

AMCoR

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

旭川厚生病院医誌 (1995.12) 5巻2号:165～168.

Cutaneous B Cell Lymphomaの1例

伊藤文彦、市川雅子、水元俊裕、里 梯子、鈴木左知子、
浅賀浩孝、中根幸雄

Cutaneous B Cell Lymphoma の 1 例

伊藤文彦¹⁾ 市川雅子¹⁾ 水元俊裕¹⁾
 里 悌子²⁾ 鈴木左知子³⁾ 浅賀浩孝⁴⁾
 中根幸雄⁵⁾

要 旨

63歳，男性の頭部に発症した皮膚原発B細胞リンパ腫の1例を報告した。軽度の圧痛を伴う結節を主訴に近医皮膚科を受診し当科を紹介された。組織学的および免疫組織学的にB細胞性リンパ腫と診断した。初診時および経過中に皮膚以外にリンパ腫の存在を疑わせる所見はなかった。結節は化学療法1クール終了後に消失し，6クール終了時にも完全寛解状態（CR）を維持していた。

Key Words：B細胞性リンパ腫，節外リンパ腫，皮膚原発

はじめに

本邦では皮膚原発の悪性リンパ腫はT細胞性リンパ腫が多いのが特徴である。しかし，近年，皮膚原発のB細胞性リンパ腫の報告も散見される¹⁾²⁾。今回われわれは皮膚原発のB細胞性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

I. 症 例

患 者：63歳，男性

主 訴：頭頂部，右前頭部の圧痛を伴う淡紅色および正常皮膚色の結節

初 診：平成7年1月25日

現病歴：初診の約8カ月前に頭頂部，および3カ月前に右前頭部に特に誘因なく結節が出現し，徐々に拡大した。

既往歴：急性心筋梗塞（平成3年）

家族歴：特記すべきことなし

現 症：頭頂部は境界明瞭な2.3センチ類円形の圧痛を伴う結節で表面に比較的境界明瞭な淡紅色の紅斑を伴っている（図1）。右前頭部は境界明瞭な1.7センチ類円形の結節で表面は正常皮膚色で圧痛はない。どちらも下床との癒着は認めない。全身の表在リンパ節は頸部，腋窩，そ径とも触知しない。また，肝脾腫，扁桃肥大を認めない。

病理組織学的所見：頭頂部の結節から生検した。HEでは真皮全層にわたり，び慢性に密な円形または類円形の細胞浸潤が認められた。浸潤細胞は著明な核異型

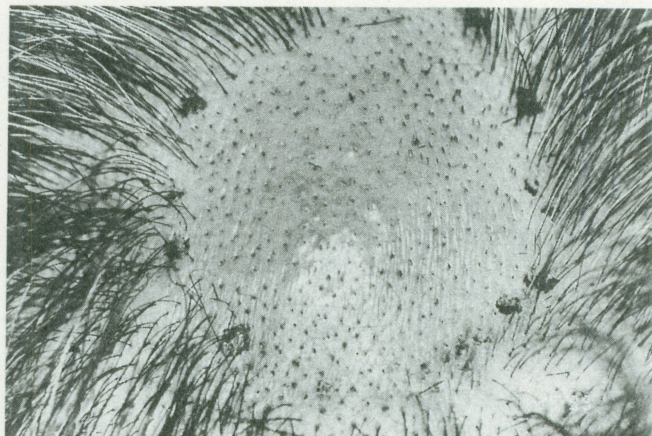


図1 頭頂部の結節

¹⁾旭川厚生病院皮膚科 〒078 旭川市1条通24丁目

²⁾同 病理科

³⁾同 内科

⁴⁾勤医協札幌病院皮膚科

⁵⁾旭川市

を示す胞体の明るい大型の細胞が主体で(図2), 表皮への浸潤は認めない。

免疫組織学的に検討した結果, LCA, L-26, LN1, LN2, LN3, で陽性の所見を認め, UCHL-1, EMA, ケラチンは陰性であった(表1)。

以上から diffuse large cell type B-cell lymphoma と診断した。

臨床検査結果: WBC $4.5 \times 10^3/\text{mm}^3$, (neut 48.8%, eos 2.9%, baso 0.7%, lymph 40.3%, mono 7.3%), RBC $4.29 \times 10^6/\text{mm}^3$, Hb 13.9g/dl, Ht 41.4%, Plat $12.2 \times 10^4/\text{mm}^3$, 一般検尿に異常なく, 末梢血の T cell 69.0%, B cell 10.1%で異常を認めない。

生化学検査では TP 7.2g/dl, Alb 4.5g/dl, ZTT 3.8U, TTT 0.3U, T-bil 0.9mg/dl, D-bil 0.3mg/dl, Ch-E 1.43 Δ PH, ALP 6.8KA.U, GOT 25K.U, GPT 39K.U, LDH 345U, γ -GTP 328U(\uparrow), LAP 210GRU(\uparrow), BUN 16.8mg/dl, CRE 1.1mg/dl, U.A 2.0mg/dl, Na 144mEq/l, K 4.0mEq/l, Cl 111mEq/l, Ca 4.3mEq/l, P 2.8mg/dl, Tcho 127mg/dl, T.G 53mg/dl, Amy 62S.U, CPK 26IU/l, FBS 87mg/dl と脂肪肝によると思われる γ -GTP, LAP の上昇以外には異常を認めない。また, CRP(-), IgG 1030mg/dl, IgA 217mg/

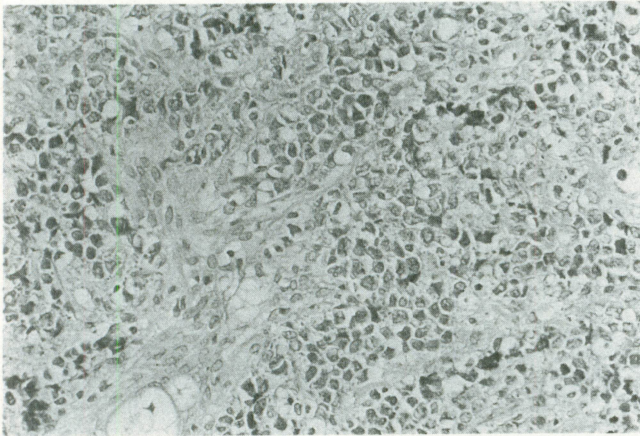


図2 病理組織像 (H-E染色)

表1 免疫組織化学検査結果

LCA	(+)
L-26	(+)
LN-1	(+)
LN-2	(+)
LN-3	(+)
UCHL-1	(-)
EMA	(-)
Keratin	(-)

表2 治療

1回目 (H7. 2. 28)	
CPM	500mg
VCR	1.0mg
PSL	70mg
2回目 (H7. 3. 23)	
CPM	700mg
VDS	1.5mg
PSL	70mg
3回目 (H7. 4. 13)	
Epi	30mg
CPM	700mg
VDS	4.0mg
PSL	70mg
4回目 (H7. 5. 8.)	
5回目 (H7. 5. 29)	
6回目 (H7. 6. 19)	
3回目と同様	

dl, IgM 44mg/dl, 蛋白分画 Alb 72.4%, α 1-glb 2.0%, α 2-glb 9.4%, β -glb 7.9%, γ -glb 8.3%であった。腫瘍マーカー: β 2-ミクログロブリン, CEA, AFP, CA19-9 は全て正常範囲内, HTLV-1(-), HIV 抗体陰性, EB 関連抗体: EB 抗 VCA IgG 80 倍, EB 抗 VCA IgA 10 倍以下, EB 抗 EADR-G 10 倍, EB 抗 EBNA 10 倍に異常を認めない。

全身検索 (脳・頭蓋・胸部・腹部・骨盤部 CT, Ga シンチ, 骨シンチ) では腹部・骨盤部 CT で脂肪肝, 両側 Renal cyst を認めた以外に異常なリンパ節腫大, 臓器浸潤を疑う所見は認められず, 骨髄穿刺でも lymphoma cell の浸潤は認められなかった。

治療および経過: 治療は最初 doxorubicin を使用せずシクロフォスファミド (CPM), ビンクリスチン (VCR), プレドニゾロン (PSL) による化学療法 (COP) を 1/3dose で施行した。1クール終了後, 結節は消退した。2クール目は VCR による頑固な便秘のためビンデシン (VDS) に変えて 1/2dose で施行した。結節の再発はなかったが, B細胞性リンパ種には doxorubicin を含む併用療法がより効果とされている²⁾ことから, 3クール目からはエピルピシン (Epi) を 1/3量で加えて施行した (CHOP)。4, 5, 6クールは3クール目と同様に施行した (表2)。現在まで6クール終了しているが完全寛解 (CR) を維持しており, 放射線治療の追加はおこなわず経過観察中である。

II. 考 察

皮膚原発リンパ腫はT細胞性リンパ腫が多いのが特

徴であるが、近年、皮膚原発のB細胞性リンパ腫の報告も散見される¹⁾²⁾。

皮膚原発とは本邦では生検以後3カ月以内に皮膚および所属リンパ節以外に腫瘍が認められないという定義が、欧米では6カ月間皮膚以外の病変を認めない場合を皮膚原発とするという定義が提案されている³⁾。

節外性リンパ腫の中で皮膚に初発するリンパ腫の頻度は毛利ら⁴⁾の統計で8%、竹中ら⁵⁾のまとめで3%、須知ら⁶⁾の報告では4%である。また、皮膚に初発するリンパ腫のうち皮膚原発B細胞リンパ腫はMohri⁷⁾の統計で13.5%、難波ら⁸⁾の統計で17%、石原⁹⁾の全国調査では6.3%をしめていると言われている。これらの統計をみると、扁桃や胃など皮膚以外に初発する節外性リンパ腫ではB細胞性リンパ腫が多く、皮膚においてはT細胞性リンパ腫が多いという特徴がよく現れている。

本邦の皮膚B細胞性リンパ腫について症例をまとめた報告もいくつかあり¹⁰⁻¹³⁾、皮膚B細胞性リンパ腫は臨床症状では単発または多発の腫瘤、結節が多く、病理組織学的にはdiffuse large cell typeが多く、follicular typeは少ないという特徴がある。自験例も2個の結節がみとめられ、病理組織学的にdiffuse large cell typeであった。

皮膚B細胞性リンパ腫についての治療・予後については症例も少ないため未だ統一見解なるものはない。しかし、本邦のB細胞性リンパ腫について下山ら¹⁴⁾は450例の症例を解析し、示唆に富む指摘をしている。彼らは予後因子として高い有意性を持つものとしては病理像、病期、原発巣の3因子をあげており、5つのrisk groupに分けている。それによると自験例は病理組織像では予後不良のC群に入るdiffuse large cell typeで、病期はIE期、原発巣からは皮膚は予後が悪い群に入るためhigh-1 risk groupになる。また、治療についてはI期のB細胞性リンパ腫であっても予後の悪い節外臓器が原発の場合は局所治療だけでは予後の悪化を招き、始めから化学療法で計画的な治療を行うべきとしている。また、化学療法に関する解析ではdoxorubicinを含む治療(VEPA, VEPA-Mなど)を受けたほうが生存率は高いとしている。しかし、一方では皮膚B細胞性リンパ腫で病変が皮膚のみに局限している間は局所治療を主体にし、強力な化学療法は全身衰弱や免疫不全に陥りかえって予後を悪くすることもあることから確かな治療効果は得られるとはいうものの、施行すべきではないとする考えもある¹⁵⁾。また、皮膚B細胞性

リンパ腫に下山らの仮説をそのまま適用するには問題があるという見解もある¹⁶⁾。

自験例では心筋梗塞の既往があるがdoxorubicinの有用性を重視し、心毒性の少ないエピルビシンを1/3 doseで3クール目から追加した。現在のところ初診から10カ月を経過しているが再発、転移を認めず完全寛解を維持しており化学療法が奏功したと考えられる。

Burgら¹⁷⁾は皮膚原発B細胞性リンパ腫は二次的に皮膚に侵襲したB細胞性リンパ腫より予後がよいと述べ、独自のTNM分類とそれにもとづく病期分類を提案している。本邦においても症例の蓄積とともに、皮膚原発B細胞性リンパ腫についての予後調査を行い、適切な病期分類と対応する治療方針が確立することが望まれる。

文 献

- 1) 大橋則夫, 山本 卓, 渡辺 元ほか: B Cell Lymphomaの2例, 皮膚臨床, 37: 1519-1523, 1995.
- 2) 金見みわ子, 山崎百合子, 倉石由子ほか: 皮膚B細胞性リンパ腫の2例, 皮膚臨床, 36: 1587-1591, 1994.
- 3) 田端英之, 山崎双次, 吉田瑞穂: 両上眼瞼に小結節を認めた皮膚原発性B細胞性リンパ腫の1例, 皮膚臨床, 35: 1991-1996, 1993.
- 4) 毛利 昇, 島峰徹朗: 節外性non-Hodgkinリンパ腫. 日本臨床 41: 2569-2577, 1983.
- 5) 竹中武昭: リンパ節外性リンパ腫と濾胞性リンパ腫, 臨床科学, 20: 971-978, 1984.
- 6) 須知泰山, 本告 匡, 長谷川かおりほか: 節外性リンパ腫の病理学的特徴, 病理と臨床, 4: 475-479, 1986.
- 7) Mohri, N: B-cell lymphomas of extranodal origin. Jpn J Clin Oncol 13: 596-606, 1983.
- 8) 難波紘二, 佐々木なおみ: 皮膚の悪性リンパ腫とその関連疾患. 病理と臨床, 4: 475-479, 1986.
- 9) 石原和之: 皮膚のリンフォーマ 6: 13-16, 1987.
- 10) 竹崎伸一郎: 皮膚のB細胞性リンパ腫, 皮膚科MOOK No.8 皮膚のリンフォーマ, 164-175, 金原出版, 1987.
- 11) 黒木康雄, 多田 茂, 北村 豪ほか: B細胞性リンパ腫の4例, 日皮会誌, 100: 71-84, 1990.
- 12) 中川八重, 竹松英明, 高井良尋: 皮膚B細胞性リンパ腫一症例報告および本邦症例の検討一, 臨皮, 44: 1051-1055, 1990.
- 13) 温井 緑, 酒谷省子, 清金公裕: Cutaneous B Cell Lymphomaの1例, 皮膚, 32: 103-114, 1990.
- 14) 下山正徳, 太田和雄: Bリンパ腫の予後因子と治療, 日本網内系学会会誌, 27(4): 11-24, 1987.
- 15) 須階富士雄, 沢田俊一, 新村真人: 皮膚B細胞性リンパ腫, 臨皮, 48: 550-551, 1994.
- 16) 中川浩一, 小林裕美, 新藤季佐ほか: 不明熱を主訴とし、皮膚生検により診断し得たB細胞悪性リンパ腫一症例報告と文献的考察一, 皮膚, 34: 229-234, 1992.

17) Burg G, Kerl H, Przybilla B et al : Some Statistical
Data, Diagnosis, and Staging of Cutaneous B-Cell

Lymphomas, J Dermatol Surg Oncol 10 : 256-262, 1984.

A Case of Cutaneous B Cell Lymphoma

Fumihiko ITO¹⁾, Masako ICHIKAWA¹⁾

Toshihiro MIZUMOTO¹⁾

Teiko SATO²⁾,

Sachiko SUZUKI³⁾

Hirotsuka ASAGA⁴⁾, and Yukio NAKANE⁵⁾

Key Words: B cell lymphoma, Extranodal lymphoma, Skin

¹⁾Dept. of Dermatology, Asahikawa Kosei General Hospital, 1-24, Asahikawa 078, Japan

²⁾Dept. of Pathology,

³⁾Dept. of Internal Medicine,

⁴⁾Dept. of Dermatology, Kinikyo Sapporo General Hospital

⁵⁾Nakane Dermatological Clinic, Asahikawa, Japan