

1 非生毛部色素斑の生検

理解すべき POINT

- 悪性黒色腫が疑われる病変に対する生検の適応
- 全切除生検と部分生検の違い

●症例

患者: 60代, 男性.

いつからあったかは不明であるが, 左踵の色素斑に気づいたため当科を受診した.

【診断】

左踵やや外側に9×7 mm大の黒褐色から青灰色の境界がやや不明瞭で平坦な色素斑がある(図1a, b). ダーモスコピーでは, parallel ridge patternと思われ, やや淡い黒褐色から青灰色の色調を示している(図2). 臨床所見からは, 悪性黒色腫が疑われるがはっきりしない. また, 両側の踵に淡い褐色斑がみられ, 病変の範囲がわかりにくい. なお, 左膝窩や左鼠径のリンパ節に腫大はみられなかった.

【治療法の選択】

左踵の病変は単純縫縮が困難であるため, 部分生検という選択肢もあるが, 臨床所見からは悪性黒色腫の可能性が高いため, 全切除生検を行うことにした.

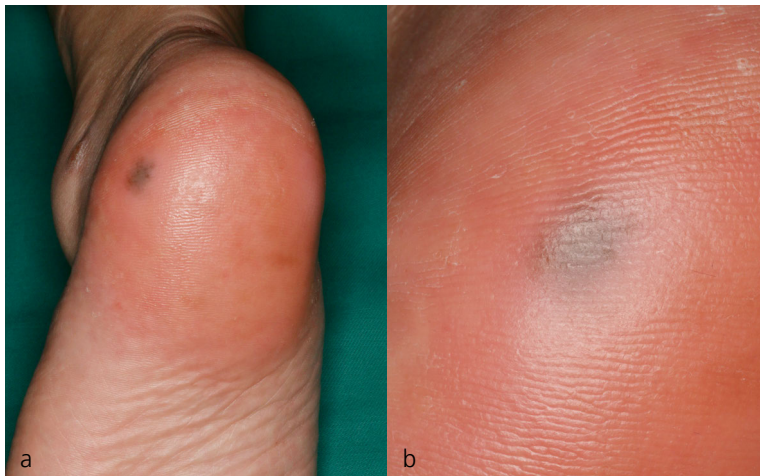


図1 左踵の色素斑

【生検の実際】

① 生検前のセッティング

生検は腹臥位で行い、消毒の後、穴あきの覆布をかけた。

② 腫瘍生検のデザイン

辺縁から 3 mm 離して切除マージンを設定した (図 3a)。1 mm 離す、5 mm 離すといった選択肢があるが、どれがよいかは一概にいけない。次いで 0.5%E (エピネフリン) 入りキシロカイン[®] を用いて 26G の針で局所麻酔を行った (図 3b)。かなり痛い部位であり、内側縁側から針を刺し、麻酔液はできるだけ緩徐に注入した。皮膚を切開し、真皮と脂肪組織との境界で生検組織を剝離し (図 3c)、片側に印として糸をつけて (図 3d) 組織を提出した (図 3e)。提出にあたっては、皮溝と皮丘に垂直に切片を作成してもらうように依頼した。

③ 固定、術後管理、病理組織学的検討

止血の後にゲンタシン[®] 軟膏、ガーゼで固定し開放創とした。生検後翌日からシャワー可として、ゲンタシン[®] 軟膏ガーゼで様子を見た。病理組織では大型で異型を伴うメラノサイトが皮丘優位に主に孤立性に増殖していた (図 4a, b)。また、真皮上層にはメラニン色素の滴落が目立ち、ダーモスコピーで青灰色を示したことに対応すると考えられた。特殊染色では異型を伴うメラノサイトは Melan-A, HMB-45 陽性 (図 4c) であった。なお、真皮への明らかな腫瘍細胞の浸潤は目立たなかった。以上より、melanoma in situ と診断した。

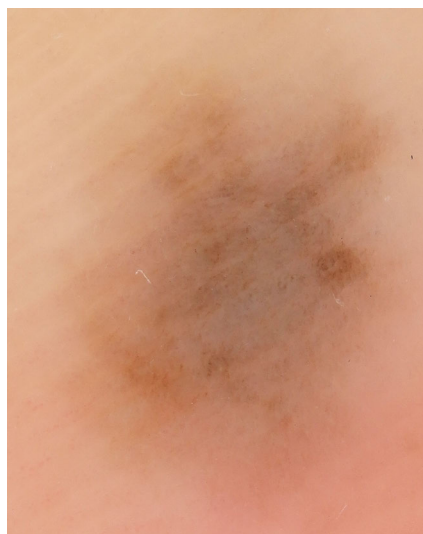


図 2 ダーモスコピー像

解説

非生毛部色素斑の生検については、部分生検をするか全切除生検をするかが問題になる。悪性黒色腫が疑われる場合は、メラノーマ診療ガイドライン 2019 では、総論部分において“全切除生検と部分生検のいずれも問題なく行うことができるのであれば、病変全体の評価が可能で偽陰性率の低い全切除生検を選択する”となっている¹⁾。部分生検のデメリットとしては、どこを採取するかによるが、診断がつきにくかったり、tumor thickness がわかりにくくなったりするという問題がある。また、従来は部分生検を行うとその後の転移リスクが高くなると考えられていたが、システマティック・レビューにおいても全切除生検と部分生検とで局所再発率、生存率に差はみられてない²⁾。頭頸部の悪性黒色腫については、後ろ向き症例対照研究ではあるが、多変量解析を行ったところ、部分生検を行った場合に生存率が低下したとする報告がある³⁾。ただし、この研究に関しては全切除生検群と部分生検群で患者の年齢に差があるため、結果の信頼性が高いとは言い難い。

今回の症例は全切除した場合、縫縮が困難であったが、診断をしっかりとつけることを主眼において 3 mm マージンで全切除生検を行い、残りを開放創とした。全切除生検の場合は一般に

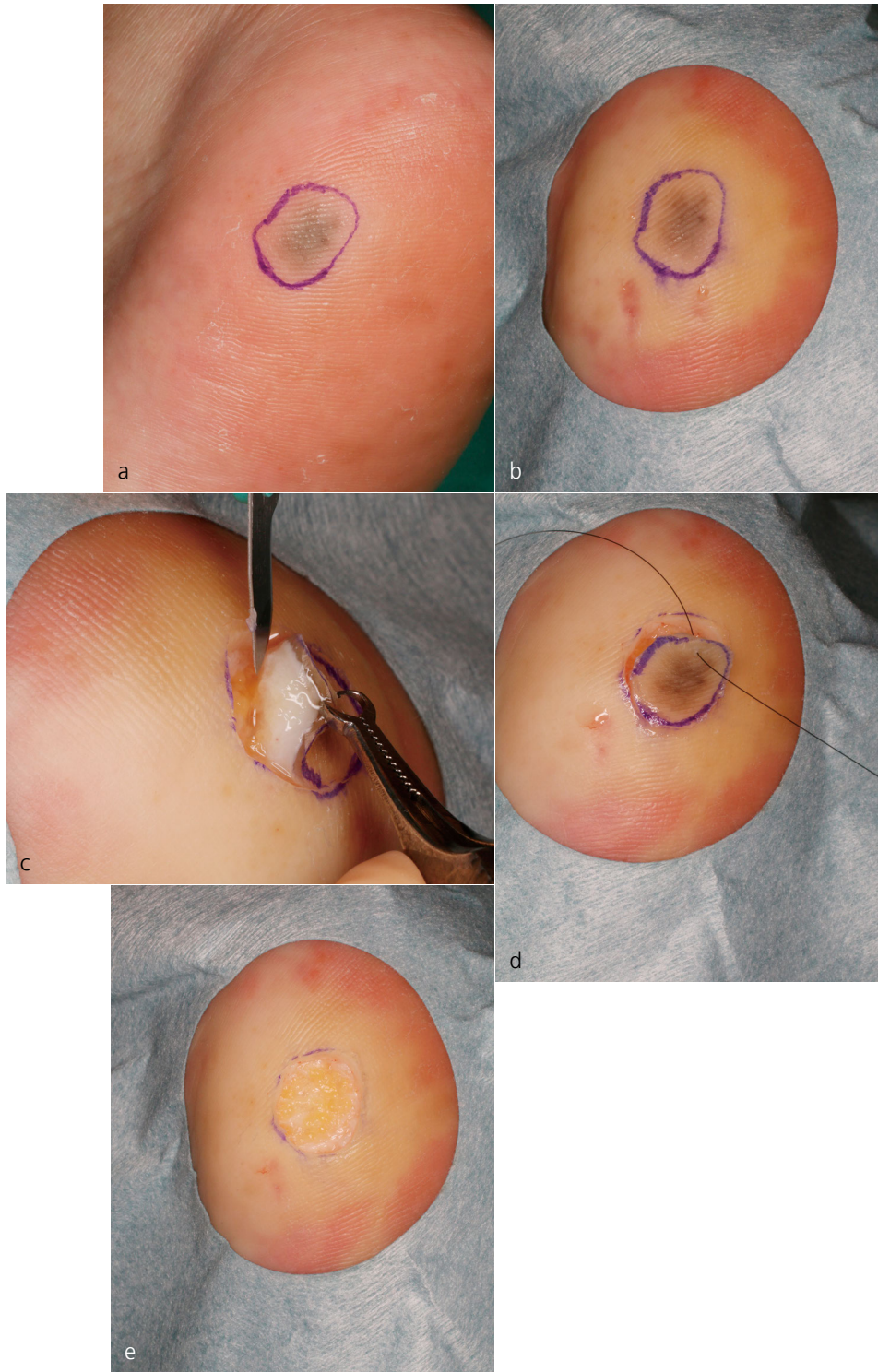


図3 全切除生検の実際

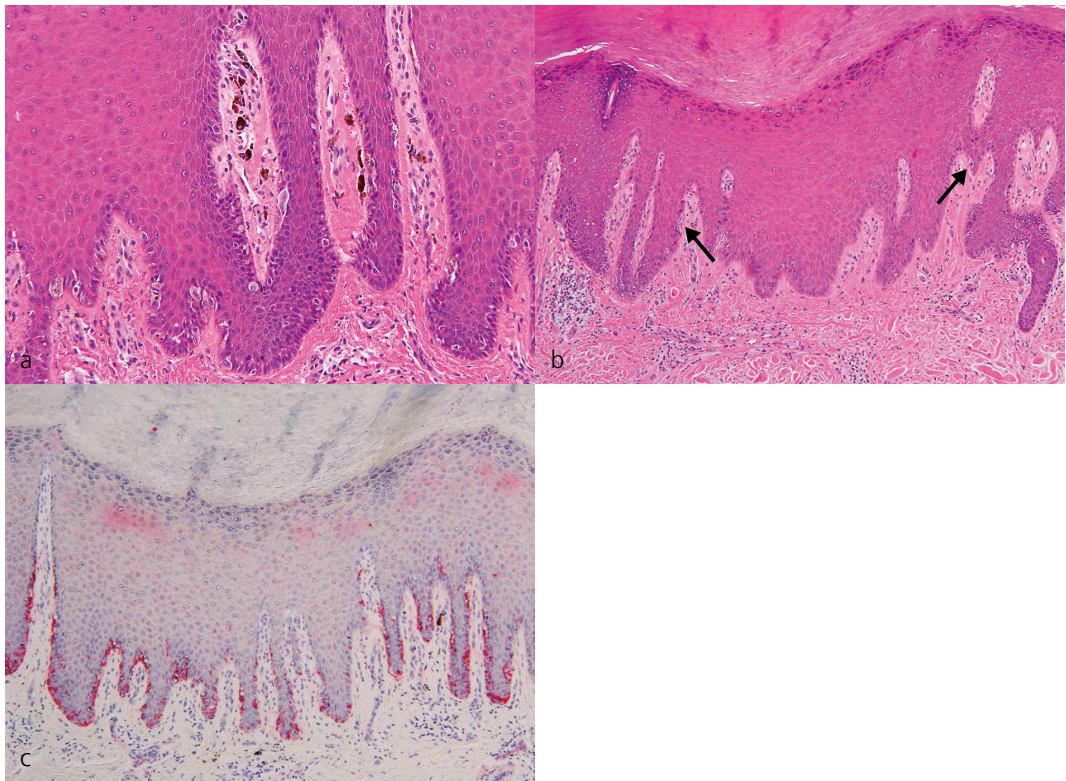


図4 左踵色素斑の病理組織像

- a: 大型で異型を伴うメラノサイトが主に孤立性に多数みられる
- b: 矢印に示すように、基底層を中心に大型で異型を伴うメラノサイトが皮丘優位にみられ、皮溝では目立たない

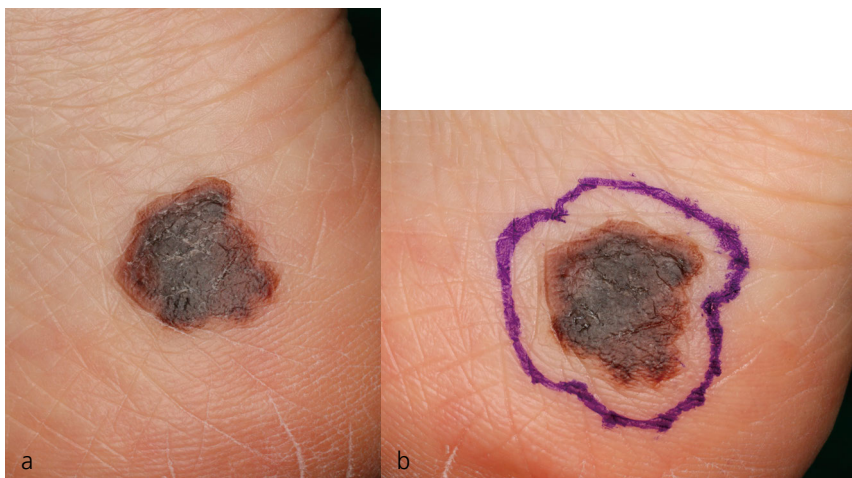


図5 左踵の別の悪性黒色腫の症例. 5 mm マージンで全切除を行い、開放創にした。上皮化に2カ月近くを要したが、その後の日常生活に支障はない

1~3 mm マージンで行うことが多く、深さは病変を取り残さない程度が妥当であり、今回もそれに沿って行った。一般に部分生検が行われるのは、病変が大きく、全切除が困難であったり、その後の手術に不都合が生じたりする場合などであるが、多少の開放創はあまり問題にならないので、ただ単に縫縮できないからといって部分生検を選択する必要はないであろう。

症例によっては、全切除生検の際に通常の悪性黒色腫と同程度のマージンをとって、1回の切除で終わらせる場合もあるであろう。図5aは別の悪性黒色腫の症例で、左踵外側に11×13 mmの黒色病変があった。この例に関しては外来にて5 mm マージンで全切除生検を行い(図5b)、以降自宅で処置することもあり、単純に開放創にした。これくらいの大きさであるので、完全な上皮化には2カ月近くを要したが、その後は特に日常生活に支障はない。

生検検体の病理への提出にあたっては、皮溝と皮丘に対して垂直に切片を作成してもらうよう依頼することが必要である。明らかに悪性黒色腫が考えられる場合はそれほど問題にならないが、非生毛部色素斑で生検を行う場合の多くは、良性と思われるが経過を踏まえて切除する症例や悪性かどうか判断に迷う症例である。微妙な症例の場合、大概は診断に悩むような組織があがってくる。その場合は皮丘優位かどうかといったメラノサイトの分布が良性、悪性を判断する重要なポイントになってくる。

文献

- 1) 日本皮膚科学会, 日本皮膚悪性腫瘍学会, 皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン改訂委員会. 皮膚悪性腫瘍ガイドライン第3版 メラノーマ診療ガイドライン 2019. 日皮会誌. 2019; 129: 1759-843.
- 2) Pflugfelder A, Weide B, Eigentler TK, et al. Incisional biopsy and melanoma prognosis: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010; 28: 316-8.
- 3) Austin JR, Byers RM, Brown WD, et al. Influence of biopsy on the prognosis of cutaneous melanoma of the head and neck. Head Neck. 1996; 18: 107-17.

〈門野岳史〉