

## 2章 皮膚病理組織学

皮膚生検は病変の一部を採取し、それをもとに標本を作製して顕微鏡で観察する検査である。皮膚科学において最も頻用され、診断に関して重要な役割を果たす検査の一つである。皮膚疾患においては、臨床症状だけでは確定診断できないもの、あるいは皮膚症状が類似していてもその発症機序がまったく異なるものが少なくない。たとえば水疱をみた場合、ウイルスや細菌によるもの、自己免疫性のもの、遺伝性のもの、物理化学的なものなど、異なる原因で生じたものが存在し、肉眼による観察や既往歴の問診などだけでは診断がつきにくい。そこで、病因を特定して確定診断を下すには、病理学的な検索が必要不可欠である。

### A. 皮膚生検と標本の作製 skin biopsy

皮膚生検は、検査部位の選択、採取、固定、染色の順に作業が行われる。二次的変化が起こっていない病変、できれば瘢痕を残しにくい部位を選択する必要がある。炎症性疾患などでは、正常との対比のために健常皮膚を含めて病変の辺縁から生検するのが望ましい場合もある。また、多様な病変を示す疾患では、できるだけ複数の部位を採取する。

原則として局所麻酔後に、皮下脂肪組織を含める深さまで採取する（図2.1）。採取には、トレパンを用いて丸く切り抜く方法（punch biopsy）や、メスを用いて紡錘型に部分採取（incisional biopsy）ないし完全切除する方法（excisional biopsy）などがある。表皮の変化のみを観察するには剃刀で浅く削ぐ方法（shave biopsy）でも可能である。通常、採取した標本は直ちに10%ホルマリンなどで固定し、二次的な変性を避ける。蛍光抗体法や電子顕微鏡観察などの検索が必要な場合は標本を分割ないし複数採取し、それぞれ凍結固定、2%グルタルアルデヒド固定などを行う。

基本的にはヘマトキシリン・エオジン染色（HE染色）で標本を作製する。必要に応じてさまざまな染色法が併用されることも多く、それらを一括して特殊染色と呼ぶ（表2.1）。モノクローナル抗体などを用いた免疫染色も診断に重要である。

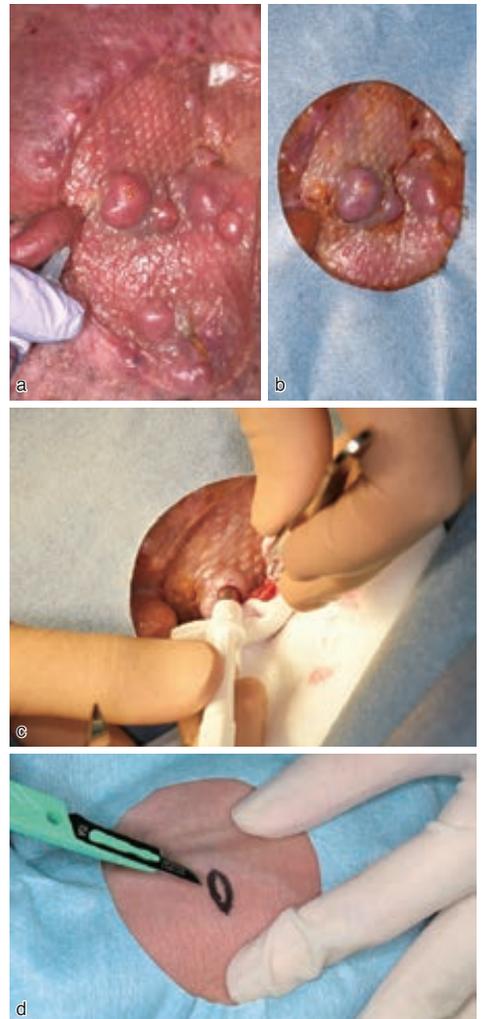
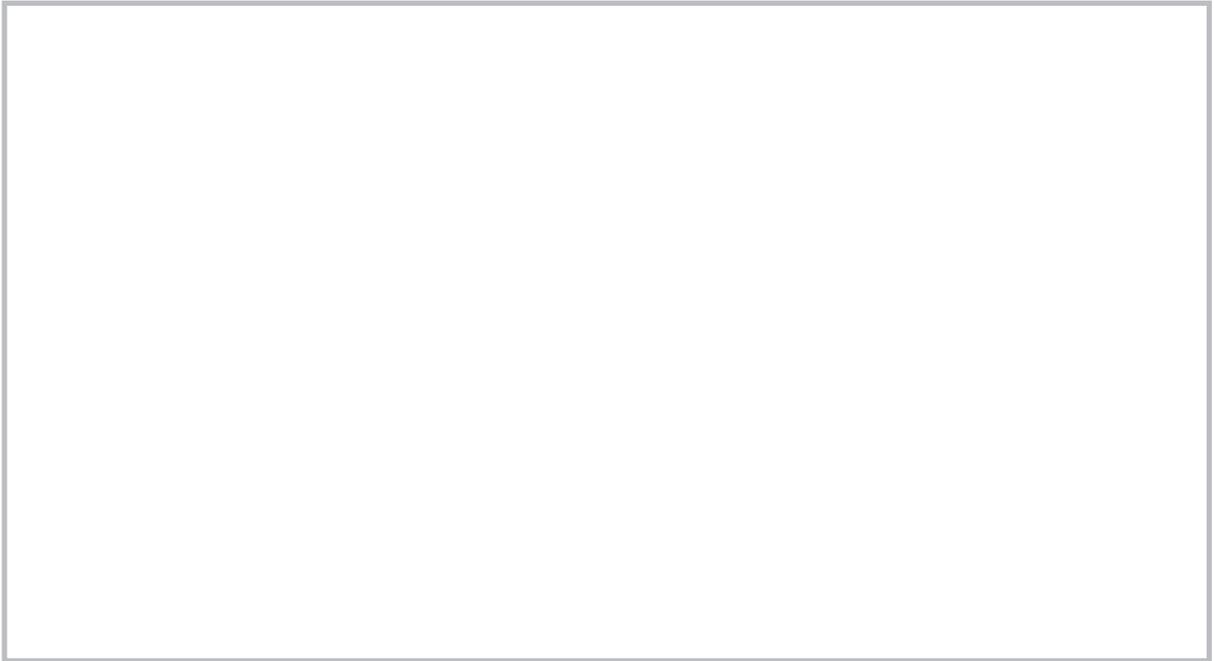


図2.1 皮膚生検の実際  
a～c：トレパンを用いたパンチ生検の場合。d：メスを用いて紡錘型に部分採取する場合。

皮膚生検を行う前に

MEMO 

2 表 2.1 皮膚の特殊染色で用いられる主な染色法



## B. 皮膚病理所見のみかた dermatopathology

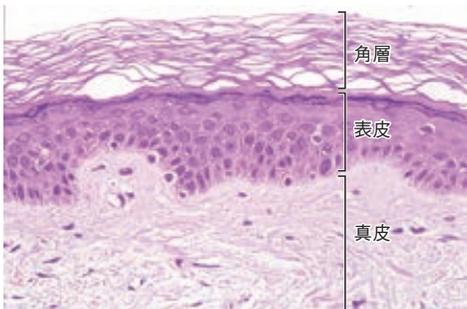


図 2.2① 正常皮膚の HE 染色像

前腕皮膚。バスケット（かご）様を呈する角層を認める。角層の白く抜けている部位は、正常に産生された脂質が標本作製の段階でのアルコール脱水の過程で溶出したためである。脂質を豊富に含み、バリア機能を正常に果たす角層が存在している証拠である。

病理組織標本を観察するときは、その部位の正常所見（図 2.2）を念頭におきながら、今みている標本のどこに異常があるのかを判断する。ここでは、基本的な病的変化とそれを表現する用語、その変化をきたす疾患を例示する。

### a. 表皮 epidermis

#### 1. 表皮肥厚 acanthosis (表皮過形成 epidermal hyperplasia) ★

表皮が肥厚した状態をさす。とくに有棘層が肥厚し、角化細胞が増加する。表皮全体が軽度肥厚する平坦型（慢性湿疹など）、表皮突起が規則的に延長する乾癬型、表皮が上方に突出する乳頭腫型（ウイルス性疣贅や脂漏性角化症など）、有棘細胞癌に類似した下方への不規則な突出が認められる偽癌型（慢性潰瘍辺縁、深在性真菌症など）などに分類される（図 2.3, 2.4）。