耳介軟骨による下眼瞼再建

下眼瞼部基底細胞癌において耳介軟骨移植で再建した1例

伊野 法秋*¹ 奈良林 定*² 土田 幸英*³

Summary

下眼瞼部基底細胞癌の切除後に、耳介軟骨により再建した88歳の男性例を報告した。左下眼瞼内側に16×11mmの基底細胞癌を認めた。下眼瞼部を全層切除したところ、欠損の水平長は18mmとなった。左耳介より1.5×1.0cmの軟骨膜を含めた耳介軟骨を採取し、結膜欠損部に移植した。さらに頬部皮弁により顔面皮膚欠損を再建した。軟骨膜面は術後2ヵ月目までに周囲からの粘膜の上皮化により完全に被われた。術後5ヵ月を経過したが、外反はなく経過は良好である。

緒 言

従来より、下眼瞼の全層欠損の再建術として様々な術式が行われてきた。特に欠損の水平長が50%を越える場合には、再建後外反が生じ易いために、顔面の皮膚のみならず眼瞼結膜と瞼板の再建が必要となる。今回、我々が報告した手術方法は1987年松尾ら¹⁾により発表されたものであるが、この方法では耳介軟骨のみを裏打ちとして用い、粘膜の移植は施行しないのが特徴である。移植した耳介軟骨膜面は3～6週間で周囲からの粘膜の上皮化により被われる。今回、我々もこの手術方法を行い、良好な結果を得たので報告する。

症 例

患 者：88歳、男性

初 診：1990年11月15日

既往歴：高血圧にて内服治療中である。

家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：1988年頃、左下眼瞼の黒色斑に気付くも放置していた。1990年8月頃より徐々に拡大し、中央部に潰瘍を形成してきたため、当科を紹介された。

現 症：左下眼瞼内側に眼瞼結膜に接するように16×11mmの腫瘍を認めた。腫瘍は中央部に潰瘍があり、それを取り囲むように堤防状の黒色丘疹を認めた。腫瘍直下では、眼瞼結膜に癒着がありやや隆起していた(図1)。所属リンパ節は触知しなかった。

臨床検査所見：尿一般、血液一般、血液生化学所見に異常はない。

生検の病理組織学的所見：初診時、腫瘍部より生検を施行した(図2A)。

*1: Noriaki INO 千葉大学皮膚科学教室

*2: Sadamu NARABAYASHI 深谷赤十字病院皮膚科

*3: Yukihide TSUCHIDA 埼玉医科大学形成外科学教室

表皮基底部より真皮にかけて連続性に眼輪筋浅層直上まで大小の胞巣を認める。胞巣は、クロマチンに富む楕円形の核を有する細胞質に乏しい腫瘍細胞より成り、辺縁では柵状構造も認められる。

以上より充実型の基底細胞癌と診断し、眼瞼部では全層切除が必要であると考えた。

治療：11月27日全身麻酔下に手術を施行した。病巣辺縁より5～10mm離して下眼瞼部では結膜を含めて全層切除し、他では脂肪織中層まで切除した。さらに涙点および涙小管も十分に切除した(図2B)。結膜の欠損は水平長で18mm(約60%)となった。

この結膜欠損部を再建するために左耳介後面より皮切を入れ、軟骨膜を含めた1×1.5cmの

耳介軟骨を採取した。これを結膜と6-0 Maxon®糸により縫合した(図2C)。さらに顔面皮膚欠損部に対しては頬部皮弁にて再建した(図2D)。

手術・病理組織学的所見：腫瘍塊は、生検組織と同様に表皮より連続性に認められ、下方では眼輪筋に接していた(図3)。標本上腫瘍は完全に切除されていた。

経過：術後5ヵ月を経過したが、再建した下眼瞼に外反はなく閉眼にも問題はなく、軟骨を採取した左耳介にも変形は認められなかった(図4)。また、術後2ヵ月目までには移植した耳介軟骨の軟骨膜面は再生した眼瞼結膜により被われていた(図5)。

術後5ヵ月目では再発・転移の所見はない。

図1. 初診時所見

図3. 手術病理組織所見
(H.E.染色)

図2. 術中所見

- A 術前所見
- B 腫瘍切除時
- C 軟骨移植時
- D 手術終了時

図4. 術後5ヵ月

図5. 術後2ヵ月の軟骨膜面

考 按

下眼瞼の全層切除が必要なとき、欠損の大きさにより再建法は異なってくる。欠損の水平長が25%以下ならば縫縮が可能である。25%～30%では外眼角切開が必要となる。30%を超える場合、特に50%を超えるような大きな欠損では、特殊な皮弁法が必要となる²⁾。

下眼瞼は皮膚と眼輪筋を含む前葉と、瞼板と眼瞼結膜よりなる後葉とに分けることができる。瞼板は下眼瞼の支持に不可欠であり、眼瞼結膜は眼球前面の保護と滑面としての役目をする。そのため50%を超える欠損では前葉のみならず後葉の再建も必要である³⁾。

この後葉の再建の方法には、口腔粘膜移植⁴⁾、

保存強膜移植⁵⁾、鼻中隔軟骨と粘膜の複合移植⁶⁾、上眼瞼の瞼板眼瞼結膜移植⁷⁾などがあるが、鼻中隔軟骨と粘膜の複合移植が最も一般的に行われてきた。前葉の再建は、瞼板眼瞼結膜移植法を除いて主に頬部皮弁が用いられている。

口腔粘膜移植では、瞼板に代わるものがなく支持に乏しく外反を起こし易い。保存強膜移植では粘膜移植よりも支持力はあるが、人工物のため感染には弱い欠点がある。鼻中隔軟骨と粘膜の複合移植は支持は十分であり粘膜移植も兼ねており適した方法である。しかし、十分な大きさのものが取りにくく、また採取には熟練が必要である。上眼瞼の瞼板眼瞼結膜移植は裏打ちに瞼板を使用する理想的なものであるが、健常である上眼瞼に侵襲を加え、さらに2段階の手術を必要とする問題点がある。

今回我々が行った耳介軟骨による手術方法は、1987年松尾ら¹⁾により発表された。この術式の利点としては以下のことが挙げられる。

- 1) 十分な支持力がある。
- 2) 耳介軟骨は弾性軟骨であり、鼻中隔軟骨と比較して弾性に富んでおり、術後の違和感が少ない。
- 3) 十分な大きさのものを取れる。
- 4) 耳介軟骨は適度に湾曲しており、眼球の湾曲に合わせたものを採取できる。

5) 採取部位への侵襲が少なく、手技も容易である。

6) 手術を一度にできる。

また、本法では粘膜移植は行われないが、移植した耳介軟骨膜面は周囲からの粘膜の上皮化により3～6週間ほどで再生される。

自験例においては、手術後6ヵ月を経過した現在でも患者からの違和感の訴えはなく、外見的にも満足のものであった。また、手術後2ヵ月目までには粘膜の上皮化は完全に完了していた。

今回の臨床経験から耳介軟骨膜移植による下眼瞼の再建方法は簡便で、確実な術式として臨床的応用が高いと考えられる。

文 献

- 1) Matsuo, K., Hirose, T., Takahashi, N., et al.: Lower eyelid reconstruction with aconchal cartilage graft. *Plast. Reconstr. Surg.*, 80: 547-552, 1987.
- 2) 鬼塚卓弥: 形成外科手術書, 第2版. 南江堂, 東京, 1982, 352-358.
- 3) 添田周吾, 中山凱夫, 坂井重信, 他: 頬部皮弁による下眼瞼の再建. *形成外科*, 16: 2-9, 1983.
- 4) 平山峻: 眼瞼の形成について—植皮術を中心として—. *眼科*, 9: 480-489, 1967.
- 5) 田辺吉彦, 星野元宏: 保存強膜を利用した眼形成手術(II). 眼瞼全層欠損の再建. *臨眼*, 33: 949-954, 1979.
- 6) Mehrota, O. N.: Repairing defect of the lower eyelid with free chondromucosal graft. *Plast. Reconstr. Surg.*, 59: 689-693, 1977.
- 7) 久富潮: Hughes 法による下眼瞼再建. *眼科*, 12: 421-427, 1970.