

図 22.5 ① 有棘細胞癌 (squamous cell carcinoma)
 a: 光線角化症から進展した例. b: 下口唇. c: 腹部.
 d: 殿部. e: 手背.

2. 有棘細胞癌 squamous cell carcinoma ; SCC ★

同義語：扁平上皮癌

Essence

- 表皮ケラチノサイトの悪性増殖による癌。
- 瘢痕性病変，前癌症などの先行病変を認めることが多い。
- 露光部に好発。硬い結節でしばしば壊死，潰瘍化し悪臭を伴う。
- 病理組織では個細胞角化，癌真珠が認められ，角化の少ないものほど未分化で悪性。
- 治療は外科的切除とリンパ節郭清，放射線療法，抗腫瘍薬の投与。

症状

高齢者の露光部（顔面，手背など）に単発する。先行病変の上に，小丘疹～結節が出現し，次第に拡大して腫瘤や難治性潰瘍を形成する（図 22.5）。花キャベツ様増殖を認め，これらの病変に角質や痂皮が付着することも多い。表面が潰瘍化したものでは，細菌の二次感染をきたして特有の悪臭を放つ。所属リンパ節に転移しやすく，硬い腫瘤を触れることが多い。

病因

表皮の慢性先行病変の上に生じることが多い。先行病変（表 22.1）に加えて，日光（紫外線），砒素，タール，放射線などの発癌因子が発症に関与する。

表 22.1 有棘細胞癌でみられる先行病変

分類	症名
瘢痕性病変	熱傷瘢痕，慢性放射線皮膚炎，尋常性狼瘡，慢性膿皮症，円板状エリテマトーデス
癌前駆症	Bowen 病，光線角化症，白板症，色素性乾皮症，汗孔角化症，外陰萎縮症
その他	包茎，先天性多型皮膚萎縮症，栄養障害型表皮水疱症，尖圭コンジローム，扁平苔癬

表 22.2 有棘細胞癌における Broders の悪性度分類

	異型細胞の割合	角化細胞の割合	分子学的特徴
SCC 1 度	< 25 %	75 % ≤	正常とほぼ同じ
SCC 2 度	25 % ~ 50 %	50 % ~ 75 %	K1 の消失，K13 の発現
SCC 3 度	50 % ~ 75 %	25 % ~ 50 %	K1 の消失，K13 の発現
SCC 4 度	75 % ≤	< 25 %	ヒメンチン陽性

表 22.3 有棘細胞癌の TNM 分類と病期分類 (UICC, 2002)

T 分類 (原発巣)
T0 : 原発巣が見当たらないもの
Tis : carcinoma <i>in situ</i>
T1 : 最大径が 2 cm 以下のもの
T2 : 最大径 2 cm 超で 5 cm 以下のもの
T3 : 最大径が 5 cm 超のもの
T4 : 皮膚以外の深部組織 (軟骨, 筋肉, 骨など) へ侵入するもの
N 分類 (所属リンパ節)
N0 : 所属リンパ節転移のないもの
N1 : 所属リンパ節転移のあるもの
M 分類 (遠隔転移)
M0 : 遠隔転移のないもの
M1 : 遠隔転移のあるもの
Staging
病期 I : T1N0M0
病期 II : T2,3N0M0
病期 III : T4N0M0 ; anyTN1M0
病期 IV : anyTanyNM1

(Sobin LH et al. TNM classification of Malignant Tumors. 6th ed., Wiley-Liss ; 2002 から引用)

病理所見

表皮基底膜を破壊し, 浸潤性に肥厚した表皮の内部に異常ケラチノサイトを認める (図 22.6)。個細胞角化や細胞の配列の乱れ, 核異型, 癌真珠, 細胞分裂像などの特徴を有する。未分化で悪性度の高いものほど角化傾向が少なくなるため, これを悪性度の指標にする (Broders の悪性度分類, 表 22.2)。

診断・鑑別診断

確定診断は病理組織学的に行う。画像診断などによりリンパ節および遠隔転移を検索し, 病期を決定する (TNM 分類, 表 22.3)。ケラトアカントーマ, 光線角化症, 基底細胞癌との鑑別を要する。

治療

外科的切除が第一選択。病期により辺縁から 0.5 ~ 3 cm の健全部皮膚を含めて切除。リンパ節転移を認めるときには根治的リンパ節郭清を行うが, 原則として予防的リンパ節郭清は施行しない。進行例に対しては, 放射線療法や化学療法 (図 22.7) など集学的治療。

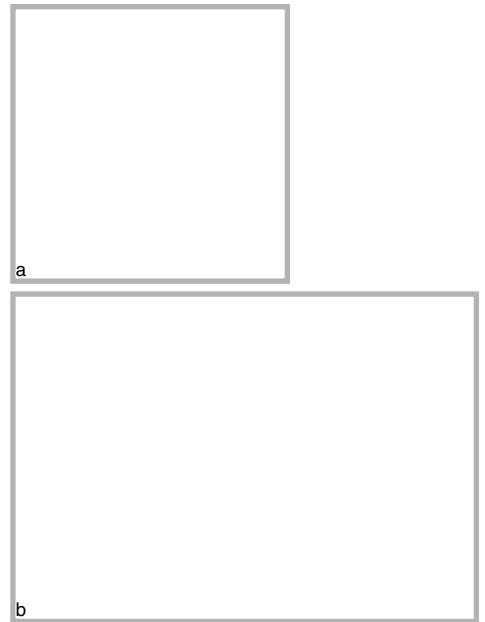


図 22.5 ② 有棘細胞癌

a : 慢性放射線皮膚炎が母地となり手掌に生じた症例。
b : 劣性栄養障害型表皮水疱症患者に生じた症例。

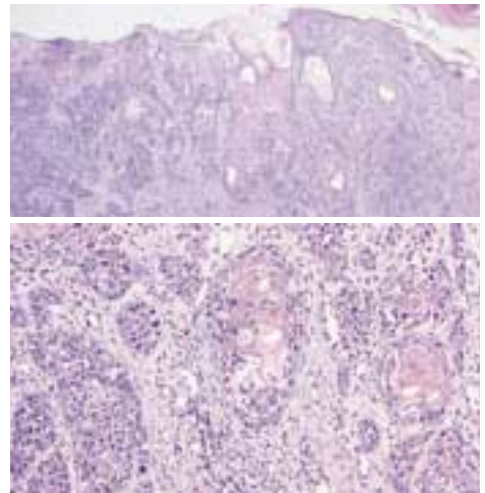


図 22.6 有棘細胞癌の病理組織像



図 22.7 有棘細胞癌の化学治療例

シスプラチン動注により著明な縮小をみた。

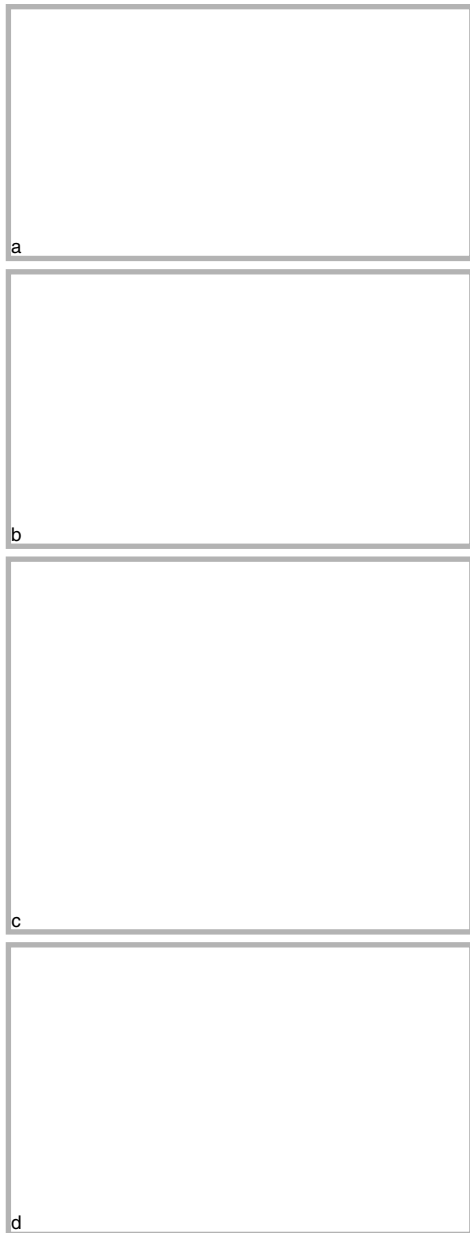


図 22.8 光線角化症 (actinic keratosis)
 a: 顔面に多発した例, b: 紅斑様を呈する, c: 皮角を呈する耳前部の症例, d: 色素性乾皮症 D 群患者に生じた例.

3. 光線角化症 actinic keratosis ★

同義語: 老人性角化症 (senile keratosis), 日光角化症 (solar keratosis)

Essence

- 紫外線刺激によって、とくに基底層を中心にケラチノサイトが悪性化し、表皮内で増殖 (異常角化)。表皮内有棘細胞癌 (squamous cell carcinoma *in situ*) の早期段階。
- 高齢者の日光露出部に生じる落屑および痂皮を伴う境界不明瞭な紅斑や角化性病変。自覚症状はない。
- 角化が著しい場合は角状の突出 (皮角) を形成する。
- 治療は凍結療法, 外科的切除, 抗腫瘍薬軟膏外用。

症状

顔面や手背などの露光部に、直径数 mm ~ 1 cm 程度の淡紅色の紅斑性局面を形成し、固着性の鱗屑や痂皮を伴う。境界はやや不明瞭な傾向。角化傾向が強く、ときに灰白色の角化性結節や角状の突出 [皮角 (cutaneous horn)] を認める (図 22.8)。60 歳以上の高齢者に単発ならびに多発性に生じやすく、白人の高齢者ではほぼ必発である。色素性乾皮症の患者では小児期から多発する。

病因

紫外線によって表皮ケラチノサイトが異常角化をきたし、表皮内で異常増殖を始めたことによる。

病理所見

以下の 3 種類の組織型が知られている (図 22.9, 表 22.4)。悪性変化は被覆表皮に限局し、毛孔部および汗孔部は正常のままである。基本的に表皮下層基底層に異型性がみられる。

診断・鑑別診断

脂漏性角化症や老人性色素斑などとの鑑別が困難な場合には生検して確定診断する。

表 22.4 光線角化症でみられる 3 つの組織型

分類	特徴
肥大型 (hypertrophic)	表皮の肥厚, 角化増生, 不全角化, 有棘細胞の異型性, 表皮内裂隙, 真皮細胞浸潤が主体
萎縮型 (atrophic)	表皮基底層部の萎縮
Bowen 様型 (bowenoid)	Bowen 病と同様の細胞異型性

治療

外科的切除。凍結療法，抗腫瘍薬軟膏外用（5-FU，プレオマイシン）など。

予後

一部のものは有棘細胞癌へ移行する。基底部の紅斑の増強，潰瘍形成，急激な増大などを認めた場合は進行した可能性が高い。

4. Bowen (ボーエン) 病 Bowen's disease**Essence**

- 表皮内有棘細胞癌 (squamous cell carcinoma *in situ*) であり，表皮全層に異型性の強い細胞の増殖。
- 境界明瞭な直径数 cm 程度の紅褐色～黒褐色局面。
- 慢性砒素中毒で多発する場合がある。
- 病理学的に個細胞角化 (individual cell keratinization) と多核の異常角化細胞 (clumping cell) が特徴的。
- 治療は外科的切除，凍結療法など。

症状

高齢者に単発する。円形から楕円形の，境界が比較的明瞭な直径数 cm 程度の浸潤性局面を形成する。色調は褐色から紅褐色調。扁平隆起性の局面で，表面は鱗屑または痂皮に覆われ，これを剥離すると紅色のびらん面が露出する (図 22.10)。ときに小結節や肉芽腫を呈する。

病理所見

表皮内有棘細胞癌に相当する病変である。角質増殖や不全角化，個細胞角化および多核の異常角化細胞が表皮内に認められ，これら異型細胞が表皮全層性に増殖している点が特徴的である (図 22.11)。

病因

単発性の Bowen 病では病因は不明であることが多い。露出部位に生じる Bowen 病は日光やヒトパピローマウイルスが関与する。多発性の Bowen 病で砒素摂取との関連性が高い。よって診断には摂取既往の聴取 (集団砒素中毒，慢性農薬中毒，砒素駆梅療法) が重要となる。

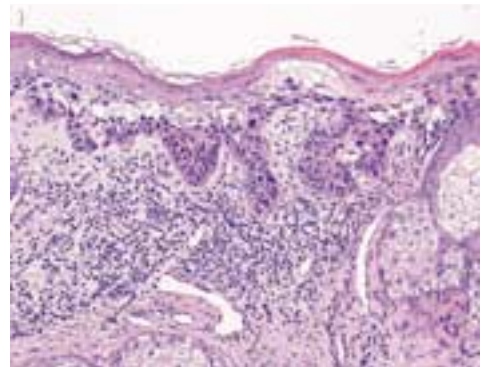


図 22.9 光線角化症の病理組織像
とくに表皮下層の細胞に異型性が強くみられる。

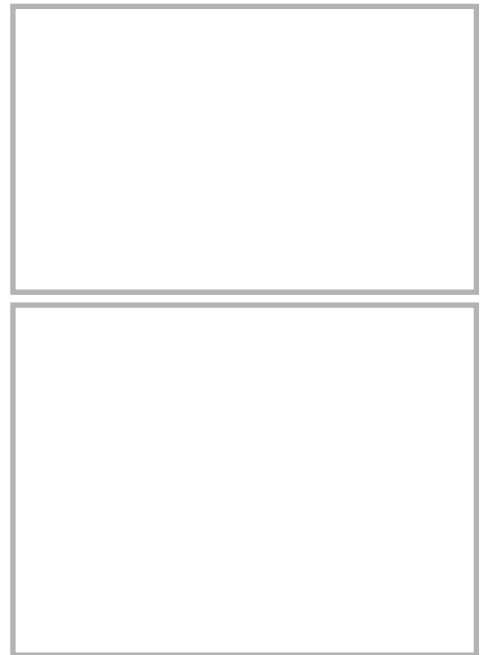


図 22.10 ① Bowen 病

**砒素角化症
arsenical keratosis**

MEMO

慢性砒素中毒症の代表的皮膚病変の一つであり，びまん性に角層の肥厚を呈する場合と，疣贅様角化局面が多発する場合の2つに大別される。非露光部に多発する Bowen 病が最も高頻度に見られるパターンである。浸潤癌としての有棘細胞癌に移行することもあり，また，基底細胞癌も合併することがある。

そのほかにも化学物質から誘発される皮膚悪性腫瘍として，機械油角化症やコールタール角化症，タール癌などがある。



図 22.10 ② Bowen 病

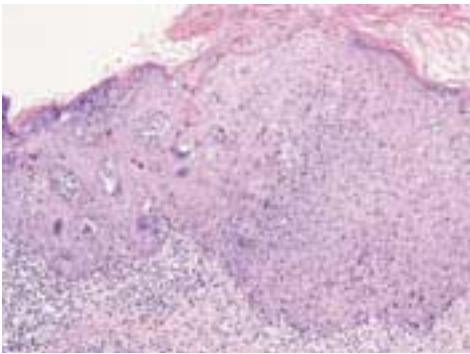


図 22.11 Bowen 病の病理組織像
個細胞角化および多核の異常角化細胞 (clumping cell) が表皮全層に認められる。



図 22.12 Queyrat 紅色肥厚症 (erythroplasia of Queyrat)

診断・鑑別診断

慢性湿疹，乾癬，光線角化症，Paget 病，基底細胞癌などと鑑別する．生検によって確定診断する．

治療

外科的切除が第一選択．そのほか，抗腫瘍薬軟膏外用（5-FU およびプレオマイシン），凍結療法．

予後

放置すると基底膜を破り有棘細胞癌に進行する．また，リンパ節転移もある．このように進行したものを Bowen 癌と呼ぶ．

5. Queyrat (ケイラット) 紅色肥厚症 erythroplasia of Queyrat ★

粘膜ないし皮膚粘膜移行部に生じた Bowen 病であり，表面が独特なビロード状局面を形成するものに対してとくに用いられる病名である．外陰部，口腔粘膜に，境界明瞭，鮮紅色，表面ビロード状の局面を呈する（図 22.12）．病理組織学所見および治療法は Bowen 病と同様である．子宮癌や胃癌などの内臓悪性腫瘍を合併することがある．

6. 白板症 leukoplakia ★★

定義

粘膜や皮膚粘膜移行部に発生した白色角化局面．以前は前癌病変としての白色斑に限定して白板症と呼んでいたが，最近では他疾患による白色斑を含めて称する傾向にある．すなわち，白板症は一つの症状を表す言葉であり，そのなかには良性和悪性

がある。

症状

口腔や口唇に最も多く、そのほかには舌、乳頭、外陰部粘膜（亀頭、陰、肛門など）。前癌病変としての白板症はやや浸潤性局面で、表面平滑、角化性、疣贅状、乳頭状、またびらん化する。角質増生があり、表皮は肥厚する。紅色肥厚性の病変をきたした場合は悪性度が高い（図 22.13）。50 歳代以上の男性に多く、喫煙者に好発する。

病因

前癌病変としての粘膜斑である場合には、タバコなどの慢性刺激によって細胞の異形成が起こったことによる。一方、良性病変の病因には、扁平苔癬、円板状エリテマトーデス、梅毒、カンジダ症、外傷などがあげられる。

病理所見

悪性では表皮細胞に種々の程度の異型性や異常角化を認める。

診断

必ず生検し、良性か悪性か、良性であればどの疾患によるものかを鑑別する。

治療

前癌状態と考えられる場合は、外科的切除、5-FU 外用、レーザー療法、凍結療法などを行う。喫煙は控える。

7. oral florid papillomatosis ★

高齢者の口唇および口角粘膜に生じる乳頭腫状～カリフラワー状の角化性ないし浸軟性の局面で、一見すると口唇癌に類似する。すべての原因は明らかでないが、本症の一部は尖圭コンジローム（23 章参照）の一型とみなされ、ヒトパピローマウイルスが関与する。組織像では高度の表皮肥厚と角化を呈し、浸潤性増殖は認めない。

8. 疣状有棘細胞癌 verrucous carcinoma ★

低悪性度を示す有棘細胞癌の亜型、角化性の隆起性結節を形成する（図 22.14）。局所の増殖は著しいが転移はまれである。部位により、口腔粘膜疣状癌、外陰部疣状癌、足底疣状癌など



図 22.13 白板症 (leukoplakia)



図 22.14 疣状有棘細胞癌 (verrucous carcinoma)



図 22.15 ① ケラトアcantトーマ (keratoacanthoma) の自然歴 (発症から自然消退まで)
 a: 初発時, 径 1 cm 大の半球状隆起性腫瘍として初発. b: 徐々に増大. c: さらに増大し中央部が自潰. d: 無治療でわずかの癬痕を残して治癒.



図 22.15 ② ケラトアcantトーマ
 噴火口型のドーム状結節が特徴.

に分類する. 治療は外科的切除が確実であり, 放射線や電気外科療法では再発しやすい.

9. ケラトアcantトーマ keratoacanthoma ★ ★

Essence

- 毛包に発生した良性腫瘍とされるが, 病理組織学的に有棘細胞癌に酷似.
- 顔面や手背に突然単発し, 急速に発育して噴火口型のドーム状結節を形成.
- 大半が数か月の経過にて自然消退するが, 一般的に生検を含めて全摘.
- 有棘細胞癌との鑑別が重要.

症状

90%以上は顔面に生じ, 中年以降の男性に好発, ほとんどの例で単発性である. 若年者に発生する例では多発性のことが多く, ほとんどが色素性乾皮症に合併する.

小さな丘疹として初発するが, 数週間で急激に増大して直径 1~2 cm 程度のドーム状ないし半球状結節を形成する (図 22.15). 弾性軟~硬, 色調は常色~淡紅色~暗紅色, 中心に臍窩を有し, 火山の噴火口状の外観. 周辺に紅暈を伴う. 一定の大きさまで急速に増大した後は中心部から角化をきたして大きな角栓を入れ, 多くは数か月のうちに自然消退, 後に癬痕を残す.

病因

長年の日光 (紫外線) 曝露, ウイルス感染, タール, 外傷な

表 22.5 ケラトアkantトーマと有棘細胞癌の臨床症状からの識別

	ケラトアkantトーマ	有棘細胞癌
発生部位	主に顔面	全身
形状	噴火口型	さまざま
大きさ	あまり大きくならない	大きくなる
多発性	多くは単発、ときに多発	ほとんど単発
発生年齢	有棘細胞癌より若い	高年者
発育	週単位で増殖	月単位で増殖
自然退縮	する	しない
リンパ節侵襲	しない	する

どが関与すると考えられる。

病理所見

腫瘍の中央部には角質増生がみられ、これをカップ状に包むように辺縁部に有棘細胞が増殖する（図 22.16）。この有棘細胞は明るい好酸性胞体を有し、異型性をもち有棘細胞癌に類似する。基底膜への腫瘍細胞浸潤は基本的になく、腫瘍下にはリンパ球や好中球の浸潤がみられる。有棘細胞癌の特殊型と考える説と偽癌（pseudocarcinoma）と考える両方の説がある。

鑑別診断

表 22.5 に主な鑑別点を示す。生検による有棘細胞癌との鑑別を要する。有棘細胞癌は腫瘍辺縁と正常組織との境界が不明瞭であり、形態も非対称性で浸潤傾向が強い。また、発育速度は有棘細胞癌の方がはるかに遅い。辺縁に小結節が集簇する基底細胞癌や角化傾向を示さない巨大な伝染性軟属腫との鑑別も要する。

治療

診断には病巣の全体的構築の把握が重要なため、生検では治療をかねて全摘する。一部組織を生検しての病理組織診断がつけば経過観察により自然消退を待ってもよい。放射線照射、ステロイド、ブレオマイシンの軟膏外用もしくは局注、エトレチナート内服、凍結療法なども行われる。

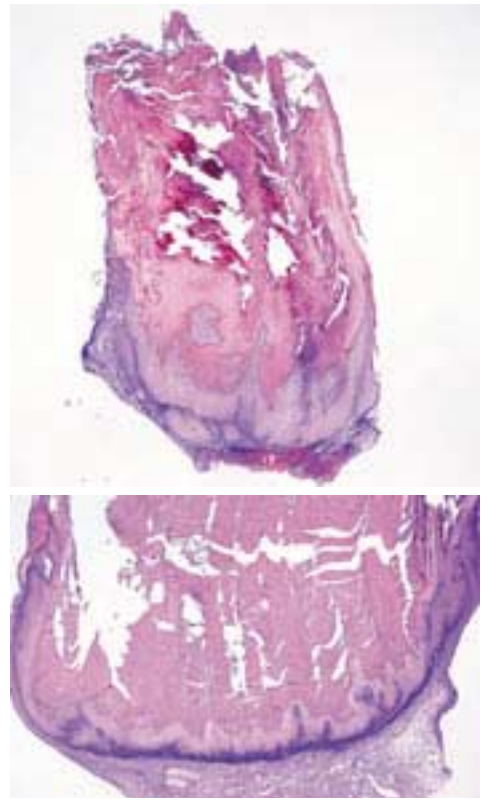


図 22.16 ケラトアkantトーマの病理組織像
腫瘍の中央部には著明な角質増生がみられ、これをカップ状に包むように辺縁部に有棘細胞が増殖する。