

## 皮膚科で行っている皮膚癌治療

### I) 診療科の特徴

令和 6 年 4 月から皮膚科部長に赴任した立花隆夫医師は日本皮膚科学会認定専門医（認定番号第 3163 号）、日本アレルギー学会指導医（認定番号第 280 号）であり、また、専門が膠原病、創傷治癒（褥瘡を含む）のみならず皮膚外科でもあることから、枚方公済病院皮膚科においてもこれまで行ってきた内科的な皮膚科診療に加え、皮膚がん治療を含む皮膚外科を開始している。

なお、脂漏性角化症、色素性母斑、粉瘤、脂肪腫などの良性腫瘍に対しては整容を重視した標準的治療を、また、下記に示す皮膚悪性腫瘍に対しては日本皮膚科学会のガイドラインに則した治療を、患者さんに提案している。

### II) 代表的な皮膚癌

基底細胞癌、ボーエン病、日光角化症（老人性角化腫）などの表皮内癌（もしくは癌前駆症）、扁平上皮癌（皮膚では有棘細胞癌と称す）、悪性黒色腫、パジェット病および真皮の間葉系腫瘍

### III) 皮膚癌に対する診療項目

手術療法、化学療法、放射線療法、緩和治療

### VI) 皮膚癌に対する診療内容とその特徴

#### 1) 基底細胞癌

基底細胞に類似した細胞が増殖する皮膚癌であり、最も発生頻度が高い。顔面に好発するため、有棘細胞癌と同様に日光紫外線の関与が推測されている。また、近年癌抑制遺伝子の異常が関わっていることも明らかになってきた。

高齢者の頭頸部、特に眼囲や鼻、耳の周囲などに好発する黒色から灰黒色の結節で、ゆっくり増大すると共に中央が崩

れて潰瘍化する。また、辺縁では灰黒色の小結節が真珠の首飾り状に配列するのが特徴である。転移を生じることが殆どないが、眼や鼻など顔面の重要な器官に近いため、切除した後の再建には工夫を要する。

2) 癌前駆症(ボ-エン病/日光角化症(老人性角化腫)/白板症)

a) ボ-エン病: 日光紫外線、HPV(ヒト乳頭腫ウイルス)、放射線や砒素などが原因となる。なお、青壮年者の外陰部に多発するボ-エン様丘疹症は、ボ-エン病と組織像が酷似する良性のHPV感染症ではあるが、子宮頸癌に見い出されるのと同じ型のHPV感染のため、頸癌の合併あるいは遅れての発症に注意する必要がある。

高齢者の躯幹や四肢に好発する境界明瞭な径数cmの褐紅色斑で、一部盛り上がったり痂皮を付着する。亀頭部に生じたものを紅色肥厚症と呼んでいる。また、多発例も約10~20%みられるが、砒素による場合は、手掌・足底の角化、体幹・四肢の色素沈着と点状白斑、爪の線状色素沈着などを生じ、皮膚以外にも肝癌、肺癌、膀胱癌などの内臓悪性腫瘍を合併することがある。

b) 日光角化症: 高齢者の顔面などの露光部に好発することから、日光紫外線、特に中波長紫外線によるDNA損傷がその原因と考えられている。したがって、新たな病変を生じないようにサンスクリーンを使用すると共に帽子などによる遮光が必要となる。

黄褐色の痂皮を載せる径1~3cmの紅褐色局面のことが多く、落屑を伴う。一見治ったように紅斑の消退を繰り返す。また、下口唇に生じたものを日光口唇炎と呼んでいる。

c) 白板症: 口腔または外陰部粘膜の白色の痂皮を載せた紅色萎縮性局面であり、義歯やタバコなどによる慢性刺激が原因と考えられている。

これら癌前駆症では共に外科的切除が原則となるが、高齢者や多発例では液体窒素による凍結療法やCO2レーザーなど

も適応となる。また、日光角化症ではイミキモドが保険適応となっている。

### 3) 有棘細胞癌

日光暴露が原因であるため過半数の患者では顔面や頭部に生じる。それ以外にも、熱傷、外傷などの瘢痕から発生する(瘢痕癌)。また、前項のボ-エン病、日光角化症あるいは白板症が隆起してくると、転移能を持った有棘細胞癌に移行する。

皮表から外側に向けて盛り上がった隆起性腫瘍であり、表面はびらんあるいは厚い角質塊に覆われる。時に盛り上がらないで湿潤局面となったり、あるいは、堤防状に盛り上がりその中央に潰瘍を形成することもある。また、しばしば悪臭を伴う。治療は外科的切除を原則とするが、高齢者などではQOLの向上を目的とした放射線療法、凍結療法やモーズペーストなども選択肢になりうる。

### 4) 悪性黒色腫

悪性度の高い皮膚癌であり、‘ホクロのがん’として広く知られている。色素産生能を持つため、黒褐色の扁平あるいは隆起性皮膚病変となることが多いが、低～無色素性のことも、口腔、外陰部などの粘膜や眼の結膜などに生じることもある。発生頻度に人種差がみられ(白人>黄色人種>黒人)、露光部の発症が多いことから、日光紫外線、特に中波長紫外線の関与が指摘されている。また、足の裏や指(趾)の爪部などに生じることから、外傷による外的刺激もその誘因と考えられている。

治療の主体は手術療法である。なお、予後はその肉眼的な大きさとは関係なく、むしろ病理組織検査による腫瘍の厚さ(tumor thickness)に相関する。そのため、その後の治療計画等を立てた上で全切除生検、センチネルリンパ節生検を行うことで病期を決定し、その後、免疫療法薬、分子標的薬を含めた集学的治療を患者と相談の上で選択する。

### 5) ペーজেット病

乳房部と乳房外に分けられ、前者は乳癌、すなわち乳管浅

部癌の皮膚への浸潤、また、後者は外陰部に多くみられ、その他にもアポクリン汗腺が存在する肛囲や腋窩に生じる。しかし、皮膚の下にアポクリン腺癌を認めることは稀であるため、その起源はアポクリン腺の表皮開口部（表皮内汗管）からの‘表皮内癌’とする説が最も有力である。

境界が比較的明瞭な淡紅色から褐色調、あるいは、びらんや鱗屑を載せた斑状局面であり、時に白斑様外観を呈することもある。また、進行すると斑状局面が大きくなるばかりか、その一部が隆起すると浸潤癌（ページェット癌）になる。また、外科的切除が原則であるが、出来るだけ縫縮あるいは局所皮弁を用いることで、早期離床を心掛けることが高齢者を対象とする手術には大切である。

#### 6) 真皮の間葉系腫瘍

隆起性皮膚線維肉腫、さらには、悪性線維性組織球腫、血管肉腫、脂肪肉腫、平滑筋肉腫、横紋筋肉腫などがある。紙面の関係でそれらの特徴は省くが、治療の主体はやはり手術療法である。