

Malignant skin tumors, lymphomas and melanoma

22章 皮膚の悪性腫瘍

皮膚悪性腫瘍を診断する際にも、良性腫瘍と同様で、皮膚のどの成分から生じたものなのかを考える必要がある。具体的には、由来が①表皮あるいは毛包の角化細胞、②汗腺、脂腺などの付属器細胞、③真皮間葉系細胞、などによって臨床像、経過、予後が異なる。21章に記載したすべての良性腫瘍が悪性化する可能性があるため、それに応じた悪性の診断名が付けられている。本章では皮膚のリンパ腫、悪性黒色腫などを加えて比較的頻度の高い重要なものを解説する。

皮膚の悪性腫瘍 malignant skin tumors

A. 表皮・毛包系腫瘍 epidermal and follicular tumors

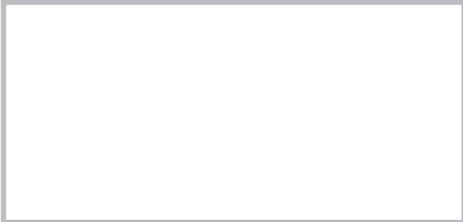


図 22.1① 基底細胞癌 (basal cell carcinoma)

1. 基底細胞癌 basal cell carcinoma ; BCC ★

同義語：基底細胞上皮腫 (basal cell epithelioma)

Essence

- 頻度の高い皮膚癌。
- 紫外線などが誘因となり、高齢者の顔面、とくに正中部に好発。
- 中央は潰瘍化することもある。その周囲に灰黒色の小結節がふちどるように配列。
- 局所で強い浸潤を示すこともあるが転移はまれで、生命予後は良好。
- 治療は外科的切除が基本。

症状

40歳以上に好発し、性差はない。硬い黒褐色蠟様の光沢性小結節が生じ、病巣辺縁部をふちどるように配列するのが特徴である (pearly border, 図 22.1)。また、病変内や周囲に毛細血管拡張を伴うことも多い。80%以上が顔面に生じ、とくに正中部に多い。黄色人種ではほとんどが黒褐色を呈するが、白人に生じるものは通常皮膚色である。臨床症状から以下の病型に分類される。

結節（潰瘍）型 (nodular BCC)：本症の80%以上を占める。硬い黒色小結節が融合した外観で、表皮に毛細血管拡張を伴う。しばしば中央が潰瘍化する〔きんじょうく 齧食性潰瘍 (rodent ulcer)〕。潰瘍が進行したものを破壊型ともいう。

表在型 (superficial BCC)：体幹に好発する。紅色～黒褐色の

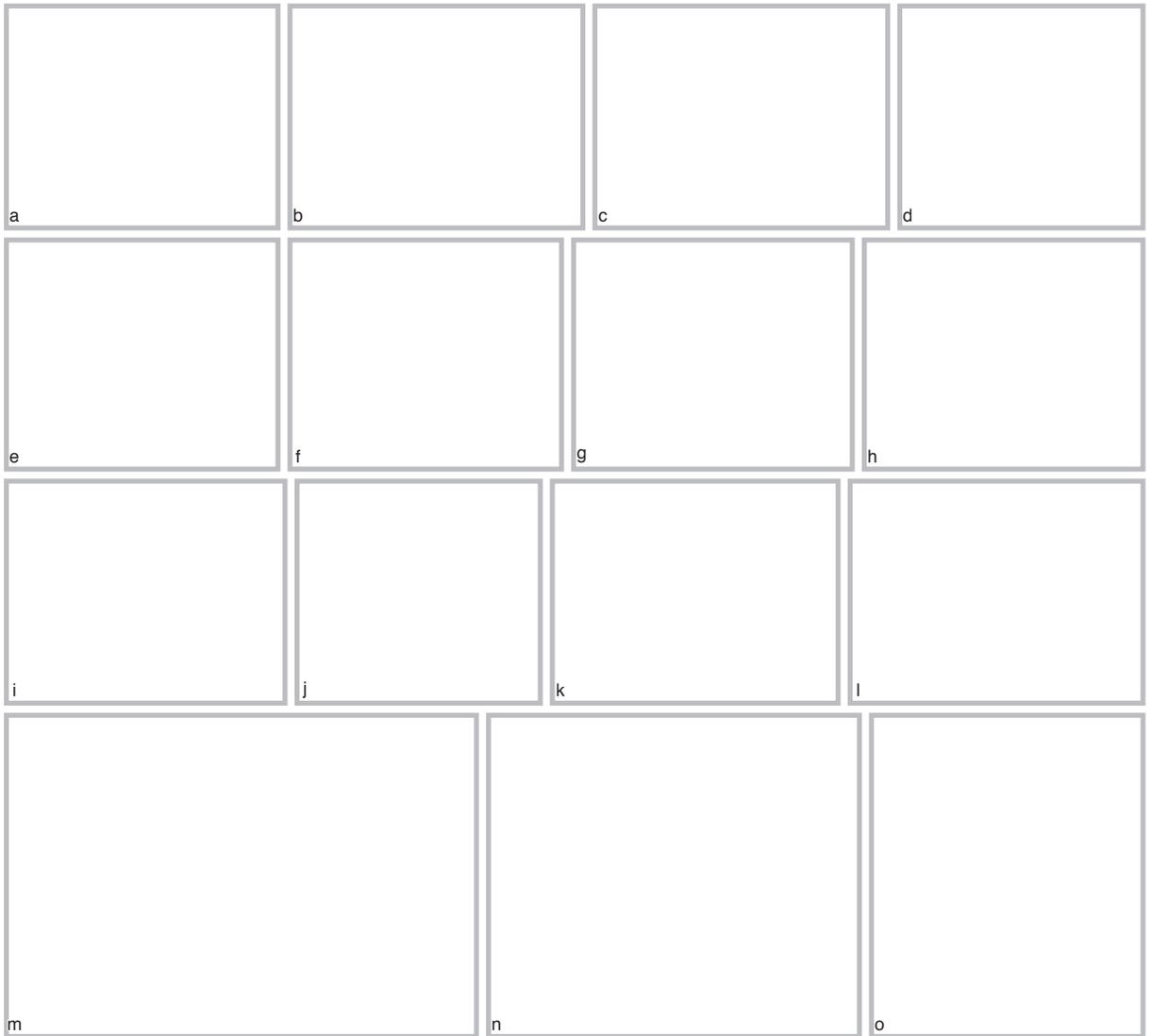


図 22.1② 基底細胞癌 (basal cell carcinoma)

多彩な臨床像を呈する。a～j: 結節 (潰瘍) 型。k, l: 表在型。m, n: 破壊型。o: 斑状強皮症型。m では長期間放置していたため、下床の骨まで破壊され、脳内実質まで癌が浸潤している。n では眼球にまで浸潤が及んでいる。

扁平隆起性浸潤局面を形成し、徐々に外方へ拡大する。

斑状強皮症型 (モルフェア型) (morpheaform BCC): 楕円形の浸潤局面で中央がやや萎縮する。モルフェア (12章 p.204) に類似する。

PinCUS 型 (fibroepithelioma of Pinkus): ピンカス腰部や仙骨部に好発し、有茎性の小腫瘍が単発～多発。

病因

多様な分化傾向を示す胎生期上皮細胞 (上皮胚原基, primary epithelial germ) が増殖して生じる。PTCH, SMO 遺伝子など細胞の分化にかかわるヘッジホッグシグナル伝達経路の異

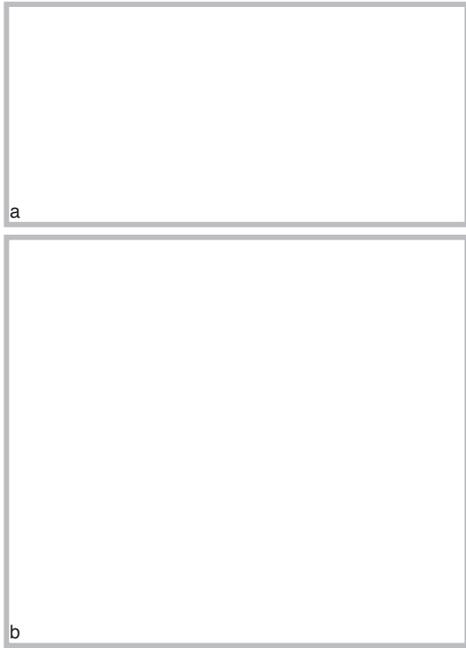


図 22.2 他の基礎疾患から発症した基底細胞癌
a: 色素性乾皮症 D 群患者に生じた例 (矢印が基底細胞癌). b: 脂腺母斑上に生じた例.

常が発症に関与し、紫外線や外傷、放射線、癬痕などとの関連性もある。

また、色素性乾皮症、母斑性基底細胞癌症候群、慢性放射線皮膚炎、慢性砒素中毒症、脂腺母斑などの基礎疾患から発症することもあり、この場合は若年者にも生じ、多発する (図 22.2)。

病理所見

基底細胞に類似した腫瘍細胞の増殖 (図 22.3)。大きな楕円形の核をもち、細胞質に乏しく、異型性は低い。基底層では柵状配列 (palisading arrangement) を認め、周囲結合組織の増殖をみる。また、腫瘍胞巣と周囲結合組織との間に裂隙を認める点特徴的。表皮ないし毛包由来のメラノサイトを混じており、また間質内に大量のメラノファージが認められ、このため臨床的に黒色調となる。充実型 (solid)、微小結節型 (micronodular)、腺様型 (adenoid)、角化型 (keratotic)、嚢腫型 (cystic) など多様な病理所見を呈し、これらが混在する。(図 22.4)。

鑑別診断

母斑細胞母斑、青色母斑、Spitz 母斑、脂漏性角化症、悪性黒色腫、尋常性疣贅、壊疽性膿皮症などとの鑑別を要する。ダ

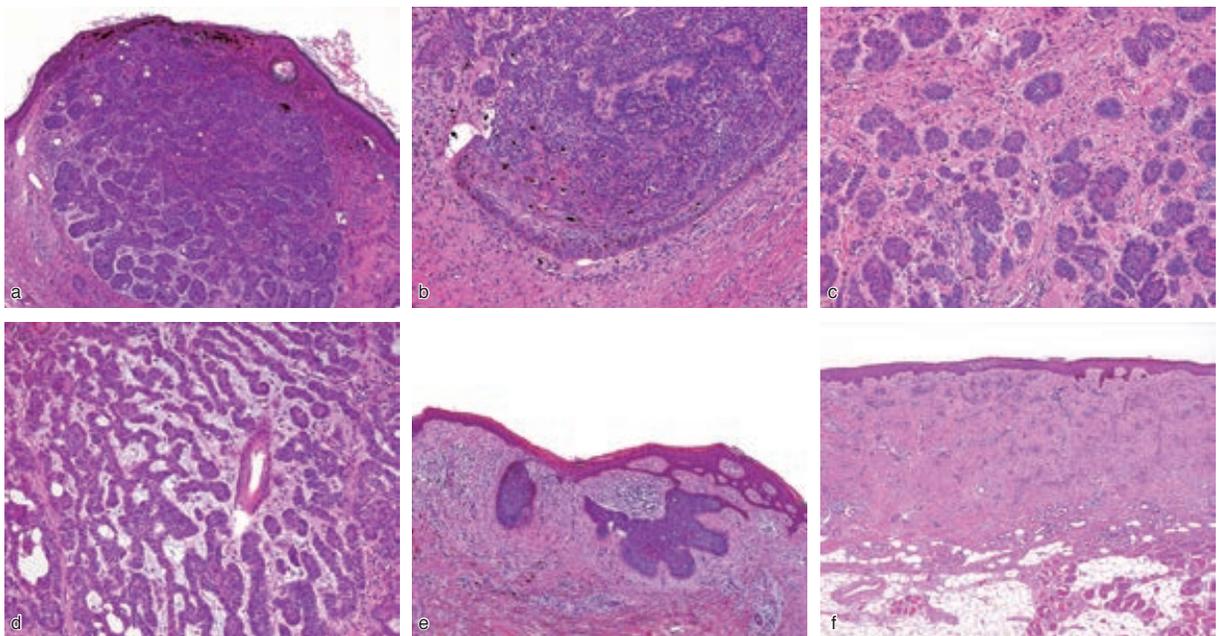


図 22.3 基底細胞癌の病理組織像

a: 充実型。表皮と連続している。b: 充実型。胞巣と結合組織の間に裂隙をみる。c: 微小結節型。10 細胞程度からなる小さな胞巣の集簇。d: 腺様型。e: 表在型。基底細胞に接して、釣り鐘状の胞巣が並ぶ。f: 斑状強皮症型。小さな胞巣が浸潤し、線維化を伴う。

モーズ
Mohs 顕微鏡手術
(Mohs micrographic surgery) MEMO 

ーモスコピーが有用であることが多い (3章参照). 表在型は乾癬やBowen病と、斑状強皮症型はモルフェア、円板状エリテマトーデス、環状肉芽腫、ケロイドとの鑑別を要する.

治療

3 ~ 10 mm の健常部皮膚を付けて外科的切除するのが基本. 顔面に好発するので、局所皮弁や植皮を伴うことが多い. 放射線療法, 外用化学療法, 凍結療法, 光線力学的療法などが選択されることもある. 海外ではSMO阻害薬 (ビスモデジブ, ソニデジブ) も用いられている.

予後

基本的に転移しないため生命予後は良好. しかし, 治療しない限り正常組織を破壊しつつ増殖する.

2. 有棘細胞癌 ゆうききよく squamous cell carcinoma ; SCC ★

同義語 : 扁平上皮癌

Essence

- 角化細胞の悪性増殖による癌.
- 日光角化症, Bowen病などの表皮内病変や, 癬痕性病変から生じることが多い.
- 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.
- 病理組織学的には個細胞角化, 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, 抗悪性腫瘍薬の投与.

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, 次第に拡大して腫瘍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附着することも多い. 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, 硬い腫瘍を触れることもある.

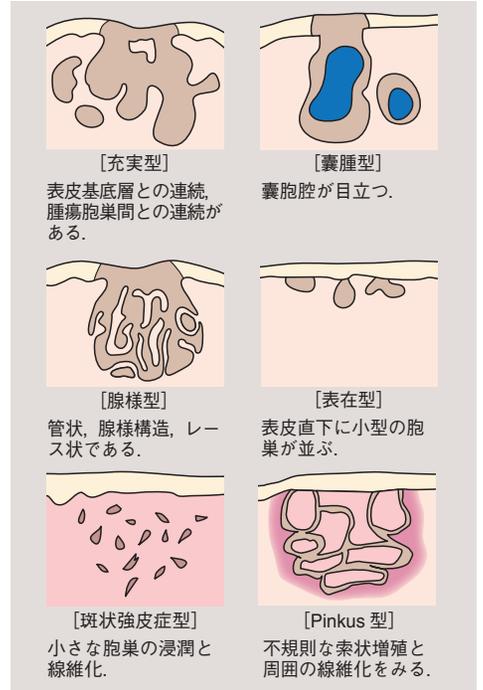


図 22.4 基底細胞癌の病理組織型

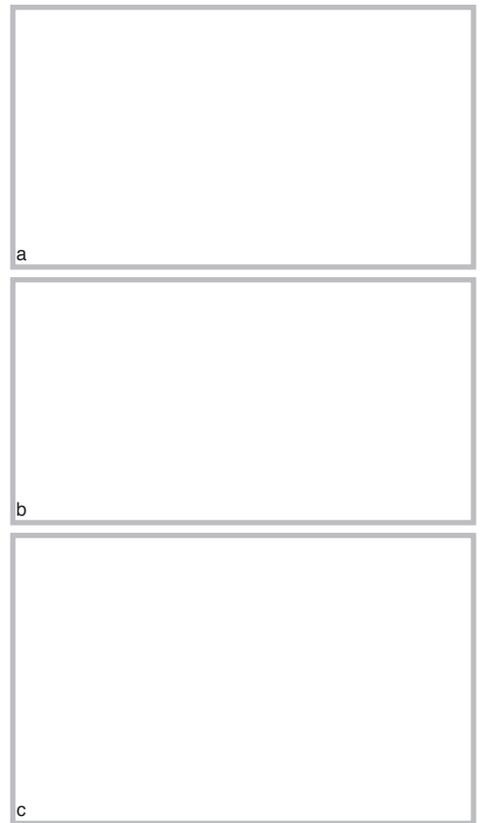


図 22.5① 有棘細胞癌 (squamous cell carcinoma) a, b : 下口唇. c : 体幹.