の増殖の後に自然退縮して萎縮性瘢痕になるのに対して、後者は受傷範囲を越えて周囲組織に拡がり長期にわたって持続性に増大する。しかし、実際には両者の区別はしばしば困難であり、予防・治療の面では同様に扱われている。いずれも外見が醜状であることに加え、時に拘縮により運動機能に制限をきたし、また疼痛や搔痒感が強いために、治療の対象となる。

肥厚性瘢痕の発生には体質は関与しないと一般に考えられているが、ケロイドの発生には人種差があり(頻度は黒人>黄色人>白人)、家族内発生の存在、またアレルギー素因者に多発することから、遺伝的背景の存在が考えられている<sup>1)</sup>。

両疾患とも前胸部、肩甲部、下腹部などに好発し<sup>1)</sup>、下腹部では恥骨上部の有毛部との境界、または臍周囲にみられることが多い。いずれも張力がかかりやすく、また細菌感染が起こりやすい部位である。

予防に当たっては、創部を愛護的に取り扱うこと、創部に張力をかけないこと、血腫をつくらないこと、血行を保つこと、炎症を抑えること、感染を起こさないこと、などに留意する。創部の縫合に当たっては、皮下縫合により死腔をなくし、

真皮縫合を十分に行って創面が少し盛り上がるようにする。表皮縫合は緩く行うか、または皮膚接着剤やサージカルテープを用いてもよい。術後1週間は創部の湿潤環境を保つようにドレッシング材で被覆する。術後は創部の伸展を避け、直接外力が及ぶのを避けて安静を保つ。創部には保護・固定・保湿の目的でテープ、シリコンゲルシート、スポンジなどの皮膚保護材を貼付し、3～6か月間継続する。肥厚性瘢痕の切除術後の再発予防には、術後照射療法の併用を考慮する。術後早期から予防の対策を行うべきであり、創部の発赤、肥厚、搔痒感など肥厚性瘢痕発生の初期症状がみられたらすぐに積極的に治療にとりかかることが重要である。

## 2 対処の実際

### 1. 創部の切開・縫合

#### 1) 皮切

皮膚切開は皮膚に垂直に行う。既存の瘢痕を切除する際には、まず真皮中層までメスで垂直に切開を加え、次に皮下組織へ斜めに切開を加えて皮膚表面と創面のなす角度が70～80度になるようにする<sup>2)</sup>。

#### 2) 皮下縫合

皮下縫合は合成吸収糸を用いて死腔を残さないように行う。縫合に先だって、創面が楽に寄るように、皮下組織を少し剥離したあと余分な皮下組織を剪刀で少しトリミングするとよい。止血を確

\*1 ひらかわ としお: 真田産婦人科麻酔科クリニック(〒813-0043 福岡県福岡市東区名島3-6-25)

\*2 わけ のりお: 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学

実に行い、血腫形成を防ぐ。術後に多量の滲出液が予想される場合は、ドレーンをおく。

### 3) 真皮縫合

真皮縫合は瘢痕を防止するうえで大変重要である。縫合はモノフィラメント合成吸収糸 (PDS-II<sup>®</sup>またはMaxon<sup>®</sup>) 4-0ないし5-0を用い、愛護的に行う。皮下組織浅層から針を刺入し真皮を十分にひろって真皮創面に出し、同じ深さで対側の真皮創面から刺入して皮下浅層に出す。双方の創縁の組織を同じ量すくい、皮膚表面に数mmの盛り上がりをつくるようにする。持針器はシェイクハンドで把持し、刺入する際には針を創面に垂直に立てると、十分な量の真皮をひろいやすい<sup>3)</sup>。

### 4) 表皮縫合

真皮縫合終了の段階で表皮はすでに寄っているので、表皮を合わせるだけの緩い縫合でよく、サージカルテープや皮膚接着剤でもよい。抜糸は5日目に行う。術後にドレッシング材で創部を被覆する場合は、皮膚縫合を省略できる。

## 2. 創部の保護・固定・保湿

術後の保護・保湿のため創部をポリウレタンフィルムまたは薄型ハイドロコロイド創傷被覆材によって被覆する<sup>4)</sup>。被覆材は抜糸まで貼ったままでよい。多量の滲出液で剥がれる場合は、張り替えるかポリウレタンフォームの被覆材を用いる。抜糸後または約1週間後に除去し、テープやシリコンゲルシート<sup>5)</sup>などによる固定を開始する。テープ固定は、短く切ったテープを創部に直角に互いに一部重なり合うように貼る。プラスチックタイプのテープを創部に一致するように貼るだけのhydration and occlusion treatment (HOT) という方法もある<sup>6)</sup>。肥厚性瘢痕の切除術後の予防には、スポンジ材を創部に貼付して圧迫療法を行う場合もある。いずれも術後3～6か月間継続する。

## 3. 放射線療法

肥厚性瘢痕の切除術後の再発予防には術後照射を行う場合がある。術後1週間以内に開始し、2 MeVないし4 MeV電子線を1回線量5 Gy、下腹部の場合は1週間間隔で計4回、総線量20 Gyを照射する<sup>7)</sup>。副作用として放射線皮膚炎による

色素沈着がみられる。

## 4. 全身療法

トラニラスト (リザベン<sup>®</sup>) は本疾患に対して保険適用のある唯一の内服薬である。ケミカルメディエータの遊離の抑制により抗アレルギー作用・抗炎症作用を示し、また、サイトカイン (TGF- $\beta$ 1) の遊離抑制により線維芽細胞の膠原線維合成を抑制することで効果を発揮するとされている。瘢痕形成の早期より使用する。単独投与では速効性がなく、また効果も弱いため、各種治療法の補助薬として使用することが望ましい。副作用としての膀胱炎、肝機能障害に注意する。

## 3 処方の実際

### 【処方①】

リザベンカプセル<sup>®</sup> 300 mg 分3 3～6か月

### 【処方②】

テガダーム<sup>®</sup> 1枚 創部に貼付 (ポリウレタンフィルム)

### 【処方③】

デュオアクティブET<sup>®</sup> 1枚 創部に貼付 (薄型ハイドロコロイド創傷被覆材)

### 【処方④】

シカケア<sup>®</sup> 1枚 創部に貼付 (シリコンゲルシート)

## 4 ここがポイント

創部への操作は常に愛護的に行い、創部は三層縫合、特に真皮縫合と皮下縫合で閉鎖する。術後の創部の保護、固定、保湿が重要であり、適切な被覆材を用いて創治癒を促し、術後3～6か月間は創部への張力や直達外力を極力避ける。局所反応の抑制のためにトラニラスト内服が有用である。摘出術後の再発予防には術後電子線照射も考慮する。

## 文 献

- 1) 小川 令, 百束比古: ケロイドおよび肥厚性瘢痕の予防と治療法. 日医大医会誌1: 121-128, 2005
- 2) 菅原康志: 整容目的の皮膚縫合法. 形成外科47: S156-S159, 2004
- 3) 岡 博昭, 前場崇宏, 森口隆彦: 皮膚切開と縫合.

- 形成外科44 : S1-S6, 2001
- 4) 杠 俊介, 松尾 清 : 後療法. 形成外科44 : S137-S141, 2001
- 5) 小坂正明, 蔡 顯真, 草田朗子, 他 : ケロイド・肥厚性瘢痕に対するシリコンゲルシート療法. 形成外科47 : 515-523, 2004
- 6) 横井克憲, 沢田幸正 : ケロイド・肥厚性瘢痕—Hydration and occlusion treatment (HOT) を中心に. 形成外科44 : S247-S253, 2001
- 7) 百束比古, 小川 令 : ケロイド・肥厚性瘢痕に対する電子線照射療法 : その基礎と臨床. 形成外科47 : 507-513, 2004
-