毛嚢上皮腫と鑑別困難であった角化性基底細胞上皮腫の1症例

宮田 秀美・久代 秀郎・江藤 一之・北島晴比古・松尾 敏明
成田 令博・内田 安信・外野 正己*・南波 正**

A case of keratotic basal cell epithelioma similar to trichoepithelioma

Hidemi MIYATA・Hideo KUSHIRO・Kazuyuki ETOH・Haruhiko KITAJIMA・Toshiaki MATSUO
Yoshihiro NARITA・Yasunobu UCHIDA・Masami HOKANO*・Tadashi NANBA**

緒 言 症 例

基底細胞上皮腫（基底細胞癌，基底細胞腫）は表皮または表皮付属器の未分化細胞を思わせる基底細胞様細胞の増殖よりなる悪性腫瘍で，局所においては悪性を示すが，原則として皮下深層には浸潤せず，転移形成は極めてまれであることが知られている¹⁻³⁾。好発部位は顔面皮膚で，他に体幹，四肢にも発生するが^{1,4-6)}，口腔および口唇粘膜に発生した報告は少ないようである^{1,4,7-10)}。大きさは直径1cm 以内あるいは2 cm までのものが比較的多い^{1,2)}。組織学的分類で本腫瘍中 keratotic type のものは発生頻度が低く^{1,4)}，また毛嚢上皮腫との鑑別が困難である^{2,11)}。

今回われわれは，術前生検で毛嚢上皮腫を疑わせた，下口唇よりオトガイ部におよぶ，大きく，比較的まれな角化性基底細胞上皮腫の1例に遭遇し，腫瘍切除術とともに Bernard¹²⁾氏法による下口唇即時再建術を行い，再発することなく機能的，審美的に比較的満足する結果を得たので，ここに概要を報告する。

患 者： 62歳 男性。

初 診：昭和50年5月。

主 訴：下口唇の腫瘍。

家族歴および既往歴：特記事項なし。

現病歴：10数年前より下口唇粘膜面に米粒大の無痛性腫瘍を自覚していたが，無痛のため放置していた。その後腫脹は漸時増大したが，昭和49年頃より著明な発育傾向を示し，小指頭大から鶏卵大の大きさとなったため，某病院を受診し当科を紹介され来院した。

現 症

全身所見：体格，栄養ともに中等度で特記すべき異常所見は認められなかった。

局所所見：口腔外は下口唇上縁からオトガイ部にまでおよぶ50×40 mm，突出度約10 mmの腫瘍が認められた。同部皮膚は緊張，発赤を認め，オトガイ唇溝は消失し，同部付近の毛髪は疎疎であった。境界は比較的明瞭で充実性，弾性硬，無痛性であった（写真1～3）。所属リンパ節はオトガイ下部に小指頭大の無痛性，可動性腫脹を2個触知した。口腔内は下口唇上縁より歯肉頰移行部にまでおよぶ鶏卵大腫瘍が認められた。触診では既述の口腔外所見と同様に境界比較的明瞭，弾性硬，充実性，無痛性であった。粘膜面は緊張性，滑沢で特に赤唇部付近の粘膜はビランを形成し，所々に黄色の点状顆粒を認め易出血性であった（写真4）。残存歯牙は63|3のみであり，いずれも辺縁性歯周炎を呈し，歯石の沈着を認め不潔であった。その他の部位に異常は認められなかった。

X線所見：下顎骨に異常は認められなかった。

臨床検査所見：血液，尿，その他諸検査では特に異常所見は認められなかった。

生検病理組織学的所見：昭和50年6月日，腫瘍の一部を粘膜側および皮膚側より試験切除し，病理組織学的に検索した結果，両者とも，基底細胞類似の好塩基性で比較的細胞質に対して核の大きな細胞が真皮から皮下組

東京医科大学口腔外科学教室（主任：内田 安信教授）

* 東京医科大学がんセンター病理部（主任：外野 正己教授）

** 東京都職員共済組合消瀨病院歯科（主任：南波 正）

Department of Oral Surgery, Tokyo Medical College (Chief: Prof. Yasunobu Uchida)

* Division of Pathology, Cancer Institute, Tokyo Medical College (Chief: Prof. Masami Hokano)

** Division of Dentistry, Tokyo-To Shokuin Kyo-sai Kumiai Kiyose Hospital (Chief: Tadashi Nanba)

受付日：昭和54年12月25日

写真 1 初診時顔貌

写真 3 初診時口唇オトガイ部病変

写真 2 初診時顔貌

写真 4 初診時口唇粘膜病変

織に向かって増殖している所見がみられた。増殖巣は頭球形充実性である部分や、索状を呈している部分があり、これら腫瘍細胞群内には角化層の形成を伴うものが多く、ところによってはその内容が空胞状となっているものもあった。毛髪への分化を示す像であるが不完全なままに終わっていた。また一部では、この horn cyst に対して巨細胞性反応を示しているところもあった。粘膜側のものは典型的な trichoepithelioma の像であるが、皮膚側のものは一部 keratotic basal cell epithelioma に

図 1 切開線模式図

写真 5 手術時切開線

写真 6 腫瘍切除時所見

写真 7 手術終了時

写真 8 術後1年顔貌

写真 9 術後1年顔貌

類似しているところもみられた。

術前診断：下口唇毛嚢上皮腫。

処置および経過：昭和50年7月■■■■，GOP 全麻下で Bernard¹²⁾氏法に準じた皮切法¹³⁻¹⁷⁾による腫瘍切除術ならびに下口唇即時再建術を行った。切開線は図1，写真5に示すように、腫瘍摘出後の下口唇欠損部の修復を容易ならしめ、かつ赤唇形成の目的のため、下口唇正中部

より片側切除口唇部と一致する Burow の三角状切開を両側口角部に施した。両口角部の三角状切開は皮膚、皮下組織、筋層を切除後、頬粘膜をそれぞれ翻転し赤唇形成に利用した(写真6)。さらに下顎両側歯肉頬移行部にオトガイ神経に留意しながら後方へ切開を行い、粘膜を下顎骨より剝離し残存下口唇の進展を容易にした。またこの時、オトガイ下リンパ節を2個摘出した。最後に両口角部の三角状切開部皮膚、粘膜、残存下口唇の歯肉頬移行部粘膜を正中方向に牽引しながらそれぞれ縫合し

写真 10 切除物

写真 11 病理組織像
trichoepithelioma 様所見を強く示す (H-E染色,
弱拡大)

た(写真7)。

術後経過は良好で、現在4年を経過するが、腫瘍の再発は認められず、機能的にも審美的にも患者はほぼ満足している(写真8, 9)。

切除物所見: 切除物は 50×40×25 mm の大きさで、現症の項に既述したと同様の所見を呈していた(写真10)。

切除物の病理組織学的所見: 切除物の大切片像では、高色素性のいわゆる基底細胞様細胞が集簇性に増殖し、ところによっては写真11のように horn cyst の形成が目立つ。また他の場所においては写真12のように腫瘍細胞は索状ないし浸潤性に増殖し、おもに未分化な細胞のみからなり筋層にまでおよんでいるが、ごく一部では毛嚢形成への分化を示す所見もみられる。したがって毛嚢

写真 12 病理組織像
basal cell epithelioma 様所見を強く示す (H-E
染色, 弱拡大)

上皮腫と基底細胞上皮腫との鑑別が困難で、特に表層部の組織では horn cyst が多いことから毛嚢上皮腫と診断したが、全体像から判断すると basal cell からなる腫瘍細胞が深部で多くみられ、また一部では筋層で侵襲性に増殖しており、その表面近くでは毛嚢形成への分化像を示すことから最終的に角化性基底細胞上皮腫と診断した。

考 察

基底細胞上皮腫 (basal cell epithelioma) は basal cell carcinoma, basalioma, rodent carcinoma, non-benign epithelioma, adnexal carcinoma などの呼称があり、腫瘍基底細胞の起源¹⁰⁾に関しては Krompecher¹⁸⁾が初めて本症を Basalzellenkrebs と命名し、表皮の basal cell に基因する癌性変化と考えたのに始まる。

性および年齢分布は三木²⁾によれば、本邦における basal cell carcinoma の約200例は性別による差異は認められず、40歳代より70歳で急増すると述べ、上野ら⁷⁾の Kiel 大学における basal cell carcinoma の700余例の集計結果では53.2%:46.7%と多少男性に多く、40歳代を過ぎると急増し、60歳代でピークに達したと述べている。今井ら¹⁾は基底細胞癌86例で多少男性に多く年齢は40~60歳代に多くみられたと述べており、また荒尾ら⁴⁾も187例の基底細胞癌を集計した結果、やや男性に多くみられたが有意の差はなく、60歳以上が過半数を占めたと報告している。一般に基底細胞上皮腫は、性別による差異はなく、あっても多少男性に偏る程度で、年齢は40~70歳代にわたりおもに60歳代に多くみられている。本症もこのピーク内に入っている。

好発部位は一般に頸部より上方、特に顔面皮膚に集中しているが、体幹、四肢、頭部(有髪頭部には少ない)、陰部付近にも発生がみられている^{1,2,4,7,9,19)}。顔面皮膚における発生頻度は、今井ら¹⁾の報告では全体の75%で

あり、荒尾らは78.1%^{20,21}および93.9%⁴⁾であり、Broder⁵⁾は90.7%であったと述べ、さらに頭部と頸部を合わせると上野ら⁷⁾のKiel大学集計例では86.3%で、三木²²⁾の本邦例で89%、Colorado大学例では約92%であり、Broder⁵⁾は96.28%であったとそれぞれ報告している。この顔面皮膚のうち発生部位を詳細にみると、鼻背、鼻翼、下眼瞼、上嘴唇の順に多い⁴⁾という報告や、眼瞼、鼻側、上嘴唇、耳殻周囲のような皮膚皺襞部、一般に脂漏性部位と呼ばれる領域に多く集中したという報告²⁾、鼻背を中心として多発するとの報告¹⁾等がある。このように顔面では特に頬、鼻翼、側頭部、額、鼻眼角部、鼻背、耳殻周囲、上嘴唇に好発している^{19,23)}。以上は、いわゆる胎生期の顔裂線に一致する領域であるが^{1,2,23,24)}、しかし荒尾ら⁴⁾の報告のように、顔面に発生した基底細胞癌52例のうち、鼻部、頬部、下顎など顔裂線に一致しない症例もあり、さらに鼻尖、鼻背、鼻翼に発生した例も非常に多い^{1,2,25)}。しかし、一般に基底細胞上皮腫の顔面における発生部位は鼻部を中心として顔裂線に一致する部位に頻発する傾向があるといわれている。

口唇では下口唇に比べ上口唇に圧倒的に多く、さらに上口唇の皮膚部が基底細胞上皮腫の特徴的な発生部位である^{3,9)}。口唇皮膚部に生じたものが口腔内粘膜におよぶことはあるが、赤唇部や口腔粘膜に初発することは極めて少ない。これに関しLever^{10,26)}は基底細胞上皮腫は粘膜には発生しないと述べており、さらに本腫瘍の粘膜における発生を否定する立場もあり、ameloblastomaの変形とする見方もある^{3,6)}。しかしながらEhlers⁹⁾は口腔粘膜および他の粘膜における発生例を文献的に引用し、西山³⁾も口腔粘膜における基底細胞腫13例を引用している。本邦では河合ら²⁷⁾、田中ら²⁸⁾、高橋ら²⁹⁾などが報告しているが、口腔粘膜に初発した症例は少なく、ちなみに荒尾ら⁴⁾の報告では194例の基底細胞癌のうち下口唇および口腔内に発生した症例は皆無であり、今井ら¹⁾の報告では80例中下口唇部に発生した症例は4例のみで、口腔粘膜の発生欄については記載がない。以上のように、口腔粘膜に初発した症例は極めて少ないが、本症例は下口唇粘膜に初発し、これが上方(赤唇側)、外方(皮膚側)、下方(オトガイ部)へと発育進展したと思われるケースであり、まれな症例と考えられる。

大きさは児浦²⁵⁾、荒尾ら⁴⁾の報告では径2 cm以下のものは全基底細胞癌中約77%を占め、径5 cm以下まで含めると約95%がこの範囲に入る。三木²⁾の報告では径3 cm以下の症例が本邦例で83%、Colorado大学例で94%を占める。今井ら¹⁾の報告でも径2 cm以下のものは約半数を占め、5 cm以下のものまで含めると約3/4を占める。superficial typeのもので10×7 cm³⁰⁾と大きなものも報告されているが、一般に2ないし3 cm程度までの大きさのものが多くようである。

所属リンパ節および遠隔部への転移については、はなはだまれであり、荒尾⁴⁾の報告では188例中リンパ節の腫大を認めたものは3例あったが、転移を証明した症例はなく、遠隔転移例も皆無であったと述べている。また池田ら³¹⁾も東大における昭和36～45年間の基底細胞癌68例中、遠隔転移例は1例もなく、昭和42～45年間における44例ではリンパ節腫大のあった症例は3例認められたが、いずれも炎症性、反応性腫脹であり、転移は証明されていない。Cotran³²⁾も皮膚基底細胞癌9,050例を集計し、そのうち転移例はわずかに9例(0.1%)であったと述べている。基底細胞癌は局所的悪性にとどまり、遠隔転移や皮下深層へと浸潤しがたい性格を有し、今井ら¹⁾の述べているように基底細胞上皮腫と称してしかるべきゆえんである。しかしながら、腫瘍の発育進展状態、手術方法等によっては再発例が認められ、かつ腫瘍の皮下深層への浸潤増殖、遠隔転移例もみられ、死亡例も認められている。ちなみに荒尾ら²⁰⁾の報告では基底細胞癌41例中再発例は5例みられ、うち3例は腫瘍の広範な拡大を呈し全身衰弱のため死亡している。また三木²⁾の報告でも、基底細胞癌32例中再発例は5例であり、うち1例は腫瘍の頭蓋骨侵入により死亡しており、本腫瘍の治療成績は一般に期待されているほど良いものではないと述べている。さらに既述の池田ら³¹⁾も5施設例で遠隔転移の証明されたものが2例あり、そのいずれもが1年以内に原病死しており、本腫瘍の転移は極めてまれであるが、皆無ではないと警告している。児浦²⁵⁾は部位的に眼窩、鼻背、鼻翼に発生したものは予後が悪かったと述べている。欧米ではCranmerら³³⁾も転移性基底細胞癌67例を報告しており、このうち骨転移が10例みられたと報告している。学者により転移性基底細胞癌については諸報告^{26,34-36)}があるが、以上のように転移例、予後不良例のあることを考慮すべきである。本症例は所属リンパ節の腫大は認められたが、同部および遠隔部への転移は証明されなかった。

次に臨床像であるが、普通大きさ数 cm までの限局した黒色ないし肉色の真珠様光沢をもつ半球状結節として原発し、柔らかく軽度の外傷で出血し血痂を作る。そしてこれらが増大、成長、潰瘍化することにより種々の臨床型に区別される²⁾。この臨床的分類には報告により意見が異なり、おもな分類を表1に示す。この臨床分類は大別すると、初め結節、次いで潰瘍化傾向を示すulcerodensによって代表される第1群、比較的表在性斑状の第2群、および特殊型の第3群の3つに分けられる。そしてepithelioma terebransは第1群の、epithelioma cicatricansは第2群のそれぞれ特殊なものと考えられている⁷⁾。なお通常、表在型と基底細胞母斑症候群は多発性で、他の型は単発性として発生する。

皮膚における臨床像は一般に以上ようであるが、次に口腔粘膜に発生する症例の形状について文献を渉猟し

表 1 おもな臨床型分類

Lever (1967)	上野 (1967)	三木 (1966)
nudulo-ulcerative BCE	結節潰瘍型	結節潰瘍型
pigmented BCE	結節型 <(潰瘍結節型)>	茸状型
morphealike or fibrosing BCE	瘢痕化扁平型	扁平瘢痕型
superficial BCE	<非潰瘍型潰瘍型>	多発表在型
premalignant fibroepithelioma	表在型	斑状皰皮症型
the nevoid basal cell epithelioma syndrome	斑状皰皮症様型 Ep. terebrans Pinkus 型	
liner basal cell nevus	その他	

表 2 おもな病理組織学的分類

Lever (1967)	三木 (1966)
solid BCE	充実型
keratotic BCE	角化型
cystic BCE	腺様型
adenoid BCE	嚢胞型
pigmented BCE	表在型
morphealike or fibrosing BCE	汗管型
superficial BCE	
pre malignant fibroepithelioma	
nevoid basal cell epithelioma syndrome	
liner basal cell Nevus	

てみると、(1) 舌側縁で表在性、線状潰瘍の形状を呈したものの²⁸⁾、(2) 舌下部例で弾性硬の腫瘤の形を呈したものの²⁸⁾、(3) 歯肉例で粘膜炎様変化および歯槽膿漏様を呈したものの²⁷⁾、(4) 上嘴唇赤唇〜角〜皮膚部例で、痂皮に被われた潰瘍で周囲の堤防状隆起の形を呈したものの²⁹⁾、(5) 下顎臼歯部例で弾力性〜軟骨様硬度の鳩卵大の腫脹を呈したものの³⁷⁾、(6) 臼歯部頰側歯肉例で指頭大の無痛性腫脹を呈したものの³⁷⁾、(7) 前歯部歯肉例で、鋭い卵円形の粗面で pebbly 様を呈し、無痛性の肉芽性炎症経過を思わせる形状を呈したものの³⁸⁾、(8) 歯肉例で、発赤した粗面をもつ少し隆起した形を呈したものの³⁹⁾、(9) 前歯部歯肉例で無茎のわずかに隆起した卵型の腫脹を呈したものの⁴⁰⁾、(10) 下口唇例で、小さな白色のわずかに浸潤した病変で、その下の結合組織に小さな限局した結節がみられたものの⁴¹⁾、(11) 下口唇赤唇部と皮膚部との移行部例で、灰色の大きさ 5 mm の固い平滑なやや盛り上がった結節状を呈したものの⁴²⁾、などがみられる。

以上のように、口腔粘膜に発生した症例では皮膚における場合と少し形状が異なり、特徴的な臨床症状を示さず、潰瘍、腫瘤、粘膜炎様、epulis 様、pebbly 様、結節、腫脹などさまざまな形状を呈するようである。今回われわれの経験した症例は、臨床分類上最も頻度の高い結節潰瘍型であった。

次に組織像であるが、基本的には以下のものである^{2, 3, 11, 26, 43)}。すなわち細胞は上皮の基底細胞に類似するが、光顕下では細胞間橋を有せず、円柱状、花環状ないし紡錘形細胞巢の増殖よりなり、この胞巢の多くは表皮や皮膚付属器と接続し、境界は比較的明瞭であるが真皮や深部に向かって隆起する。この集団の辺縁の細胞は棚状配列する特徴がある。核は大きく楕円形ないし卵円形を呈し濃い好塩性でクロマチンに富む。原形質は極めて小さく、核の分裂像や異型性に比較的低い。また、しばし

ば腫瘍塊に接する間質結合組織に粘液変性が起こり、腫瘍巣と間質との間に間隙が形成される。これは本症の組織所見の重要な 1 つである。基本的には以上のような所見を呈するが、細胞の分化の様式はさまざまで各組織型が報告者により分類されている(表 2)。さらに本腫瘍は未分化型と分化型とに大別することができる。すなわち分化型とは第一次上皮芽に由来する脂腺、アポクリン腺、毛への分化を示すと考えられている。表 2 において結節潰瘍型は分化型のこともあるが、その他は通常未分化型である。この各組織型と臨床像とは密接な関係があり、三木²⁾は相互関係についても述べている。

術前生検によって trichoepithelioma と診断されたように基底細胞上皮腫、特に角化性基底細胞上皮腫と毛嚢上皮腫との鑑別は非常に困難で、浜崎¹¹⁾は毛嚢上皮腫と基底細胞上皮腫との区別は分化の高低により行い、組織学的に不可能であるが、毛嚢上皮腫と比べ角化性基底細胞上皮腫は基底細胞が多く horn cyst が少ないと述べている。また Lever^{10, 26)}は組織学的鑑別において、多発性毛嚢上皮腫と基底細胞上皮腫との間に明瞭な区別はなく、病変の数や分布状態および遺伝性の存在というような臨床データの知識が必要であるとしている。さらに毛嚢形成傾向の乏しい solitary trichoepithelioma は keratotic basal cell epithelioma と考えており、solitary trichoepithelioma と診断するには多数の horn cyst が存在し、基底細胞上皮腫の所見がわずかに存在するにすぎないものに限定すべきであるという。そして trichoepithelioma 内に活発な増殖が起こるならば、病変は basal cell epithelioma として成長するだろうと述べている。このように両疾患の間には明確な鑑別基準がないのが現状のようである。また渉猟した文献を整理してみると、臨床像では下記の相違点があげられる^{44, 46)}。

1) 基底細胞上皮腫は毛嚢上皮腫と比べ発育上増大傾向が認められる。

2) 毛嚢上皮腫には普通みられない潰瘍形成が基底細胞

胞上皮腫にはしばしばみられる。

3) 多発性毛嚢上皮腫では遺伝関係を認める。

組織像でも下記の相違点があげられる⁴⁴⁻⁴⁷⁾

1) 毛嚢上皮腫には間質に炎症性細胞浸潤がほとんど存在しないのに比し、基底細胞上皮腫ではこれが著明にみられる。

2) 毛嚢上皮腫において腫瘍は著明に密な間質で封埋されているのに比し、基底細胞上皮腫では間質はあまり顕著ではない。

3) 毛嚢上皮腫は扁平細胞よりなる horn cyst が多数存在するのに比し、基底細胞上皮腫では horn cyst はあってもわずかである。

4) 毛嚢上皮腫は fibroblast が増加し、レース様構造を示す囊胞破裂による異物反応が認められる。

5) 基底細胞上皮腫では腫瘍細胞は紡錘形をとることがあり、壊死領域が存在する。また腫瘍細胞巣と増殖結合織との間に認められる空隙の存在が特有である。keratotic type は顆粒層を認めない horn cyst が形成される。

以上のように整理されるが、本症例では臨床像で遺伝関係はみられず、腫瘍発育が急速であったこと、粘膜に小潰瘍の形成が認められたこと、病理組織像では表面近くで horn cyst が多く毛嚢形成への分化像がみられること、全体像では basal cell からなる腫瘍細胞が深部で多くみられ、一部では筋層で侵襲性の増殖がみられることなどの点から毛嚢上皮腫とするよりも角化性基底細胞上皮腫と診断したほうが妥当と判断した。

本腫瘍の治療に関しては一般の悪性腫瘍と同様に手術療法、放射線療法、抗癌剤による化学療法、電気凝固などが行われている。なかでも手術療法が最も頻用され、病期にもよるが再発は少ない。したがって、他の局所灌流療法、動脈注入法、cryosurgery 等はあまり行われていない^{1,2,20,22,25,48,49)}

手術療法では、本症例のように腫瘍切除後に生ずる広範囲な下口唇全層欠損の修復に対して機能的、審美的観点から一次再建が望まれる。この再建術としては発症部位および切除量などから cheek advancement technique が適当と考えられ、われわれは Bernard 氏法¹²⁾ に準じた皮切法^{13-17,50)} を用いた。この方法では切開線が wrinkle line に沿い、皮弁の進展に無理がなく、顔面動脈の保存が可能で、一度の手術で終了するなどの利点^{51,52)} がある。しかし口輪筋が2か所で切断されるため、上口唇筋肉への神経支配が断たれるとの意見もある⁵³⁾ 本症例においては、術後約1か月では、知覚および運動障害等を認めなかった。

結 語

(1) 62歳、男性の、下口唇粘膜に初発した大きなオト

ガイ部角化性基底細胞上皮腫のまれな1症例を経験した。(2) 手術は、切除術ならびに下口唇即時再建術を Bernard 氏法に準じて行い、機能的にも審美的にもほぼ満足しうる結果をあげることができた。(3) 本症例は病理組織学的に毛嚢上皮腫との鑑別が困難であった。(4) 予後は良好で、4年を経過しているが再発はみられていない。

本論文の要旨は、第21回日本口腔外科学会総会(昭和51年10月9日、於小倉)、第97回東京医科大学医学学会総会(昭和51年6月18日、於東京)で発表した。

引 用 文 献

- 1) 今井清治、他：東大皮膚科において過去18年間にみられた基底細胞癌、有棘細胞癌、悪性黒色腫の統計的観察。特にその予後について。皮膚科の臨床 12: 679 1970.
- 2) 三木吉治：基底細胞の臨床と治療。皮膚科の臨床 8: 266 1966.
- 3) 西山茂夫：口腔粘膜疾患診療図説。初版、金原出版、東京、1970、226頁。
- 4) 荒尾襲喜、他：基底細胞癌の病態。西日皮膚 35: 239 1973.
- 5) Broder A.C.: BASAL-CELL EPITHELIOMA. JAMA 72: 856 1919.
- 6) 石川梧朗・秋吉正豊：口腔病理学(Ⅱ)。増補版、永末書店、京都、1971、109頁。
- 7) 上野賢一、他：Morphea-like Epithelioma について。皮膚科の臨床 10: 1195 1968.
- 8) Geisenhainer, U: Basaliome im Lippenbereich. Hautarzt 21: 167 1970.
- 9) Von G. Ehlers: Zur Klinik der Basalzellepitheliome unter Berücksichtigung statistischer Untersuchungen. Z Hautkr 41: 226 1966.
- 10) Lever, W.F.: Histopathology of the skin. ed 2, J.B. Lippincott Co, Phila & Montr, 1954, p 370.
- 11) 浜崎幸雄：病理組織の見方と鑑別診断。初版、医歯薬出版、東京、1972、417頁。
- 12) Bernard, C.: Cancer de la lèvre inférieur opéré par un procédé nouveau. Mem soc chir Paris 3: 357 1853.
- 13) Martin, H.E.: Cheiloplasty for advanced carcinoma of the lip. Surg Gyne Obst 54: 914 1932.
- 14) Szlazak, J.: the Application of a burow triangular flap in reconstruction of the lower lip. Brit J Plast Surg 11: 128 1958.
- 15) Freeman, B.S.: Myloplastic modification of the Bernard cheiloplasty. Plast Reconst Surg 21: 453 1958.
- 16) Wester, R.C., et al.: Total and partial reco-

- nstruction of the lower lip with innervated muscle-bearing flap. *Plast Reconstr Surg* 25: 360 1960.
- 17) Fries, R.: Advantages of a basic concept in lip reconstruction after tumor resection. *J Max fac Surg* 1: 13 1973.
- 18) Krompecher, E.: Der Basalzellenkrebs. *Monatsschr prakt Dermatol* 37: 481 1903.
- 19) 石川謹也: 下腿に発生した基底細胞上皮腫. *臨床皮膚* 26: 225 1972.
- 20) 荒尾龍喜, 他: 皮膚悪性腫瘍の予後についての2, 3の観察. *日皮会誌* 81: 851 1971.
- 21) 荒尾龍喜, 他: 皮膚悪性腫瘍の臨床. *臨床と研究* 49: 434 1972.
- 22) 三木吉治: アメリカにおける皮膚癌の臨床——統計的考察——. *皮膚* 2: 113 1960.
- 23) 今井利一, 他: 基底細胞上皮腫について. *皮膚臨床* 5: 629 1963.
- 24) Mc Farland, et al.: On the dysontogenic origin of basal cell carcinoma. *Am J Cancer* 25: 273: 1935.
- 25) 児浦純生: 基底細胞癌の治療. *西日皮膚* 35: 247 1973.
- 26) Lever, W.F.: *Histopathology of the skin*. ed 4, Lippincott Co, Philadelphia, 1967, p 576.
- 27) 河合 幹, 他: 口腔内に初発した Basal cell carcinoma の一例. *日口外誌* 19: 674 1973.
- 28) 田中誠孝, 他: 口腔内基底細胞癌の2症例. *京大口科紀要* 13: 13 1973.
- 29) 高橋庄二郎, 他: 上唇に発生した基底細胞癌の1例. *日口外誌* 19: 53 1973.
- 30) 藤山忠昭: Superficial basal cell epithelioma. *日皮会誌* 83: 274 1973.
- 31) 池田重雄: TNM 分類に基づいた皮膚悪性腫瘍の予後. *日皮会誌* 81: 839 1971.
- 32) Cotran, R.S.: Metastasizing basal cell carcinoma. *Cancer* 14: 1036 1961.
- 33) Cranmer, L., et al.: Basal cell carcinoma of skin metastatic to bone. *Arch Derm* 102: 337 1970.
- 34) Kreuzer, G., et al.: Kann das Basaliom Metastasieren? *Derm Wschr* 151: 401 1965.
- 35) Montgomery, H.: *Dermatopathology*. ed 2, Lippincott Co, New York, 1967, p 923.
- 36) Stewart, W., et al.: Case of basal-cell carcinoma with metastases. *Brit J Surg* 55: 715 1968.
- 37) Mori, M., et al.: Enzymatic histochemical demonstration of basal-cell carcinoma in the oral cavity. *OS OM OP* 25: 746 1968.
- 38) Benjamin F.L., et al.: Basal-cell carcinoma of the gingiva. *OS OM OP* 24: 648 1967.
- 39) Gorlin, R.J., Goldman, H.M.: *Thoma's Oral Pathology*. ed 6, Mosby Co, St Louis, 1970, p 845.
- 40) Williamson, J.J., Cohnsey, B.C. & Henderson, B.M.: Basal cell carcinoma of the mandibular gingiva. *Arch Derm* 95: 76 1967.
- 41) Keen, R.R., et al.: Basal cell carcinoma from the mucosal surface of the lower lip. *J Oral Surg* 22: 453 1964.
- 42) Stanley, W., et al.: Multicentric basal cell carcinoma of vermilion mucosa skin of lower lip. *OS OM OP* 26: 269 1968.
- 43) 竹内 勝: 皮膚科学入門. 丸善, 東京, 1968, 527頁.
- 44) 水野淳子, 他: 孤立性毛包上皮腫について. *皮膚臨床* 18: 345 1976.
- 45) 安原 稔, 他: Solitary trichoepithelioma の一異型例. *皮膚* 18: 383 1976.
- 46) Elson B. Helwig, Howard R. Gray: Epithelioma adenoides cysticum and solitary trichoepithelioma. *Arch Derm* 87: 102 1963.
- 47) 安原 稔, 他: Solitary trichoepithelioma. *皮膚* 18: 351 1976.
- 48) 大森清一, 他: 皮膚癌の治療. *癌の臨床* 11: 611 1965.
- 49) 石原和之: 皮膚悪性腫瘍. *臨外* 23: 1938 1968.
- 50) 藤田浄秀, 他: Fries 法による口唇再建の検討. *日口外誌* 25: 913 1979.
- 51) 堀越達郎編集: 図説顎・顔面・口腔手術学. 第1版, 東京, 1976, 194頁.
- 52) 藤野豊美, 他: 筋保存皮弁と舌弁による下唇癌根治手術後, 広範囲欠損の再建. *形成外科* 12: 249 1969.
- 53) 添田周吾: 後天性口唇全層欠損に対する再建術. *形成外科* 11: 139 1968.