

2 顔の悪性腫瘍

東京女子医科大学東医療センター皮膚科教授

田中 勝

TANAKA Masaru

1 はじめに

顔に好発する皮膚悪性腫瘍として、光線角化症 (actinic keratosis ; AK), 基底細胞癌 (basal cell carcinoma ; BCC), 悪性黒子 (lentigo maligna ; LM) などが代表的である。AKとBCCは高頻度に遭遇する疾患であり、すべての皮膚科医にとって正確な診断と治療が要求される。LMの頻度はそれほど高くないが、誤診して治療してしまうと、再発時に無色素性となる場合があり気づきにくく、診断が遅れ、生命に関わる状態となる可能性もあるため、注意を要する。

美容的な治療を希望する患者は生検を拒否する傾向があるが、少しでも疑わしい病変は診断が曖昧なままで治療せず、生検の必要性を説明してカルテに記載するように心がける。そのうえで、慎重に経過をみるか、病院への紹介を考慮する。

本稿では上記の3疾患について、診断上最も重要なポイントを鑑別診断と対比させながら述べる。

2 光線角化症 (AK)

AKは高齢者の顔面 (露光部) に好発する上皮内 (表皮内) 有棘細胞癌 (squamous cell carcinoma *in situ* ; SCC *in situ*) である。早期の紅斑性皮疹では、臨床的に湿疹や酒さとの鑑別、次第に扁平隆起性局面となればサルコイドーシスや円板状エリテマトーデスとの鑑別が重要となる。さらに角化性丘疹では、尋常性疣贅、脂漏性角化症 (seborrheic keratosis ; SK), SCCとの鑑別が困難になることもある。

ごく早期のAK (図1) はダーモスコピーでも特徴的な

蕁状パターンを呈さず、異型な血管のみが観察される (図2)。ある程度の大きさの紅斑になると触診でサンドペーパー徴候があり、ダーモスコピーでは典型的な蕁状パターンがみられるようになる (図3)。臨床的には湿疹、脂漏性皮膚炎、酒さとの鑑別が難しいと思えてもダーモスコピーでは比較的容易に診断できる。

経過がやや長くなると、ポーエン型AKに移行し、病変は肥厚して紅色扁平隆起性となり、痂皮を伴いやすい (図4)。臨床的には痂皮を付着する湿疹、SK、円板状エリテマトーデスなどと区別が難しいことがある。痂皮を剥がしてダーモスコピーで観察すると、点状ないし糸球体状の血管が観察され、これらと相補的に白いネットワークがみられる (図5)。

角化型AKではSKとの鑑別が臨床的に困難なことが多い。ダーモスコピーでも特徴的な所見に乏しく、不規則に分布する白色鱗屑構造がみられる (図6)。

3 基底細胞癌 (BCC)

BCCは組織学的に毛芽への分化を伴い、毛芽腫との鑑別が困難なことがある。毛芽腫の悪性カウンターパートと考えられる腫瘍で、日常的に遭遇する頻度が最も高い皮膚癌である。

顔面に生じたBCCは顔面であるがゆえに患者が気づきやすく、比較的早期の受診となることが多い。そのため、小さなBCCの鑑別診断としては真皮内母斑が筆頭に挙がる。臨床的な鑑別点は、出血しやすい、痂皮を伴いやすい、大きさの増大、硬く触れる、などである。ダーモスコピーでは、腫瘍胞巣に一致する構造として、車軸状領域や葉状領域 (図7)、青灰色類円形大型胞