



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

皮膚科の臨床 (2000.11) 42巻12号:1911～1914.

隆起性皮膚線維肉腫15例の検討

伊部昌樹, 和田 隆, 浅野一弘, 高橋英俊, 山本明美, 橋本
喜夫, 飯塚 一



症 例

隆起性皮膚線維肉腫 15 例の検討

伊部 昌樹* 和田 隆* 浅野 一弘* 高橋 英俊*
山本 明美* 橋本 喜夫* 飯塚 一*

要 約 旭川医大皮膚科で加療した隆起性皮膚線維肉腫の 15 例。男 7 例、女 8 例 (1:1.14) 性差はない。初診年齢は 27 歳から 89 歳で平均は 51.3 歳、病歴上の推定発症年齢の平均は 39.6 歳。自覚的な発症から受診までの期間は平均 8.4 年、徐々に増大した腫瘍が 2~3 カ月の間に急速に増大する傾向がみられた。また 15 例中 9 例 (60%) が他施設で不完全摘出を受けていた。発生部位は背部 5、腹部 5、胸部 3、肩部 1、大腿部 1 例と体幹部、四肢近位側に集中。大きさは最大 15×9 cm、最小 2×1.5 cm、平均:長径 5.0 cm、短径 3.8 cm であった。15 例中 2 例 (13.3%) に再発を認めた。遠隔転移はない。CD34 の染色性は施行した 10 例中 9 例が陽性。再発症例は 2 例とも再発後の CD34 染色性が低下、消失した。治療は外科的切除が原則であるが、術前の深達度の評価には画像診断が有用と考えた。

I はじめに

隆起性皮膚線維肉腫 (以下 DFSP) は Einzinger の成書¹⁾でも中間悪性型に属し、生命予後は比較的良好とされている。しかし、完全に切除しなければ局所再発を繰り返したり、巨大な腫瘍を形成することもまれではない。今回われわれは、旭川医科大学および関連施設で加療した DFSP の 15 例について集計検討した。

II 症 例

症例は当科および関連施設で経験した 15 例 (男 7 例、女 8 例) で (表 1)、男女比 1:1.14 で性差はない。初診年齢は 27~89 歳で平均は 51.3 歳と過去の報告よりもやや高齢、病歴からの推定発症年齢の平均は 39.6 歳で、腫瘍を自覚してから受診までの期間は平均 8.4 年と長期にわたる。

発生部位は背部 5、腹部 5、胸部 3 例と 87% が体幹部であり、残りも四肢近位側に集中していた。大きさは最大 15×9 cm、最小 2×1.5 cm (平均長径 5.0 cm、短径 3.8 cm)。病歴上徐々に増大してきた腫瘍が 2~3 カ月の間に急速に増大する傾向がみられた。15 例中 2 例 (13.3%) に局所再発を認めたが、遠隔転移はなかった。以下に注目すべき 3 症例を述べる。

症例 6 89 歳、男性

初 診 1985 年 9 月 25 日

現病歴 約 6 カ月前に左側胸部の茶褐色の結節に気づいた。初め示指頭大であったが急速に隆起増大し、北見赤十字病院皮膚科を受診。皮膚生検により間葉系悪性腫瘍を疑われ治療目的で当科を紹介された。

治療および経過 当科受診時、すでに巨大腫瘍を左側胸部に形成しており、初回治療として生検部瘻

* Masaki IBE, Takashi WADA, Kazuhiro ASANO, Hidetoshi TAKAHASHI, Akemi YAMAMOTO, Yoshio HASHIMOTO & Hajime IIZUKA, 旭川医科大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯塚 一教授)
〔別刷請求先〕 伊部昌樹: 旭川医科大学皮膚科 (〒 078-0085 旭川市緑が丘東 2 条 1 丁目 1-1)

表1 症 例

	性別・初診年齢 (歳)	初 診	部 位	大 き さ (cm)	受診前の 外科的侵襲	発症から受診ま での期間 (年)	拡大切除後の 再発
・症例 1	女 50	80. 8.27	右上背部	4.1× 5.1	無	10	無
・症例 2	女 51	80.10.22	心窩部	9.0×15.0	1 回	7	無
・症例 3	女 42	81. 4. 8	前胸部	4.5× 4.5	無	15	無
・症例 4	女 69	81. 6.29	下腹部	5.0× 6.0	無	20	無
・症例 5	女 27	81. 8.21	腰 部	3.0× 5.0	1 回	3	無
・症例 6	男 89	85. 9.25	左側胸部	3.0× 2.5	1 回	0.5	2 カ月後
・症例 7	男 64	85.11.27	右胸部	7.4× 4.5	4 回	4	5 年後
・症例 8	女 58	86.12.12	下腹部	4.4× 4.1	1 回	3	無
・症例 9	男 51	89. 5.26	左大腿部	4.0× 4.0	1 回	3	無
・症例 10	女 64	89.11.16	左肩部	3.2× 2.1	無	30	無
・症例 11	女 61	92. 5.26	左腰部	2.0× 1.5	無	10	無
・症例 12	男 34	94. 3.16	腹 部	4.0× 4.0	1 回	2	無
・症例 13	男 36	94. 4.20	右上背部	3.0× 3.0	1 回	5	無
・症例 14	男 32	97. 4. 2	上背部正中	5.0× 3.0	1 回	7	無
・症例 15	男 41	97. 4.18	右下腹部	3.3× 2.5	無	7	無

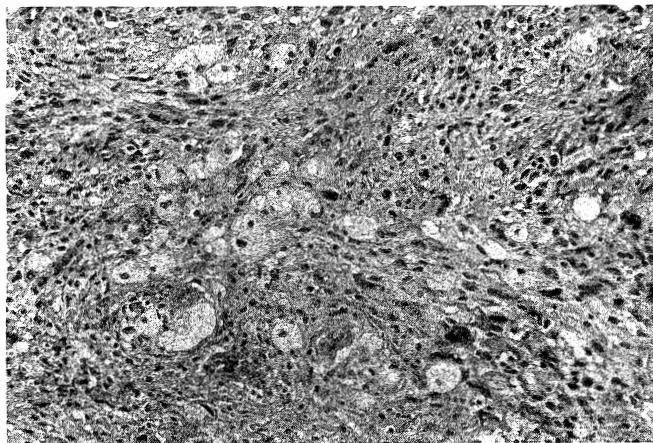


図1 症例6の再発時の病理組織像 (HE 染色)：腫瘍細胞は大小不同の核をもち、一部に泡沫細胞が散在する。

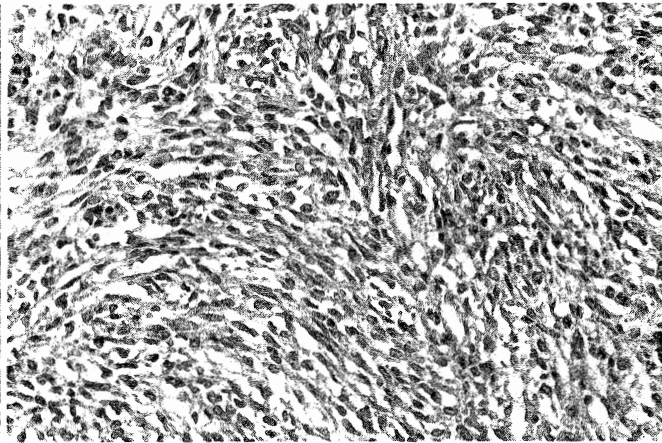


図2 症例7の再発時の病理組織像 (HE 染色)：粘液腫様構築をとる。

痕を含めて切除するも不完全摘出に終わった。高齢であることを考慮し、経過を観察したが2カ月後に再発し、その後は再発部のみを切除した。

病理組織学的所見 初回入院時の HE 染色像では、紡錘形の腫瘍細胞は線維索状になり錯走し、storiform pattern を呈した。細胞分裂像は少なく、CD34 は陽性。再発時の組織像は密な線維性増殖を示す部分に加え、腫瘍細胞は大小不同の核をもち、異型性が強く、一部では泡沫細胞を多数認めた (図1)。この時の腫瘍細胞の CD34 は陰性だった。

症例7 64歳、男性
初 診 1985年11月27日

現病歴 約2年前に右胸部の拇指頭大の皮下結節に気づいた。近医外科等で4回、単純切除を試みられたが再発を繰り返した。約6カ月前に再発に気づき、富良野協会病院皮膚科を受診。右胸部に7.4×4.5 cm 大の弾性硬、表面に血管拡張を伴う腫瘤を認めた。DFSP と診断され精査および治療のため当科を紹介された。

治療および経過 1985年12月6日、腫瘍辺縁から5 cm 離して皮膚、皮下脂肪組織および大胸筋筋膜を含めて一塊に切除し、分層植皮術を施行した。術後5年間、再発を認めなかったが、1990年9月頃から植皮部辺縁皮下より隆起し始め、1991年3月8日再診時には4.0×3.2 cm 大の腫瘤を形成した。腫瘍の一

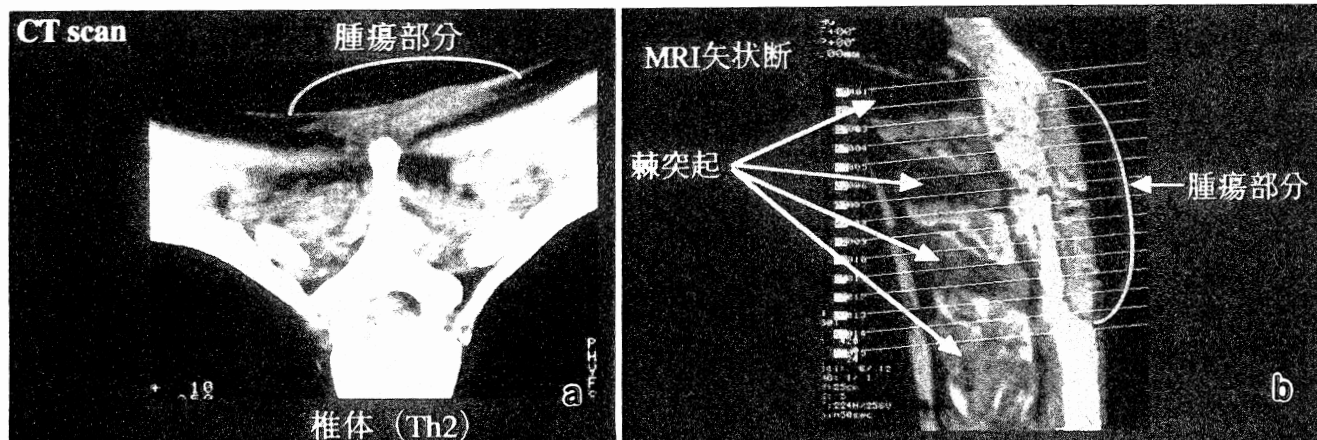


図3 画像診断

a: CT scan; 腫瘍が棘突起に接している。

b: MRI; 矢状断で腫瘍の大きさをみる。

部を生検し、DFSPの再発と診断した。旭川厚生病院形成外科で1991年5月1日、腫瘍の辺縁から5 cm 離して切除および分層植皮術を施行、その後の再発はない。

病理組織学的所見 初診時のHE染色では、腫瘍の大部分を占める細胞は紡錘形の核と不明瞭な細胞質を有し、これらの細胞は種々の方向に錯走する束を形成し、いわゆる storiform pattern を呈していた。腫瘍細胞はCD34陽性。再発時の病理組織像は初診時の密な線維性の増殖はなく、細胞は比較的疎で無構造の粘液腫様になっていた(図2)。その部の腫瘍細胞のCD34は陰性だった。

症例14 32歳、男性

初診 1997年4月2日

現病歴 7年前から上背部皮下に結節があるのに気づいていた。徐々に増大し、圧痛を感じるようになり近医外科を受診。感染性粉瘤を疑われ単純切除を試みられたが全摘できずに閉創し、当科を紹介された。

現症 上背部正中やや右寄りに4 cmの手術創を認め、その周囲に5×3 cm大の弾性硬の皮下腫瘤を触れた。

画像診断 術前に深達度を計るため各種画像検査を行った。CT scanでは周囲皮下組織と明確に判別される均質な腫瘍塊で、一部棘突起に接し、破壊、浸潤像はないが骨膜との境界は不明瞭だった(図3-a)。MRIの矢状断像では腫瘍は3椎体分の棘突起上にあることが判明した(図3-b)。

病理組織学的所見 HE染色で、密な線維性増殖像を示し storiform pattern を呈した。腫瘍細胞のCD

34染色は陽性だった。

治療および経過 臨床像ならびに病理組織学的にDFSPと診断したが、脂肪織下の骨膜に接する深さまでの浸潤を画像上認め、当院整形外科と共同でC7～T4までの5椎体の棘突起部分を含めて一塊に摘出した。皮膚は腫瘍辺縁から5 cm 離して切除した。骨および筋を含めて切除した欠損部は局所の筋で覆い充填し、皮膚は網状植皮術を行った。術後、再発はない。

III 考 案

旭川医科大学および関連施設で過去21年間にDFSP, 15例を経験した。自験例では過去の報告²⁾に比し若干高年齢で初診となる傾向がみられた。また、15例中9例(60%)が当科初診前に他施設で不完全摘出を受けていた。腫瘍を自覚してから期間が長いこと、新鮮例が少ないことは初診年齢が高いこととあわせて、皮膚科不在地域を多く抱える当科周辺の地域特殊性を反映した結果と思われる。

CD34は、DFSPの診断に極めて有用とされている³⁾。自験例においても試料が得られた10例13検体により免疫組織化学的検討を行ったところ、10例中9例が陽性であった。また、再発した2例は再発時にCD34による染色性の低下、消失を示した。factor XIIIaに対する反応は腫瘍細胞は全例陰性だった。症例6では、再発時のHE染色像で辺縁の密な線維性増殖を示す部分はCD34陽性だったが、中央の大部分を占める腫瘍細胞

表 2 DFSP の切除範囲

	腫瘍の大きさ	周囲健常皮膚	深 さ
I	1×1 cm 未満	1 cm	直下の筋膜, 筋, 骨膜
II	1×1 cm～3×3 cm	3 cm	直下の筋膜, 筋, 骨膜
III	3×3 cm を越える	5 cm	直下の筋膜, 筋, 骨

胞は大小不同の核をもち、異型性が強く、一部では泡沫細胞を多数認め、この部分は CD34 陰性だった。同様な症例は藤本ら⁴⁾により報告されており、DFSP の腫瘍細胞が再発を繰り返しているうちに抗原性が変化し、非定型的な病理組織像を呈したものと推測した。症例 7 では再発時の HE 染色像では初診時の密な線維性の増殖像はなく、細胞が比較的死で粘液腫様に見える部が主体をなし、CD34 は陰性だった。DFSP は再発を繰り返す過程で粘液腫様変化をきたし、CD34 の反応性が低下するとの報告⁵⁾もあり、それに合致する所見と考えた。

DFSP の治療は外科的拡大切除が原則で、切除範囲については腫瘍辺縁から健常皮膚を 3 cm 以上含め、下層は筋膜に至るまで切除すべきとの報告もある⁶⁾。実際に、腫瘍の大きさ、臨床経過、過去の外科的侵襲の有無、腫瘍下層の解剖学的構造等を考慮して切除範囲を決定する必要がある。当科ではおおむね表 2 のような基準で治療を行っているが、再発した 2 症例（症例 6, 7）はともに腫瘍範囲の評価が不十分で、広範囲切除に

該当しない症例であった。それをふまえて症例 14 では CT scan, MRI および超音波検査等の画像診断により十分に深達度を評価したうえで切除し、再発をみていない。

DFSP は、遠隔転移のまれな中間悪性の腫瘍とはいえ、巨大腫瘤を形成したり、再発時にはより悪性度の高い病理組織像を示すことがしばしばある。治療に際しては画像診断を含め深達度を十分評価したうえで一次的広範囲切除が重要と考えた。

(2000 年 5 月 12 日受理)

— 文 献 —

- 1) Einzinger FM, Weiss SW: Soft Tissue Tumors, 3rd Ed, Mosby-Year Book Inc, St Louis, 1995, pp 325-335
- 2) 門野岳史, 大原國章: 皮膚臨床, 39: 1305-1308, 1997
- 3) Ramani P, Bradley NJ: Histopathology, 17: 237-242, 1990
- 4) 藤本 学ほか: 皮膚臨床, 36: 1605-1608, 1994
- 5) Sato N, Kimura K: J Dermatol, 22: 665-672, 1995
- 6) 秋元正字ほか: Skin Cancer, 8: 76-79, 1993