

21章 皮膚の良性腫瘍

一般に皮膚腫瘍を診断する際には、それが良性か悪性かを判断すると同時に、皮膚のどの成分から生じたものなのかを考える必要が出てくる。具体的には、由来が表皮角化細胞、汗腺などの付属器細胞、神経堤由来細胞、真皮線維芽細胞などの間葉系細胞、のいずれかによって疫学や臨床像、経過が異なってくる。本章では良性皮膚腫瘍を由来細胞によって以下のA～Mに分類して解説する。

A：表皮系腫瘍	B：毛包系腫瘍	C：脂腺系腫瘍	D：汗腺系腫瘍	E：嚢腫
F：神経系腫瘍	G：脈管系腫瘍	H：線維組織系腫瘍	I：組織球系腫瘍	J：脂肪細胞系腫瘍
K：筋組織	L：骨組織系腫瘍	M：造血系		

A. 表皮系腫瘍

上皮性皮膚腫瘍は、被覆表皮（surface epidermis）および表皮付属器（epidermal appendages）上皮由来の細胞で構成され、表皮付属器は毛包、脂腺、アポクリン汗器官、エクリン汗器官からなる。上皮性腫瘍は、由来する組織や悪性度により分類されている。上皮性腫瘍のうち、発生起源がとくに被覆表皮および毛包上皮成分由来のものは表皮系腫瘍と呼ばれることがある。

1. 脂漏性角化症 *seborrheic keratosis ; SK* ★★

同義語：老人性疣贅（verruca senilis）

Essence

- 中年以降の顔面、頭部、体幹などにみられる疣贅状の良性腫瘍。表皮や毛包漏斗部の角化細胞由来。
- 直径1～2 cmまでの境界明瞭な灰褐色～黒褐色の隆起性結節。
- 治療は凍結療法あるいは切除。
- 半年以内に全身に脂漏性角化症が多発し痒みを伴う場合はLeser-Trélat徴候と呼ばれ、内臓悪性腫瘍合併の可能性がある。

症状

20歳代から出現し、80歳以上の老人ではほぼ全員に認める。顔面や頭部、体幹などの脂漏部に扁平丘疹として出現し、直径は1～2 cm程度までで、色調は褐色から黒褐色までさまざまである（図21.1）。掌蹠には生じない。表面は角化性で乳頭状や顆粒状を呈することが多く、皮膚面に粘土細工を貼り付けた



図 21.1 ① 脂漏性角化症（seborrheic keratosis）
高齢者の背部に多発した褐色から黒褐色の1～2 cm大の角化性、扁平性隆起性皮疹。



図 21.1 ② 脂漏性角化症
皮膚面に粘土細工を貼り付けたような外観を呈する。表面は角化性で乳頭状である。

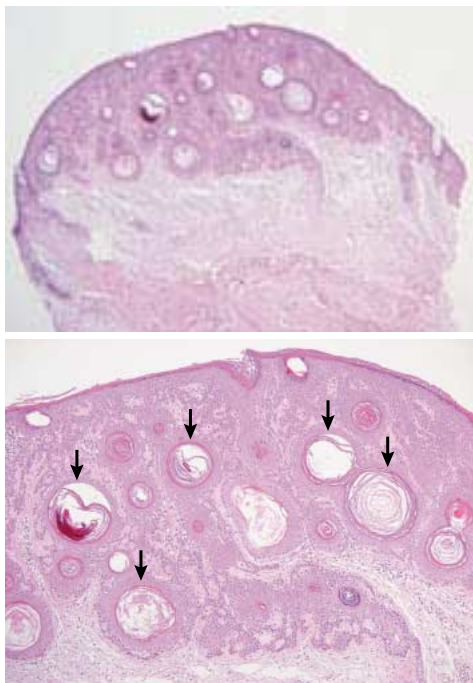


図 21.2 脂漏性角化症の病理組織像
正常表皮面よりも上方に増殖し、盛り上がる。偽角化嚢腫の形成がみられる(矢印)。

ような外観を呈する。癢痒や疼痛は通常ない。老人性疣贅という別名が示すように、いわゆる老化により生じるいぼであり、老人性色素斑（しみ）から隆起してくることが多い。

病理所見

基底細胞および有棘細胞の表皮内増殖が認められ、上方に盛り上がりながら増殖する（外方増殖性病巣）。増殖する細胞の比率は多種多様。個々の増殖細胞に異形成は認められず、さまざまな程度のメラニン沈着を認める（図 21.2）。偽角化嚢腫（pseudohorn cyst）の形成がみられ、これはダーモスコピーで稗粒腫様小嚢腫（milia-like cysts）として観察される。

鑑別診断

光線角化症，Bowen 病（丘疹型），基底細胞癌，有棘細胞癌，ケラトアkantoma，毛孔腫，汗管腫，扁平疣贅，尋常性疣贅，黒子など。

治療

必ずしも治療を必要とする疾患ではないが、自然消退せず加齢とともに増加する。美容上の問題や他の悪性疾患の疑いがある場合は治療の対象となる。必要に応じ、凍結療法，レーザー療法，外科切除など。

2. 燈明細胞性角化症 clear cell acanthoma

半球状あるいは扁平隆起性の直径 2 cm 前後の弾性硬の小腫瘍で、通常単発する。有茎のものや茸状、乳頭腫状を呈する場合もある。表面は平滑あるいは顆粒状、ビロード状であり、色調は一般に紅色であるが、褐色や黒褐色もみられる。病因は不明であり、真の腫瘍性病変か炎症に伴う反応性の病変なのかは疑問の余地がある。組織学的に、細胞質の明るい表皮細胞（燈明細胞）が増殖する。

3. 疣贅状異常角化症 warty dyskeratoma ★

直径 1 ~ 2 cm の大きさで疣状あるいは扁平に隆起し、中心部で角化傾向がみられる。自覚症状はほとんどないが、圧痛あ

Leser-Trélat（レーザー・トレラ）徴候

★ MEMO

数か月のうちに脂漏性角化症の丘疹が急激に多発し、癢痒を伴う状態をさす。内臓悪性腫瘍（とくに胃癌）が存在する可能性が高いため、全身検索が必要である。

るいは癢痒を伴う場合もある。病理学的には、基底細胞様の細胞が真皮に向かって増殖する様子がみられ、その直上で裂隙を生じ、Darier 病に類似した像を呈するが別疾患として定義される。

4. 汗孔角化症 porokeratosis ★

Essence

- 四肢や体幹，顔面に散在する，辺縁がふちどり状に隆起した円形かつ褐色の角化性病変。
- 自覚症状はないが慢性に進行。まれに有棘細胞癌などに移行。
- cornoid lamella と呼ばれる不全角化細胞の柱が特徴的な病理所見。
- 治療は外科的切除やエトレチナート内服。

症状

四肢伸側や体幹，顔面に好発する，円形～楕円形の環状隆起を示す角化性皮疹（図 21.3）。中央部は萎縮的でわずかに凹む。黒褐色丘疹から始まり，次第に遠心性に拡大する。自覚症状はなく，慢性に進行し軽快しない。ときに悪性化して Bowen 病や有棘細胞癌に移行する。“汗孔”角化症の名前ではあるが，皮疹は汗孔とは無関係である。皮疹の発生形態から以下の 6 型に分けられ，このうち臨床的には日光表在播種型がよくみられる。

古典〔Mibelli（ミベリ）〕型：四肢末端や顔面に 2 cm までの皮疹が対側性に散在。

線状型：出生時から幼小児期に初発，列序性をもち，帯状や線状に配列。

限局型：大型皮疹が限局して単発する。

表在播種型：播種性に生じた多数の小皮疹が融合。

日光表在播種型：成人の日光露光部とくに四肢伸側に多発。

掌蹠播種型：手掌足蹠に角化した小丘疹が多発。

病因

限局性に異常角化をきたす表皮クローンが存在し，日光，外傷，加齢などを引き金にして発症する。一部は常染色体優性遺伝。

病理所見

堤防状に隆起する辺縁では，表皮肥厚や角質増生がみられ，その間に周囲角層よりも明るい不全角化細胞の柱（cornoid

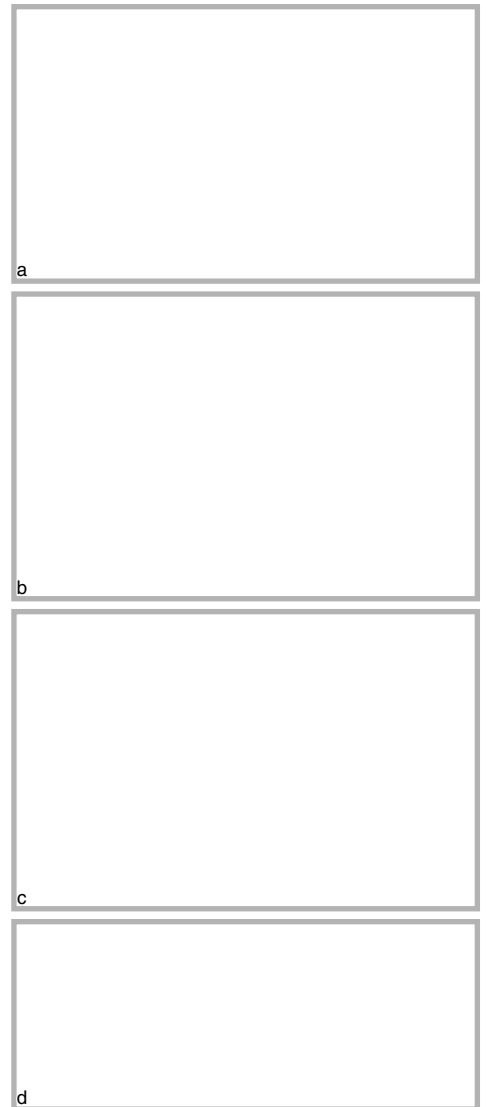


図 21.3 汗孔角化症 (porokeratosis)

a, b : 古典 (Mibelli) 型。2 cm 大。辺縁，環状隆起を示す角化性皮疹。c : 表在播種型。5 mm 大の辺縁が縁取り状に軽度隆起した皮疹。d : 日光表在播種型。

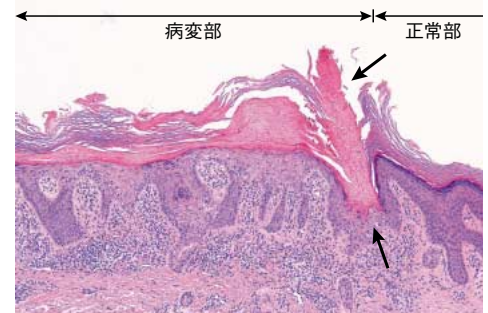


図 21.4 汗孔角化症の病理組織像

病変部の辺縁には cornoid lamella (矢印) があり，肉眼的に辺縁部の堤防状隆起に一致する。

lamella)を認め、その下方では顆粒層は欠如する(図21.4)。中央陥凹部では、不全角化を伴う表皮が菲薄化する。

治療

外科的切除、電気凝固、冷凍療法、皮膚剥削術、エトレチナート(ビタミンA誘導体)投与など。慢性で難治性である。

B. 毛包系腫瘍



図21.5 毛包腫 (trichofolliculoma)
中央部に角化性小陥凹がみられ、複数の幼弱毛が生えている。

1. 毛包腫 trichofolliculoma ★

表面平滑な5~10mmほどのドーム状の小腫瘤あるいは丘疹が顔面、とくに鼻部やその周辺に好発する(図21.5)。中央部に角化性小陥凹がみられ、その部位に羊毛に似た複数の幼弱毛が生えることが特徴である。病因は不明であるが、内・外毛根鞘と毛乳頭などを含む全毛包性分化を示す良性腫瘍と考えられている。

2. 毛包腺腫 trichoadenoma

直径1.5cm以下の単発性で弾性硬の結節、顔面に好発する。毛包腫と毛包上皮腫の間の分化を示す腫瘍と考えられる。正常真皮との境界は明瞭で、真皮内に多くの角質囊腫や充実性細胞塊を認める。

3. 単発性毛包上皮腫 solitary trichoepithelioma

鼻周囲や眉毛部、上口部、頤部、頬部に直径2~5mmの正常皮膚色で弾性硬の小腫瘤。後述の多発性より出現頻度が高い。遺伝性はみられない。病理組織学的には小角質囊腫や基底細胞様細胞で構成され、間質が増殖する。基底細胞癌と鑑別の難しいものも存在するが、多くは分化が進んだ角質囊腫が多く、不完全ながら毛乳頭の形成もみられる所見を有する。ときに周囲に異物反応や石灰沈着を認める。毛乳頭、外毛根鞘、毛髪などさまざまな方向に分化する毛芽由来の良性腫瘍である。

過形成、腺腫、上皮腫

MEMO

皮膚付属器の良性腫瘍では、その分化の程度から過形成や腺腫、上皮腫などの病名が決定される。正常組織に近い順番に過形成(hyperplasia) > 腺腫(adenoma) > 上皮腫(epithelioma)となる。それよりも分化度が低い場合は芽腫(blastoma)や悪性腫瘍となる。また、外胚葉のみならず中胚葉や内胚葉成分の混在がみられるものを奇形腫(teratoma)という。なお、epitheliomaはときに悪性腫瘍でも用いられることがあるため注意を要する(basal cell epithelioma = basal cell carcinoma)。