上眼瞼の眼瞼脂腺癌の2例

加茂 理英 菅原 弘二 石井 正光
大阪市立大学大学院医学研究科皮膚病態学

Ocular sebaceous carcinoma : a report of 2 cases

Riei KAMO, Kouji SUGAWARA, Masamitsu ISHI

Department of Dermatology, Osaka City University Graduate School of Medicine

Sebaceous carcinomas are divided into an ocular sebaceous carcinoma and extraocular sebaceous carcinoma. Ocular sebaceous carcinoma is derived from the meibomian glands, Zeis' glands, or caruncula lacrimalis. It is misdiagnosed as a chalazion so that it often recurs after excision. It can be diagnosed only by pathological examination. Prognosis of sebaceous carcinoma is poor, when it is more than T3 in size. Early diagnosis and treatment are required.

We experienced 2 patients with sebaceous carcinoma in the upper eyelid. Operation is the first choice in treatment against ocular sebaceous carcinoma, although ocular sebaceous carcinoma rising in the eyelid is often difficult to remove completely. We excise these tumors in full thickness of the eyelid with a safety margin of 5 mm or 10 mm, which is different in accordance with the tumor's size. A defect of the upper eyelid was reconstructed with a switch flap of the lower eyelid. This method is useful in reconstructing the function and appearance of eyelid. [*Skin Cancer (Japan)* 2004 ; 19 : 190-194]

Key words : Meibomian glands, Chalazion, Mustardé rotation flap

はじめに

脂腺癌は皮脂腺に発症するものと眼瞼のマイボーム腺などに発症するものに分けられる。そのうち眼瞼脂腺癌 (ocular sebaceous carcinoma) は霰粒腫と外見上の鑑別が難しく切開と再発を繰り返し、診断が遅れることが多い。また解剖学的に眼瞼という特殊な部位であるため切除範囲を十分にとることが難しく予後不良なことが多い。今回我々は上眼瞼の2症例を経験した。切除範囲と手術術式と経過について文献的考察を加え報告する。

症例1

患者：83歳，女性

初診日：1997年6月24日

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：73歳，眼底出血。高血圧症。82歳，心不全でペースメーカー挿入。

現病歴：1994年頃より，右上眼瞼の腫瘤に気付いた。近医で切開されたが再発してきた。前医で生検されマイボーム腺癌と診断され，拡大切除目的で当科を紹介された。

初診時現症：右上眼瞼縁から結膜側に15×5mmの腫瘤を認めた (図1)。

手 術：腫瘍辺縁より5～7mm離して眼瞼を全層で切除した。上眼瞼の欠損は、25×10mmで下眼瞼からの反転皮弁で再建した。下眼瞼は頬部皮弁と耳介軟骨移植を行った。

病理組織学検査：明澄で核小体が明瞭な大型の核を持つ細胞が、胞巣状に密に増殖していた。分裂像もみられた（図2 a, b）。

特 染：EMA染色が陽性、PAS、アルシアン青、S-100、CEA、SMAの各染色は陰性であった。以上よりマイボーム腺癌と診断した（表1）。

経 過：術後1年2ヵ月、開閉眼障害・眼球運動障害や下眼瞼の外反は認めなかった（図3）。術後5年8ヵ月の現在、長期療養型病

院に入院中であるが再発・転移を認めず生存中である。

症例 2

患 者：65歳、男性

初診日：2001年6月8日

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：糖尿病

現病歴：2000年頃より左上眼瞼の腫瘍に気付いた。2001年5月、前医で切除生検され、マイボーム腺癌と診断され、拡大手術目的で当科に紹介された。

前医生検時には左上眼瞼縁に6×8mmの黄色の腫瘍を認めた（図4 a）。当科初診時には腫瘍は切除生検され、左上眼瞼縁に5×5mmの眼瞼全層欠損を認めた（図4 b）。

手 術：左上眼瞼縁の5×5mmの眼瞼欠損より5mm離して全層で切除した。生じた眼瞼欠損は15×12mmであった。再建は下眼瞼からの反転皮弁で再建した。下眼瞼は頬部皮弁と耳介軟骨移植を行った。

病理組織学的検査：腫瘍胞巣は大小の明澄な細胞から構成されている。各腫瘍細胞は異型性を有する（図5 a, b）。

特 染：EMA染色が陽性、PAS、アルシア

図1．初診時現症
右上眼瞼縁から結膜側に15×5mmの紅色腫瘍を認めた

図2．a. HE染色弱拡大像
腫瘍胞巣が真皮から皮下組織にかけて存在する。腫瘍胞巣は主に好酸性細胞から構成されている
b. HE染色強拡大像
胞巣中央には、散在性に明澄細胞がみられ、大小不同、核異型が強い

a|b

表 1 . 特染結果のまとめ

	症例 1	症例 2
EMA	++	++
PAS	—	—
アルシアン青	—	—
S-100	—	—
CEA	—	—
SMA	—	—

症例 1 , 2 ともに EMA のみ陽性で , PAS , アルシアン青 , S-100 , CEA , SMA の各染色が陰性であった
EMA (epithelial membrane antigen ; 上皮膜抗原)
CEA (carcinoembryonic antigen ; 癌胎児性抗原)
SMA (alpha smooth muscle actin ; α 平滑筋アクチン)

図 3 . 術後 1 年 2 ヲ月の臨床像
開閉瞼・眼球運動障害を認めない

図 4 . a. 前医での切除生検時の臨床像
左上眼瞼縁に 6 × 8mm の黄色腫瘍を認める
b. 当科手術時の臨床像
腫瘍切除後の 5 × 5mm の眼瞼欠損を認めた

a | b

図 5 . a. HE 染色弱拡大像
真皮内に明澄細胞からなる腫瘍胞巣を認める
b. HE 染色強拡大像
腫瘍胞巣は明澄細胞で構成され大小不同で核異型性を認める

a | b

ン青, S-100, CEA, SMAの各染色は陰性であった。以上よりマイボーム腺癌と診断した(表1)。

経過: 術後1年経過するが再発・遠隔転移を認めていない(図6)。

図6. 術後1年6ヵ月
開閉眼・眼球運動障害を認めない, 再発・転移を認めていない

考 察

脂腺癌は、脂腺への分化を示す悪性腫瘍であるが、眼瞼に生じる眼瞼部脂腺癌と、眼瞼以外の皮膚に生じる眼瞼外脂腺癌に大別される。今回報告した眼瞼部脂腺癌は、マイボーム腺、ツァイス腺および涙丘など眼瞼部に発症する。臨床上腺腫との鑑別が重要である¹⁾。眼科で霰粒腫として治療されても再発を繰り返し、組織検査で初めて脂腺癌と診断される場合も少なくない。症例1は、近医眼科で切開排膿を受けた既往があった。

診断において、臨床的には上眼瞼に多く、緩徐に増大する硬くて深在性の結節あるいは硬結で、マイボーム腺の肉芽腫性炎症である霰粒腫との鑑別が難しいと報告されている¹⁾。組織学的には、腫瘍胞巣が未分化細胞と空胞細胞で構成されるが、正常脂腺小葉に似た構造を示す場合と、無秩序に空胞細胞が散在する場合がある。空胞細胞は凍結切片で脂肪染色では陽性となる。また、未分化な腫瘍細胞も比較的大型で好

酸性の細胞質をもつsquamoidな細胞か、比較的小型で好塩基性の細胞質を持つbasaloidな細胞のどちらかのパターンをとると報告されている¹⁾²⁾。特染では脂肪染色で脂腺細胞への分化を確認することが確実であるが、脂肪染色ができない場合はPAS染色やアルシアン青染色、免疫染色でS-100タンパク質、HMB(homatropine methylbromide; 臭化メチルホマトロピン)-45, CEA(carcinoembryonic antigen; 癌胎児性抗原)を行い、汗腺系腫瘍や悪性黒色腫、Paget病との鑑別を要すると報告されている¹⁾。自験例はEMA(epithelial membrane antigen; 上皮膜抗原)のみに陽性でPAS, アルシアン青染色, S-100タンパク質, HMB-45, CEAの各染色は陰性であり、脂腺癌に矛盾しなかった。

治療は手術による切除が原則であるが、眼瞼という特殊な部位のため切除範囲を十分にとることは難しい。腫瘍サイズが大きくなると再発率が高くなるという報告もある³⁾。吉田らも腫瘍径に基づきT分類が行われ切除範囲を決定している⁴⁾。我々もこのT分類に準じて切除範囲を決定した(表2)。自験例はT2とT3であり、両例とも上眼瞼に存在した。

上眼瞼の1/4以上の全層欠損における再建には、上眼瞼外側のsliding flap, 下眼瞼からのMustardé lid-switch, Cutler-Beard total upper lid methodやMustardé rotation flapがある⁵⁾⁶⁾。Mustardé rotation flapは、上眼瞼の組織構成に類似する下眼瞼を上眼瞼に移動させ、上眼瞼の再建を優先させる方法である⁵⁾⁷⁾。つまり、下眼瞼は解剖学的に瞼板、筋肉、結膜などを有し再建眼瞼の機能は正常に近くなる。それゆえ整容的にも非常に良好な結果が得られる。二次的欠損となる比較的動きの少ない下眼瞼は、頬部皮弁を用いて再建され、その結膜側は、耳介軟骨移植が行われる⁷⁾。自験例もMustardé rotation flapで再建を行い機能的・整容的にも良好な結果が得られた。

眼瞼脂腺癌の予後は、再発率が高く、腫瘍が

表2. T分類と切除範囲

T分類	瞼板への浸潤と腫瘍径	切除範囲
T1	瞼板浸潤(－) or 眼瞼縁の最大径5mm以下	3-5mm safety margin 眼瞼全層切除
T2	瞼板浸潤(＋) or 眼瞼縁の最大径5-10mm以下	5mm safety margin 眼瞼全層切除
T3	眼瞼全層 or 眼瞼縁で最大径10mm以上	5-10 mm safety margin 眼瞼全層切除 or 再発例は 眼窩内容除去術
T4	隣接組織に浸潤	眼窩内容除去術

文献⁴⁾より引用

大きくなるにつれて死亡率が高くなると報告されている³⁾。眼瞼脂腺癌の転移は、21.5% (遠隔転移4%)、外国報告例でも転移14～25%とされている¹⁾。これは眼瞼という特殊な部位のため切除範囲を十分にとることが難しいことや組織学的に pagetoid spread を示すことがあり、肉眼的に切除断端に腫瘍が存在しないようにみえても腫瘍細胞の浸潤が起こりうることに
よるものと考えられる⁴⁾。自験の症例1では、腫瘍径はT3であったが、2症例とも、現在再発・転移を認めていない。機能上も開閉瞼、眼球運動障害を認めていない。眼瞼脂腺癌の治療において早期病理組織診断、早期の根治的切除が重要であると考えた。

文 献

- 1) 滝脇弘嗣：最新皮膚科学体系12，玉置邦彦，1版，中山書店，東京，2002，p161-164
- 2) 安斎眞一，近藤慈夫：皮膚原発眼瞼外脂腺癌，日皮会誌，109：2111-2122，1999
- 3) Nelson BR, Hamlet KR, Gillard M, et al：Sebaceous carcinoma. J Am Acad Dermatol, 33：1-15, 1995
- 4) 吉田哲憲，國分一郎：皮膚付属器腫瘍の手術，形成外科，40：87-101，1997
- 5) Glenn WJ, et al：Reconstruction of the eyelids and associated structure, Plastic Surgery. Vol. 2, the face, McCathy Saunders, 1990, p1707
- 6) 倉持 朗，池田重雄：マイボーム腺癌，皮膚病診療，14：967-970，1992
- 7) 大浦武彦：眼瞼癌とその再建，あたらしい眼科，3：1111-1121，1986