

AMCoR

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

旭川厚生病院医誌 (2001.12) 11巻2号:135～138.

アポクリン腺癌の1例

岸部麻里、小池且弥、金澤浩之

アポクリン腺癌の1例

岸部麻里¹⁾²⁾ 小池且弥¹⁾ 金澤浩之³⁾

要 旨

73歳、男性。初診の5カ月前に左腋窩に鮮紅色の腫瘍が出現し、急速に増大してきた。皮膚生検にて腺癌が疑われ、全身検索を施行したが他臓器に病変を認めなかった。腫瘍切除およびリンパ節郭清術を施行し、リンパ節転移を認めたため、術後放射線療法を追加した。病理組織学的に、好酸性胞体を有する大型の異型細胞が充実性に増殖しており、一部に管腔構造と断頭分泌像を認めた。腫瘍周囲に正常アポクリン腺を多数認めたが、乳腺組織は認めなかった。特殊染色の結果、ジアスターゼ抵抗性PAS (+)、CEA (-)、S100蛋白 (-)、ベルリンブルー-鉄 (-)、EMA (+)、GCDFP-15 (+)、HMFG-2 (+)、エストロゲンレセプター (-) だった。異所性乳癌と鑑別を要したが、臨床、組織学的にアポクリン腺癌と診断した。組織学的分化度および領域リンパ節転移から予後不良であることが予測された。

Key Words : アポクリン腺癌, 放射線療法

I はじめに

腋窩アポクリン腺癌は比較的まれな付属器腫瘍である。今回われわれは、左腋窩原発のアポクリン腺癌の1例を経験したので報告する。

II 症 例

患者：73歳、男性

主訴：左腋窩の無症候性の紅色皮疹

既往歴，家族歴：特記すべき事項なし。

現病歴：1999年5月ごろ，左腋窩の皮疹に気付いた。放置していたところ，最近急速に増大してきたため，同年10月1日，当科を受診した。

初診時現症：左腋窩に2.5×2.2cm，弾性硬，円形で扁平に隆起した鮮紅色の腫瘍を認めた（図1）。表面は不整でびらんを伴っており，腫瘍の周囲に浸潤を触れた。なお，表在リンパ節は触知できなかった。

血液生化学的検査：特に異常を認めず，血中CEA, SCCはともに正常範囲内であった。

病理組織学的所見：腫瘍巣は比較的境界明瞭であ

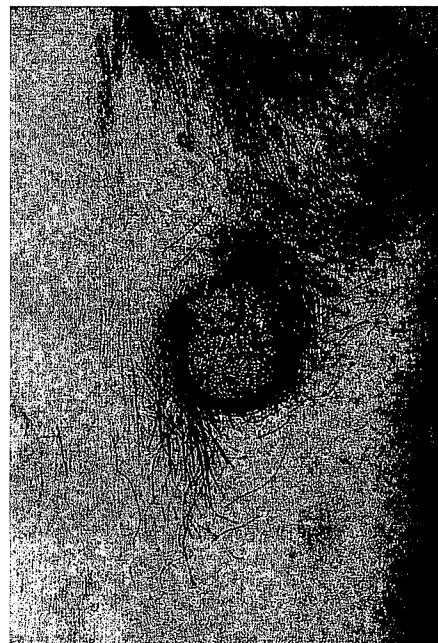


図1：左腋窩の紅色腫瘍

旭川厚生病院 皮膚科¹⁾ 〒078-8211 旭川市1条通24丁目
北見赤十字病院 皮膚科²⁾
旭川厚生病院 形成外科³⁾

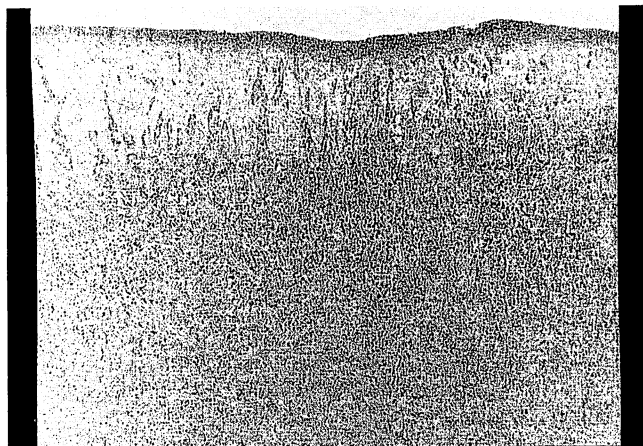


図2：HE染色（弱拡大像）：真皮から皮下組織にかけて索状ないし充実性に浸潤した腫瘍細胞を認める。

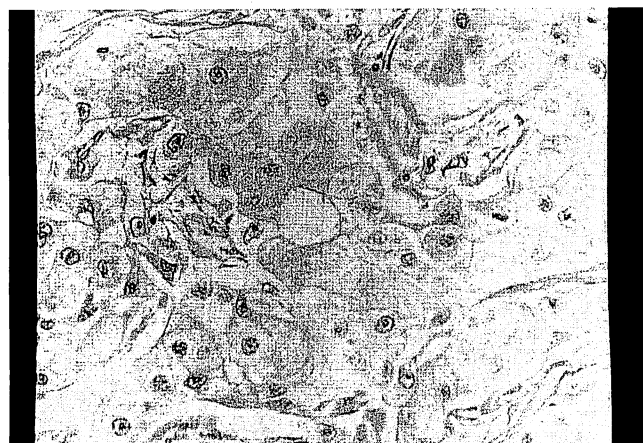


図3：HE染色（強拡大像）：好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が管腔構造を形成しており，断頭分泌を認める。

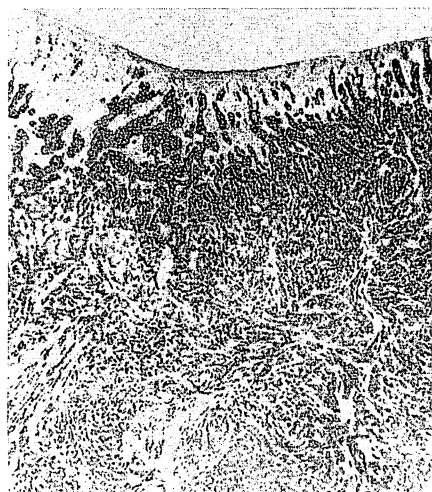


図4：GCDFP-15染色：腫瘍細胞の細胞質に陽性を示した。

り，真皮上層から脂肪織内まで集塊を形成している。周囲にアポクリン腺を多数認めるが，乳腺組織は認めない。腫瘍細胞は，大部分が充実性および索状に配列しているが（図2），一部管腔構造を示し，断頭分泌像を認める（図3）。腫瘍細胞の多くは核の大小不同があり，大型で明るい胞体を持ち，好酸性の粗大な顆粒を有している。核は円形から卵円形で偏在性であり，明瞭な核小体を有している。核分裂像も散見される。細胞質内顆粒はPAS陽性であり，ジアスターゼ抵抗性を示した。

免疫組織化学的所見：CEA（carcinoembryonic antigen），S100蛋白，ベルリンブルー鉄染色は陰性。EMA（epithelial membrane antigen），GCDFP-15（gross cystic disease fluid protein-15），HMFG-2（human milk fat globulin 2）が細胞質内に強陽性を示した（図4）。BRST-1は軽度陽性を示した。エストロゲンレセプターは陰性であった。

経過：皮膚生検の結果，腺癌が疑われたため，全身検索を施行したが，他臓器原発の腺癌は否定的であった。腋窩原発の付属器腫瘍や異所性乳癌を考え，1999年11月24日，当院形成外科にて広範囲切除術および左腋窩リンパ節郭清を施行した。腫瘍辺縁から周囲3cm離して，筋膜下で切除し，広背筋皮弁形成術にて再建した（図5）。術後，病理組織学的に検討を行ない，腋窩原発のアポクリン腺癌（pT2, N1, M0, Stage

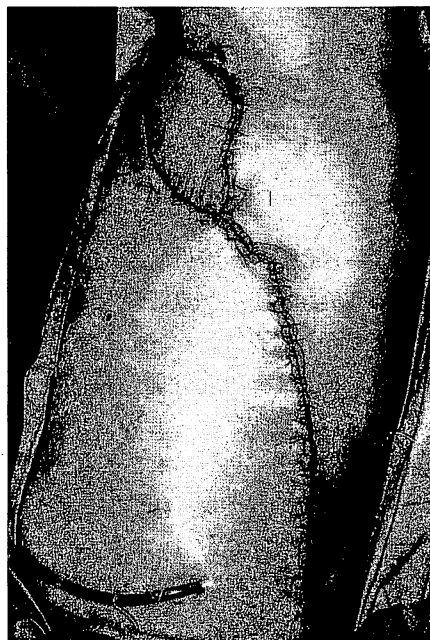


図5：術直後：広範囲切除術，左腋窩リンパ節郭清後，広背筋皮弁形成術により再建した。

Ⅲ) と診断した。郭清したリンパ節21個中12個に転移を認めたため、左胸骨傍リンパ節領域および鎖骨下リンパ節領域に総線量50Gyの放射線療法を追加した。術後1年4か月が経過したが、現在のところ局所再発および遠隔転移を認めない。

Ⅲ 考 案

アポクリン腺癌は腋窩、眼瞼、外陰部、外耳道、乳輪、肛門などの生理的アポクリン腺の存在部位に発生する皮膚付属器腫瘍の1つである¹⁾。発生部位は腋窩が最も多く約60%を占めており、男女比は70例中53対17と男性に好発している²⁾。数か月から数十年と比較的長期にわたって変化のない前駆病変が存在し、急速に増大し始めてびらん、潰瘍形成を伴い、転移能を獲得するのが臨床的特徴とされている³⁾。自験例は皮疹に気付いてから5か月で急速に拡大しており、比較的短期間に経過したといえる。

本腫瘍と鑑別すべき腫瘍として、他臓器腺癌の皮膚およびリンパ節転移、乳癌のリンパ節転移、腋窩Paget病、異所性乳癌がある。自験例では、全身精査により他臓器の腺癌および乳癌の転移は否定された。腋窩Paget病については、紅色湿疹様皮疹の先行がなく、また病理組織学的にも否定された。

異所性乳癌は固有乳線以外の乳腺組織から発生する乳癌の一種で、発生頻度は乳癌全体の0.2%~0.6%とまれである。光吉ら⁴⁾の本邦報告例の集計によると、圧倒的に女性に多く(90.2%)、約80%は腋窩に発生している。乳頭、乳輪をもたずに乳腺組織から発生するものでは視触診での診断は困難である。このため、病理組織学的に固有乳腺組織との連続性がなく、癌化のない乳腺組織を病巣周囲に認めることが重要とされている⁴⁾。しかし、過去の報告では、乳腺組織を認めないものが29%を占めており⁵⁾、乳腺組織を認めないという理由で異所性乳癌を否定することは難しい。Warkelら⁶⁾は、アポクリン腺癌と異所性乳癌の鑑別に鉄顆粒陽性、腫瘍周囲のアポクリン腺の存在をあげている。鉄染色による胞体内鉄顆粒の証明はアポクリン腺由来の腫瘍に特異的であるが⁷⁾、陽性率は30%程度であり⁸⁾、自験例も陰性だった。またPatiesら⁹⁾は、皮膚原発アポクリン腺癌の診断について、病理組織学的に断頭分泌を認めること、細胞内もしくは管腔内にジアスターゼ抵抗性PASが陽性であること、さらにGCDFP-15が陽性であることが重要であると述べて

いる。GCDFP-15は、アポクリン腺以外にも乳腺のアポクリン化生上皮、乳腺アポクリン癌、エクリン汗腺系腫瘍、一部の唾液腺腫瘍においても陽性を示す¹⁰⁾。腺癌の原発が乳腺かどうかを知るには、エストロゲンレセプターまたはプロゲステロンレセプターと組み合わせると有効とされているが^{10,11)}、免疫組織学的に両者を鑑別することは難しい。以上のように両者を決定的に鑑別する方法がないため、診断には種々の検討を要する。自験例は、①男性である、②病理組織学的に大型で明るく、粗大な顆粒を有する胞体を持つ腫瘍細胞や断頭分泌などアポクリン腺細胞に特徴的な所見を多く認める、③腫瘍周囲に乳腺組織を認めず、正常アポクリン腺を多く認める、④ジアスターゼ抵抗性PASが細胞質内顆粒に陽性、⑤GCDFP-15陽性、⑥エストロゲンレセプター陰性から腋窩原発のアポクリン腺癌と診断した。

アポクリン腺癌の予後は、組織学的分化度によって異なり、5年生存率は高分化型で70%以上、低分化型では17%とされている¹²⁾。このほかに腫瘍径⁷⁾やリンパ節転移の有無³⁾が予後に関与するとの報告もある。最近Chamberlainら¹³⁾は腫瘍径5cm以下、組織学的に高分化型かつ臨床的にリンパ節転移を認めない予後良好群は腫瘍切除のみにとどめ、それ以外の予後不良群に対してはリンパ節郭清も行うべきとしている。

本腫瘍は高率に局所再発、リンパ節転移をきたすが、一般に化学療法や放射線照射に抵抗性を示すために、術後補助療法の選択が問題となる。化学療法を追加する場合、単剤では効果が乏しく、シクロフォスファミドなどを中心とした3剤ないし4剤のcombination therapyが有効とされている¹⁴⁾。過去に放射線照射が有効だったとする報告があり¹⁵⁾、また化学療法に比べ副作用も少ない点から高齢者には比較的施行しやすいと思われるため、自験例では放射線療法を追加し、現在のところ局所再発、転移を認めない。

自験例では、病理組織学的に低分化から中分化型であり、所属リンパ節転移も認めたことから、予後不良であることが予測され、今後も慎重な経過観察が必要と考えた。

文 献

- 1) Lever WF, Lever GS: Tumor of the Epidermal Appendages. Histopathology of the skin, fifth edition. Lippincott Co, Philadelphia, 498-561, 1975

- 2) 渡辺千春, 奥田知規, 加藤雪彦ら: アポクリン腺癌の1例. 西日皮膚62: 58-61, 2000
- 3) El-Domeiri AA: Sweat gland carcinoma; A Clinicopathologic study of 83 patients. *Ann Surg* 173: 270-274, 1971
- 4) 光吉 明, 三好賢一, 中上美樹夫ら: 腋窩副乳癌の1例と本邦報告症例の検討. 臨外 45: 1289-1293, 1990
- 5) 辻 尚人, 林 克英, 田中恒雄ら: 異所性乳癌の1例. 日臨外医学会誌52: 781-784, 1991
- 6) Warkel LCRL, Helwig EB: Apocrine Gland Adenoma and Adenocarcinoma of the Axilla. *Arch Dermatol* 114: 198-203, 1978
- 7) Domingo J, Helwig EB: Malignant neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadasson. *J Am Acad Dermatol* 1: 545-556, 1979
- 8) Gutteridge B: Malignant appendageal tumours. Malignant skin tumours, second edition (Emmett J, O'Rourke E, ed). Churchill Livingstone Co, London and New York, 201-206, 1991
- 9) Patiets C, Taccagni GC, Papotti M, et al: Apocrine Carcinoma of the Skin; A Clinicopathologic, Immunocytochemical, and Ultrastructural Study. *Cancer* 71: 375-381, 1993
- 10) 森谷卓也: 各臓器・領域で用いられる抗体とその応用; 乳腺. 病理と臨床 18 臨時増刊号: 178-180, 2000
- 11) Tavassoli FA: Apocrine Carcinoma. *Pathology of the breast*, second edition (Tavassoli FA, ed), McGraw-Hill Co, New York, 504-514, 1999
- 12) James A: Apocrine cell carcinoma. *Kansas Medicine* 10: 26-29, 1985
- 13) Chamberlain RS, Huber K, White JC, et al: Apocrine Gland Carcinoma of the Axilla; Review of the Literature and Recommendations for Treatment. *Am J Clin Oncol* 22: 131-135, 1999
- 14) 山崎直也: 皮膚付属器腺癌. 癌と化学療法20: 1302-1307, 1993
- 15) Neumann L, Sorensen JA: Apocrine Carcinoma of the Axilla. *Scand J Plast Reconstr Surg* 23: 157-158, 1989

A Case of Apocrine Adenocarcinoma

Mari Kishibe^{1,2)}, Katsuya Koike¹⁾, Hiroyuki Kanazawa³⁾

Dept. of Dermatology¹⁾

Dept. of Plastic and reconstructive surgery³⁾

Asahikawa Kosei Hospital, 1-24, Asahikawa, 078-8211, Japan

Dept. of Dermatology²⁾

Kitami Redcross Hospital, 6-2-1 Kitami, 090-8666, Japan