

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

漢方研究 (2006.10) 418号:7～23.

皮膚病理診断演習 ちょっと珍しい病気(下)

山本明美

# 皮膚病理診断演習

—ちょっと珍しい病氣— (下)

旭川医科大学皮膚科学講座助教授 山本明美

## 症例9

### 【37歳，男性，足趾爪下の腫瘤】

次の症例は，37歳男性。主訴は，右足第1足趾の爪の変形と疼痛です。爪甲を剥離したところ，4×6 mm大の白色で表面顆粒状の腫瘤を認めました（図74）。臨床写真はこの症例はありません。

組織像を図75に示しました。表皮がカップ状に陥凹しています。拡大したものが図76になります。

診断は Warty dyskeratoma，ケラトアkantoma，有棘細胞癌（SCC），Bowen's disease，尋常性ゆうぜい，爪下表皮嚢腫の中からお選びください（図77）。

私は，爪下のケラトアkantomaと診断しました（図78）。本症は，第1指あるいは第5指の爪下に好発して痛みを伴います。また，毛のある部位に発生するケラトアkantomaと違って，自然消滅しないという特徴があります。局所破壊性を示して，骨のほうにも陥凹病変などを示す例もあるというのが特徴です。

病理組織学的な特徴は，通常のケラトアkantoma

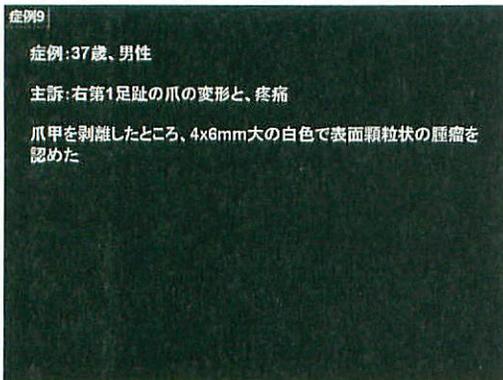


図74



図76

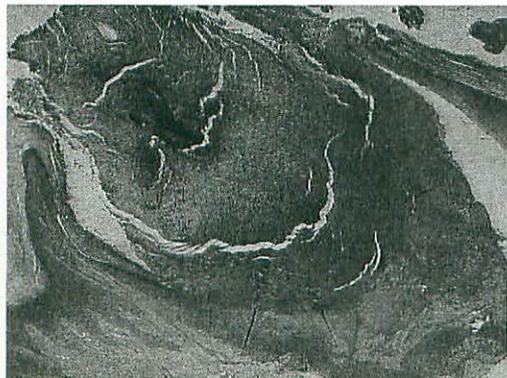


図75

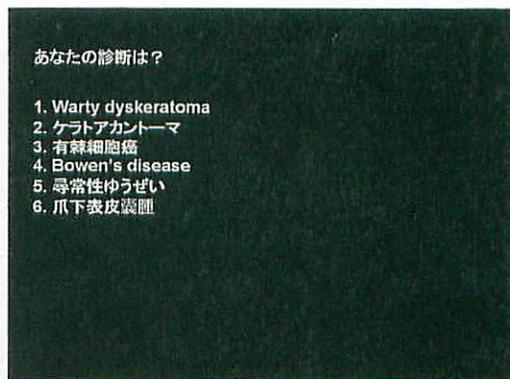


図77

HPV染色は陰性

診断: 爪下のケラトアkantoma Subungual keratoacanthoma

- ・第1あるいは第5指の爪下に好発
- ・痛みを伴う
- ・自然消退しない
- ・局所破壊性を示す
- ・下床の骨にカップ状の陥凹所見

病理組織像の特徴

- ・通常のケラトアkantomaより炎症所見が少ない
- ・通常のケラトアkantomaより個細胞角化が多い
- ・細胞の異型性がない

図78

トーマより炎症所見が少なく、個細胞角化が多いという特徴があります。また、細胞の異型性がほとんどありません。

図76では個細胞角化がたくさんみられます。また、通常のケラトアkantomaと同じようにすりガラス状の大きな胞体ですが、異状角化細胞がたくさんあることと、カップ状の全体構築ということから、爪下のケラトアkantomaと診断しました。爪下のケラトアkantomaは、普通のケラトアkantomaと違って自然消退しないので切除するしかありません。もしまだ経験したことのない方がいらっしゃいましたら、覚えておいていただけたらと思います。

## 症例10

### 【38歳、女性、両鼻唇溝部の結節】

図79は38歳女性、両鼻唇溝部の結節です。強拡大にすると図80になります。両鼻唇溝部というところがヒントです。

診断は、皮膚サルコイドーシス、サルコイドー

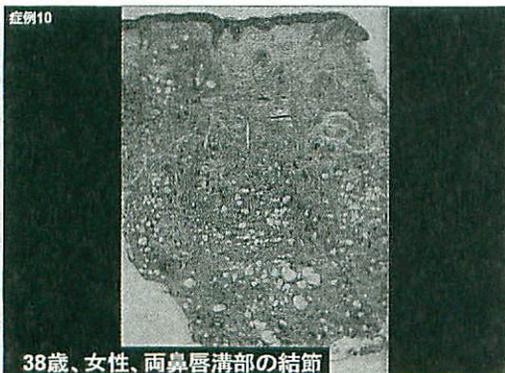


図79

シスの癬痕浸潤、異物肉芽腫、深在性真菌症、皮膚結核の中からお選びください(図81)。

臨床像を図82に示しました。この方は、美容外科において鼻唇溝部のしわをとる、DermaLive®というものを注入され、その後しばらくしてそこに結節を触れるようになり、当科を受診しました。生検すると、膠原病といった異常所見はございませんでした(図83)。

DermaLive®は、長期間皮膚の中に留まって



図80

あなたの診断は？

1. 皮膚サルコイドーシス
2. サルコイドーシスの癬痕浸潤
3. 異物肉芽腫
4. 深在性真菌症
5. 皮膚結核

図81

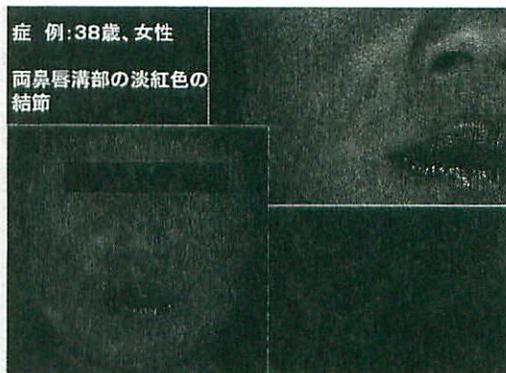


図82

現病歴:平成14年9月26日、鼻唇溝部のしわをとる目的で、A美容外科においてダーマライブ®の注入を受けた。

本年7月ごろから同部に硬結を触れるようになり、徐々に増大したため、10月8日、当科を受診した。2週間の抗生物質内服に反応しないため、22日生検した。

検査結果:血液像、生化学検査異常ない。CRP陰性、ANA陰性。

図83

### DermaLive®

- Long-term wrinkle reduction product
- Two components (pure hyaluronic acid, acrylic hydrogel)
- 1998年に初めてフランスで商品化
- 注入量の60%が長期に残存する
- 副作用は0.12%
- 主なものは6ヶ月後ごろに生じる丘疹であり、ステロイドの局注により治療できる

図84

#### Adverse reactions to injectable aesthetic microimplants

- 注入可能な美容目的の材料としてpolymerized sillicomes, Bioplastique, Artecoll, Dermaliveなどが用いられている。
- 以前の材料よりは移動したり、免疫反応をおこしにくい
- 注入後の副作用はまれであるが、少数の副作用の報告ある
- 技術的な問題や、異常な肉芽腫反応によるもの
- 4例の副作用の報告
- Artecollによる1例
- Dermaliveによる1例
- Silliconeによる2例

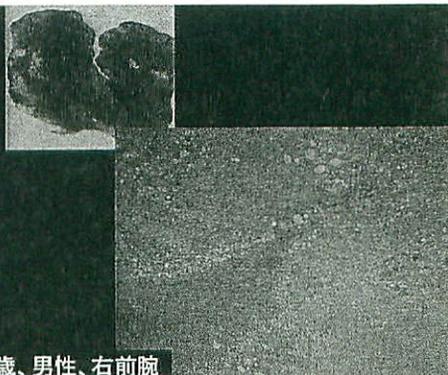
*Am J Dermatopathol 2001; 23:197-202*

図85

いて、しわを減らす目的で商品化されたもので、副作用が非常に少ないといわれているのですが、中には丘疹などが生じることもあります(図84)。ステロイドの局注により治療できるケースもあるようですが、この方の場合別の形成外科にて治療していただきました。

DermaLive 以外にも美容目的のしわをとる薬による副作用はけっこう報告されています(図85)。DermaLive による症例も、自験例以外に

症例11



75歳、男性、右前腕

図86



図87

すでに1例報告されていましたが、注入したものが残ってしまっていて、異常な肉芽腫反応が起こってしまったということです。美容目的の治療を施行する前に、体質によっては今回のようなしこりが残ることも患者さんに十分説明しないと、後から問題になることもあるのではないかと思った次第です。診断は異物肉芽腫です。

### 症例11

#### 【75歳、男性、右前腕の硬結、潰瘍】

図86は75歳男性、右腕の結節です。図87で示したように、多数の穴があいたようなところがあり、先ほどの DermaLive の肉芽腫と違って、中がアルコール脱水の過程で抜けてしまっていますが、多数の異物巨細胞がみられます。

診断の選択肢は先ほどと同じで、皮膚サルコイドーシス、サルコイドーシスの瘢痕浸潤、異物肉芽腫、深在性真菌症、皮膚結核です(図88)。

この方は前立腺癌のため、他院で徐放製剤のリュープロレリンを皮下注射されていました

あなたの診断は？

1. 皮膚サルコイドーシス
2. サルコイドーシスの瘢痕浸潤
3. 異物肉芽腫
4. 深在性真菌症
5. 皮膚結核

図88

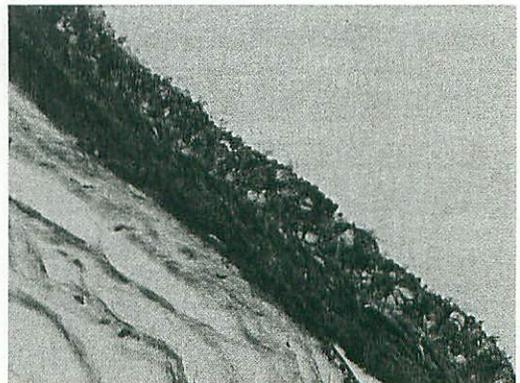


図91

症例: 75歳、男性

現病歴: 前立腺癌のため、XXX病院泌尿器科で、硫酸リュープロレリンの3ヶ月持続性徐放性製剤(リュープリンSR®)を皮下注されていた。3回目の注射を右前腕にうけた後、同部に硬結、潰瘍を生じた。他にも同剤の注射部位に一致して結節を2個認めた。

細菌培養は陰性。抗生剤の投与に反応せず、同院皮膚科を受診した。診断と治療をかねて切除した。

図89

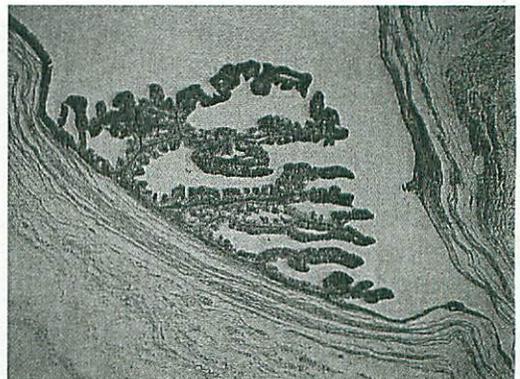


図92



図90

(図89)。診断は、硫酸リュープロレリンによる肉芽腫です。

### 症例12

#### 【12歳、女兒、腹部の腫瘍】

図90は、腹部の腫瘍です。Cyst になっており、一部ちょっと乳頭腫状に内腔に飛び出しておりました。図91は内腔を覆う上皮細胞です。



図93

図92で示したように、2層くらいからなるところもありますが、papillomatous になっているところもあります。図93・94は強拡大です。

症例は12歳女兒で、数週間前に腹部の隆起した病変に気づき、粉瘤の診断のもと切除されました。関係があるかどうかわかりませんが、2歳時に腹膜透析の既往があります(図95)。

診断は Apocrine hidrocystoma, Cutaneous Ciliated Cyst, Tubular apocrine adenoma,

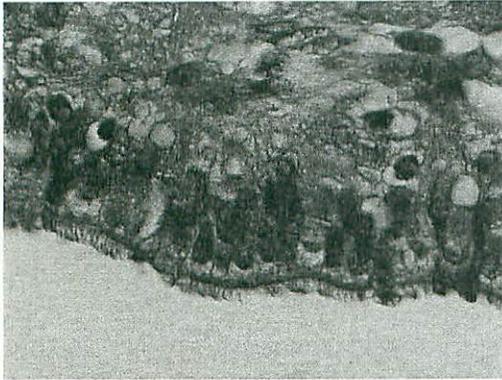


図94

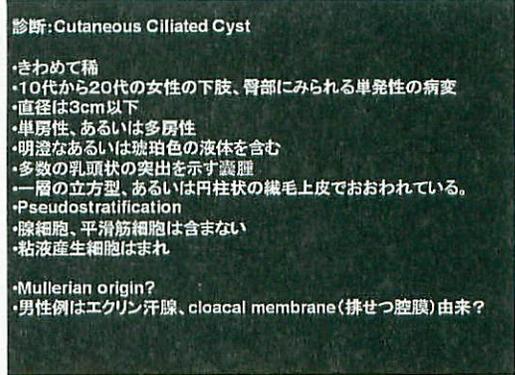


図97

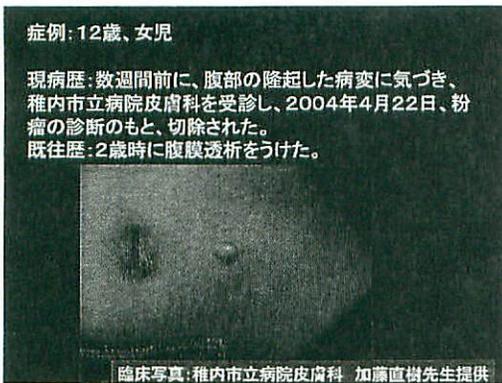


図95



図98

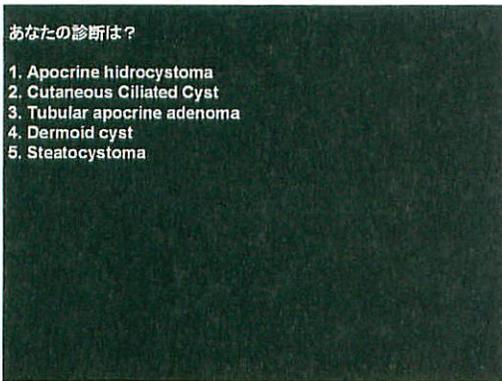


図96

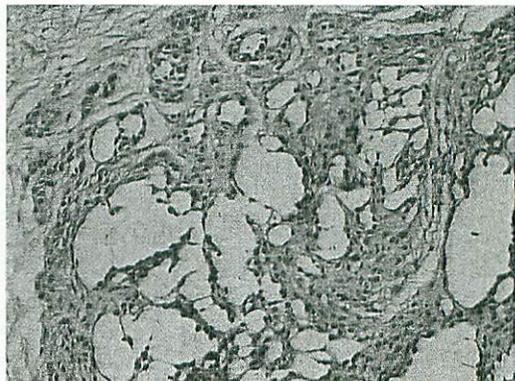


図99

Dermoid cyst, Steatocystoma の中からお選びください (図96)。

図94は油浸の100倍のレンズを使って撮ったのですが、40倍の対物レンズではアポクリン腺の断頭分泌像かと思ってみたのですが、仔細に観察すると、繊毛がみられます。よって、最終的な診断は Cutaneous Ciliated Cyst としました (図97)。

きわめてまれで、普通は女性の下肢、臀部に

みられるものですが、自験例のようにそれ以外の部位にもみられます。40倍くらいの対物レンズで診断をつけてはいけないこともあると勉強した1例でした。

### 症例13

【20歳、女性、腰部の小結節】

図98は20歳女性、腰部の小結節です。図99で

あなたの診断は？

1. Kaposi肉腫
2. Pyogenic granuloma
3. Glomus tumor
4. Angioliomyoma
5. Hemangiopericytoma
6. Nevus pigmentosus (Naevocytic naevi)

図100

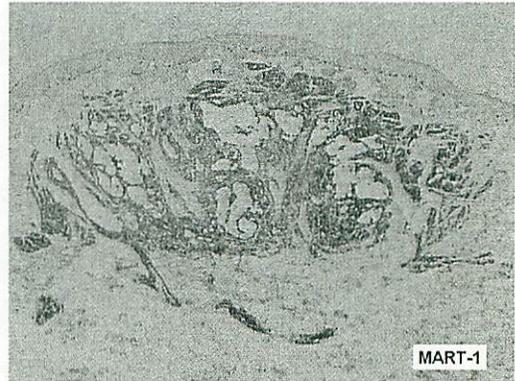


図103

症例: 20歳、女性

数年前から腰部に出現した。  
 現症: 4X3cm大の正常皮膚色、表面平滑な、わずかに茎をもった、小結節。

図101

症例: 42歳、女性

幼少時から右側腹部に黒色結節あり。切除を希望して2004年6月15日、旭川医大皮膚科を受診。

図104

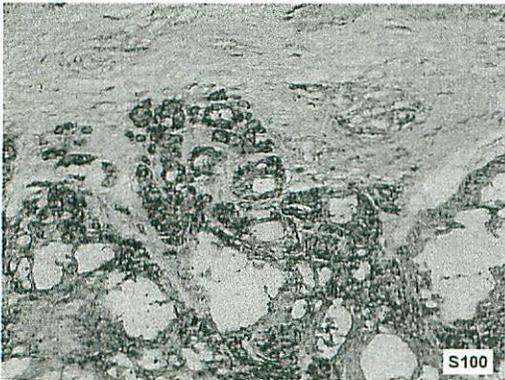


図102

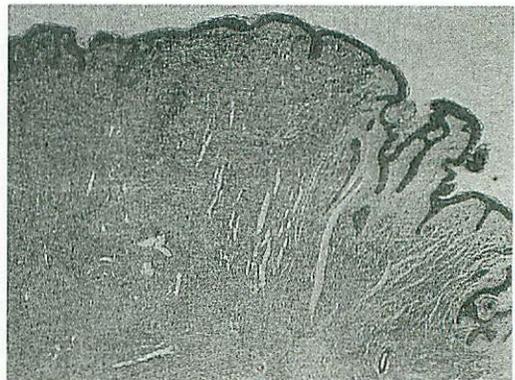


図105

示したように、管腔を形成しています。

診断は Kaposi 肉腫, Pyogenic granuloma, Glomus tumor, Angioliomyoma, Hemangiopericytoma, Nevus pigmentosus (Naevocytic naevi) の中からお選びください (図100)。

図101に臨床像を示しました。何ということもない正常皮膚色の小結節です。数年前から腰部にあり、S100陽性 (図102), MART-1陽性 (図103) で、これは色素性母斑 (NP) です。

同じような管腔構造を持つ NP がときどきあります。図104・105は別の症例ですが、通常の NP の中に管腔構造が、先ほどの症例ほどではありませんがみられます。血管系腫瘍としばしば間違えられることがあり、Naevocytic naevi with vascular-like spaces と報告されております (図106)。

あの周りの細胞は別に血管内皮細胞といったものに分化しているのではなく、通常の母斑細胞

胞なのですが、原因はよくわからないが、lacunae様のスペースを生じることがあります。例えば切除する前の麻酔薬の局注によるアーチファクトなのではないかとか、いろんなことを考えて研究した先生がいらっしゃるのですが、そうではないらしく、どうして vascular-like spaces を生じるかわかっていないようです。

**Naevocytic naevi with vascular-like spaces**

- naevocytic naevi with anastomosing lacunae suggestive of vascular spaces
- The cells lining these lacunae were consistent with naevus cells, being positive for vimentin and S100 protein and negative for FcVII-RA and UEA1.

Br J Dermatol. 1991 Jun;124(6):591-5. Collina G, Eusebi V.

図106

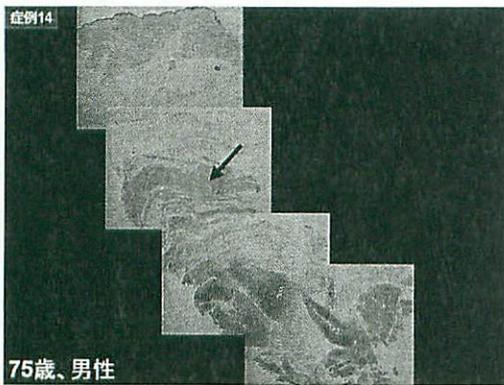


図107

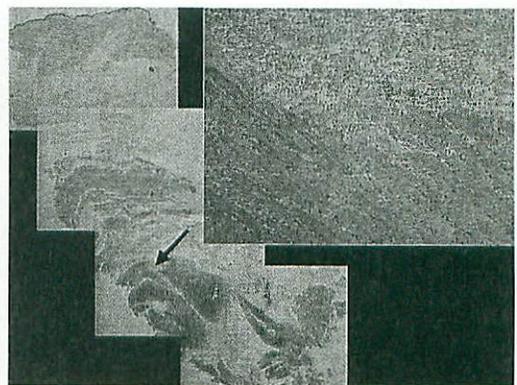


図109

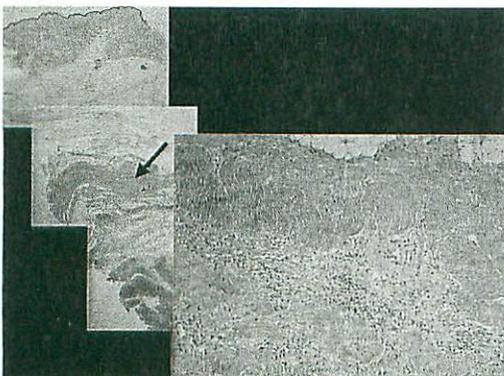


図108

## 症例14

### 【75歳，男性，両下腿の浮腫】

図107は、両下腿の浮腫です。写真が4枚ありますが、上から表皮、真皮、皮下脂肪、筋肉となっております。矢印で示した部分の拡大が図108であり、たくさんの好酸球があります。もっと深いところ、図109は筋肉ですが、たくさん好酸球がみられます。

診断は Eosinophilic fasciitis, Eosinophilic cellulitis, Eosinophilia-myalgia syndrome, Morphea, Lupus erythematosus profundus からお選びください (図110)。

症例は、75歳男性です。2004年5月下旬、突然、両下腿の浮腫が出現し、当病院総合診療部を受診して、診断がわからないということで皮膚科を受診されました。好酸球の増多があり、リウマトイド因子が陽性で、抗核抗体も陽性、CRP 陽性で、高γグロブリン血症もあります (図111)。

あなたの診断は？

1. Eosinophilic fasciitis
2. Eosinophilic cellulitis
3. Eosinophilia-myalgia syndrome
4. Morphea
5. Lupus erythematosus profundus

図110

図112に臨床像を示しましたが、ミカンの皮のような外見です。

私どもの診断は Eosinophilic fasciitis としました (図113)。Shulman's syndrome ともいわれ、好酸球増多、高 $\gamma$ グロブリン血症などを示すことがあり、組織学的な特徴は、図109でもお示しましたが、筋線維自体の変性や、好酸球を含む著明な細胞浸潤などです (図114)。

症例: 75歳、男性

現病歴: 2004年5月下旬、突然、両下腿の浮腫が出現した。旭川医大総合診療部を受診し、検査を受けたが原因、病名が不明のため、6月11日皮膚科を紹介され受診した。

末梢血WBC: 14,510、好酸球: 33.3%  
CRP: 51.2、ANA 5120倍、RF: 陽性、  
高 $\gamma$ グロブリン血症あり

図111

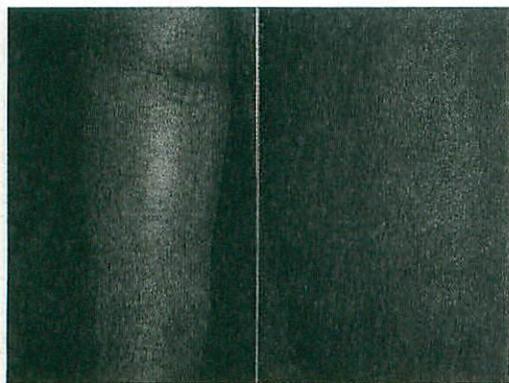


図112

Eosinophilic fasciitis  
(Shulman's syndrome)

- 1974年にShulmanにより初めて報告
- 深部の筋膜の炎症と肥厚を特徴とする強皮症様疾患
- 1肢ないし多肢をおかす
- 疼痛、腫脹、皮膚の進行性の浸潤を伴って急速に発症
- 好酸球増多、高 $\gamma$ グロブリン血症、血液疾患を伴うことあり
- 激しい運動が契機となりうる
- 何らかの自己免疫機序による疾患？(リウマトイド因子、抗核抗体陽性例ある)

図113

## 症例15

【67歳、男性、両下腿の赤褐色結節】

図115は、両下腿の赤褐色結節です。図116で示したように、多数の炎症性細胞浸潤を認めます。また、図117のように表皮が不規則に増殖しております。好中球が主体の細胞浸潤で、変性壊死に陥った角化細胞もみられております

Eosinophilic fasciitis  
(Shulman's syndrome)

- 筋膜の肥厚、均質化、単核細胞や好酸球の浸潤
- 下床の骨格筋もときに筋線維の変性、好酸球を含む著明な細胞浸潤、瘢痕を示す

図114



図115

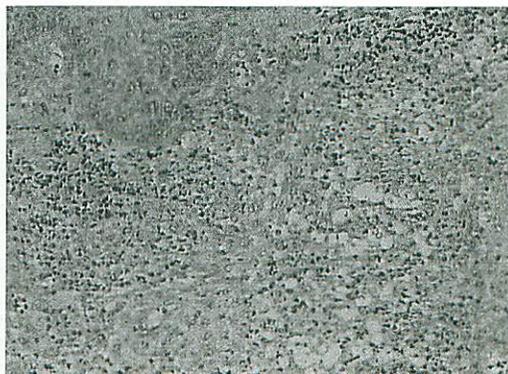


図116



図117

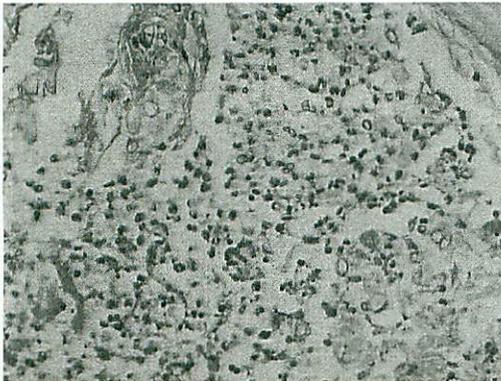


図118

症例:67歳、男性  
 現病歴:2ヶ月前から、両下腿に径1~2cmの赤褐色結節が出現。近医を受診し、抗生剤、抗真菌剤、ステロイド等で種々の外用療法を受けたがさらに増大してきたため、当科を紹介され受診した。  
 病理組織:PAS、グロコット染色にて真菌要素は認められない

図119

(図118)。

症例は、67歳男性。2ヶ月前から、両下腿に径1~2cmの赤褐色結節が出現し、近医にて抗生剤、抗真菌剤、ステロイド等の外用療法を受けたが、さらに拡大してきたため、当科を紹介され受診されました。PAS、グロコット染色で真菌要素は認められませんでした(図119)。

診断は Deep fungal infection, Bromoderma, 自傷性皮膚炎, 有棘細胞癌 (SCC), ケラトアカ

あなたの診断は？

1. Deep fungal infection
2. Bromoderma
3. 自傷性皮膚炎
4. 有棘細胞癌
5. ケラトアカントーマ

図120



写真提供: 旭川医大皮膚科 大坪紗和先生

図121

症例:67歳、男性  
 現病歴:2ヶ月前から、両下腿に径1~2cmの赤褐色結節が出現。近医を受診し、抗生剤、抗真菌剤、ステロイド等で種々の外用療法を受けたがさらに増大してきたため、当科を紹介され受診した。  
 薬剤歴:約10年前からブロムワレリル尿素を含む市販の頭痛薬を大量に内服している。  
 血中臭化物濃度:82 mg/dl (<0.5 mg/dl)

大坪紗和、他、臨床皮膚科、2004年

図122

ントーマからお選びください(図120)。これだけの情報から診断は無理だと怒られるかもしれませんが、あえて選んでみてください。

図121に臨床像を示しました。両下腿に汚い痂皮を付けた結節がみられました。約10年前からブロムワレリル尿素を含む市販の頭痛薬を大量に内服しています(図122)。飲むと何かスッキリするらしいのです。血中の臭化物の濃度が非常に高くなっており、診断は Bromoderma と

しました (図123)。

Bromoderma の病理組織像を図124に示しましたが、本症例でも表皮が不規則に増殖し、好中球、好酸球、壊死した角化細胞を含む表皮内膿瘍も形成しておりました。真菌症は当然除外しなければいけないのですが、培養しても出ず、薬剤歴があったので Bromoderma と診断しました。

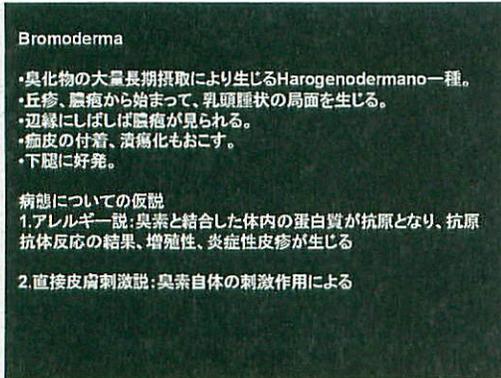


図123

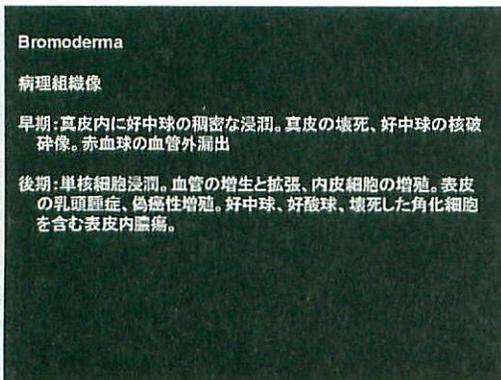


図124

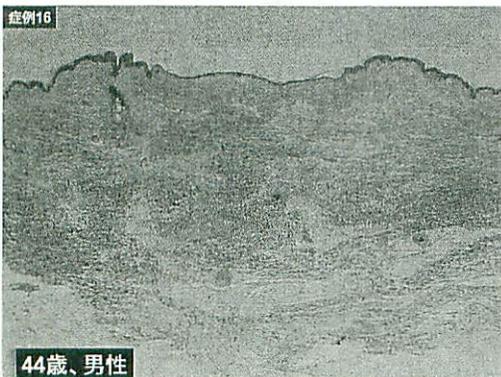


図125

## 症例16

### 【44歳、男性、頸部、体幹、四肢の丘疹】

図125は頸部、体幹、四肢の丘疹です。ちょっと陥凹しており、表皮が少し薄くなっています。図126は薄くなった表皮の部分ですが、真皮内にメラノファージがあります。図127で示したように、病変の比較的深いところに、青く淡く染まる物質が沈着しております。血管壁の症状は、図128に示しました。別の血管でも、内腔の閉塞などがみられました (図129)。

診断は抗リン脂質抗体症候群 (APS)、コレステロール結晶塞栓症、クリオグロブリン血症、悪性萎縮性丘疹症 (Malignant Atrophic Papulosis, Degos 病)、壊死性丘疹状結核疹、リンパ腫様丘疹症 (lymphomoid papulosis epureber)、急性痘瘡状苔癬様秕糠疹 (Mucha-Habermann 病) の中からお選びください (図130)。

症例は、44歳男性で、1996年10月頃から、自



図126



図127

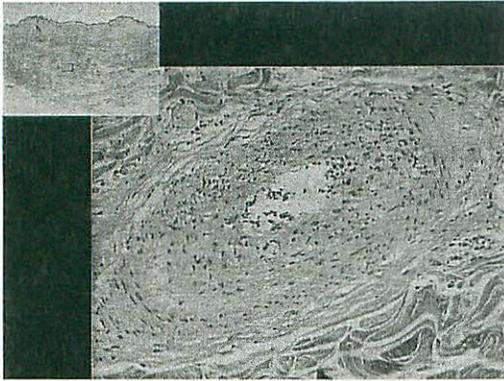


図128

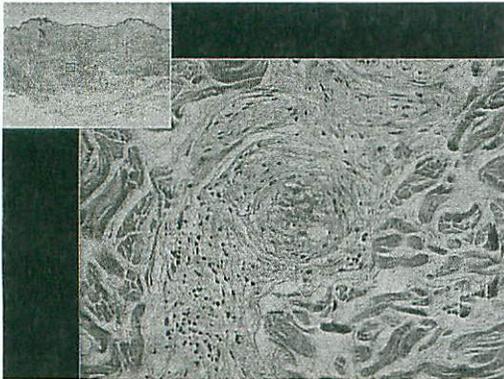


図129

あなたの診断は？

- 抗リン脂質抗体症候群
- コレステロール結晶塞栓症
- クリオグロブリン血症
- 悪性萎縮性丘疹症(Malignant Atrophic Papulosis, Degos病)
- 壊死性丘疹状結核疹
- リンパ腫様丘疹症
- 急性痘瘡状苔癬様皰疹(Mucha-Habermann病)

図130

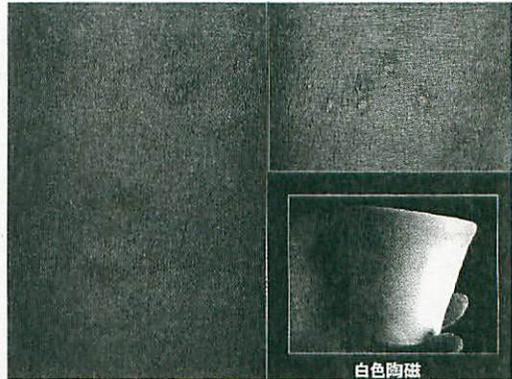
覚症状のない淡紅色の丘疹が頸部，体幹，四肢に多発してきたため，1997年3月，当科を受診されました（図131）。

図132に臨床像を示しましたが，真ん中がちょっと白く抜けている丘疹です。診断は悪性萎縮性丘疹症（Malignant Atrophic Papulosis, Degos病）で，教科書的には白磁様といわれますが，ほんとうにそういった色調だと思いました。

症例：44歳、男性

現病歴：1996年10月頃から，自覚症状のない淡紅色の丘疹が頸部，体幹，四肢に多発してきたため，1997年3月，旭川医大皮膚科を受診した。

図131



白色陶磁

図132

症例：44歳、男性

経過：Degos病と診断したが，特別な自覚症状もなく，本症には確立した有効な治療法がないため，特に治療せずに経過をみていたところ，1997年4月，突然激しい腹痛をきたし，近医外科に緊急入院した。原疾患から消化管穿孔を疑い直ちに開腹し，回腸の穿孔に対する閉鎖術が施行され，回復した。現在，抗血小板療法をしながら経過観察中である。

（佐藤克彦、他、皮膚臨床、2000）

図133

この方は Degos 病と診断したのですが，特別な自覚症状もなく，有効な治療法も確立されていないので，経過をみていたところ，1997年4月，消化管穿孔をきたし，このときは幸いに救命されましたが，現在，抗血小板療法などをしてしながら経過観察中であります（図133）。

この疾患の組織像の特徴は，真皮深層の細動脈の血栓，血管壁への好中球，リンパ球の浸潤，真皮全層の楔状のコラーゲン線維の変性像，表

皮の菲薄化、真皮乳頭層にメラノファージが  
あって、真皮にムチンの沈着もあります。そう  
いった特徴をみたら Degos と診断していただ  
ければと思います (図134)。重篤な合併症とし  
て、消化管穿孔、中枢神経症状、末梢神経麻痺  
などがありますので、皮膚科医の果たす役割の  
大きい疾患だと思います。

悪性萎縮性丘疹症(Malignant Atrophic Papulosis, Degos病)

1942年、Degosらによって初めて報告  
予後不良

合併症  
1. 消化管穿孔  
2. 中枢神経症状  
3. 末梢神経麻痺

病理組織像  
1. 真皮深層の細動脈の血栓、血管壁への好中球、リンパ球の浸潤  
2. 真皮全層の楔状のコラーゲン線維の変性像  
3. 表皮の菲薄化  
4. 真皮乳頭層にメラノファージ  
5. 表皮、付属器の壊死  
6. 真皮にムチンの沈着

図134

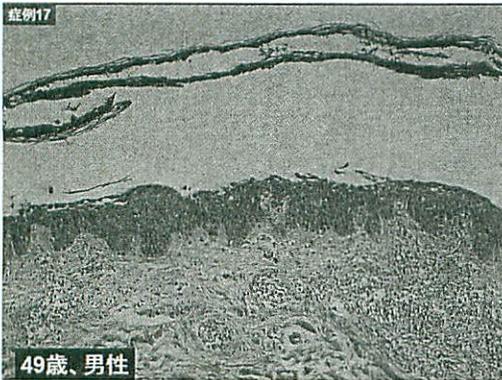


図135



図136

## 症例17

### 【49歳、男性、体幹の水疱、びらん】

図135は、体幹の水疱、びらんです。  
臨床像を、図136に示しました。

症例は、49歳男性で、蛍光抗体直接法は陰性、  
デスマグレイン1、3のELISAは陰性でした  
(図137)。

診断は落葉状天疱瘡、表皮細胞間 IgA 皮膚症  
(Intracellular IgA Dermatoses, IgA Pemphigus)、  
Hailey-Hailey 病、一時的棘融解性皮膚症  
(Transient Acantholytic Dermatitis)、水疱性  
膿痂疹の中からお選びください (図138)。

私はこの診断をはじめ間違えてしまったので  
すが、皆さんはきっと正しい診断にすぐ辿りつ  
くと思います。

2ヶ月前から体幹に水疱、びらんが出現して、  
近医にてリンデロン VG 軟膏、デルモベート軟  
膏などを処方されるも改善せず、次々と水疱が  
出てくるので当科を受診した小学校の教員です

症例:49歳、男性

蛍光抗体直接法:陰性  
デスマグレイン1、3のELISA:陰性

図137

あなたの診断は？

- ・ 落葉状天疱瘡
- ・ 表皮細胞間IgA皮膚症 (Intracellular IgA Dermatoses, IgA Pemphigus)
- ・ Hailey-Hailey病
- ・ 一時的棘融解性皮膚症 (Transient Acantholytic Dermatitis)
- ・ 水疱性膿痂疹

図138

(図139)。

当初、落葉状天疱瘡と考えて、ステロイドを全身投与しそうになってしまったのですが、皮膚ぬぐい液からMRSAが検出され、水疱性膿痂疹と診断しました(図140)。

デルモベートを塗っていたのでなかなか治らなかった膿痂疹を、落葉状天疱瘡と誤診しそうなった反省すべき症例でした。

### 症例18

#### 【77歳、男性、両上肢の湿潤性紅斑】

症例18は、77歳男性です。疥癬のために別の皮膚科に通院し、 $\gamma$ -BHC軟膏の外用による治療を受け、一旦は治ったと判定されました。その後しばらくしてから、両上肢に示指頭大までの暗赤色、浸潤性紅斑が出現し、かゆみはなく、全身状態は良好。デルモベート軟膏を塗ると褐色調となるも消退せず、皮疹は数を増してきた。メサデルム軟膏に変更したらさらに悪化したため、診断のため背部の皮疹から生検しました

症例:49歳、男性

現病歴:2ヶ月前から、体幹に水疱、びらんが出現。近医にてリンデロンV/G軟膏、デルモベート軟膏などを処方されるも、改善なく、旭川医大皮膚科を受診した。

職業:小学校教員

図139

症例:49歳、男性

職業:小学校の教員

蛍光抗体直接法:陰性  
デスモグレイン1、3のELISA:陰性

患部の皮膚ぬぐい液からMRSAが検出された

診断:水疱性膿痂疹(伝染性膿痂疹)

図140

(図141)。

組織像を図142・143に示しました。ちょっと大きめの細胞があって、好酸球やリンパ球もあります。S100陽性の細胞もけっこう入っています(図144)。

診断はLangerhans cell histiocytosis, Lymphoma, Mastocytoma, Xanthogranuloma, 結節性痒疹, Post-scabetic nodulesの中からお選びください(図145)。

症例18

症例 77歳、男性

現病歴 2003年5月16日から疥癬のためK皮膚科に通院し、 $\gamma$ -BHC軟膏の外用による治療を受け、8月8日に略治と判定された。

8月19日から両上肢に示指頭大までの暗赤色、浸潤性紅斑が出現した。かゆみはなく、全身状態は良好であった。デルモベート軟膏の外用により褐色調となるも、消退せず、皮疹は数を増してきた。外用剤をメサデルム軟膏に変更された後、さらに悪化したため、診断のため背部の皮疹から生検した。

図141

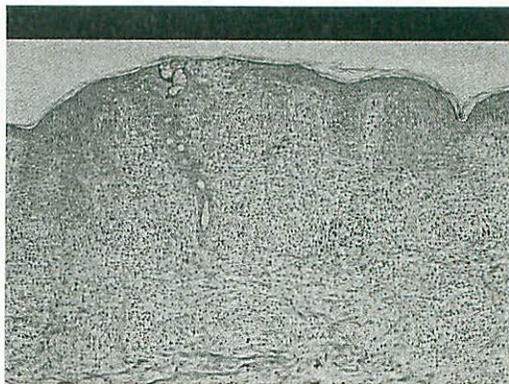


図142

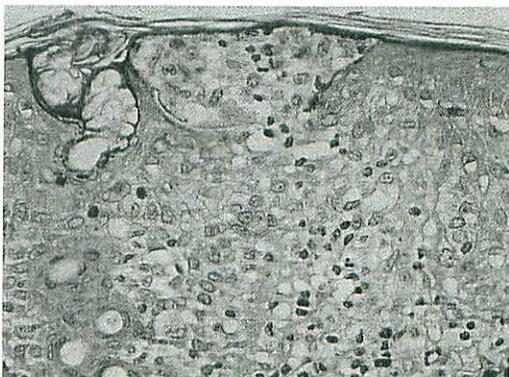


図143

臨床像は、図146に示しました。虫刺されにしてはちょっと大きい結節があります。疥癬があったというのがミソなのですが、ケン・ハシモト先生らが報告した Post-scabetic nodules というのがありまして、histiocytosisと診断、鑑別が難しいといわれております（図147・148）。

本例の診断は、Post-scabetic nodulesで、パーベック顆粒を欠く indeterminate cell が浸潤しているのが特徴です（図149）。

## 症例19

### 【11歳，女児，四肢の紅色丘疹】

図150は、四肢の紅色丘疹です。

図151に真皮上層の拡大を示しましたが、リンパ球と組織球の斑状の浸潤があります。また、類上皮細胞、好中球、リンパ球の浸潤が認められます（図152）。

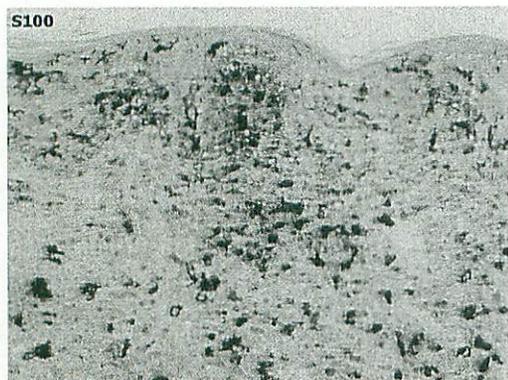


図144

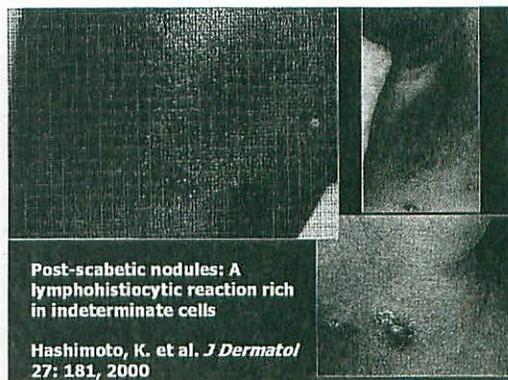


図147

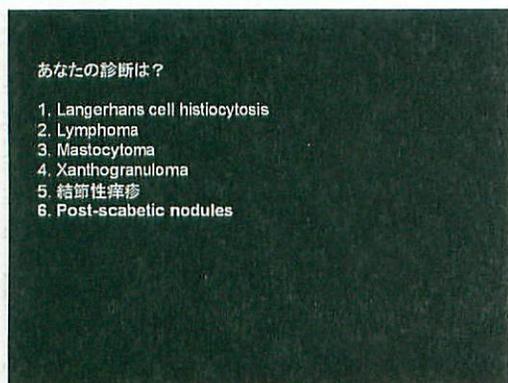


図145

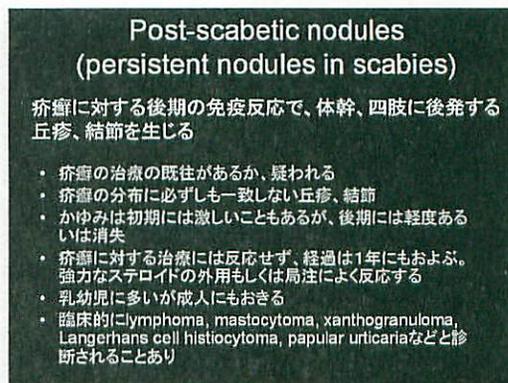


図148



図146

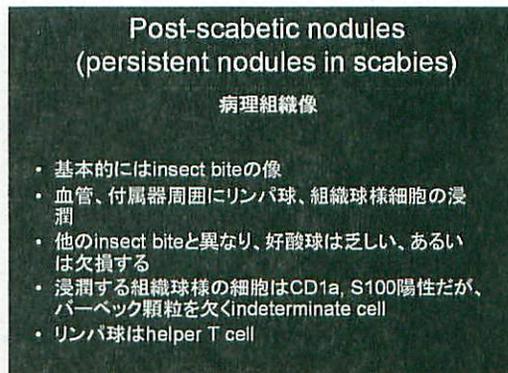


図149



図150

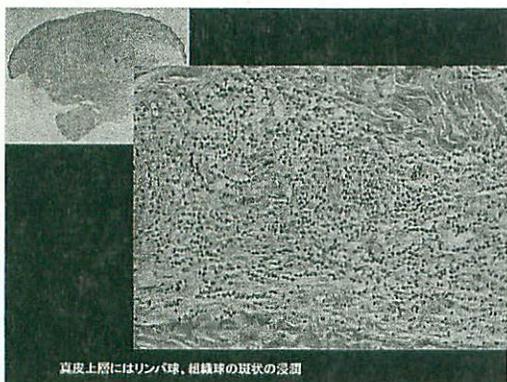


図151

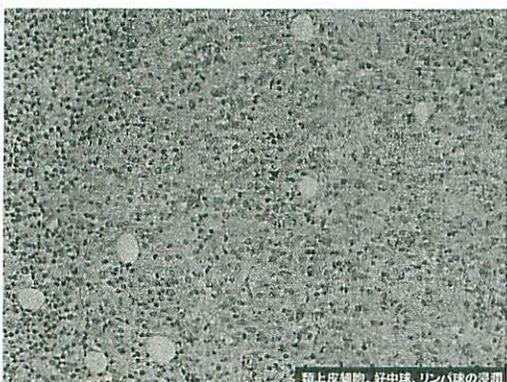


図152

診断はサルコイドーシス、結核、非定型抗酸菌症、虫刺症、悪性リンパ腫 (malignant lymphoma) の中からお選びください (図153)。

症例は、11歳女児です。1ヶ月前から四肢に紅色丘疹が出現し、はじめはかゆみがあったが消失しています。他院で虫刺症を疑われ、ステロイドを外用しても改善なく、抗生剤内服にも反応がないため、診断のために皮膚生検を施行しました。全身状態は良好です (図154)。

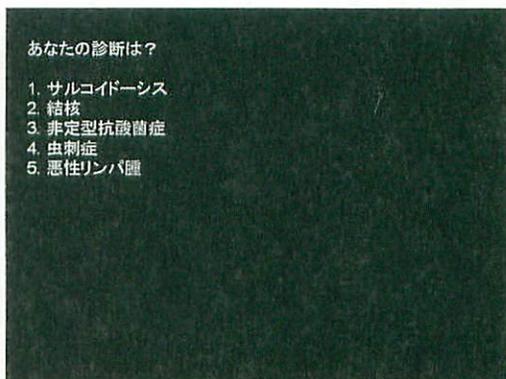


図153

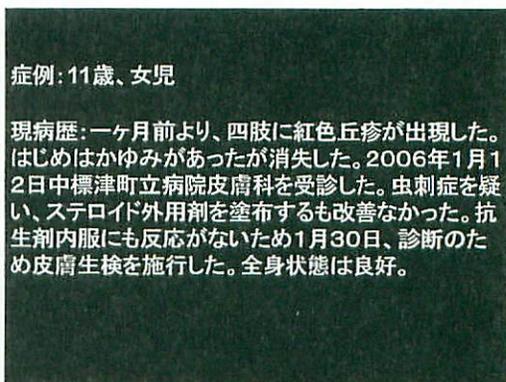


図154



図155

臨床像を、図155に示しました。図156は抗酸菌染色をしたものです。

原因は24時間風呂でした。非定型抗酸菌症と診断し、クラリス800mg/日を投与して約1ヶ半月で治癒しております (図157)。抗酸菌培養は陰性だったが、抗酸菌染色が陽性だったこと、また、あまり掃除をしてない24時間風呂をずっと使っていたということで、非定型抗酸菌症と診断しました。

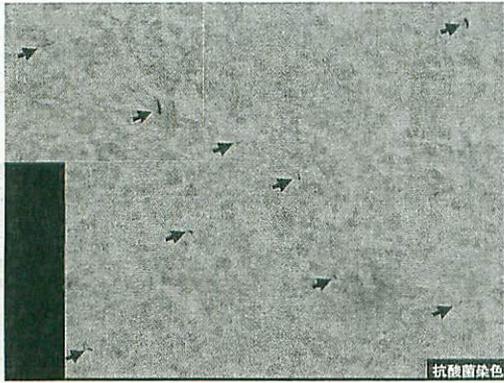


図156

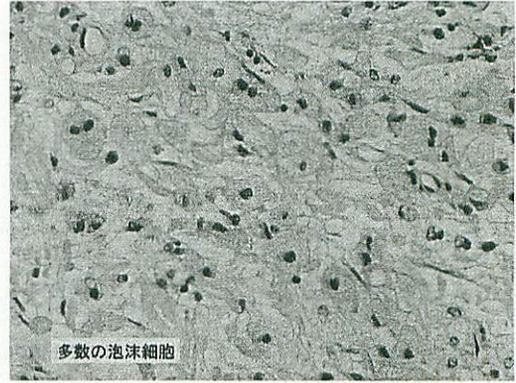


図159

経過: 非定型抗酸菌症の診断にて、クラリス800mg /日を投与し、約1ヶ月半で色素沈着を残し、治癒した。  
24時間風呂を使用していた。抗酸菌培養は陰性であった。

図157



図160



図158

症例20

【42歳、女性、右下眼瞼の腫瘍】

図158は、右下眼瞼の腫瘍です。実際の病変はこの写真よりさらに下部まで続いております。多数の泡沫細胞(図159)、膠原線維の変性(図160)、lymphoid follicle(図161)もみられました。図162は変性したコラーゲンでしょう



図161

か。

最初、私は全然診断がわかりませんでした。うちの教室の堀先生が調べてくれて診断がわかったという反省すべき症例です。診断は Nodular Xanthoma, Xanthogranuloma, Necrobiotic Xanthogranuloma, Necrobiosis lipoidica, Malignant Lymphoma の中からお選びください(図163)。

症例は、42歳女性です。2005年1月に右下眼



図162

あなたの診断は？

- Nodular Xanthoma
- Xanthogranuloma
- Necrobiotic Xanthogranuloma
- Necrobiosis lipoidica
- Malignant Lymphoma

図163

症例: 42歳、女性

現病歴: 2005年1月に右下眼瞼に小さな腫瘍を触知するようになった。同年4月には1日のうちに突然腫瘍が増大し、直径2cm大となったため、近医眼科を受診した。6月7日に旭川医大眼科を紹介され受診、6月21日MRIが施行された。悪性リンパ腫または、炎症性偽腫瘍の疑いで、6月28日、当科に生検を依頼された。

現症: 右下眼瞼に4x3 cm大の、やや黄色をおびた弾性軟の皮下結節をみとめる

検査所見: 末梢血液像に異常なし。タンパク、免疫グロブリン分画: 正常

図164

瞼に小さな腫瘍を触知するようになり、同年4月には1日のうちに突然腫瘍が増大し、直径2cm大となったため、近医眼科を受診されています。6月に当病院眼科を受診し、MRIが施行され、悪性リンパ腫あるいは炎症性偽腫瘍の疑いで当科に生検を依頼されました(図164)。

末梢血液像に異常はなく、タンパク、免疫グロブリン分画は正常でした。図165・166に臨床像を示しましたが、やや黄色調を帯びた結節で、



図165



図166

診断: necrobiotic xanthogranuloma (with paraproteinemia)

- 数個の黄色局面として生じ、結節、皮下硬結となる
- 眼瞼周囲に好発
- 真皮全層に膠原線維の変性
- マクrophageの浸潤
- 多数の泡沫細胞, Touton巨細胞
- 脂肪組織の壊死
- Lymphoid follicle
- 80%に高アグロブリン血症を伴う
- 多発性骨髄腫、白血病、クリオグロブリン血症の合併ある
- 治療抵抗性



福原忠広  
皮膚科誌 27(1997) 63-66, 2205

図167

ちょっと盛り上がっています。

当教室の堀先生から、『皮膚病診療』をみていたらまったく同じ症状を呈した人がいたといわれ、そうだったのかと私も反省しました。Necrobiotic Xanthogranulomaの典型例でした(図167)。

Necrobiotic Xanthogranulomaは、眼瞼周囲に好発し、多数の泡沫細胞、Touton巨細胞が出て、Lymphoid follicleも伴うことがあります。時に多発性骨髄腫、白血病、クリオグロブリン血症の合併があるので注意しなければいけない疾患です。

ご静聴ありがとうございました。