

# AMCoR

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

皮膚科の臨床 (1992.02) 34巻2号:287～290.

Solitary Cutaneous Reticulohistiocytomaの1例

水元俊裕、松本光博、浅賀浩孝、近藤信夫、小林孝志

## 症 例

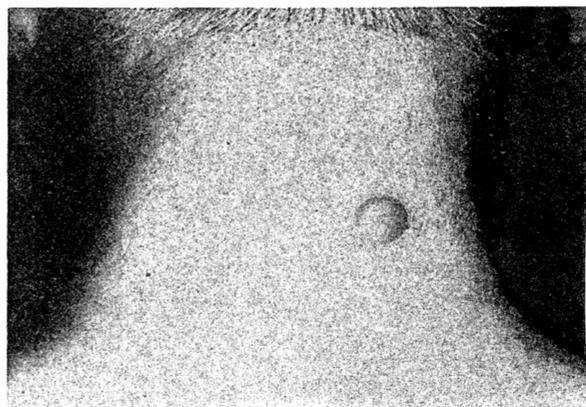
## Solitary Cutaneous Reticulohistiocytoma の 1 例

水元俊裕\* 松本光博\* 浅賀浩孝\*  
近藤信夫\*\* 小林孝志\*\*\*

**要 約**: 65 歳男性の項部に生じた solitary cutaneous reticulohistiocytoma の 1 例を報告した。関節痛などはみられず, X 線上指骨などに異常はみられなかった。臨床的に 1.3×1.1 cm の弾性硬の広基性半球状の結節であった。病理組織学的には, grenz zone を介して真皮全層に及ぶいわゆるスリガラス状の胞体を有する組織球様細胞と多核巨細胞の浸潤であった。免疫組織学的には  $\alpha_1$ -antitrypsin が陽性を示したが, S-100 蛋白は陰性であった。以上より, われわれは本症例を Goette らのいう solitary cutaneous reticulohistiocytoma と診断し, 組織球系細胞の増殖を示す疾患のなかにおける本症の位置づけについて論じた。

## I. はじめに

組織球系の細胞は monocyte-macrophage 系と T-zone 系に大別される。この系の細胞の増殖を示す疾患には, 腫瘍性または反応性を問わず多くの疾患が抱括される<sup>1)</sup>。腫瘍性増殖の代表的なものが histiocytosis X ならば, 反応性増殖は non-X histiocytosis とよばれる。後者のうち細網線維を伴う reticulohistiocytosis は self-healing を期待しうる疾患であるが, その病態についてはまだ不明の点も多く, また分類についても確たるものがなかった。1982 年 Goette ら<sup>2)</sup>はこれを皮膚限局型と何らかの全身症状を伴う多中心型に分けた。今回, 著者らは皮膚限局型に属する solitary cuta-



第 1 図 項部の結節

neous reticulohistiocytoma の 1 例を経験したのでこれを報告する。

## II. 症 例

患 者: 65 歳, 男性。林業

初 診: 1987 年 5 月 8 日

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。

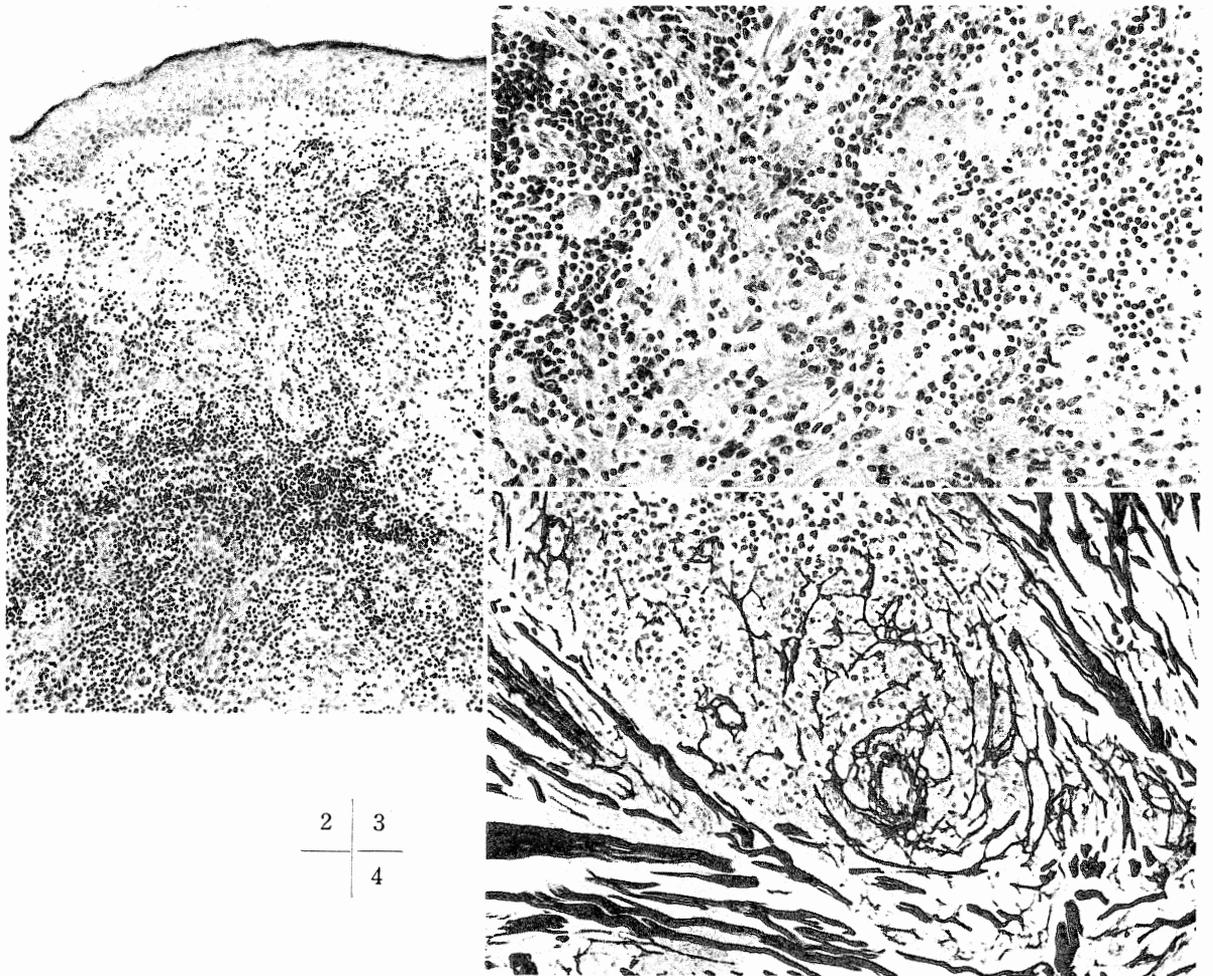
現病歴: 1987 年 4 月末, ヒバの山林で伐採作業中に項部のやや右寄りを何か虫のようなものに刺されたという。自覚症状ないままに放置していたとこ

\* Toshihiro MIZUMOTO et al., 旭川厚生病院, 皮膚科 (主任: 水元俊裕部長)

\*\* Nobuo KONDOH, 同, 病理科, 医長

\*\*\* Takashi KOBAYASHI, 旭川医科大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯塚 一教授)

〔別刷請求先〕水元俊裕: 旭川厚生病院皮膚科 (〒078 旭川市一条通 24 丁目)



第2図 組織像：grenz zone を介し真皮の上層から深層に及ぶ組織球，リンパ球，好中球，巨細胞からなる細胞浸潤（弱拡大像，HE 染色）

第3図 組織像：スリガラス状の胞体を有する組織球，多核巨細胞の浸潤（強拡大像，HE 染色）

第4図 組織像：細網線維は細胞集塊，巨細胞をとりまくように発達（鍍銀染色）

ろ，2，3日後同部が丘疹状に隆起してきた。しかしながら，10日後に直径で1cmをこえる大きさになったため当科を受診した。

**現 症：**項部の正中よりやや右寄りに，広基性，半球状に隆起した1.3×1.1×0.6cmの暗赤色の結節がみられる。表面に毛細血管拡張，色素沈着などはみられず，弾性硬で下床とは可動性である（第1図）。後頭部，頸部のリンパ節は触知しない。全身的に発熱，関節痛はみられない。

**一般検査所見：**尿，一般検血，血液化学，血清学的検査に異常はみられない。ECG，胸部X線にも異常所見なく，また手部X線においても指骨などに融解像などの変化は認められなかった。

**病理組織所見：**結節はHE染色で表皮はやや萎縮状であるが著変はみられない。表皮下に狭いgrenz zoneが存在し，この下の真皮網状層から深層にび

まん性に細胞浸潤がみられる。これを構成する細胞はやや明るく細顆粒状，いわゆるスリガラス状の胞体を有する組織球様細胞が主体で，これにところにより巣状ないしは散在性にリンパ球，好中球を混じている（第2図）。これらの細胞に加えて不整形の胞体が泡沫状またはスリガラス状にみえる異物型またはラングハンス型の多核巨細胞もみられる（第3図）。これらの細胞に異型性はなく，また核分裂像などもみられなかった。鍍銀染色では嗜銀線維はこれらの細胞集塊を取り囲むように発達しているが，とくに巨細胞の周りにおいてこの傾向が顕著である（第4図）。ズダンⅢ，ズダン黒による脂肪染色は陰性であった。免疫組織化学的検索では，組織球様細胞および多核巨細胞に限って $\alpha_1$ -antitrypsinが陽性所見を示したが，S-100蛋白，ビメンチン，デスミン，ケラチンなどはすべて陰性であった。

**診断, 治療および経過:** 初診時, 臨床的に非定型性線維黄色腫, 皮膚リンパ球腫, 成人型黄色肉芽腫などを考えて, 腫瘤を辺縁より 3mm 離して全切除した。しかしながら, 病理組織学的所見ならびに免疫組織学的所見から孤立型皮膚細網組織球腫と診断した。術後 4 年強を経た今日, 再発の徴候はなく, また関節痛, 筋肉痛などの全身症状もみられない。

### III. 考 按

reticulohistiocytoma の名称は 1948 年 Allen<sup>8)</sup> によりはじめて用いられた。すなわち, 彼が第二次世界大戦の間に army institute of pathology に集積された約 8000 個の皮膚病理組織標本のなかから見出した 2 例の孤立型腫瘍について記載したものであるが, しかし残念ながらその詳細については触れていない。一方, Zak<sup>4)</sup> および Caro and Senear<sup>5)</sup> も本症は真の腫瘍というよりもなんらかの外傷に対する一種の肉芽腫型反応と理解しつつ, やはり同じ診断名を用いている。しかしながら Purvis and Helwig<sup>6)</sup> は本症を一つの reactive process と理解するならば, 病名としては reticulohistiocytic granuloma と呼ぶ方が妥当なる旨を説いている。いずれにしてもこれらの症例は大半孤立性の病巣で, 皮膚症状以外に全身症状を示さないことを特徴とするものであったが<sup>3)4)6)</sup>, 症例のなかには多発性の病巣をつくったり, 関節痛などの全身症状をきたすもののあることが報告された<sup>5)</sup>。このような関節症状を有する症例に対して, 1954 年 Goltz and Laymon<sup>7)</sup> は reticulohistiocytoma なる名称の不適切性を説きつつ, 組織学的にみられる細網線維の framework 状増生に注目し, 新たに multicentric reticulohistiocytosis の名称を提唱した。このようにその名称もさることながら, 本症の実態が腫瘍性性格を帯びたものなのか, または単に反応性肉芽腫性のもにすぎないのかについても, 今日なお明確な結論は得られていない<sup>8)9)</sup>。

ところが 1982 年 Goette ら<sup>2)</sup> は 65 歳男性で全身症状はみられなかったものの, 後に白血病を併発した 1 例を報告した。この例で特徴的

であったのは皮疹は多発性丘疹を示すにもかかわらず, 自然消褪傾向のみられたことである。この症例をもとにして, 彼らは reticulohistiocytosis を新たに大きく 3 型に分類した。すなわち, ① solitary cutaneous reticulohistiocytoma (SCR), ② multiple cutaneous reticulohistiocytoma (reticulohistiocytic granuloma, MCR), ③ multicentric reticulohistiocytosis (MR) のごとくである。これによると reticulohistiocytosis というのは, 関節症状を含めた全身症状の有無, 他の悪性腫瘍の合併の有無, 皮疹の性状(孤立性か, 多発性か)などに関係なく, なんらかの類似の etiologic and pathogenetic mechanisms に基づいて発症し, しかもある一連のスペクトルのなかに組みこまれるべき疾患であるという。ゆえにそれぞれの症例における臨床症状の相違は, 個体の反応性の違いを反映しているにすぎないという。このような考え方は, 以前本症には基本的には全身型と限局型 (abortive form) があるとした Dammert and Niemi<sup>10)</sup> および Albert ら<sup>11)</sup> の考え方にも一致するものである。これに基づけばわれわれの症例は SCR ということになる。

SCR の報告は Allen<sup>3)</sup> の例をはじめとして散発的にみられるが<sup>4)6)8)12)13)</sup>, その数は他の 2 型 (MCR, MR) の報告<sup>1)2)5)7)9)~11)14)~18)</sup> に比して決して多くはない。

reticulohistiocytosis の病因についてはまだ不明の点が多いが, なんらかの trauma, irritation, poison に対する肉芽腫性反応と説く者が多い<sup>4)6)~8)13)</sup>。しかしながら報告例のなかには内臓悪性腫瘍に続発したり<sup>1)14)</sup>, 逆に経過中に悪性腫瘍を併発したりする症例があるが<sup>2)18)</sup>, このような場合はむしろ MCR または MR によくみられるようで, 加えて自然消褪傾向を示すことも多いという<sup>6)8)11)12)15)17)</sup>。一方, SCR において自然消褪はあまり期待できないようで, 大半なんらかの手術的手段により治療されているようである<sup>3)4)6)8)12)13)</sup>。とはいえ, これまでの報告例で SCR から MCR または

MR へ移行ないしは発展した例はないようである。

最後に、SCR と鑑別すべき疾患としては、atypical fibroxanthoma, lymphocytoma cutis, adult xanthogranuloma, Spitz nevus などがあげられるが、atypical fibroxanthoma は泡沫細胞類似の胞体の明るい紡錘形の細胞の浸潤からなり、これにさまざまな奇怪な形状をなす巨細胞を混ざるが、これらはいわゆるスリガラス状の胞体を有しないこと、脂肪染色陽性の所見のみられることより鑑別できる。lymphocytoma cutis とは組織学的にリンパ濾胞様構築のみられることより、また adult xanthogranuloma とはやはり脂肪染色陽性なこと、巨細胞は Touton 型をなすことより鑑別可能であろう。Spitz nevus とはときに鑑別に困難を感ずることがあるが<sup>19)</sup>、しかし S-100 蛋白染色を行えばそれほど難しくはない。

(1991年3月15日受理)

#### 文 献

- 1) Gianotti F, Caputo R: J Am Acad Dermatol, **13**: 383-404, 1985
- 2) Goette DK et al: Arch Dermatol, **118**: 173-176, 1982
- 3) Allen AC: Arch Dermatol, **57**: 19-56, 1948
- 4) Zak FG: Br J Dermatol, **62**: 351-355, 1950
- 5) Caro MR, Senear FE: Arch Dermatol, **65**: 701-713, 1952
- 6) Purvis WE, Helwig EB: Am J Clin Pathol, **24**: 1005-1015, 1954
- 7) Goltz RW, Laymon CW: Arch Dermatol, **69**: 717-731, 1954
- 8) Nödl F: Arch Klin exp Dermatol, **207**: 275-290, 1958
- 9) Ehrlich GE et al: Am J Med, **52**: 830-840, 1972
- 10) Dammert K, Niemi K-M: Acta Derm Venereol, **46**: 210-216, 1966
- 11) Albert J et al: Am J Med, **28**: 661-667, 1960
- 12) Davies BT, Wood SR: Br J Dermatol, **67**: 205-211, 1955
- 13) McCash CR, Richards HGH: J Pathol Bacteriol, **67**: 419-422, 1954
- 14) Leshner JL, Allen BS: J Am Acad Dermatol, **11**: 713-723, 1984
- 15) Davies NEJ et al: Arch Dermatol, **97**: 543-547, 1968
- 16) Barrow MV, Holubar K: Medicine, **48**: 287-305, 1969
- 17) 太藤重夫ほか: 皮膚紀要, **61**: 321-326, 1966
- 18) 石田 均ほか: 臨皮, **36**: 1061-1066, 1982
- 19) Kato N, Ueno H: J Dermatol, **17**: 569-574, 1990