短 報

ケラー紅色肥厚症の1例

金沢大学医学部産婦人科¹⁾, 舞鶴共済病院臨床検査科病理²⁾, 同 皮膚科³⁾, J.C.R.⁴⁾杉山 裕子¹⁾ 生水真紀夫¹⁾ 橋本 茂¹⁾ 富松 功光¹⁾寺田 督¹⁾ 岩崎 由恵²⁾ 大槻 典男³⁾ 中山 啓三⁴⁾

I. はじめに

ケラー紅色肥厚症は、陰茎亀頭・女子外陰部などの粘膜に生じたボーエン病の一種と考えられている。今回、われわれはケラー紅色肥厚症の症例を3年間に渡り経過観察したので、その細胞像の推移を中心に報告する。

II. 症 例

患者は67歳の女性である。33歳のときに子宮外妊娠と子宮筋腫のために、左付属器切除術および子宮腔上部切除術を受けている。1988年11月頃より、外陰部に掻痒感と灼熱感が出現・増悪してきたために、翌年4月に舞鶴共済病院を受診した。外尿道口から腔前庭にかけての部位と両側小陰唇とに、境界明瞭な紅色肥厚病変を認めた(写真1)。表面は、ピロード状平滑で扁平であった。病変部からの生検により粘膜の上皮内癌の所見を認めケラー紅色肥厚症と診断された(写真2-a)。血液検査所見では、軽度の肝機能異常を認めた。DIP、腹部および骨盤内CTには異常を認めな

かった。膀胱鏡検査では、尿道に軽度の浮腫を認めた。

1989年4月より、病変部に5Fu軟膏の塗布を開始した。2ヵ月後に、紅色肥厚部がほとんど消失したため治療を中止した。1991年5月に、再び外尿道口周囲から小陰唇腔前庭部にかけて紅色肥厚病変を認めるようになった。再度、5Fu軟膏を塗布して病変部の縮小をはかった後、外尿道口周囲を除く病変部に対して凍結凝固手術を施行した。1992年3月の時点で、外陰部の紅色病変はほとんど消失した。

初診時の外陰病変部擦過細胞診では、旁基底型の核異型細胞がシート状に出現しているのを認めた。核は大型で緊満感があり、軽度の大小不同・クロマチンの増量を示していた。核小体はみられず背景はきれいであった。クラスIVと判定した(写真2-b)。5Fu軟膏による治療開始後1ヵ月目の擦過細胞診では、核異型を示す細胞は消失しており、炎症性背景のなかに、組織修復細胞や扁平上皮化生細胞の出現を認めた。この時期の生検標本では、肉芽組織のみがみられ、上皮内

写真1 外尿道口から腔前庭にかけての部位と両側小陰唇に紅色肥厚病変を認める

A case report of erythroplasia of Queyrat

Yuko SUGIYAMA¹⁾, Makio SHOZU¹⁾, M.D., Shigeru HASHIMOTO¹⁾, M.D., Norimitu TOMIMATU¹⁾, M.D., Susumu TERADA¹⁾, M.D., Yoshie IWASAKI²⁾, C.T., I.A.C., Norio OHTUKI³⁾, M.D., Keizou NAKAYAMA⁴⁾, C.T., I.A.C.

¹⁾Department of Obstetrics and Gynecology, Kanazawa University School of Medicine

²⁾Department of Clinical Laboratory, ³⁾Department of Dermatology, Maizuru Mutual Aid Hospital

⁴⁾J.C.R.

論文別刷請求先: ☎ 920 石川県金沢市宝町13の1 金沢大学医学部産婦人科 杉山裕子

平成4年7月28日受付

平成4年10月30日受理

写真 2(a) 上皮内に小型でN/C比の高い異型細胞の増殖が認められる(H-E染色, 200)
 (b) きれいな背景のなかに著明に核の腫大した旁基底型核異型細胞集団を認める(Pap.染色, ×1000)

癌細胞の残存は認められなかった。

III. 考 察

1911年にQueyratが陰茎亀頭にビロード様紅色を呈した4症例を報告した。Queyrat¹⁾は、これをErythroplasiaと命名し、前癌性疾患と考えた。その後、陰茎亀頭の他に、女性外陰部・口腔粘膜・結膜など粘膜および皮膚粘膜移行部に同様の病変が出現することが報告された。

本症の病変部は、鮮紅色または紅褐色調を呈し、わ

ずかに皮膚面より隆起する。表面はビロード状ないし平滑で境界明瞭である。男性では亀頭部に好発し、女性では大陰唇・小陰唇に好発する。本症は、男女ともにみられるが、60歳代の男性にやや多いとされる³⁾。

一般に、ケラー紅色肥厚症は粘膜に生じた前癌病変と考えられており、皮膚の前癌病変であるボーエン病の一種と考えられている²⁾。しかし、ケラー紅色肥厚症では、組織学的に表皮の角化傾向が少なく不全角化や錯角化が多くみられ棘層下半部に主に異型細胞をみる事が多く、比較的早期に浸潤癌に移行する傾向がある。一方、ボーエン病では、ケラー紅色肥厚症と異なり内臓癌の合併率が高いことが知られている。これらの相違点から、ケラー紅色肥厚症とボーエン病とは異なる疾患とする考えもある³⁾。

治療は、外科的摘除および形成外科的再建術、放射線療法、抗癌剤(5-Fu軟膏外用、ブレオマイシン静注など)、凍結凝固療法、およびこれらの併用療法により行われている。浸潤や転移のない症例では、治療後の予後は比較的良好であるが、治療後の再発例や浸潤癌への移行を示す例では不良である³⁾。なお、経過中に他臓器に扁平上皮癌の合併をみたとの報告もあり³⁾、慎重に経過観察する必要がある。

IV. ま と め

ケラー紅色肥厚症の1例を3年間に渡り治療・経過観察し、細胞診所見・臨床経過を中心に報告した。

本論文の一部は、第33回日本臨床細胞学会総会(平成4年、福岡)にて発表した。

文 献

- 1) Queyrat, L.: Erythroplasie du gland, Bull. Soc. Fr. Derm. Sysh., 22: 378~382, 1911.
- 2) 池田重雄・他: 紅色肥厚症, 現代皮膚科学大系, 第9巻: 232, 1980.
- 3) 前田 学: Erythroplasia of Queyrat, 日皮会誌, 93: 1177~1187, 1983.