



図1 症例1の初診時皮膚所見

右背部肩甲骨下方に直径13cm大の板状硬結（点線部），中央に3.5×2cmの黄色壊死組織で覆われた潰瘍が存在。周辺皮膚は萎縮状で光沢があり，色素沈着と毛細血管拡張が混在。

【症例1】

52歳・男性。初診：1997年9月10日，既往歴：高脂血症，狭心症。現病歴：1995年，96年にCAG各1回施行。1995年5月から1996年3月までにPCIを7回施行し，うち2回はステント挿入。1996年8月ごろから右背部に痒み。1997年6月ごろから搔破部が次第に潰瘍化し，右背部の潰瘍と疼痛を主訴として受診した。図1に初診時の皮膚症状を示した。右背部に直径13cm大の硬化局面を認め，皮膚表面は光沢があり，色素沈着と毛細血管拡張が混在している。中央に黄色壊死組織で覆われた3.5×2cmの潰瘍が存在する。炎症性肉芽腫，限局性強皮症，悪性腫瘍などを疑い皮膚生検を行った。図2，3に潰瘍周囲硬化部の病理組織像を示したが，表皮は不規則な肥厚と萎縮が混在し，基底層のメラニン増加と真皮上層の毛細血管拡張を認める。真皮中層から皮下脂肪組織にかけて膠原線維の肥厚増生が強く，高度の硬化，硝子化を示す。血管壁の線維性肥厚と一部血栓形成を認める。エクリン腺以外の皮膚付属器はほとんど認められない。病理診断は高度の線維化を伴う皮膚潰瘍であったが，臨床診断はつかなかった。

潰瘍部のデブリードマン，各種外用剤塗布，抗生物質内服などの保存的治療を行ったが，潰瘍は次第に拡大し，痛みも増強，細菌感染を合併するようになった。初診6週後には図4のような状態で，潰瘍周囲には点線部で示す部分の板状硬結が認められた。そこで，全身麻酔下に潰瘍を含めた板状硬結部を脂肪組織，一部筋膜を含めて全切除を行い，人工真皮を貼付した。3週後に肉芽の盛り上がりを持って全身麻酔下に分層植皮術を施行した。

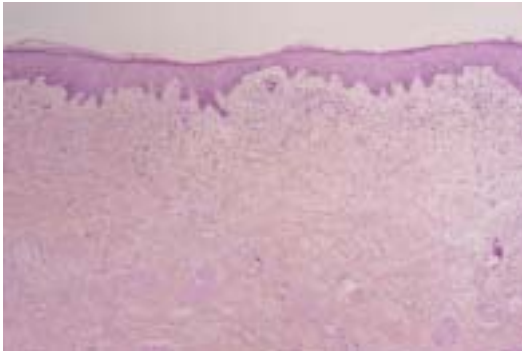


図2 症例1 潰瘍周边上層部の病理組織所見

表皮の肥厚と萎縮が混在，基底層のメラニン色素増加，真皮上層の毛細血管拡張が認められる。

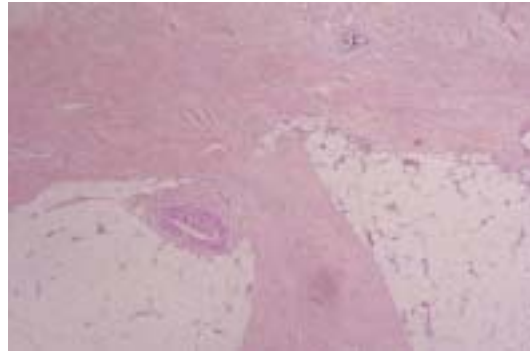


図3 症例1 深部の病理組織所見

真皮深層から脂肪織にかけて膠原線維の肥厚増生が強く，高度の硬化，硝子化を示す。血管壁の線維性肥厚が著明。付属器はほとんど認めない。



図4 症例1 の初診6週後皮膚所見

保存的治療により増悪，拡大した潰瘍。点線部は板状硬結部。

図5は術後4年3か月後の来院時で，植皮部は深い陥凹を形成しており，周辺にはわずかに色素沈着を残しているが皮膚の硬化はない。この症例は最後まで診断がつかないまま治療を終了した。

なお，記録に一部欠損があるため，総皮膚吸収線量は推定不能である。

【症例2】

67歳・男性。初診：1998年2月20日，既往歴：狭心症。現病歴：1996年8月および9月にCAG施行。1996年10月から1997年5月までの間にPCI5回施行，そのうち1回ステント挿入。このステン