第 130 回
九州・沖縄形成外科学会
学術集会

プログラム・抄録集



聖マリア病院・外来棟ホールのステンドグラス
ダル・ドゥ・ヴェールの主題　『出会い』『受難』『復活』『希望』

会期　2026 年 11 月 14 日（土）　12:30 開会

会場　聖マリア病院 研究センター 1 階　使徒ヨハネ 井手一郎ホール

〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422

会長　林　稔

（聖マリア病院 形成外科）

第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会 事務局
〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422 聖マリア病院 形成外科医局
TEL：0942-35-3322　FAX：0942-34-3370
E-mail：mokkox2@yahoo.co.jp

会長挨拶

このたび、第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会を 2026 年 11 月 14 日（土）、久留米市の聖マリア病院にて開催させていただくことになりました。秋の本会は九州・沖縄地区の基幹病院が持ち回りで担当してまいりましたが、聖マリア病院が担当させていただくのは今回が初めてとなります。伝統ある本会をお預かりする機会をいただきましたことに、世話人の先生方をはじめ関係の皆様に心より御礼申し上げます。

今回は「外科教育」をテーマに掲げました。手術手技をいかに次の世代へ伝えていくかは、どの施設にとっても切実な課題です。シンポジウムでは外科教育に精通された先生方にそれぞれの取り組みをご紹介いただき、会場の皆様とともに議論を深めたいと考えております。

特別講演には、日本形成外科学会理事であり、昭和医科大学形成外科主任教授の門松香一先生をお招きいたしました。門松先生のご経験に基づくお話は、私たちの日々の診療と教育に多くの示唆を与えてくださるものと期待しております。

一般演題には 22 題のご登録をいただきました。ご応募いただいた先生方に厚く御礼申し上げます。

本会は現役の医師のみで運営する手作りの学会です。行き届かない点もあるかと存じますが、何卒ご容赦ください。学術集会終了後には懇親会もご用意しておりますので、会員相互の親睦を深める場としてご活用いただければ幸いです。多くの先生方のご参加を心よりお待ち申し上げます。

第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会

会長　林　稔

聖マリア病院 形成外科 診療部長

九州・沖縄形成外科学会 世話人

代表世話人

髙木 誠司

副代表世話人

力丸 英明

監　事

樫山 和也　　清水 雄介

名誉会員

藤井　徹　　平野 明喜　　大慈弥裕之　　清川 兼輔　　田中 克己

世 話 人

青木 恵美	伊東　大	岩尾 敦彦	上村 哲司
遠藤 淑恵	大山 拓人	樫山 和也	門田 英輝
加藤　基	西條 広人	塩沢　啓	清水 史明
清水 雄介	大安 剛裕	髙木 誠司	田邉　毅
林　　稔	兵藤伊久夫	舟橋ひとみ	増口 信一
守永 圭吾	力丸 英明		

幹　事

岩尾 敦彦

（50 音順）

九州・沖縄形成外科学会会則

2013 年 3 月 9 日施行
2015 年 2 月 28 日改変
2022 年 3 月 12 日改変
2024 年 3 月 9 日改変
2025 年 3 月 8 日改変
2025 年 7 月 19 日改変

第１章　総　則

第１条（名称）
本学会は、名称を九州・沖縄形成外科学会（以下本会と略記する）と称する。

第２条（目的）
本会は形成外科学の進歩発展に貢献し、併せて一般社団法人日本形成外科学会（以下日形会）の会員相互の親睦を図ることを目的とする。

第３条（事業）
本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。
１. 学術集会を年３回開催する
２. 日形会が行う事業への協力
３. 他地区形成外科学会との連携
４. その他

第４条（事務局）
本会は、事務局を長崎大学医学部形成外科学教室内に置く。

第２章　会　員

第５条（会員種別）
本会の会員種別は次の通りとする。本会の会員は原則として日形会会員とするが、日形会会員以外でも本会の目的に賛同し、所定の手続きを経て会費を納入する者は会員と認める。
１. 正 会 員：日形会会員で、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県に在住し、本会の目的に賛同する者
２. 準 会 員：日形会会員で第５条第１項に規定した地域以外に在住する者、及び日形会の非会員で本会の目的に賛同する者
３. 賛助会員：本会の目的に賛同し、事業を賛助する個人、団体等
４. 当日会員：本会の学術集会当日のみの参加者
５. 名誉会員：本会に功績のあった正会員で、総会において承認された者

第６条（入会）
日形会に入会が認められ、第５条第１項に該当する者は、当該年度の会費納入により会員と認める。

第７条（退会）
第５条第１項に該当する地域を離れるときはその旨を事務局に届け出て、準会員となるか退会するかを申し出なければならない。また、第３条第３項により、他地区日形会からの正会員の転入を認める。会員はいつでも退会することができ、退会しようとする者は、その旨を本会事務局に届け出なければならない。会員は死亡、失喪宣言によりその資格を喪失する。

第８条（除名）
会員は、会費を３年以上滞納した時はその資格を失う。

第３章　役　員

第９条（役員）
本会に次の役員を置き、当該年の３月３１日に６５歳未満である者とする。
１. 代表世話人 ：１名
２. 副代表世話人：１名
３. 監 事 ：２名
４. 世話人 ：若干名
５. 幹 事 ：１名

第 10 条（役員の選任・任期）
１. 代表世話人、副代表世話人、監事は世話人会において選出し、総会で報告する。その任期は２年とし、再任は妨げないが連続２期までとする。

2. 役員は日本形成外科学会評議員および日本形成外科学会理事長指名議員、本会学術集会長経験者及び推薦世話人が世話人となる。ただし、選出された会長が評議員でない場合、選出後 6 年間世話人となる。世話人及び幹事は世話人会の推薦により選出し、総会で報告し、代表世話人が委嘱する。
3. 学術集会会長は世話人会で選出され、選出後次回総会で報告する。また、本会学術集会の責任を負い、その任期は前回学術集会終了直後より当該学術集会終了までとする。世話人会で推薦された会長予定者は、総会の報告前でも世話人会に出席し意見を述べることができる。
4. 世話人会は会則に定める事項のほか、学会の運営に関する重要事項を審議する。
5. 世話人の任期は次のように定める。但し、定年は満６５歳としその任期満了をもって退任する。
   1）日形会九州・沖縄地区選出評議員 ：２年
   2）日形会九州・沖縄地区理事長指名議員：２年
   3）本会学術集会会長経験者 ：６年（学術集会承認年より）
   4）推薦世話人 ：２年
6. 幹事は本会の庶務、会計その他を担当する。その任期は２年とし、再任は妨げない。
7. 特別の理由無く３回連続して本会世話人会を欠席した者は、本会世話人の資格を喪失する。

第４章　会　議

第 11 条（会議）

本会の会議は次のとおりとする。
（1）総会 （2）世話人会

第 12 条（総会）

総会は毎年１回、原則として春の学術集会時に代表世話人が招集し、議長となる。
1. 本会の総会は正会員をもって組織する。
2. 総会では、事業計画及び収支予算、事業報告及び決算、その他本会の業務に関する重要事項を報告しなければならない。

第 13 条（世話人会）

世話人会は各学術集会開催時、年３回、原則として代表世話人が招集し、議長となる。
1. 本会は世話人をもって構成する。
2. 世話人会は会則に定める事項のほか、学会の運営に関する重要事項を審議する。
3. 世話人の任期は次のように定める。但し、定年は満６５歳としその任期満了をもって退任する。
   1）日形会九州・沖縄地区選出評議員 ：２年
   2）日形会九州・沖縄地区理事長指名議員：２年
   3）本会学術集会会長経験者 ：６年（学術集会承認年より）
   4）推薦世話人 ：２年
4. 幹事は本会の庶務、会計その他を担当する。その任期は２年とし、再任は妨げない。
5. 特別の理由無く３回連続して世話人会を欠席した者は、世話人の資格を喪失する。

第５章　会　計

第 14 条（経費の支弁）

本会の経費は本会の会費、有志の寄付金等によって支弁する。

第 15 条(会員管理業務の一部委託)

本会は入会申込みの受付、会費の徴収等の会員管理業務の一部を日形会に委託するものとする。

第 16 条（会計年度）

本会の会計年度は毎年３月１日に始まり、翌年２月末日に終わる。

第６章　会　則

第 17 条（会則の変更）

本会の会則の変更は、世話人会で審議し、総会に諮り、出席者の 2/3 以上（委任状可）の賛成を必要とする。

九州・沖縄形成外科学会会則 細則

2013 年 3 月 9 日施行
2015 年 2 月 28 日改変
2017 年 3 月 11 日改変
2021 年 7 月 10 日改変

第１章　会　費

第１条 本会の年会費は、次のとおりとする。
既納の会費は如何なる理由があっても返還しない。また、名誉会員からは会費を徴収しない。
（１）正 会 員：2000 円
（２）準 会 員：2000 円
（３）賛助会員：5000 円以上
（４）当日会員：2000 円

第２章　学術集会の開催

第２条 本会は原則として、年３回学術集会を開催する。
１． 学術集会の開催は、春と夏に長崎大学形成外科、久留米大学形成外科・顎顔面外科、福岡大学形成外科、九州大学形成外科、産業医科大学形成外科、佐賀大学形成外科、大分大学形成外科で持ち回りとし、秋は他機関で行う。

第３章　会　議

第３条
１. 総会は、原則として当該年度の学術集会時に開催する。
２. 世話人会は、以下の世話人によって構成される。
１）日形会九州・沖縄地区選出評議員
２）日形会九州・沖縄地区理事長指名議員
３）本会学術集会会長経験者（学術集会承認年から）
４）推薦世話人
３．世話人会は学術集会時の総会に先立って行われる。また、代表世話人が必要と認めれば随時臨時の世話人会を開催することができる。
４. 世話人会は、世話人の過半数の出席により成立し、出席者の過半数の賛成により議事を決し、可否同数のときは代表世話人が決する。
５．世話人会は次の事項を審議する。
１）例会開催期日および担当機関の決定
２）細則の変更
３）その他本会の運営に関する事項
４）収支予算・決算の承認

第４章　会　計

第４条 代表世話人は当該年度の収支決算について世話人会に報告し、総会にて承認を得る。
１．学術集会が２月末日前に開催されるときは、会計年度に暫定期間を置くことができる。（前年３月１日～翌年２月末日前、２月末日前～２月末日まで）

参加のご案内

1．開催形式

本会は現地開催のみといたします。オンライン配信等はございません。

2．参加受付

受付日時：2026 年 11 月 14 日（土）　12:00〜
受付場所：聖マリア病院 研究センター 1 階　使徒ヨハネ 井手一郎ホール前

3．参加費

区分	参加費	お支払い方法
事前参加登録（締切：2026 年 10 月 31 日（土））	5,000 円	銀行振込
当日参加登録	6,000 円	会場受付にて現金のみ

・事前参加登録の方には、ご入金確認後に電子領収書（PDF）と参加証（PDF）をメールでお送りします。参加証を印刷もしくは PDF 画面が見える状態にし、当日受付にお見せください。
・当日参加の方には、受付にて参加証と領収書をお渡しします。
・お支払いいただいた参加費は、いかなる場合もご返金いたしかねます。

4．プログラム・抄録集

本抄録集は PDF 版での配布を原則といたします。名誉会員の先生方およびご希望の方には、紙媒体を郵送いたします。

5．世話人会

日時：11:30〜12:20　会場：聖マリア病院研究センター 3 階大会議室
九州・沖縄形成外科学会世話人の先生方はご出席ください。

6．企業展示・プロモーションビデオ

研究センター 1 階ホールにて企業展示を行います（17:00 まで）。ぜひお立ち寄りください。
開会前（12:00〜12:25）および休憩時間に、協賛企業のプロモーションビデオを会場にて上映いたします。

7．懇親会

学術集会終了後、懇親会（立食パーティ）を開催いたします。

日　時	2026 年 11 月 14 日（土）　18:30〜
会　場	ハイネスホテル久留米（西鉄久留米駅前）
会　費	無料
送　迎	学会会場から懇親会会場まで、マイクロバスを運行いたします（聖マリア病院研究センター前からピストン輸送します。）

・お食事・送迎バスの手配のため、事前参加登録時にご参加の有無をお知らせください。

8．会場内でのお願い

・会場内での許可のない録音、写真および動画撮影は固くお断りいたします。
・携帯電話はマナーモードに設定いただくか、電源をお切りください。
・【駐車場のご案内】患者用駐車場をご利用ください。受付で割引処理を行いますので駐車券を提示してください。

演者・座長の先生方へ

一般演題の演者の先生方へ

1）発表時間は 5 分、討論時間は 3 分です。時間厳守にご協力ください。発表が延長した場合は討論時間を短縮させていただきます。
2）発表はすべて PC プレゼンテーション（PowerPoint）で行います。会場では Windows PC（PowerPoint）をご用意いたします。
3）発表データは USB フラッシュメモリでお持ちいただくか、ご自身の PC をお持ち込みください。Macintosh をご使用の方、動画を使用される方は、ご自身の PC をお持ちください。
4）映像の接続は HDMI 端子に限ります。HDMI 端子のない PC をお持ちの場合は、必ず変換アダプタをご持参ください。
5）発表開始 30 分前までに、PC 受付（参加受付場所）にてデータの提出または持ち込み PC の動作確認をお済ませください。第 1 セッションの演者の先生方は 12:20 までにお願いいたします。
6）ご発表の 5 分前までに、会場前方の次演者席にご着席ください。
7）会場 PC にコピーした発表データは、学会終了後に事務局が責任を持って消去いたします。

シンポジストの先生方へ

1）発表時間はお一人 10 分です。全演者のご発表後に総合討論を行います。
2）データの受付・接続方法は一般演題と同様です。シンポジウム開始 30 分前までに PC 受付をお済ませください。

座長の先生方へ

1）担当セッション開始 10 分前までに、会場前方の次座長席にご着席ください。
2）担当セッションの進行は座長の先生にご一任いたします。終了時刻の厳守にご協力ください。

九州・沖縄形成外科学会 今後の開催予定

回	日程	開催地	会長
第 131 回	2027 年 3 月 13 日（土）	福岡	清水 史明（大分大学医学部附属病院 形成外科）
第 132 回	2027 年夏		西條 広人（佐賀大学医学部 形成外科）
第 133 回	2027 年 11 月（第 1 週）		田邉　毅（熊本機能病院 形成外科）
第 134 回	2028 年春		
第 135 回	2028 年夏		
第 136 回	2028 年秋		青木 恵美（国立病院機構 鹿児島医療センター 皮膚腫瘍科・皮膚科）

会場のご案内

聖マリア病院 研究センター１階　使徒ヨハネ 井手一郎ホール

〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422　TEL：0942-35-3322（代表）



聖マリア病院 構内図（左上が会場の「聖マリア研究センター」）

交通のご案内

・電車：西鉄天神大牟田線「聖マリア病院前」駅から徒歩約 5 分
　　西鉄久留米駅からタクシー約 6 分／JR 久留米駅からタクシー約 10 分
　　（西鉄福岡（天神）駅から西鉄久留米駅まで特急約 30 分、JR 博多駅から JR 久留米駅まで快速約 40 分）
・バス：西鉄バス 50 番系統「聖マリア病院」バス停下車
・お車：構内の患者用駐車場（第 1～第 3 駐車場）をご利用ください。研究センターには第 1 駐車場が最寄りです。駐車券を学会受付にご提示いただくと割引処理を行います。

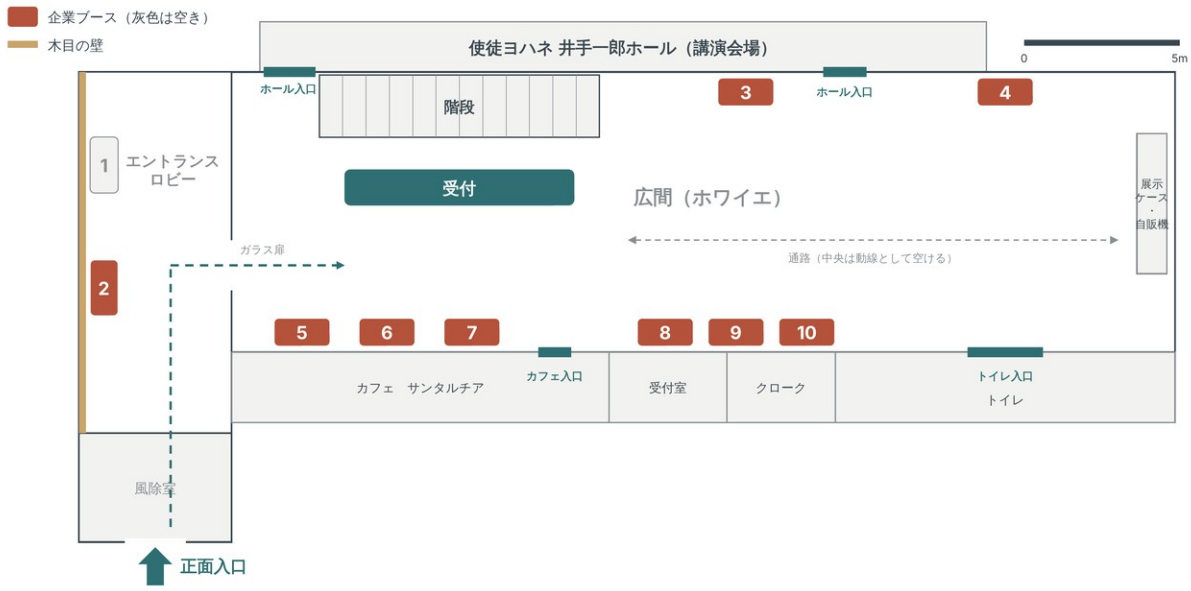
会場内のご案内

学会会場	研究センター 1 階　使徒ヨハネ 井手一郎ホール
参加受付・PC 受付	研究センター 1 階　井手一郎ホール前
企業展示	研究センター 1 階 ホール（17:00 まで）
世話人会	研究センター 3 階 大会議室（11:30～12:20）
懇親会送迎バス	研究センター前から乗車（ハイネスホテル久留米までピストン輸送）

企業展示ブース配置図

聖マリア病院 研究センター 1 階 ホール

展示時間：受付開始～17:00



※概略図（おおよその縮尺）です。ブースの位置は当日若干変更になる場合があります。

ブース割り当て

ブース	企業名
2	ジーシー／センチュリーメディカル
3	ソルベンタム／ケーシーアイ
4	ベアーメディック
5	ジャパン・ティッシュエンジニアリング
6	日本ストライカー
7	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカル カンパニー
8	コンバテック ジャパン
9	スミス・アンド・ネフュー
10	インテグラル

日程表

2026 年 11 月 14 日（土）　会場：聖マリア病院 研究センター 1 階 使徒ヨハネ 井手一郎ホール

時　間	内　容	座長・演者／場所
11:30〜12:20	世話人会	研究センター 3 階 大会議室
12:00〜	受付開始・企業展示（1 階ホール）	展示は 17:00 まで
12:00〜12:25	プロモーションビデオ上映	
12:25〜12:30	**開会挨拶**	会長　林　稔
12:30〜13:26	**第 1 セッション　演題 1〜7** 先天異常・顔面・脈管奇形	座長：吉田 大作（長崎大学病院 形成外科）
13:26〜13:40	休憩（プロモーションビデオ上映）	
13:40〜14:36	**第 2 セッション　演題 8〜14** 皮膚腫瘍・瘢痕・難治性創傷	座長：岩本 直朗（大分大学医学部附属病院 形成外科）
14:36〜14:50	休憩（プロモーションビデオ上映）	
14:50〜15:54	**第 3 セッション　演題 15〜22** 感染・外傷・再建	座長：猪原 康司（鹿児島市立病院 形成外科）
15:54〜16:00	休憩（プロモーションビデオ上映）	
16:00〜16:50	**シンポジウム「外科教育」**	座長：加藤　基（鹿児島大学 形成外科）
16:55〜17:55	**特別講演**	座長：上村 哲司（純真学園大学 保健医療学部 医療工学科）
17:55〜18:00	**閉会挨拶**	会長　林　稔
18:30〜	懇親会	ハイネスホテル久留米（マイクロバスで移動）

第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会　プログラム

11:30〜12:20　世話人会　研究センター 3 階 大会議室

12:00〜　受付開始

12:25〜12:30　開会挨拶　　会長　林　稔（聖マリア病院 形成外科）

12:30〜13:26　第 1 セッション：先天異常・顔面・脈管奇形

座長　吉田 大作（長崎大学病院 形成外科）

1　大腿筋膜による前頭筋吊り上げ術後に高度の拘縮により閉瞼不全を生じた先天性眼瞼下垂症の 1 例
草場　啓彰　久留米大学　形成外科・顎顔面外科学講座

2　巨大甲状腺腺腫による甲状腺眼症に対して周術期にテッペーザを行なった一例
簑原沙和　出田眼科病院

3　術中に中間スプリントの修正を必要とした上下顎骨切り術の 1 例
古賀　紘子　長崎みなとメディカルセンター　形成外科

4　高度開口障害を呈した偽性偽性副甲状腺機能低下症に対する外科的治療の 1 例
赤司理菜　長崎大学病院　形成外科

5　頭部 AVM の出血に対する塞栓術と切除再建の経験
梅本　千洋　小倉記念病院　形成外科

6　難治性脈管奇形に対する KP-001（セラベリシブ）検証的試験/長期投与試験の経験
山田 綾太郎　福岡市立こども病院　形成外科

7　胸鎖乳突筋の発生学的異常に起因する先天性筋性斜頸の外科的治療経験
藤岡正樹　Japan Heart Asian Children’s Mediica Center, Cambodia

13:26〜13:40　休憩

13:40〜14:36　第 2 セッション：皮膚腫瘍・瘢痕・難治性創傷

座長　岩本 直朗（大分大学医学部附属病院 形成外科）

8　肋骨浸潤を呈し、悪性腫瘍との鑑別を要した神経鞘腫の 1 例
佐藤　翼　熊本赤十字病院　形成外科

9　腫瘍切除 1 年後にリンパ節転移をきたした Eccrine porocarcinoma の 1 例
出光茉莉江　北九州総合病院　形成外科

10　左頬部の有棘細胞癌の拡大切除術後に左下顎部に発生した In-transit metastasis の 1 例
白倉　広之　福岡徳洲会病院　形成外科

11　肥厚性瘢痕・ケロイドに対する長パルス幅・低フルエンス色素レーザー治療の有用性と限界
矢加部　文　みやびクリニック

12　放射線照射後の難治性創傷に対して PRP 療法が有用であった 1 例
中島　陽美　福岡大学　形成外科

13　長期間にわたる難治性足潰瘍を契機に診断に至ったウェルナー症候群の 1 例
井上 侑　久留米大学形成外科・顎顔面外科学講座

14　静脈奇形切除術後に発症した壊疽性膿皮症の一例
鬼頭　雄也　宮崎大学医学部附属病院　形成外科

14:36〜14:50　休憩

14:50〜15:54　第 3 セッション：感染・外傷・再建

座長　猪原 康司（鹿児島市立病院 形成外科）

15　急性心筋梗塞を否定できず冠動脈造影を先行した左下腿壊死性軟部組織感染症の一例
柴﨑あゆみ　産業医科大学病院　形成外科

16　手指粘液嚢腫の感染による化膿性関節炎 6 例の検討
川浪 和子　JCHO 宮崎江南病院 形成外科

17　大動脈弁置換術後の縦隔感染に対し大胸筋皮弁を用いた 1 例－頭尾側充填を考慮した大胸筋皮弁の工夫－
平川　敦士　JCHO 九州病院　形成外科

18　人工血管感染に伴う左鼠径部潰瘍に対して薄筋皮弁で再建した 1 例
渋谷　健　熊本赤十字病院　形成外科

19　Medial Pedis Flap を用いて再建した小指デグロービング損傷の 1 例
井垣　龍　産業医科大学　外傷再建センター

20　AV bundle interposition graft による血管柄延長を断念し cross-leg 型遊離皮弁で再建した足底挫滅創の 1 例
黒木　綾人　いまきいれ総合病院　形成外科

21　Aesthetic Unit を考慮した DIEP flap における乳房再建の工夫
崎谷　リサ　熊本大学病院　形成外科

22　私の外科教育歴は特殊か、それとも普通か？
上村哲司　純真学園大学保健医療学部 医療工学科

15:54〜16:00　休憩

16:00〜16:50　シンポジウム「外科教育」

座長　加藤　基（鹿児島大学 形成外科）

S-1　形成外科医が外科教育を学ぶ意義―指導者と学習者がともに育つために
鈴木 翔太郎　福岡大学 形成外科

S-2　外科教育を学ぶということ―形成外科医としての出会いと実践
遠藤 淑恵　産業医科大学病院 形成外科

S-3　米国の外科教育理論を形成外科の手術教育へ応用する：Surgeons as Educators コースから顔面骨骨折手術の評価システムまで
林　稔　聖マリア病院 形成外科

総合討論

16:55〜17:55　特別講演

座長　上村 哲司（純真学園大学 保健医療学部 医療工学科）

「【講演タイトル】」
門松 香一 先生　昭和医科大学 形成外科 主任教授

17:55〜18:00　閉会挨拶　　会長　林　稔

18:30〜　懇親会　ハイネスホテル久留米

抄　録　集

第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会

第 1 セッション　先天異常・顔面・脈管奇形

12:30〜13:26　　座長：吉田 大作（長崎大学病院 形成外科）

演題 1　大腿筋膜による前頭筋吊り上げ術後に高度の拘縮により閉瞼不全を生じた先天性眼瞼下垂症の 1 例

○**草場　啓彰**（くさば ひろあき）、右田　尚、守永　圭吾、力丸　英明
久留米大学　形成外科・顎顔面外科学講座

【目的】
先天性眼瞼下垂症は挙筋機能の先天的な機能低下・欠損が原因であり、高度な症例に対しては大腿筋膜による前頭筋吊り上げ術が行われている。今回、片側性の先天性眼瞼下垂に対し本術式を行った後に、上眼瞼に拘縮が生じ過開瞼・閉瞼不全となり、治療に難渋した症例を経験したので報告する。
【症例】
27 歳男性。MRD−1：−1 mm の重度の先天性右眼瞼下垂に対し大腿筋膜移植による前頭筋吊り上げ術を施行したが、眉毛の挙上が不十分で開瞼不良であった。そこで、術後 3 日目に挙筋腱膜様組織を瞼板から剥離して眉毛の挙上を促すとともに、外角・内角を減張切開して開瞼抵抗を解除したところ、良好な開閉瞼が得られた。しかし、術後 3 週間目ごろより過開瞼となり、また上眼瞼の拘縮によって閉瞼不全となった。術後 1 か月目に移植筋膜の緊張を緩める調節を行い、その 1 週間後に A 型ボツリヌス毒素の前頭筋内注射を行った。眉毛下垂は得られたが過開瞼は残存し、兎眼による角膜上皮障害を認めたため、初回手術より 3 か月目に移植筋膜を抜去し、瘢痕拘縮の予防を目的として PAT(perifascial areolar tissue)を右上眼瞼皮下に充填した。
【経過】
術後 2 か月時点で、わずかに角膜の露出を認めるが十分な閉瞼と、整容的に良好な開瞼も得られている。
【考察】
前頭筋吊り上げ術後の兎眼は一定頻度で生じるが、多くは経時的に改善する。本症例では術後早期に開瞼抵抗を解除したことで、浮腫消退後に移植筋膜の張力が相対的に過剰となり、さらに筋膜周囲の瘢痕により上眼瞼が静的に固定されたと考えた。ボツリヌス毒素で眉毛下垂が得られても過開瞼が改善しなかったことは、前頭筋の動的牽引よりも瘢痕による静的固定が主因であったことを示唆する。筋膜抜去に加え、上眼瞼皮下に PAT を移植して滑走層を形成し再癒着を予防したことが、今回の治療に奏功したと考えられる。吊り上げ術後の追加的な抵抗解除は慎重に判断すべきである。

MEMO

演題 2　巨大甲状腺腺腫による甲状腺眼症に対して周術期にテッペーザを行なった一例

○**簑原沙和**（みのはら さわ）
出田眼科病院

【目的】2024 年に本邦で承認・販売開始されたテッペーザ（テプロツムマブ）は、甲状腺眼症に対して高い効果を示す。しかし、甲状腺手術を挟む形で周術期に投与を行った報告は過去にない。今回我々は、巨大甲状腺腺腫術前後にテッペーザを投与し、著効した一例を経験したため報告する。
【症例・経過】巨大甲状腺腺腫を伴う甲状腺眼症に対し、手術待機期間中にテッペーザを 3 回投与した。その後甲状腺手術を施行し、術後に 4 回目以降の投与を再開している。
【結果・考察】周術期の休薬および分割投与を経ても、眼症の著明な改善が得られた。巨大甲状腺腫の手術待機例におけるテッペーザの周術期投与は有用な治療選択肢となり得る。

MEMO

演題 3　術中に中間スプリントの修正を必要とした上下顎骨切り術の 1 例

○**古賀　紘子**（こが こうこ）[1]、樫山　和也[2]、赤司　理菜[2]、葉石　慎也[1]、中野　基[1]
[1]長崎みなとメディカルセンター　形成外科　[2]長崎大学病院　形成外科

当科における上下顎骨切り術では、double splint 法による上顎位置決め用の中間スプリントを用いている。症例は強い顔面非対称のためカント修正を要する 30 代女性。事前に矯正歯科へ作製を依頼したスプリントは顎関節の可動域が考慮されておらず、結果として術中に中間スプリントの再作製を余儀なくされた。本発表では、本症例の経過とともに、術中におけるスプリント作製や修正の工夫、および留意点について報告する。

MEMO

演題 4　高度開口障害を呈した偽性偽性副甲状腺機能低下症に対する外科的治療の 1 例

○**赤司理菜**（あかし りな）[1]、樫山和也[1]、森内由季[1]、巖水舞[1]、日吉尚[1]、黒木大地[1]、吉田大作[1]、小橋啓太[1]、芦塚翔子[1]、髙橋美保子[1]、東晃史[1]、森彩加[2]、西秀昭[2]、岩尾敦彦[1]
[1]長崎大学病院　形成外科　[2]長崎大学病院　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【目的】偽性偽性副甲状腺機能低下症（PPHP）は、GNAS 遺伝子の不活性化変異に関連する稀な疾患で、異所性骨化を伴うことがある。今回、頭頸部の広範な異所性骨化により高度開口障害を呈した PPHP に対し外科的治療を行った 1 例を報告する。
【方法】症例は 34 歳男性。幼少期より右顔面から頸部にかけての異所性骨化を認め、GNAS 遺伝子変異を認め PPHP と診断されていた。異所性骨化の進行により開口量 2mm の開口障害を呈したため、開口を得るために手術を計画した。術前 CT から 3D モデルを作製し、病変の立体的形態を把握して切除範囲を検討した。また、病変切除時の出血を低減させることを目的に、術前に顎動脈塞栓術を施行した。気管切開術後、異所性骨化病変および被覆皮膚の合併切除、咬筋剥離を行った。軟部組織欠損は有茎大胸筋皮弁および分層植皮で再建した。
【結果】病変を可及的に切除し、術中に下顎可動性の改善を確認した。術後は開口訓練を継続し、術後 7 ヵ月で開口量は約 20mm まで改善した。病変切除に伴う顔面神経下顎縁枝の不全麻痺が残存しているが、改善傾向を認めている。
【考察】PPHP では異所性骨化を伴うことがあり、その進展により重篤な機能障害を来す場合がある。本症例では頭頸部の広範な異所性骨化により著明な開口障害を呈していたため、機能改善を目的に外科的治療を選択した術前 3D モデルを用いて病変形態と切除範囲を検討し、さらに顎動脈塞栓術を併用することで、安全な病変切除と再建を計画することができた。術後は開口量の改善を得たが、異所性骨化の再進展や再狭窄の可能性を考慮し、長期的な経過観察が必要である。

MEMO

演題 5　頭部 AVM の出血に対する塞栓術と切除再建の経験

○**梅本　千洋**（うめもと ちひろ）[1]、入江　香里[1]、八田　さや香[1]、門田　英輝[2]
[1]小倉記念病院　形成外科　[2]九州大学病院　形成外科

38 歳男性。幼少期から頭部動静脈奇形（Anteriovenous Malformation : AVM, 以下 AVM と略）の指摘があり、小児期に部分摘出術や塞栓術による治療歴が複数回あった。今回、頭皮からの出血を繰り返すため、当院脳神経外科へ緊急入院した。止血のためシャント離断術を施行したが、術後創縁壊死をきたしたため、当科初診となった。AVM の病変は広範に及んでおり、完全切除は不能と判断したが、出血コントロールおよび皮膚壊死部の閉創を目的に、脳外科医による Onyx（液体塞栓物質）を用いた塞栓術の後に今回問題になった病巣切除と遊離腹直筋皮弁による再建術を行った。治療方針や再建法について悩む症例であったが、姑息的な治療として創部治癒を得られた 1 例について文献的考察を加え報告する。

MEMO

演題 6　難治性脈管奇形に対する KP-001（セラベリシブ）検証的試験/長期投与試験の経験

○**山田 綾太郎**（やまだ りょうたろう）、森田 愛
福岡市立こども病院　形成外科

【背景】
脈管奇形の病態には PI3K/AKT/mTOR 経路が重要な役割を果たしている。現在、難治性脈管奇形に対する薬物治療として mTOR 阻害薬シロリムスが使用されているが、免疫抑制作用などの有害事象が問題となることがある。セラベリシブ（KP-001）は PI3Kα を選択的に阻害する経口薬であり、異常な脈管形成を抑制しつつ、免疫機能への影響を軽減することが期待されている。
【対象・方法】
当科では、静脈奇形（VM）、リンパ管奇形（LM）およびクリッペル・トレノネー症候群（KTS）を対象とした KP-001 国内第Ⅲ相検証的試験およびその後の長期投与試験に参加した。KP-001 を 1 日 1 回経口投与し、MRI による病変体積変化、臨床症状および有害事象を評価した。用法、用量は両試験共通とし、体重 40kg 未満には 60mg/m^2、40kg 以上には 100mg を投与した。
【結果】
当院で治療した小児例では、52 週時の MRI 病変体積が 20%以上縮小した症例を認め、KTS の 1 例で 24.9%、VM の 1 例で 40.4%の縮小を認めた。一方、病変体積が増大した症例やほぼ不変であった症例もあり、治療反応には症例間でばらつきがみられた。有害事象として感染症、消化器症状、皮疹等を認め、一部症例では休薬・減量を要したが、多くの症例で治療継続が可能であった。
【考察】
KP-001 は低侵襲な経口治療として、一部の難治性脈管奇形において明らかな病変縮小を認めた。一方、画像上の治療反応には症例差があり、長期的な有効性、安全性ならびに画像所見と臨床症状の改善との関連について、今後さらなる検討が必要である。KP-001 は小児の難治性脈管奇形に対する新たな治療選択肢となる可能性がある。

MEMO

演題 7　胸鎖乳突筋の発生学的異常に起因する先天性筋性斜頸の外科的治療経験

○**藤岡正樹**（ふじおか まさき）、Yav Phoan
Japan Heart Asian Children's Mediica Center, Cambodia

【背景】先天性筋性斜頸は乳児における最も頻度の高い筋骨格系変形の一つであるが、その多くは出生前または周産期の胎内での胸鎖乳突筋の外傷に起因しており、胸鎖乳突筋の発生学的異常に起因する先天性筋性斜頸は稀で、新生児の 0.4%未満と報告されている。
【症例・結果】　症例は 12 歳の女児で、乳児期より右頸部の拘縮による斜頸と頸部可動域制限を呈していた。頸部右側には、正常な胸鎖乳突筋の後縁から鎖骨中央部にかけて伸びる硬い線維性の過剰筋が存在し、頭部を下方右側へ牽引していた。過剰筋の鎖骨付着部には過剰骨形成による骨突起が存在した。また右胸鎖乳突筋前縁部には側頚瘻孔が存在した。鎖骨に付着する過剰筋に 5cm の切開を加え、頸部拘縮を解除する手術を施行したところ、術後 1 週で安静時の斜頸は消失したが、術後 4 ヶ月の経過観察時に軽度の斜頸が再発していたため、術後のリハビリテーションが重要と思われた。
　【考察・結語】本症例で認められた過剰筋は、胚発生の第 4 週に生じる胸鎖乳突筋からの僧帽筋の分離過程における遺残物であると推測され、筋付着部における鎖骨形成は筋肉からの機械的負荷の影響を受けるたために生じた副次的な鎖骨結節である可能性がある。さらに、本症例で認められた側頸瘻は、第 2 鰓裂の遺残物であると考えられ、第 2 鰓裂の閉鎖と胸鎖乳突筋を形成する組織の分化は、同一領域で同時に進行するため、本症例では、胸鎖乳突筋の分離における異常が、第 2 鰓裂の閉鎖過程に影響を及ぼした可能性が示唆された。本症例で認められた特徴的な側頸瘻は、当該過剰筋が胚発生過程における遺残物であるという仮説を裏付けるものと考えられた。

MEMO

第 2 セッション　皮膚腫瘍・瘢痕・難治性創傷
13:40〜14:36　　座長：岩本 直朗（大分大学医学部附属病院 形成外科）

演題 8　肋骨浸潤を呈し、悪性腫瘍との鑑別を要した神経鞘腫の 1 例

○**佐藤　翼**（さとう つばさ）[1]、黒川正人[1]、渋谷健[1]、松岡佑樹[1]、森毅[2]、安里嗣晴[3]
[1]熊本赤十字病院　形成外科　[2]熊本赤十字病院　呼吸器外科　[3]熊本赤十字病院　病理診断科

【目的】
神経鞘腫は Schwann 細胞由来の末梢神経腫瘍であり、一般に境界明瞭な良性腫瘍として認められる。今回、肋骨骨内への浸潤を認めたものの、病理組織学的に良性神経鞘腫と診断された 1 例を経験したため報告する。
【方法】75 歳　女性。健診にて胸部単純 X 線検査で異常陰影を指摘され、前医を受診した。胸部 CT および MRI で胸壁腫瘍が疑われたため、精査加療目的に当院呼吸器外科へ紹介となった。初診時、体表から明らかな腫瘤は触知しなかった。胸部 CT では左第一肋間から胸腔内下方へ突出する軟部腫瘤を認め、隣接する第一肋骨への浸潤を疑う所見を認めた。画像所見から悪性腫瘍の可能性も否定できず、形成外科へ手術協力の依頼が来たため呼吸器科と合同で手術を行うこととした。胸腔鏡下および経皮的に摘出術を施行し、腫瘍を第一肋骨，周囲の肋間筋とともに一塊として切除した。
【結果】
病理組織学的検査では、一部で肋骨皮質骨の破壊および骨内への浸潤を認めたが、核異型や核分裂像は目立たず良性神経鞘腫と診断された。術後 1 年経過は良好で、現在まで局所再発を認めていない。
【考察】
神経鞘腫は一般に被膜を有する良性腫瘍であり、胸壁にも発生するが、肋骨への浸潤を伴うことは稀である。本症例では画像上、左第一肋骨への浸潤を疑う所見を認め、悪性腫瘍を完全には否定できなかったため、肋骨を含めた一塊切除を施行した。病理組織学的には肋骨骨内浸潤を認めたものの、悪性を示唆する所見は認めず、良性神経鞘腫と診断された。肋骨への浸潤性変化を呈する胸壁腫瘍では悪性腫瘍を念頭に置く必要がある一方、神経鞘腫などの良性神経原性腫瘍も鑑別疾患として考慮する必要がある。

MEMO

演題 9　腫瘍切除 1 年後にリンパ節転移をきたした Eccrine porocarcinoma の 1 例

○**出光茉莉江**（いでみつ まりえ）、川原　慧、西野　優実、石井　美里、吉牟田　浩一郎
北九州総合病院　形成外科

症例は 53 歳女性。右下腹部隆起性の皮膚腫瘍を認めた。全切除生検にてエクリン汗孔癌の診断に至った。転移検索で T2N0M0 であり、追加切除を水平方向 1cm マージン、浅筋膜下で行った。術後 1 年の PET-CT で右浅鼠径リンパ節転移および外腸骨リンパ節転移を認め、鼠径リンパ節郭清および術後放射線療法を行った。深鼠径リンパ節には転移を認めなかった。
　エクリン汗孔癌(eccrine porocarcinoma)は、比較的まれな表皮内汗管由来の皮膚悪性腫瘍で、進行すると高率にリンパ節転移を認める予後不良な腫瘍といわれている。今回われわれは、エクリン汗孔癌切除後 1 年で所属リンパ節転移および遠隔リンパ節転移を生じた症例を経験した。文献的考察を加え報告する。

MEMO

演題 10　左頬部の有棘細胞癌の拡大切除術後に左下顎部に発生した In-transit metastasis の 1 例

○**白倉　広之**（しらくら ひろゆき）、塩沢　啓、杉原　佳奈、小池　祐稀、坊地　武、岩村　篤憲
福岡徳洲会病院　形成外科

In-transit metastasis とは皮膚悪性腫瘍の原発巣と所属リンパ節の間に生じる皮膚・皮下への転移様式である。症例は 80 歳女性で、左頬部に発生した有棘細胞癌に対して切除・局所皮弁による再建術を施行した。術後約 5 ヵ月で左下顎部に孤立した皮下腫瘤をみとめ、各種検査から In-transit metastasis を疑い、腫瘤切除後に放射線治療を施行した。その後鎖骨上窩リンパ節および肺門部にも転移し追加照射を行った。有棘細胞癌としては稀な転移様式を経験したため報告する。

MEMO

演題 11　肥厚性瘢痕・ケロイドに対する長パルス幅・低フルエンス色素レーザー治療の有用性と限界

○**矢加部　文**（やかべ あや）
みやびクリニック

【目的】
肥厚性瘢痕・ケロイドに対するステロイド局注は広く行われてきたが、近年の製剤供給不足により代替治療の重要性が増している。当院では 2016 年より長パルス幅・低出力色素レーザー（Vbeam®）照射を行ってきた。今回、約 100 例の治療経験から、その有用性と限界を検討した。
【方法】
対象は肥厚性瘢痕約 70 例、ケロイド約 30 例で、熱傷後肥厚性瘢痕 9 例を含む。照射条件はスポット径 12mm、パルス幅 10〜20ms、出力 5〜6J/cm^2 を基本とし、表皮の薄い病変には 7mm、10〜20ms、8〜9J/cm^2 を用いた。冷却は DCD を使用し、近年はエアークーリングを追加した。照射間隔は 1 か月ペースから開始、症状軽減後は 2〜3 か月ペースとした。治療効果は臨床写真、瘢痕の柔軟性、自覚症状から評価した。
【結果】
肥厚性瘢痕では発赤、疼痛、掻痒感、瘢痕肥厚の改善を認め、熱傷後肥厚性瘢痕では拘縮進行の抑制にも寄与する可能性が示唆された。1.5 歳の小児からでも施行でき、明らかなダウンタイムや合併症は認めなかった。一方、ケロイドではステロイド局注併用からレーザー単独治療へ移行した症例の約 20%で再燃を認めた。
【考察】
本照射法では、従来の紫斑形成を伴う照射方法とは異なり、非紫斑形成の条件下でも症状改善が得られた。その機序には微小血管への光熱作用に加え、周辺組織の非破壊的な生体反応が関与する可能性がある。大城らの自家同時性レーザー治療の概念とも関連するが、光生体調節作用の関与は今後の検証が課題である。肥厚性瘢痕には単独でも有用である一方、ケロイドでは炎症制御の併用が重要と考えられた。

MEMO

演題 12　放射線照射後の難治性創傷に対して PRP 療法が有用であった 1 例

○**中島　陽美**（なかしま ひろみ）、前岡尚憲、大長恵利、梶原丈照、鈴木翔太郎、髙木誠司
福岡大学　形成外科

74 歳女性。12 年前、他院で左下腿メルケル細胞癌に対し広範切除、分層植皮術を施行され、10 年前に局所再発に対し切除および 60 Gy の広範囲照射を施行された。今回、照射野内に結節を認め、当院皮膚科を受診した。生検で放射線誘発性肉腫と診断され、同科で 1cm マージン、筋膜を含めて切除し、人工真皮を貼付された。切除断端は陰性であったが、術後 1 か月経過しても肉芽形成不良のため当科紹介となった。メンテナンスデブリードマン、bFGF、創傷被覆材による処置を行い、初診 6 日後および 12 日後に PRP 療法を施行した。良好な肉芽形成が得られ、28 日後に分層植皮術を施行し、全生着を得た。放射線照射後組織では微小血管障害や線維化により創傷治癒が延する。PRP は放射線照射後の難治性創傷への有用性が報告されており、本症例でも良好な創床形成に寄与した可能性が示唆された。

MEMO

演題 13　長期間にわたる難治性足潰瘍を契機に診断に至ったウェルナー症候群の 1 例

○**井上 侑**（いのうえ すすむ）、井野 康、力丸英明
久留米大学形成外科・顎顔面外科学講座

症例は 50 歳代男性。糖尿病を背景にして、アキレス腱断裂術後より長期間にわたる足部潰瘍を繰り返していた。強皮症が疑われたが、膠原病関連検査および病理組織検査では確定診断に至らなかった。デブリードマン、創傷被覆材、PAT 移植、植皮など種々の治療を行ったが治癒に難渋し、末梢動脈疾患に対して血管内治療も施行した今回、臨床経過および全身所からウェルナー症候群であることが判明した。難治性潰瘍の背景疾患として本症を念頭に置くことの重要性について報告する。

MEMO

演題 14　静脈奇形切除術後に発症した壊疽性膿皮症の一例

○**鬼頭　雄也**（きとう ゆうや）[1]、伊東　大[1]、伊東憲子[1]、赤嶺　希[2]
[1]宮崎大学医学部附属病院　形成外科　[2]東京女子医科大学附属足立医療センター　形成外科

【目的】壊疽性膿皮症（pyoderma gangrenosum：PG）は、外傷や手術などの刺激を契機に病変が増悪する pathergy を特徴とする非常に稀な好中球性皮膚症である。今回、切除術を契機に発症し、術後創部感染症との鑑別に苦慮した PG の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。
【症例】76 歳男性。幼少期より左下肢に静脈奇形を認め、某大学病院皮膚科にて複数回の切除術と分層植皮術が施行された。術後、腫瘍が所々再発したが、大きな問題はなく現在まで仕事を続けている。突出した病変部から時々出血を認めるため前医を受診し、手術依頼目的に当科を紹介受診した。まず、左大腿部の静脈奇形の切除後人工真皮移植術（一部全層植皮）を施行した。
【結果】術後 2 日目からの発熱に加え、術後 3 日目に創部痛を認めたことから通常の術後経過とは異なった印象を抱いたが、創部感染症を疑い抗菌薬投与および局所処置で対処した。しかし、術後 4 日目にも発熱が持続し、創部壊死が拡大したため PG を疑った。翌日も同様の症状が続き、臨床経過から PG と診断確定し、翌朝からステロイドの内服治療を開始した。その後速やかに解熱し、炎症反応および創部所見も改善した。創部所見が安定した後、大腿創部のデブリードマンおよび分層植皮術を施行した。植皮は問題なく生着し、PG の再燃も認めず良好に経過し、ステロイド内服を終了した。
【考察】PG は二次的な細菌感染を伴うこともあり、術後創部感染との鑑別が困難な場合がある。また、不用意なデブリードマンは pathergy により病変を増悪させるため禁忌とされている。一方、本症例ではステロイド治療により病勢を制御した後に二期的手術を行うことで、PG の再燃なく良好な創傷治癒を得ることができた。術後に抗菌薬への反応に乏しい発熱、疼痛、急速な創部壊死を認めた場合には PG も鑑別に挙げ、早期診断と治療につなげることが重要である。

MEMO

第 3 セッション　感染・外傷・再建
14:50〜15:54　　座長：猪原 康司（鹿児島市立病院 形成外科）

演題 15　急性心筋梗塞を否定できず冠動脈造影を先行した左下腿壊死性軟部組織感染症の一例

○**柴﨑あゆみ**（しばさき あゆみ）、遠藤淑恵、池田磨美華、城谷 優里花、竹本 圭吾、岩本 晃一、中村 佑紀
産業医科大学病院　形成外科

【はじめに】壊死性軟部組織感染症は早期の外科的な感染源の制御が予後を左右する。一方、重症感染症では心筋障害を合併し、急性冠症候群との鑑別を要することがある。今回、早急なデブリードマンが必要であったが、急性心筋梗塞を否定できず冠動脈造影を先行した一例を経験したので報告する。
【症例】43 歳男性。既往歴なし。4 日前からの左下腿の発赤、腫脹を主訴に搬送された。白血球数 37,900/μL、CRP 40.97 mg/dL、血清クレアチニン 6.1 mg/dL と著明な炎症反応および腎機能障害を認めた。左下腿の小切開部滲出液を咽頭用 A 群溶連菌迅速抗原検査キットで検査したところ陽性であり、A 群溶連菌による壊死性軟部組織感染症と診断した。一方、心電図でⅡ、Ⅲ、aVF、V4–6 誘導に ST 上昇を認め、高感度トロポニン T 1.310 ng/mL、CK-MB 73 U/L と上昇していた。急性心筋梗塞を否定できず、手術に先立ち緊急冠動脈造影を施行した。PCI 適応病変を認めず、引き続き緊急デブリードマンを施行した。急性腎障害に対し持続的血液濾過透析を導入した。創部膿培養から Streptococcus pyogenes が検出され、血液培養は陰性であった。心筋生検では明らかな異常を認めなかった。抗菌薬治療により炎症反応は改善し、分層植皮術を施行後、転院となった。
【考察】壊死性軟部組織感染症では手術の遅れが予後不良につながる。しかし本症例では急性心筋梗塞を否定できず、未治療の冠動脈病変がある状態での全身麻酔下手術のリスクを考慮し、冠動脈造影を先行せざるを得なかった。冠動脈造影および心筋生検で異常を認めなかったことから、心電図変化と心筋マーカー上昇は重症感染症に伴う心筋障害と考えられた。重症感染症では急性心筋梗塞類似の所見を呈することがあり、循環器内科と緊密に連携して急性冠症候群を速やかに除外し、感染源制御の遅れを最小限にとどめることが重要である。

MEMO

演題 16　手指粘液嚢腫の感染による化膿性関節炎 6 例の検討

○**川浪 和子**（かわなみ かずこ）、大安剛裕、福田麻衣美、天願翔太
JCHO 宮崎江南病院 形成外科

【目的】手指の化膿性関節炎は初期には蜂窩織炎との鑑別が難しく、治療介入の遅れは関節破壊の進行や骨髄炎を招き、関節機能低下の原因となる。今回、手指粘液嚢腫の感染により生じた化膿性 DIP・IP 関節炎を過去 3 年間で 6 例経験したため、文献的考察を加えて報告する。【方法】症例は母指 1 例、示指 2 例、中指 1 例、環指 1 例、小指 1 例で、年齢は 45〜77 歳、男性 5 例、女性 1 例であった。これらの症例について、易感染状態となる基礎疾患の有無、外科的治療介入時期、骨髄炎の有無、手術回数と内容、起因菌、抗菌薬投与期間、リハビリテーション開始時期、関節の予後を検討した。【結果】2 例が糖尿病を有した。外科的治療介入は発症後平均 11.2 日（2〜30 日）で、4 例が骨髄炎を併発した。3 例は皮膚閉鎖や関節固定のため 2 回目の手術を要した。起因菌は黄色ブドウ球菌が 5 例と最多で、うち 1 例は MRSA であった。抗菌薬投与期間は平均 51.3 日（15〜101 日）であった。リハビリテーションは 5 例で実施し、初回術後平均 23.6 日（4〜36 日）で開始した。3 例が最終的に DIP 関節固定となった。【考察】手指化膿性関節炎の治療は早期の外科的ドレナージが基本であり、関節切開による感染源の除去と関節内圧の減圧が重要である。発症から 7 日未満での外科的治療介入が推奨されるが、糖尿病患者はより短期間で骨髄炎へ進展しやすい。自験例でも骨髄炎に至った症例は発症後 7 日以降での介入例、あるいは糖尿病患者であった。粘液嚢腫の感染は化膿性関節炎を強く疑って対応すべきであり、特に糖尿病患者では迅速な治療介入が必要である。

MEMO

演題 17　大動脈弁置換術後の縦隔感染に対し大胸筋皮弁を用いた１例－頭尾側充填を考慮した大胸筋皮弁の工夫－

○**平川　敦士**（ひらかわ あつし）、上薗　健一、栗山　ありさ
JCHO 九州病院　形成外科

大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換術後の感染では感染制御と死腔充填を目的として、大胸筋皮弁、有茎腹直筋皮弁、大網弁などが選択される。しかし、治療後も感染再発の危険性が高く、皮弁の選択やデザイン、死腔充填の時期に苦慮することがある。今回、大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換術後に人工弁周囲の MRSA 感染を生じ、大胸筋皮弁で再建を行った症例を経験した。
症例は 81 歳男性。心臓血管外科にて胃癌の治療を予定されている大動脈弁狭窄症の患者に対して人工弁による大動脈弁置換術が実施された。術後５日目にドレーン孔から膿性排液を認め、術後７日目に開胸デブリードマンを実施した。縦隔内に膿瘍を認め、胸骨ワイヤーおよびペーシングワイヤーを抜去した。創部膿とワイヤー先端の培養から MRSA が検出され、灌流式持続陰圧洗浄療法を４週間行った。その後も MRSA 感染が持続し、複数回デブリードマンを実施した。創部培養で MRSA の菌量は減少し、術後 39 日目に人工弁周囲の死腔充填を目的に右大胸筋皮弁術を施行した。①内胸動脈の第３肋間穿通枝を含め、大胸筋の胸骨柄付着部付近まで筋体および脂肪組織を採取し、尾側の充填に必要な組織量を確保した。②皮弁頭内側の筋体を上縦隔の死腔に配置し、欠損上端まで充填した。③胸肩峰動脈の基部まで剥離して血管茎の緊張を軽減し、皮弁の可動性を確保した。これらの工夫により、皮弁を欠損全体に無理なく到達させ、大動脈基部の周囲を充填できた。大胸筋弁での再建後４カ月の時点で感染再発を認めない。
大動脈弁置換後の人工弁周囲の MRSA 感染後に、内胸動脈第３肋間穿通枝を含めた筋体の採取範囲、欠損形状に応じた筋体の採取、血管茎近傍までの剥離の３点を工夫し、大胸筋皮弁による再建を行った。欠損の形状・範囲に応じて、皮弁の血流と到達性を考慮したデザインを行うことは、広範な縦隔欠損に対する再建法の選択に有用と考えられた。

MEMO

演題 18　人工血管感染に伴う左鼠径部潰瘍に対して薄筋皮弁で再建した１例

○**渋谷　健**（しぶや たけし）[1]、松岡　佑樹[1]、笈田 壮一朗[2]、田中 孝憲[3]、佐藤　翼[1]、黒川　正人[1]
[1]熊本赤十字病院　形成外科　[2]いまきいれ総合病院　[3]聖マリア病院

【目的】
鼠径部の人工血管感染に伴う潰瘍では、人工血管の露出を伴うことがあり、感染制御と確実な軟部組織による被覆が重要となる。今回、人工血管感染に伴う左鼠径部潰瘍に対して薄筋皮弁による再建を行い、人工血管を温存し得た症例を経験したため報告する。
【方法】
症例は 70 歳代女性。大腿動脈−大腿動脈バイパス術後、左鼠径部に人工血管感染に伴う潰瘍を生じ、人工血管が露出した。抗菌薬投与による治療が行われたが感染制御が困難であり、形成外科に再建を依頼された。手術時に心臓血管外科医によるデブリードマンを行い、薄筋皮弁を用いて人工血管を被覆し、創閉鎖を行った。
【結果】
皮弁先端部に部分的な表皮壊死を認めたため、再手術で皮弁を再前進させて創閉鎖を行った。薄筋は温存され、以後、人工血管の再露出は認めなかった。再手術後約 2 週間で退院し、術後 8 カ月以上の経過観察において感染再燃や人工血管の再露出を認めていない。
【考察】
人工血管感染に伴う鼠径部潰瘍では、感染創のデブリードマンと人工血管の確実な被覆が重要である。本症例では心臓血管外科と連携してデブリードマンを行い、薄筋皮弁による被覆で人工血管を温存し得た。皮弁先端部に部分的な表皮壊死を生じたものの、追加手術により創閉鎖を得て、長期経過も良好であった。薄筋皮弁は、人工血管の温存を図る鼠径部の軟部組織再建において有用な選択肢と考えられた。

MEMO

演題 19　Medial Pedis Flap を用いて再建した小指デグロービング損傷の 1 例

○**井垣　龍**（いがき りゅう）
産業医科大学　外傷再建センター

【背景】
手指デグロービング損傷は、治療に難渋する損傷である。今回、小指デグロービング損傷に対して、 medial pedis flap による再建を行なった 1 例を経験したので報告する。【臨床経過】症例は 30 歳男性、左手を旋盤機に巻き込まれて受傷した。左小指のデグロービング損傷(Urbaniak 分類 Class Ⅲ),左小指基節骨骨折,左環指,中指の MP 関節脱臼を認めた。受傷当日にデブリードマンと環指橈側側副靭帯、指神経断裂の修復を行なった。小指の剥脱皮膚は再接着困難と判断し NPWT を施行した。受傷約 7 日で小指基節骨骨折に対する骨折観血的手術、medial pedis flap による軟部組織再建を施行した。手背には圧挫損傷を認めたために手背では静脈を reroute しレシピエント静脈として用いた。一部に人工真皮を使用し後日全層植皮を施行した。皮弁は問題なく生着し受傷約 3 か月で現職に復帰した。【考察】手指デグロービング損傷は治療が困難な損傷である。損傷状態に応じて、再接合術や植皮術、有茎また遊離皮弁による再建また切断が治療法として選択されるが、必ずしも良好な結果を得られる損傷ではない。手指の再建において良好なアウトカムを得るには機能面、整容面いずれもが重要となる今回は手指の texture match を考慮し medial pedis flap による軟部再建を施行し比較的良好な整容を獲得できた。
【結語】小指デグロービング損傷に対して、medial pedis flap による軟部組織再建を施行し整容面において比較的良好な結果を得られた。

MEMO

演題 20　AV bundle interposition graft による血管柄延長を断念し cross-leg 型遊離皮弁で再建した足底挫滅創の 1 例

○**黒木　綾人**（くろき あやと）[1]、外薗寿典[1]、山田健人[1]、濵田翔吾[1]、堀ノ内魁[1]、笈田壮一朗[1]、梅澤和也[2]
[1]いまきいれ総合病院　形成外科　[2]山梨県立中央病院　形成外科

【目的】外傷に対する遊離皮弁再建では zone of injury 外での血管吻合が原則であり、血管柄が移植床血管まで届かない場合は、静脈移植や arteriovenous（AV）loop などによる延長を要する。今回、外側大腿回旋動静脈下行枝を用いた AV bundle interposition graft による血管柄延長を計画したが術中に断念し、cross-leg 型遊離皮弁で再建した 1 例を報告する。
【方法】27 歳男性。交通事故で右脛骨・腓骨骨幹部骨折と右足底挫滅創を受傷した。足底の皮膚軟部組織はデグロービング様に欠損し、周囲にポケットを形成していた。受傷当日、整形外科の観血的整復固定術と同時にデブリードマンを行った。受傷 5 日目、AV bundle interposition graft で血管柄を延長した遊離前外側大腿（ALT）皮弁による再建を計画した。
【結果】術中、移植床血管周囲の癒着と挫滅が広範に及び、計画した延長では血管長が不足すると判断した。そこで挙上した ALT 皮弁を、健側の左後脛骨動脈を移植床血管とする cross-leg 型遊離皮弁として移植し、創外固定で両下肢を固定した。術後 3 週で血管柄を切離した。皮弁は部分壊死をきたしたが大部分が生着し、皮弁移植術後約 6 か月の時点で右足関節の拘縮は残存するが歩行可能である。
【考察】AV bundle interposition graft は動静脈を一塊として移植でき、静脈移植に比べ移植床血管との口径差が少ないとされる。一方、外側大腿回旋動静脈下行枝の長さにも限界があり、広範な損傷には対応できない場合がある。本症例では損傷範囲が想定以上に広く、延長しても患側に適切な移植床血管を確保できないと判断した cross-leg 型遊離皮弁は肢位固定と二期的手術を要するが、損傷の影響を受けない健側血管を利用できるため、患側に使用可能な移植床血管がない場合の代替手段となりうる。下腿外傷では損傷範囲を慎重に評価し、cross-leg 法などの代替の再建計画を準備しておくことが重要である。

MEMO

演題 21　Aesthetic Unit を考慮した DIEP flap における乳房再建の工夫

○**崎谷　リサ**（さきたに りさ）、村井　信幸、茅嶋　理絵、増口　信一
熊本大学病院　形成外科

51 歳女性。 3 年前に右乳癌に対し乳房全摘術を施行された。整容面の改善を主訴に自家組織による乳房再建希望で受診され、DIEP flap による二次一期再建を施行した。瘢痕と乳房下溝（IMF）の間を皮弁幅にあわせて台形型に denudes した上で胸壁に固定した。皮弁下端を IMF に一致させて IMF 維持と乳房の下垂感を再現した、術後半年が経過し良好な形態が維持されており、術式の有効性が示唆されたため報告する。

MEMO

演題 22　私の外科教育歴は特殊か、それとも普通か？

○**上村哲司**（うえむら てつじ）
純真学園大学保健医療学部 医療工学科

私の形成外科医としての外科研修は、以下の経験が基盤となっています。
1. 日本赤十字社医療センターでの外科系レジデント研修(25〜26 歳の 2 年間)
2. 昭和大学形成外科専門医研修プログラム内での整形外科研修(28 歳時点、フジ虎ノ門病院にて 7 か月間勤務)
これらを合わせて、計 3 年弱の外科領域の研修を行いました。このような内容の研修期間は、現在の形成外科専門医制度のプログラム内には存在しないように思われます。
　私は、形成外科医において、外科教育こそが基盤であると考えています。形成外科が扱う領域は非常に広範囲であり、その中でどの分野に興味を持つかは、各医師が研修医時代に経験してきた内容や研修期間の違いによって決定される部分が大きいと思います。
今回、林会長が企画された「外科教育」というテーマに、私自身の経験が議論の一助となれば幸いです。

MEMO

シンポジウム「外科教育」
16:00〜16:50　　座長：加藤　基（鹿児島大学 形成外科）

S-1　形成外科医が外科教育を学ぶ意義―指導者と学習者がともに育つために

○**鈴木 翔太郎**（すずき しょうたろう）
福岡大学 形成外科

外科医が「教育」を学ぶ必要はあるのか。形成外科でも議論され始めた問いである。教育理論を体系的に学ぶ機会は限られ、指導は個々の経験や感覚に委ねられがちである。とりわけ形成外科には熟練医の手技を見て学び、経験を積んで習得する技術や判断も多い。実地教育には言葉で伝えきれない知恵や勘所を継承する価値がある。私自身は先輩方の教えを習ったように後輩に伝えようとするなかで、良かれと思った指導が伝わらず、戸惑うことが少なくなかった。
そうした葛藤の中、2022 年に Surgeons as Educators Course を受講した。他科の外科医も同じ悩みを抱えていると知り、目標共有やフィードバック、振り返りなど、経験や熱意だけに頼らない教育の方法論に触れた。これらは従来の実地教育に取って代わるものではなく、手技の背景にある思考や判断までも次世代に伝える助けになると感じた。当科では演者を含む 4 名が受講し、日常の指導に生かそうと試行錯誤している。
しかし、方法論を学んでも指導がすぐにうまくいくわけではない。実際の指導を通じて、指導者と学習者のすれ違いには、互いの考えや期待が見えないことも関わっていると感じるようになった。学習者の求めるものが見えない指導者は「何を教えればよいか」に迷い、指導者の意図が見えない学習者は「何を学び、何を聞けばよいか」に迷う。その迷いが「勉強してこない」「教えてくれない」という不満に変わる。だからこそ、指導者だけでなく学習者も教育の視点を持つことに意味がある。外科教育は、互いを理解し、ともに成長するための共通言語になりうる。誰もが教育の専門家になる必要はない。教育について少し知ることが、その溝を埋める一歩になるのではないか。本発表では、理想と現実の間で悩み続ける演者の経験と当科の取り組みを紹介し、指導者と学習者がともに外科教育を学ぶ意義を皆様と考えたい。

MEMO

S-2　外科教育を学ぶということ―形成外科医としての出会いと実践

○**遠藤 淑恵**（えんどう よしえ）
産業医科大学病院 形成外科

医師は生涯にわたり学び続け、後進を育てる役割を担う。しかし、自身がどう学び、どう教えるかを体系的に学ぶ機会は必ずしも多くない。私自身、医師になってから学習方法に悩み、さまざまな講習会に助けられてきた。また家族・親戚に教師が多く、教育が身近にあったことも、教え方への関心につながった。
教育に携わりたいと考え産業医科大学へ異動した後、他施設の先生との会話をきっかけに、 Surgeons as Educators course のベーシック・アドバンスコースを受講した。そこで、外科教育にも体系的な理論と実践技術があることを知った。また、講師や参加者との出会いを通じて、教育者として何を大切にするかを考え、誰かの成長や幸せを支えることが自身の喜びにもつながるという思いを再確認した。
現在は、受講して得た知識から、５マイクロスキルやプレゼンテーションの手法を日々の指導に活用している。学生実習では、外来見学と講義に加え、カンファレンス、病棟回診、縫合実習、手術見学の機会を増やした。一方、多忙な臨床の中で、学習目標・実習内容・評価を結びつけたカリキュラムの整備や、継続的な指導体制の構築には課題が残る。
本発表では、外科教育を学び始めた経緯と、出会いから得た気づき、日常で実践している工夫を紹介する。完成した教育体制の報告ではなく、一人の形成外科医としての試行錯誤を共有し、忙しい臨床の中で教育にどう取り組むかを考えたい。

MEMO

S-3　米国の外科教育理論を形成外科の手術教育へ応用する：Surgeons as Educators コースから顔面骨骨折手術の評価システムまで

○**林　稔**（はやし みのる）
聖マリア病院 形成外科

本邦では長らく外科医の育成は医学教育の一部として扱われ、外科教育を専門とする学術団体は存在しなかった北米の Association for Surgical Education を範に、北米で外科教育を学んだ外科医らを中心として 2014 年に日本外科教育研究会が設立され、2019 年には米国外科学会の指導医養成プログラムを基にした Surgeons as Educators（SAE）コースが始まった。同会は 2023 年に日本外科教育学会へ移行し、2024 年に一般社団法人となった。
演者は 2025 年に SAE コース（基礎編・応用編）を受講し、Kolb の体験学習サイクル、ABCD 法による観察可能な目標設定、術前・術中・術後を一連とする BID モデル、フィードバック、形成的評価と Kirkpatrick の 4 段階評価を学んだ。これらを頬骨骨折手術の教育に応用し、手術を 7 大項目 26 サブタスクに分解した手順書による言語化、5 段階 Likert scale による数値化、術直後と翌週カンファレンスでのフィードバックを 3 本柱とする評価システムを構築した。本年の日本頭蓋顎顔面外科学会では、専攻医 3 名 9 例の初期運用を報告した。代表例の自己評価は術前 2.49 点から 3 例目 3.54 点へ段階的に上昇し、自己評価と指導医評価のずれが内省のきっかけとなったその後、手順書を実装したアプリ SurgiStep を開発し、2026 年 4 月から 9 月に専攻医 5 名が 7 術式 53 件を記録した。一方、評価は自己評価が中心で Kirkpatrick のレベル 2 にとどまり、信頼性・妥当性も未検証である。本シンポジウムでは外科教育学会の歩みと理論を概説したうえで、当科での実装の工夫と課題を共有し、臨床での行動や患者アウトカムによる検証へ進む道筋を議論したい。

MEMO

総合討論　MEMO

特別講演
16:55～17:55　　座長：上村 哲司（純真学園大学 保健医療学部 医療工学科）

「【講演タイトル】」

昭和医科大学 形成外科 主任教授
門松 香一　先生

【講演抄録本文】

[略歴]

【年】　【経歴】
【年】　【経歴】
【年】　【経歴】

[所属学会・専門医など]

【内容】

MEMO

演者・座長索引

数字は演題番号、S-はシンポジウム番号を示します。太字は筆頭演者です。（50 音順・敬称略）

あ　行

赤司 理菜……3, **4**
赤嶺 希……14
安里 嗣晴……8
芦塚 翔子……4
井垣 龍……**19**
池田 磨美華……15
石井 美里……9
出光 茉莉江……**9**
伊東 大……14
伊東 憲子……14
井野 康……13
井上 侑……**13**
猪原 康司……座長（第３セッション）
入江 香里……5
岩尾 敦彦……4
巖水 舞……4
岩村 篤憲……10
岩本 晃一……15
岩本 直朗……座長（第２セッション）
上薗 健一……17
上村 哲司……**22**, 座長（特別講演）
梅澤 和也……20
梅本 千洋……**5**
遠藤 淑恵……15, **S-2**
笈田 壮一朗……18, 20
大長 恵利……12

か　行

樫山 和也……3, 4
梶原 丈照……12
加藤 基……座長（シンポジウム）
門田 英輝……5
門松 香一……**特別講演**
茅嶋 理絵……21
川浪 和子……**16**
川原 慧……9
鬼頭 雄也……**14**
草場 啓彰……**1**
栗山 ありさ……17
黒川 正人……8, 18
黒木 綾人……**20**
黒木 大地……4
小池 祐稀……10
古賀 紘子……**3**
小橋 啓太……4

さ　行

崎谷 リサ……**21**
佐藤 翼……**8**, 18
塩沢 啓……10
柴﨑 あゆみ……**15**
渋谷 健……8, **18**
白倉 広之……**10**
城谷 優里花……15
杉原 佳奈……10
鈴木 翔太郎……12, **S-1**

た　行

大安 剛裕……16
髙木 誠司……12
髙橋 美保子……4
竹本 圭吾……15
田中 孝憲……18
天願 翔太……16

な　行

中島 陽美……**12**
中野 基……3
中村 佑紀……15
西 秀昭……4
西野 優実……9

は　行

葉石 慎也……3
八田 さや香……5
濵田 翔吾……20
林 稔……**S-3**
東 晃史……4
日吉 尚……4
平川 敦士……**17**
福田 麻衣美……16
藤岡 正樹……**7**
坊地 武……10
外薗 寿典……20
堀ノ内 魁……20

ま　行

前岡 尚憲……12
増口 信一……21
松岡 佑樹……8, 18
右田 尚……1
簑原 沙和……**2**

村井 信幸.....21
森 彩加.....4
森 毅.....8
森内 由季.....4
森田 愛.....6
守永 圭吾.....1

や　行

矢加部 文.....**11**
山田 健人.....20
山田 綾太郎.....**6**
吉田 大作.....4, 座長（第 1 セッション）
吉牟田 浩一郎.....9

ら　行

力丸 英明.....1, 13

欧　文

Yav Phoan.....7

謝　辞

本会の開催にあたり、下記の企業・団体の皆様より多大なるご支援を賜りました。ここにご芳名を掲載し、厚く御礼申し上げます。

第 130 回九州・沖縄形成外科学会学術集会
会長　林　稔

協賛企業・団体一覧（ご入金順・敬称略）

[プログラム広告]

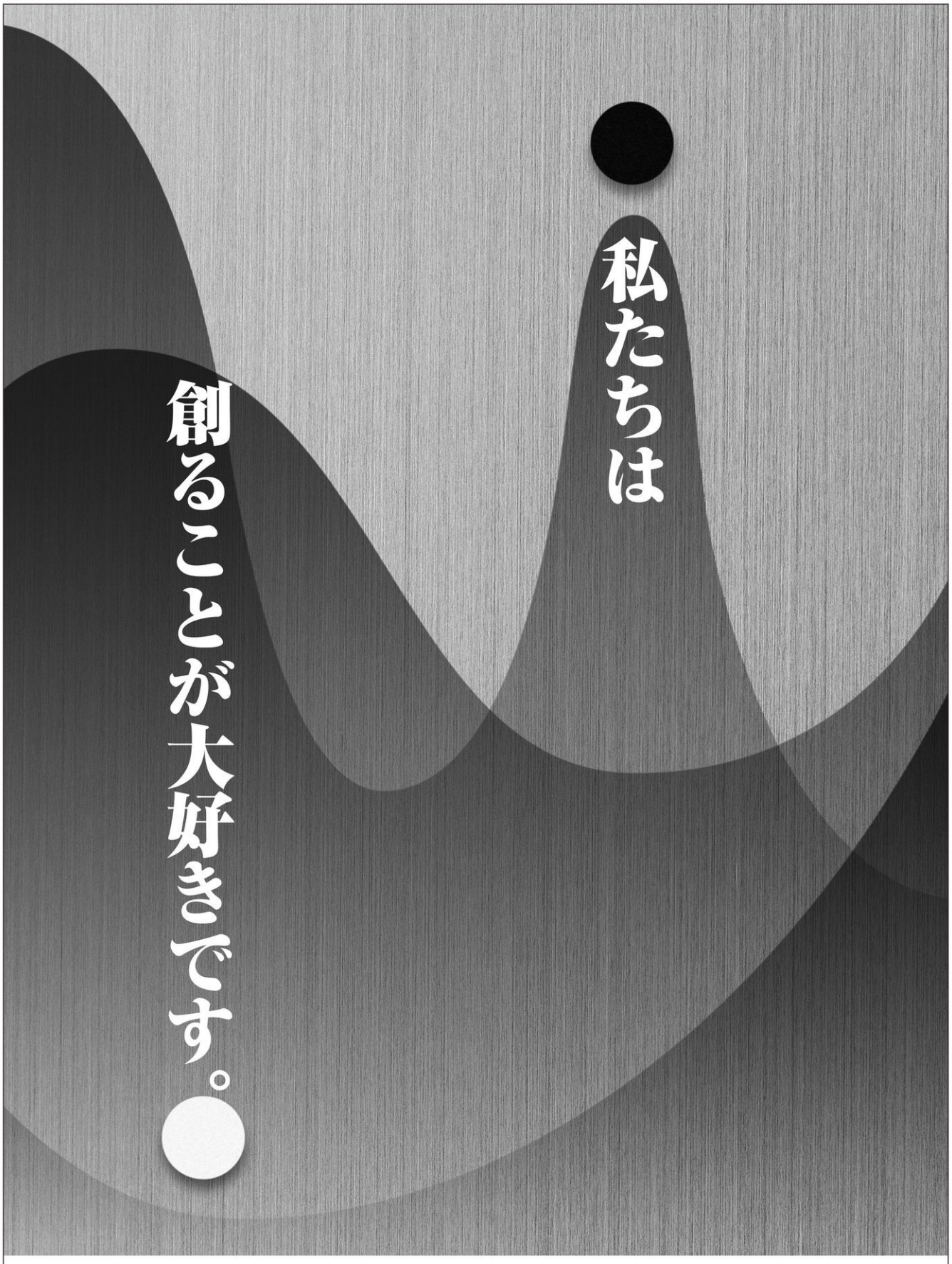
有限会社佐賀有薗義肢製作所
株式会社タグチ
一般社団法人 ICAA
株式会社ジャパン・ティッシュエンジニアリング
コスモテック株式会社
ソルベンタム合同会社／ケーシーアイ株式会社
科研製薬株式会社
日本電気株式会社（NEC）
ソルブ株式会社
メンリッケヘルスケア株式会社
グンゼメディカル株式会社

[プロモーションビデオ]

株式会社ジャパン・ティッシュエンジニアリング

[企業展示]

株式会社ベアーメディック
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカル カンパニー
株式会社ジャパン・ティッシュエンジニアリング
ソルベンタム合同会社／ケーシーアイ株式会社
コンバテックジャパン株式会社
日本ストライカー株式会社
株式会社インテグラル
スミス・アンド・ネフュー株式会社
株式会社ジーシー／センチュリーメディカル株式会社



有限会社 佐賀有薗義肢製作所
〒849-0937 佐賀市鍋島4丁目3-5
TEL(0952)31−3411・FAX(0952)31−4710

形成外科・美容外科・皮膚科・口腔外科・マイクロサージャリーのトータルプランナー

TAGUCHI CO.,LTD.









取り扱い商品

タグチ鋼製器械

タグチ医療用縫合材料

タグチチタンプレートシステム

Medicon 製品、S&T 製品

他社医療機器、消耗品、ピアス等各種

株式会社タグチ

〒112-0011
東京都文京区千石 1-29-12
千石片岡ビル 402

03-3945-2365

03-3943-9007

https://taguchimedical.co.jp ▸

リンパ浮腫専門医療従事者育成講座

医療従事者限定の講座!!

教育訓練給付金で資格が取得できる！！

受講料の20%

最大10万円

医師　看護師　理学療法士　作業療法士

※いずれかの国家資格保持者限定

チーム連携体制を構築できる

リンパ浮腫にきちんと向き合う為には、個人での知識や技術の向上だけではありません。各医療従事者間でのチーム連携体制がとても重要です。
医療現場での悩みや解決方法などを共有する機会が増えます。
リンパ浮腫保存的治療基本クリニカルパスに準じたチーム連携体制を構築できます。

東京・大阪・福岡にて開催

医療現場で即実践!!

日常生活の指導 ＋ 圧迫療法 ＋ リンパドレナージ ＋ スキンケア ＋ 運動療法

資料請求はコチラ

講師 岩橋　知美

一般社団法人ＩＣＡＡ会長　看護師

聖マリア病院形成外科アロマ・リンパ浮腫外来の設立・外来顧問を経て、 厚労省後援事業リンパ浮腫研修の実技協力校としてリンパ浮腫専門医療者育成に携わる。 八女筑後看護専門学校（がん看護担当）非常勤講師、福井県立病院リンパ浮腫外来開設、 関西電力病院形成外科リンパ浮腫外来指導などを歴任。 リンパ浮腫専門医療者を年間 100 名以上育成している。
日本アロマセラピー学会評議員、 がんリハビリテーション リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム会員
日本リンパ浮腫治療学会会員、 日本リンパ浮腫学会会員
著書『メディカルアロマレシピ～症状別でわかりやすい！医療現場でのアロマセラピーの実践～』（現代書林）

※厚生労働省保険局医療　疑義解釈
リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」に準じたカリキュラムです。

Instagram
ICAA.AROMA

ICAA リンパ　検索

私たちICAAは、一般財団法人ライフ・プランニング・センター「新リンパ浮腫研修」協力校で、リンパ浮腫研修要綱の枠組みにあわせたカリキュラムにより、実技研修を実施しております。

ライフ・プランニング・センターとは？　日野原重明理事長によって、1973年に設立された財団で厚生省認可の公益法人です。

一般社団法人ICAA
Intermediary Clinical Aromatherapy Association

一般社団法人ICAA 事務局
〒330-0053 埼玉県さいたま市浦和区前地3-6-17（株式会社アロマ アンド ライフ内）
TEL:048-881-8266

アロマセラピートリートメント手技MD法の講座もございます。



RECELL®
Autologous Cell Harvesting Device

RECELL は、患者の健常皮膚より
採取した皮膚片から細胞懸濁液を
作製するためのキットです

[特 徴]

採皮部位は、治療部位の 1/80

通常の自家網状植皮に比べ、
健常皮膚の温存が可能

手術室で、細胞懸濁液の作製が可能

患者の状態に応じて、
早期手術も可能

様々な自家細胞が均一に供給

ケラチノサイト、メラノサイト、
線維芽細胞等を供給

RECELL は、熱傷治療の課題に対し、最善の治療方法を提案します

[規 格]

製品名	製品番号	JAN コード	最大治療面積（1 セット）	構成品
RECELL 1920	C3RL01-B:JP	0851707004248	1920 平方 cm	・ユニット本体 ・酵素バイアル ・滅菌水バイアル ・緩衝液バイアル ・スプレーノズル ・採液針
RECELL 640	C3RL01-A:JP	0851707004231	640 平方 cm	

※滅菌済み製品（ユニット本体：EOG 滅菌、酵素バイアル・スプレーノズル・採液針：放射線滅菌、緩衝液バイアル：高圧蒸気滅菌）
※使用前は、必ず添付文書をお読みください。
※再滅菌、再使用禁止

販売名　　：RECELL 自家細胞採取・非培養細胞懸濁液作製キット
一般的名称　　：自家皮膚細胞移植用キット
医療機器承認番号：30400BZX00039000
クラス分類　　：高度管理医療機器（クラスⅢ）

※改良のため予告なく仕様が変更されることがありますのであらかじめご了承ください。

製造販売元
COSMOTEC
コスモテック株式会社
本　　社：〒113-0033 東京都文京区本郷2-3-9　ツインビューお茶の水ビル
TEL.03-5802-3830 FAX.03-5802-6890 http://cosmotec.com/

製造元
avita medical

solventum

新しい驚きと喜びを。

アクリルとシリコーンの 2 層構造による新しいドレープをキット化

3M™ V.A.C.® Dermatac™ V.A.C.® グラニューフォーム™ ドレッシングキット





貼付が簡便、
位置調整も可能





皮膚に優しく
不快感を軽減



十分な密閉性を
維持

一般的名称：陰圧創傷治療システム
販売名：V.A.C.Ulta治療システム
医療機器承認番号：22900BZX00204000

弊社の NPWT 製品情報に関しては
こちらをご覧ください。

https://www.3mcompany.jp/3M/ja_JP/medical-jp/npwt/vac/

ご使用の際は製品添付文書および取扱説明書をご参照ください。
Solventumおよびそのロゴ、その製品名等に使用される商標はSolventum及びその関連会社の商標です。3Mおよびそのロゴは3Mおよびその関連会社の商標です。その他の商標はそれぞれの権利者の商標です。

製造販売元
ケーシーアイ株式会社
http://go.3M.com/medical-jp/

Please Recycle. Printed in Japan.
© Solventum 2024. All Rights Reserved.
KCI-171-A(0624)

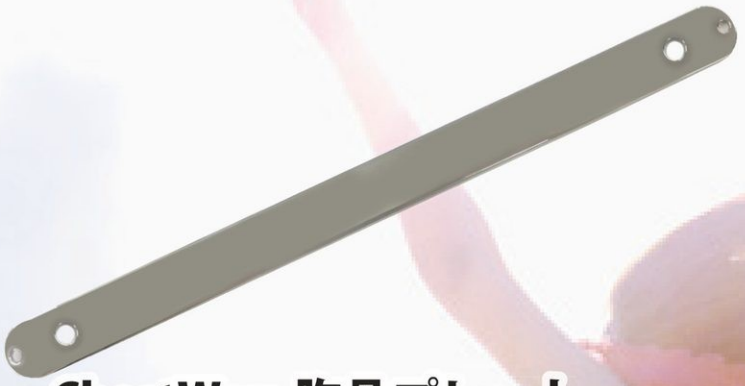
弊社製品に関するお問い合わせ
0120-897-706

3Mのヘルスケア部門はソルベンタムという独立した企業になりました。



NEC \Orchestrating a brighter world

Nuss法による低侵襲な
漏斗胸治療



ChestWay 胸骨プレート



バキュームベル
非観血式 陰圧吸引治療

むねのかたち
みらいのかち
Forming the Chest, Creating Value

漏斗胸関連その他、
このような製品も扱っております



ビフレックスセルフアジャスト
圧迫ラップ（面ファスナー式弾性着衣）
浮腫管理、慢性静脈不全、脂肪浮腫の補助ケアに…



VENOFLEX 弾性ストッキング
コットンや麻素材の、フランス製弾性ストッキングです

SOLVE
ソルブ株式会社
〒236-0051 神奈川県横浜市金沢区富岡東2-2-2
TEL：045-773-7787 FAX：045-772-8201 URL: http://www.solve-net.com



皮膚にやさしい

抗菌性

ソフトシリコン・ポリウレタンフォーム

Mepilex® Ag

メピレックス® Ag



- **セーフタック®によりドレッシング交換時の痛みと組織損傷を軽減します** [1, 2, 3]
- **速やかに持続性のある抗菌作用を発揮します** [4]
- **創部に適度な自着力で密着するので、ドレッシングを手で押さえることなく、圧迫包帯や固定用ドレッシングを適用できます。**
- **創の形や大きさにあわせて切ってお使いいただけます**

販売名：メピレックス Ag
高度管理医療機器
抗菌性創傷被覆・保護材
承認番号：22500BZX00439000

References:
1. White R., A Multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008; Vol 4, No 1. 2. Dykes PJ et al. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. J Wound Care 2001; 10(2):7-10. 3. Dykes PJ. The effect of adhesive dressing edges on cutaneous irritancy and skin barrier function. J Wound Care 2007, 16(3):97-100. 4. External lab report: NAMSA 09C 29253 01/09C 29253 02.

Safetac®テクノロジー

セーフタックは、メンリッケヘルスケアが開発したソフトシリコンを使用した粘着技術です。セーフタック粘着技術を使用したドレッシング材は、ドレッシング交換時の患者様の痛みや創床及び創周囲皮膚の組織損傷のリスクを軽減します。また、皮膚の凹凸部にも密着するセーフタック粘着材は、創縁をしっかりとシールするので、創周囲の浸軟リスクも軽減します。

＊当社救急絆創膏との比較（自社データによる）



ドレッシング交換時に、粘着材接触部に強い力がかかり、表皮剥離のリスクがあります。

ドレッシング交換時の表皮剥離のリスクを軽減します。

製造販売業者
メンリッケヘルスケア株式会社
東京都新宿区西新宿6-20-7
コンシェリア西新宿タワーズ ウェスト
TEL：03-6914-5004

製品に関するお問い合わせ
メンリッケヘルスケア株式会社
ウンドケア事業部
TEL：03-6279-0991

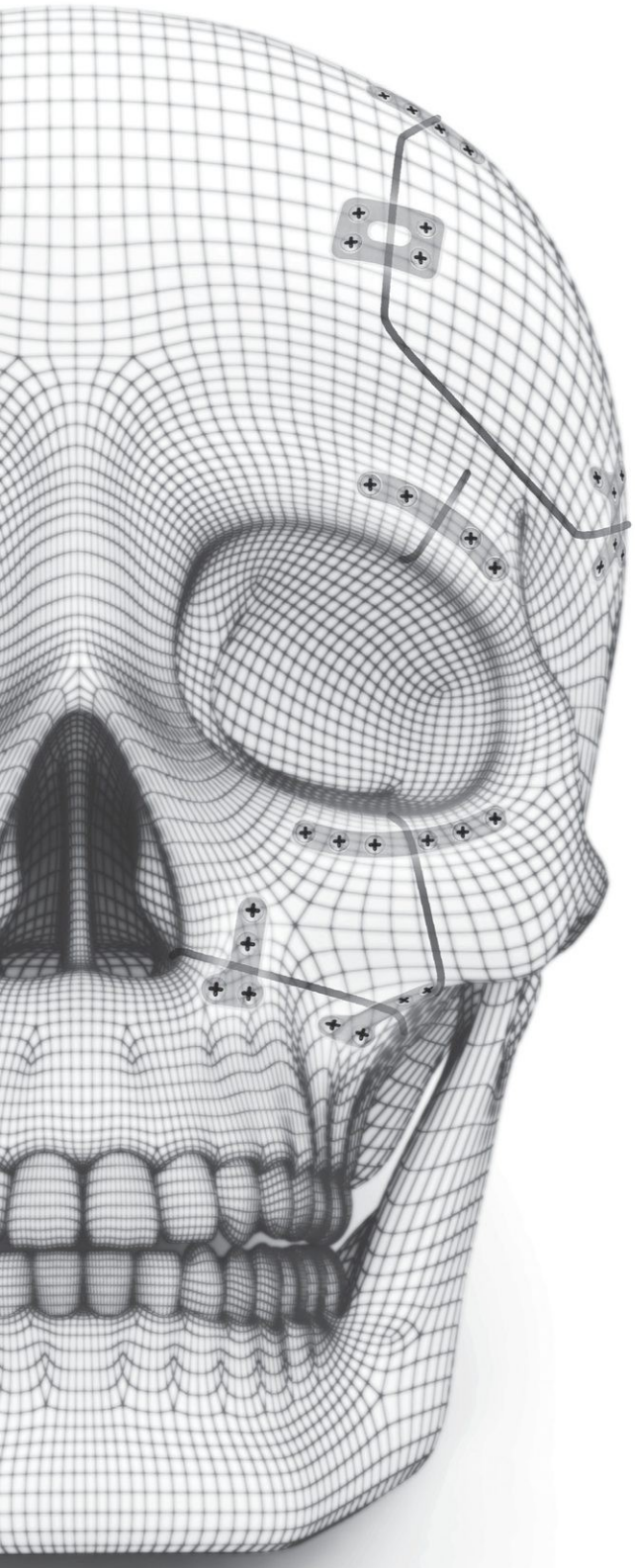
www.molnlycke.jp

Safetac®、Mepilex®、セーフタック®、メピレックス® はMölnlycke Health Careの登録商標です。

Mölnlycke®

MHCJPWC-201705-04 MA10028

GUNZE



※画像はイメージです。

吸収性体内固定用ネジ・吸収性体内固定用プレート

NEOFIX R



GUNZE MEDICAL

グンゼメディカル株式会社

Made in Japan

製造販売業者 グンゼメディカル株式会社

各種資料の請求・購入その他のお問い合わせは、
グンゼメディカル株式会社までご連絡ください。

TEL：06-4796-3151　FAX：06-4796-3150

本製品の詳しい情報は、弊社ウェブサイトでご覧ください

NEOFIXR

https://gunzemedical.co.jp/product/neofix-r

ネオフィックス　R
高度管理医療機器 医療機器承認番号 30500BZX00029000

文書管理 No. P000618-1

J-TEC

保険適用　特定保険医療材料

ジェイス®

自家培養表皮

指定再生医療等製品

**重症熱傷、先天性巨大色素性母斑
栄養障害型表皮水疱症 および
接合部型表皮水疱症の治療に貢献する、
日本初の再生医療製品。**

ジェイス®は、患者自身の皮膚組織を採取し、
分離した表皮細胞を培養し、シート状に形成して
患者自身に使用する「自家培養表皮」です。



ジェイスに関するお問合わせは

医療従事者専用

TEL: 0533-67-3682

受付時間：9:00～17:00

ジェイス　承認番号　21900FZX00039001
承認年月日　2007年10月29日
一般的名称　ヒト（自己）表皮由来細胞シート
類別　ヒト細胞加工製品　01　ヒト体細胞加工製品

●効能、効果又は性能、警告、禁忌・禁止を含む使用上の注意等の詳細につきましては、製品添付文書等をご参照下さい。

製造販売元　株式会社ジャパン・ティッシュ　エンジニアリング　http://www.jpte.co.jp　J-TEC　検索

ジェイス®の使用に関する情報、安全性に関する最新の情報は、ホームページでご確認ください。

<2020年7月作成>

MEMO



壊死組織除去剤

ネキソブリッド®外用ゲル5g

NexoBrid®

処方箋医薬品（注意ー医師等の処方箋により使用すること）

薬価基準収載



褥瘡・皮膚潰瘍治療剤　処方箋医薬品(注)

（注）―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

FIBLAST®Spray250/500 トラフェルミン（遺伝子組換え）製剤　薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報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

2023年6月作成
2NF01CG

MEMO

第14回

日本眼形成再建外科学会
学術集会



心に寄り添う眼形成医療

会 期　2027年 6月12日(土)・13日(日)

会 場　九州大学医学部 百年講堂
（福岡県福岡市東区馬出3-1-1）

会 長　田邉 美香（九州大学病院　眼科　診療講師）

副会長　門田 英輝（九州大学病院　形成外科　診療教授）

演題募集期間
2027年
1月5日(火)～2月19日(金)

主管校
九州大学大学院医学研究院 眼科学分野
〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1
大会HP：https://orbit-cs.net/jsoprs2027

運営事務局
株式会社オービット
〒806-0067 福岡県北九州市八幡西区引野1丁目5-31-101
TEL：093-616-1417（代）　FAX：093-616-1418
jsoprs2027@orbit-cs.net