



読者の声

「足背に生じた Bednar 腫瘍の 1 例」 (皮膚臨床 61(1); 134 ~ 135, 2019) を読んで

「足背に生じた Bednar 腫瘍の 1 例」を読んで疑問に感じたことがあります。12 歳という若年者に、機能障害を残すであろう切断という術式を選択した根拠が理解できませんでした。

本症は悪性腫瘍とはいえ、低悪性度ですし、有棘細胞癌のように局所破壊性には進行しない病気と理解しています。手術に際して軟部腫瘍取扱い規約に準じたとしても、骨膜に至るまでには何層かの膜や腱膜などの組織がバリアーとして存在しているのではないのでしょうか。臨床的に腫瘍が下床と可動性がなくて癒着していたのか、画像検査での浸潤の深さの予測はどうだったのか、術後の病理検査での深部断端の評価はどうか、それらが記載されていないので、骨膜を含めての切除の妥当性が判断できません。

また、よしんば足背の血管が損傷されたとしても、足底側からの（側副）血行は温存されるでしょうから、足趾が壊死になるとは考えにくいように思います。そうであるならば、切断の妥当性も疑問に感じざるを得ません。

再建に遊離皮弁を用いているので、術後の写真を見る限りではかなり bulky であり、このままでは装具、靴の装着が困難のように見受けら

れます。二次修正などがされているのであれば、その結果も知りたいところです。

学会で報告され、論文としても出版されるということは、この治療法が正当で、適切であったと認められるわけですから、その根拠を示していただきたいのです。

大原國章
(赤坂虎の門クリニック)

著者の回答

この度は、拙著に対しましてご意見をいただき、大変勉強となります。Mini Report を選びましたので、十分な経過の記述や考察ができていないことをお詫び致します。

Bednar 腫瘍は dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) の一亜型とされています。遠隔転移は比較的まれですが、DFSP と同様に局所再発は多く、切除範囲は DFSP に準じて行われています。

自験例は、下床との可動性が不良であり、MRI では右足背皮下に 39×27×47mm 大、脂肪抑制併用 T2 強調画像で高信号、T1 強調で筋肉より軽度高信号で、伸筋腱に浸潤する腫瘍を認めました。

組織生検で Bednar tumor や Schwannoma を

疑い，診断確定のため伸筋腱上で全摘出を行いました。病理所見から Bednar 腫瘍と診断致しました。

拡大切除として，DFSP に準じて腫瘍辺縁部より 3 cm 離して切除する必要があると考えました。3 cm 離すと，第 3・4・5 足趾の足底の趾動脈を切断することになります。足背側には第 3・4・5 足趾を栄養する有意な動脈はなく，加えて足背側の趾静脈は必ず切除することになるので鬱血し先端が壊死することが予想され，切断いたしました。また，腱鞘を含めた excisional biopsy をした後も深部断端陽性であった

ので，腱と骨膜も含めて拡大切除しています。

ご指摘のとおり，術後の写真は bulky でした。生着後，除脂肪を行いました。足趾切断後も機能障害はほとんどなく，頑張っておられた野球に現在も取り組んでいらっしゃいます。プールに入るときなどの装飾用の義肢の作成について相談しております。現在までに再発なく経過しております。ご意見いただきましてありがとうございました。

杉原靖子
(島根大学)