

SCC-CQ5 有棘細胞癌に予防的リンパ節郭清を実施すると生存率が向上するか

<推奨度：C2>

推奨文：予防的リンパ節郭清によって有棘細胞癌患者の生存率が向上するという高い水準の根拠はなく、その臨床的意義は不明であり、推奨できない。

解説：所属リンパ節転移を生じていない有棘細胞癌(SCC)の治療成績は良好であることから、リンパ節転移の有無が重要な予後因子であることが示唆される。しかし、欧米のガイドラインやレビューで予防的リンパ節郭清の有益性について言及しているものはない。

欧米諸国における SCC 患者の 5 年生存率はいずれも 90%以上であり、予後のよい悪性腫瘍と認識されている。原発巣治療後に転移を起こすのは全体のおよそ 1-5%で(1-3)、そのうち 85%程度が所属リンパ節への転移である。原発巣の浸潤が深部に及び、周囲組織との境界が不明瞭であるものは所属リンパ節転移のハイリスクグループと考えられるが、どのような条件を満たせば予防的リンパ節郭清の適応となるのかはわかっていない(4)。

わが国において、1987-1994 年に 27 施設で登録された 1082 例を追跡したところ、5 年生存率が病期 I は 92%、病期 II は 82.6%であったと報告されている(5)。また病期 III のうち所属リンパ節転移がみられた症例の 5 年生存率は 48%と低いので、治療成績の改善には、この群に属する症例の治療法を確立することが急務であろう。しかし、この報告では臨床的にリンパ節腫脹のみられない時期に予防的リンパ節郭清を行った群と、リンパ節転移が明らかになった後に根治的リンパ節郭清を行った群の生存率の比較はなされていない。

以上より、予防的リンパ節郭清と生存率との関連は十分に研究されておらず、その臨床的意義は不明である。したがって現時点では、予防的郭清は推奨できない。

文献

1. Weinstock MA. Epidemiologic investigation of nonmelanoma skin cancer mortality:the Rhode Island Follow-Back Study. J Invest Dermatol 1994;102:6S-9S (レベル IV)
2. Osterlind A, Hjalgrim H, Kulinsky B, et al. Skin cancer as a cause of death in Denmark. Br J Dermatol 1991;125: 580-582 (レベル IV)
3. Rowe DE, Carrol RJ, Day CL Jr. Prognostic Factors for local recurrence,

matastasis, and survival rates in squamous cel carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. J Am Acad Dermatol 1992;26: 976-990 (レベル I)

4. North Jr JH、 Spellman JE、 Driscoll D、 et al. Advanced cutaneous squamous cell carcinoma of the trunk and extremity: Analysis of prognostic factors. J Surg Oncol 1997;64:212-217 (レベル IV)

5. 石原和之. 本邦における皮膚悪性腫瘍の統計ならびに予後因子の検討. Skin Cancer 2005;20:234-248 (レベル IV)

SCC-CQ6 有棘細胞癌患者にセンチネルリンパ節生検を行うと生存率が向上するか

<推奨度：C1>

推奨文：センチネルリンパ節生検によって有棘細胞癌患者の生存率が向上するという高い水準の根拠は存在しない。ただし、本腫瘍の転移ルートは主としてリンパ行性であるので、症例によってはセンチネルリンパ節生検を考慮してもよい。

解説：有棘細胞癌(SCC)に対するセンチネルリンパ節生検の意義については、欧米において小規模な実行可能性研究が実施され、その妥当性が論じられてはいるものの(1-4)、ガイドラインやレビューの中で、本法を実施することにより生存率が上昇するか否かについて言及しているものはない(5)。

わが国においても、全身各所の SCC 8 例中 1 例、また 9 例中 1 例にセンチネルリンパ節のみに転移を認めたという症例報告があるにすぎない(6)。

以上より、現時点では SCC に対するセンチネルリンパ節生検の臨床的意義は不明であり、これを実施することで生存率が向上するというエビデンスは存在しない。ただし、SCC は転移ルートが主としてリンパ行性であるので、ハイリスク症例等に対しては、センチネルリンパ節生検の実施を考慮してもよい。本法の臨床的意義に関しては、症例を集積して科学的に十分な精度で評価を行う必要がある。

文献

1. Michl C, Starz H, Bachter D, et al. Sentinel lymphadenectomy in nonmelanoma skin malignancies. *Br J Dermatol* 2003;149:763-769. (レベル IV)
2. Cecchi R, Buralli L, de Gaudio C. Lymphatic mapping and sentinel lymphonodectomy in recurrent cutaneous squamous cell carcinomas. *Eur J Dermatol* 2005;15:478-479. (レベル V)
3. Reschly MJ, Messina JL, Zaulynov LL, et al. Utility of sentinel lymphadenectomy in the management of patients with high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2003;29:135-140. (レベル IV)
4. Wagner JD, Evdokimow DZ, Wenck S, et al. Sentinel node biopsy for high-risk nonmelanoma cutaneous malignancy. *Arch Dermatol* 2004;140:75-79. (レベル V)

5. Australian Cancer Network Management of Non-melanoma Skin Cancer Working Party: non-melanoma skin cancer: Squamous cell carcinoma, Lymph node metastases. Guidelines for treatment and management in Australia. 86-88, 2002. (レベル I)
6. 八代 浩、河合成海、山北高志、他：当院における有棘細胞癌に対する sentinel node biopsy の検討. 日皮会誌 2006;116:325-329. (レベル IV)

SCC-CQ 7 有棘細胞癌の遠隔転移巣を外科的に切除することは有益か

<推奨度：C2>

推奨文：有棘細胞癌の転移巣を切除することによって生存率が向上するという高い水準の根拠はない。緩和療法などとしての意義が高い場合に限り、治療選択肢の一つとして検討してもよいが、大半の症例ではその有益性はない。

解説：有棘細胞癌(SCC)に関する既存のレビュー (Cochrane Library, Clinical Evidence : issue 9, Evidence-based Dermatology) や英国およびオーストラリアのガイドラインでは、遠隔転移の切除に関する記載そのものが存在しない(1-3)。

米国の National Comprehensive Cancer Network (NCCN)のガイドライン(4)もほぼ同様の立場をとっている。ただし、このガイドラインでは、遠隔転移例に対しては、多領域の専門家からなる集学的臨床試験の実施を考慮すべきであると記載されており、転移巣の切除も緩和療法の選択肢の一つとして挙げられるかもしれない。

以上より、SCC 転移巣の外科的切除は緩和療法以上の意味を持ちえず、これを実施するのは、切除が容易で QOL 改善などの有益性が明らか、というような場合に限られるであろう。

文献

1. NCCN: Clinical practice guideline in oncology-v.1 2006. basal cell and squamous cell skin cancers. version 1. 2006, SCC-1-REF-6 (レベル I)

SCC-CQ 8 手術不能な有棘細胞癌の進行原発巣や所属リンパ節転移、遠隔転移に対して化学療法は有益か

<推奨度：C1>

推奨文：手術が困難な有棘細胞癌の進行原発巣や所属リンパ節転移に対して化学療法は比較的高い奏効率を示し、また症状緩和に寄与することがあるので有益である。ただし遠隔転移巣に対する有益性は不明である。

解説：有棘細胞癌(SCC)の進行原発巣と所属リンパ節転移に対しては、化学療法が比較的高い奏効率を示し、症状緩和に寄与するという複数の症例集積研究が存在する。ただし、少数例についての報告がほとんどである。

Ikedaらは(1)、86例のSCCにpeplomycin sulfate単剤を投与し、奏効率61.6% (完全奏効23%、部分奏効38%、anyTNOMOで68.5%、anyTN1M0で25%、anyTanyNM1で10%)の効果をえている。Guthrieらは、cisplatinとadriamycinを中心とする多剤併用療法にて奏効率58% (12例中、完全奏効4例、部分奏効3例) (2)、Sadekらは、腫瘍径が数cm以上の大型のSCC原発巣に対して、cisplatin、5-fluorouracil、bleomycinの併用療法を実施し、84% (13例中、完全奏効4例、部分奏効7例)の奏効率をえている(3)。また池田らは、CPT-11単剤で39.4%の奏効率(2CR+11PR/33:原発巣38.5%、リンパ節転移60%、肺転移33%)がえられたと報告している。

一方Burrisらは、手術、放射線療法、全身化学療法の適応のないSCC症例に対し、局所注入によるcisplatinとepinephrineの併用療法を実施し、奏効率38% (12CR+3PR/32病巣)を得たと報告し、緩和目的での使用を勧めている(5)。

以上より、SCCに対し、化学療法は根治的手術が困難か、一期的な手術では整容的あるいは機能的に受容できない問題を生じるような進行原発巣や所属リンパ節転移に対して、症例を適切に選択して施行すれば、有益であるといえよう。縮小した原発巣やリンパ節転移巣を外科的に切除することにより、長期生存が得られることもある(3)。しかし、遠隔転移巣に対して化学療法を実施すると生存率が向上するか否かのデータはなく、その有用性は不明である。また、術後補助療法としての化学療法の意義についてもエビデンスは存在しない。

文献

1. Ikeda S, Ishihara K, Matsunaka N. Peplomycin therapy for skin cancer in Japan. *Drugs Exp Clin Res.* 1986;12:247-55 (レベルIV)
2. Guthrie TH, Jr. Porubsky ES, Luxenberg MN, et al. Cisplatin-based chemotherapy in advanced basal and squamous cell carcinomas of the

- skin: results in 28 patients including 13 patients receiving multimodality therapy. *J Clin Oncol* 1990;8:342-6 (レベルIV)
3. Sadek H, Azli N, Wendling JL, et al. Treatment of advanced squamous cell carcinoma of the skin with cisplatin, 5-fluorouracil, and bleomycin. *Cancer* 1990;66:1692-6 (レベルV)
 4. 池田重雄、石原和之、大浦武彦、他. 有棘細胞癌および悪性黒色腫に対する塩酸イリノテカン (CPT-11) の後期第 II 相試験. *Skin Cancer* 1993;8:503-513 (レベルIV)
 5. Burris HA III, Vogel CL, Castro D, et al. Intratumoral cisplatin/epinephrine-injectable gel as a palliative treatment for accessible solid tumors: a multicenter pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;118:496-503 (レベルIV)

SCC-CQ9 有棘細胞癌に対して根治的放射線療法を行うことは有益か。**<推奨度：B>**

推奨文：手術療法が適応とならない有棘細胞癌に対しては根治的放射線療法を行うことは有益である。

有棘細胞癌(SCC)の多くは原発巣にとどまり、手術療法を中心とした治療にて約90%の症例が治癒する(1,2)。しかし、機能面や整容面から外科的手術が望ましくないと判断される症例や、神経周囲浸潤例、局所進行期例に対しては、根治的放射線療法が考慮される(1-3)。

早期例や腫瘍径の小さいSCCに対する放射線療法の成績は良好で、手術と概ね同等の成績が報告されており90%の症例で局所制御が得られる(2,4-6)。しかし、頭頸部領域原発で耳下腺に浸潤した症例や、リンパ節転移や神経周囲浸潤を来した症例に対する放射線療法の生存率は17~46%と不良である(7-10)。

根治的放射線治療としての至適照射範囲や照射スケジュールに関しては統一見解がないものの、周囲正常組織の耐容線量を考慮し、50~70 Gy/20~35回程度の線量が用いられる(3,11)。かつて用いられていた表在X線装置は本邦では現在はほとんど使用されず、電子線照射が主流となっている。電子線を用いた放射線療法は表在X線装置を用いた治療と同等の成績が得られることが示されている(11)。SCCの所属リンパ節転移は1~5%と稀であるので、通常の場合は所属リンパ節を含めた照射野を作成することは不要と考えられる。しかし、頭皮、耳、鼻、口唇部などの病巣、熱傷や慢性潰瘍を発生母地とした病巣、再発病巣などでは所属リンパ節転移を生じることがあるため、症例毎に照射範囲が検討される(12)。治療計画にあたっては皮膚科医と放射線腫瘍医の綿密な連携が重要である。

文献

1. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001;344:975-83 (レベルI)
2. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL, Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip: Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:976-90 (レベルI)
3. Kwan W, Wilson D, Moravan V. Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;60:406-11 (レベルIV)

4. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, et al. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 1995;75:699-704 (レベル II)
5. Lovett RD, Perez CA, Shapiro SJ, et al. External irradiation of epithelial skin cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990;19:235-42 (レベル IV)
6. 岡崎 篤, 高橋 育, 伊藤 潤, 他. 皮膚癌の放射線治療成績に関する検討. *日本医放会誌* 1986;46:1048-56 (レベル IV)
7. Audet N, Palme CE, Gullane PJ, et al. Cutaneous metastatic squamous cell carcinoma to the parotid gland: analysis and outcome. *Head Neck* 2004;26:727-32 (レベル IV)
8. McCord MW, Mendenhall WM, Parsons JT, et al. Skin cancer of the head and neck with clinical perineural invasion. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:89-93 (レベル IV)
9. McNab AA, Francis IC, Benger R, et al. Perineural spread of cutaneous squamous cell carcinoma via the orbit. Clinical features and outcome in 21 cases. *Ophthalmology* 1997;104:1457-62 (レベル IV)
10. Taylor BW, Jr., Brant TA, Mendenhall NP, et al. Carcinoma of the skin metastatic to parotid area lymph nodes. *Head Neck* 1991;13:427-33 (レベル IV)
11. Griep C, Davelaar J, Scholten AN, et al. Electron beam therapy is not inferior to superficial x-ray therapy in the treatment of skin carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;32:1347-50 (レベル IV)
12. Moore BA, Weber RS, Prieto V, et al. Lymph node metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2005;115:1561-7 (レベル IV)

SCC-CQ10 有棘細胞癌に対し術後放射線療法を行うことは有益か。**<推奨度：B>**

推奨文：再発の危険性が高い有棘細胞癌に対しては、術後放射線療法を行うことは有益である。

解説：有棘細胞癌(SCC)の多くは原発巣にとどまるので、手術療法を中心とした局所療法単独で約90%の症例が治癒する(1)。一方、2~5%の症例では初診時に所属リンパ節転移が認められ、積極的な治療を行ってもその予後は不良である(2-6)。初期治療後にリンパ転移を生じてくる症例は全体の5%程度と少ないものの、再発後は治療に難渋することが少なくない。そこで、再発の危険性が高い症例には手術療法後に放射線療法の適用が考慮される(1,3)。

術後補助療法としての放射線療法に関するこれまでの報告はすべて後ろ向き研究であり、術後放射線療法の意義を検討したランダム化比較試験は存在しない。再発の危険性の高い症例に対し術後照射を行うことで再発率が低下する可能性はあるものの、生存率が向上するかは不明である(2,4,6-10)。術後照射の適応として、可能な限りの切除を行っても十分な切除断端が確保できない症例や、神経周囲浸潤例、多発リンパ節転移例などがあげられている(3,6-11)。

SCCの術後照射としての至適照射スケジュールは確立していないが、頭頸部腫瘍における術後照射の有効性と有害事象の臨床データを参考にすると、1回線量を1.8~2.0 Gyとして総線量50~70 Gy程度が妥当と考えられる。ただし、治療する部位と範囲により周囲正常組織の耐容線量は異なるため注意が必要である。適切な照射範囲に関しても統一見解はない。再発病巣、脈管浸潤が著明な腫瘍、神経周囲浸潤、大きな腫瘍、軟部組織浸潤例などではリンパ節転移を生じる危険性が高いとされるので、症例によっては所属リンパ節を含めた放射線療法を考慮する(2,5,6,8,11)。

また、放射線療法は遠隔転移を有するSCC患者の症状緩和に有用な場合があり、生活の質の改善と維持を目的に適応が検討されることもある。なお、SCCに対する術前照射の意義を検討した報告は少なく、その有用性は不明である。

文献

1. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001;344:975-83 (レベルI)
2. Tavin E, Persky M. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck region. *Laryngoscope* 1996;106:156-8 (レベルIV)
3. Audet N, Palme CE, Gullane PJ, et al. Cutaneous metastatic

- squamous cell carcinoma to the parotid gland: analysis and outcome. *Head Neck* 2004;26:727-32 (レベル IV)
4. McNab AA, Francis IC, Bengner R, et al. Perineural spread of cutaneous squamous cell carcinoma via the orbit. Clinical features and outcome in 21 cases. *Ophthalmology* 1997;104:1457-62 (レベル IV)
 5. Moore BA, Weber RS, Prieto V, et al. Lymph node metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2005;115:1561-7 (レベル IV)
 6. Kraus DH, Carew JF, Harrison LB. Regional lymph node metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124:582-7 (レベル IV)
 7. Taylor BW, Jr., Brant TA, Mendenhall NP, et al. Carcinoma of the skin metastatic to parotid area lymph nodes. *Head Neck* 1991;13:427-33 (レベル IV)
 8. Veness MJ, Palme CE, Smith M, et al. Cutaneous head and neck squamous cell carcinoma metastatic to cervical lymph nodes (nonparotid): a better outcome with surgery and adjuvant radiotherapy. *Laryngoscope* 2003;113:1827-33 (レベル IV)
 9. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL, Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:976-90 (レベル I)
 10. McCord MW, Mendenhall WM, Parsons JT, et al. Skin cancer of the head and neck with clinical perineural invasion. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:89-93 (レベル IV)
 11. Geohas J, Roholt NS, Robinson JK: Adjuvant radiotherapy after excision of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:633-6 (レベル V)

SCC-CQ11 有棘細胞癌の術後に定期的な画像検査を行うと生存率は向上するか

<推奨度：C2>

推奨文：有棘細胞癌の術後に定期的な画像検査を行うと、生存率が向上するという明らかなエビデンスは存在せず、その臨床的意義は不明である。むしろ、嚴重な臨床的観察によってリンパ節転移を早期に発見するように努めることが重要である。

解説：有棘細胞癌(SCC)において定期的な画像検査が局所再発や所属リンパ節、遠隔転移の早期発見に寄与し、生存率が上昇するか否かを明らかにした報告は存在しない。

原発巣切除後の転移は、大半の症例において所属リンパ節に生じ、リンパ節転移を伴わずに血行性転移をきたすことは極めて稀である。またリンパ節転移は、60-80%の症例では2年以内に発見されると報告されている(1,2)。したがって、初回手術時にリンパ節郭清を行わなかった症例については、所属リンパ節までの転移であれば、根治的郭清術が可能な場合が少なくないので、嚴重な臨床的観察による早期発見が必要となる。

リンパ節転移を起こしやすい原発巣側の因子として、再発、組織所見(深部への浸潤、神経周囲浸潤、分化度)、原発巣のサイズ(2cm以上)、解剖学的部位(耳、口唇、手足、粘膜部)、宿主側の因子として免疫不全が報告されており、経過観察を行う上で参考になろう(1-8)。

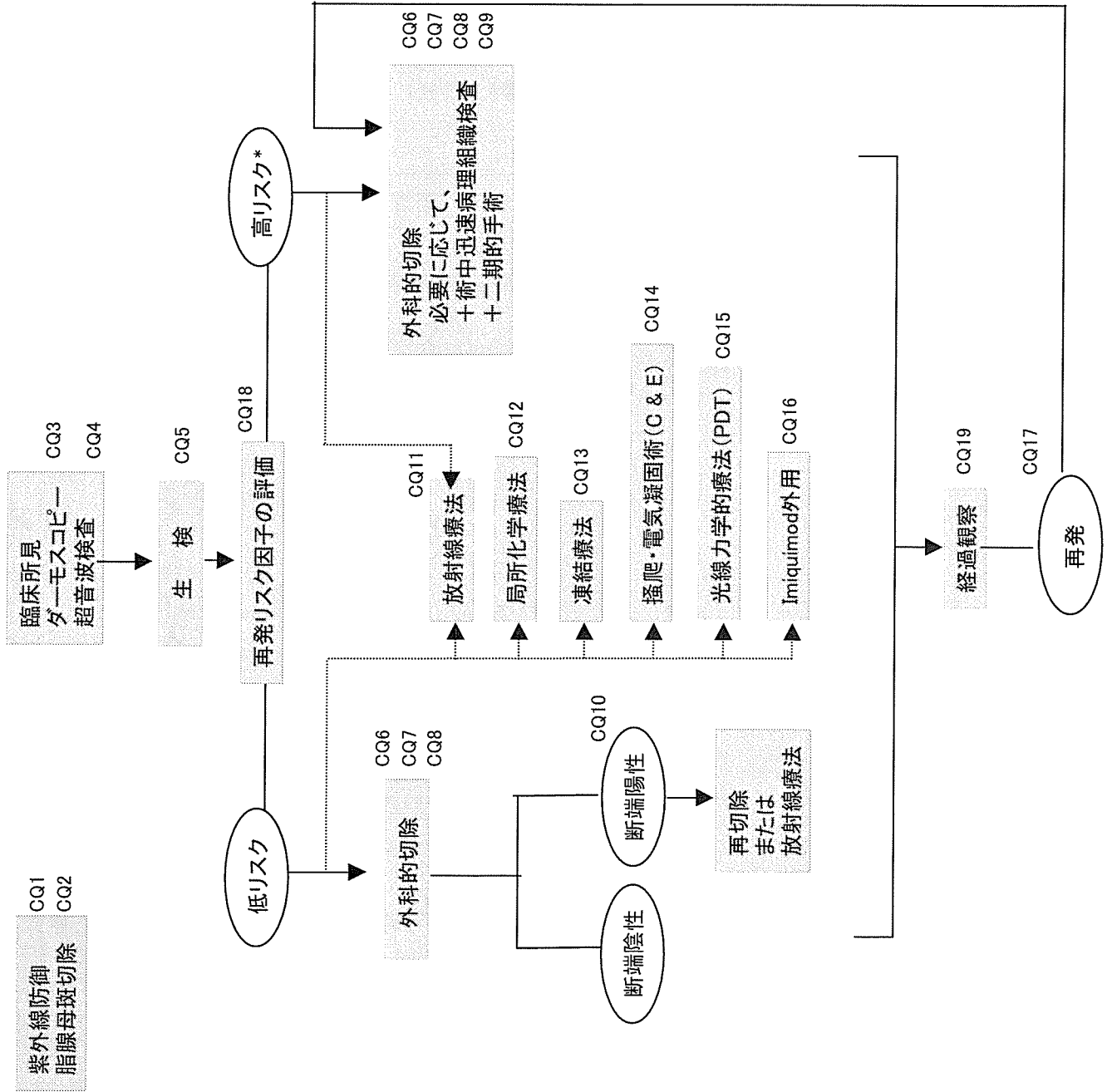
以上より、SCCの原発巣切除部における再発、所属リンパ節や遠隔転移、新たな病変の早期発見のために、定期的な画像検査の意義は低いと考えられる。むしろ、患者の訴えを良く聞き、原発巣部と所属リンパ節領域を丁寧に診察し、最後に特に日光露出部に新生病変がないかを観察することが重要である。また患者自身による身体検索の教育も併せて実施すべきである。

文献

1. Shin DM, Maloney ME, Lippman SM. Follow-up and prevention. Squamous cell carcinoma. In: Cutaneous Oncology: Pathophysiology, Diagnosis, and Management (Miller SJ, Maloney ME, Eds), Blackwell Science Inc., Malden, MA, 1998, p565-570 (レベルIV)
2. 和田恭子, 和田秀敏. 最近10年間における有棘細胞癌の統計的観察. 西日皮膚 1989; 51: 758-765 (レベルIV)

3. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992 ;26:976-90 (レベル I)
4. 小林まさ子, 長谷川隆, 藤田優. 皮膚有棘細胞癌 93 例の組織学的検討. *Skin Cancer* 1987;2:152-5 (レベル IV)
5. 竹之内辰也, 勝海 薫. 有棘細胞癌におけるリンパ節転移のリスク因子. *Skin Cancer* 2004;19:359-363 (レベル IV)
6. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 2003;56:85-91 (レベル I)
7. Veness MJ. Treatment recommendations in patients diagnosed with high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Australas Radiol* 2005;49:365-76 (レベル I)
8. Moore BA, Weber RS, Prieto V, et al. Lymph node metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2005;115:1561-7 (レベル IV)

基底細胞癌診療アルゴリズム



基底細胞癌の高リスク症例の定義

部位 / 腫瘍径	高リスク部位（頬・前額以外の顔、外陰、手、足）で 6mm 以上
	中リスク部位（頬、前額、頭、頸部）で 10mm 以上
	低リスク部位（体幹、四肢）で 20mm 以上
再発歴	あり
組織型	斑状強皮症型、硬化型、浸潤型、微小結節型
神経周囲浸潤	あり

BCC-CQ1 紫外線防御を行うことにより基底細胞癌の発生を予防できるか

<推奨度：C2>

推奨文：日本人に対し、基底細胞癌の発生予防を目的に紫外線防御を指導することには根拠がない。

解説：皮膚癌は白人を中心に世界的に急増傾向にあり、基底細胞癌(BCC)も例外ではない。特にオーストラリアでは皮膚癌の増加が深刻な社会問題となっており、国を挙げての紫外線防御キャンペーンが政策として行われている。

オーストラリアの中でも最も皮膚癌罹患率が高い地域の一つである Nambour において大規模な介入研究が行われた(1)。健常人 1621 人を対象としてサンスクリーン剤 (SPF15) 使用群と非使用群に割り付けたところ、観察期間 4.5 年の時点では BCC の新規発生患者数、病巣数ともに有意差がみられなかった。しかし、彼らはその後、多発生生存分析(multifailure survival analysis)の手法を用いて BCC が多発・続発するまでの時間因子を加味した解析を行い、統計学的な有意差には至らなかったものの、サンスクリーン剤使用群において BCC の二次発生リスクが減少傾向を示したと報告している(2)。

欧米では緯度の差により BCC の罹患率が明らかに異なり、紫外線の影響がその主因と考えられている。日本人においては BCC を含めて皮膚癌についての大規模な記述疫学データは存在しないが、報告されている範囲では BCC と紫外線との因果関係を示すだけのエビデンスは存在しない(3-5)。Nambour における BCC の罹患率は人口 10 万人対数千という高いレベルであり、これは日本人の数十倍から数百倍と予想されるため、今回の介入研究の結果を日本人にそのまま適用するのは困難である。紫外線による健康被害は皮膚癌だけでなく白内障、免疫抑制による感染症などもあるため、過度の日光浴を避けるという指導は必要であろうが、BCC の発生予防を目的としたサンスクリーン剤の使用は本邦においては妥当性に乏しい。

文献

1. Green A, Williams G, Neale R, et al: Daily sunscreen application and betacarotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinomas of the skin: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;354:723-9 (レベルII)
2. Pandeya N, Purdie DM, Green A, et al: Repeated occurrence of basal cell carcinoma of the skin and multifailure survival analysis: follow-up data from the Nambour Skin Cancer Prevention Trial. *Am J Epidemiol* 2005;161:748-54 (レベルIV)
3. 安西三郎, 澁谷博美, 寺師浩人, 他. 大分県における皮膚癌検診. *日皮会誌* 2003;113:1553-60 (レベルV)
4. Nagano T, Ueda M, Suzuki T, et al: Skin cancer screening in Okinawa, Japan. *J*

Dermatol Sci 1999;19:161-5 (レベルV)

5. Chuang TY, Reizner GT, Elpern DJ, et al: Nonmelanoma skin cancer in Japanese ethnic Hawaiians in Kauai, Hawaii: an incidence report. J Am Acad Dermatol 1995;33:422-6 (レベルV)

BCC-CQ2 基底細胞癌の発生予防のために脂腺母斑は切除すべきか

<推奨度：C1>

推奨文：基底細胞癌(BCC)の発生予防のために脂腺母斑を切除した方がよいという十分なエビデンスは存在しない。ただし、本母斑は、中年以降になって2次性に各種の付属器腫瘍を生じることがあるので、整容面も考慮し、適当な時期に切除を検討してもよい。

解説：従来より、脂腺母斑（類器官母斑）は基底細胞癌(BCC)をはじめとする種々の悪性腫瘍の発生母地となるため早期の切除が必要とされていた。しかし最近、従来「脂腺母斑上に生じた基底細胞癌」と診断された病変の多くが良性の毛芽腫である可能性が指摘されている。近年の切除された脂腺母斑すべての病理学的検討(100例以上の報告)でも、脂腺母斑上に生じたBCCは0.8%、0%、0.6%、2.2%と極めて低い合併率となっている(1-4)。これらの報告症例は年齢を問わずに集積されたものであり、正確な発生率とはいえない。16歳以下の症例を対象とした757例の脂腺母斑の解析でもBCCの発生は0%と報告されており、小児期に悪性腫瘍が発症する危険性は極めて低いといえる(5)。しかしながら、中高年者については別個に調査、検討する必要がある。

以上より、脂腺母斑からBCCが生じやすいというエビデンスはなく、予防的な見地から小児期にこれを切除することは推奨できない。しかし、本母斑には中年以降になって各種の付属器腫瘍を生じてくることが知られているので、整容面も考慮し、適当な時期に切除することを考えてもよい。

文献

1. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: A study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000;42: 263-8 (レベルV)
2. Jaqueti G, Requena L, Sanchez Yus E. Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in nevus sebaceus of Jadassohn: a clinicopathologic study of a series of 155 cases. *Am J Dermatopathol* 2000;22: 108-18 (レベルV)
3. Kaddu S, Schaeppi H, Kerl H, Soyer HP. Basaloid neoplasms in nevus sebaceus. *J Cutan Pathol* 2000;27: 327-37 (レベルV)
4. Munoz-Perez MA, Garcia-Hernandez MJ, Rios JJ, et al. Sebaceous naevi: a

clinicopathologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16: 319-24 (レベルV)

5. Santibanez-Gallerani A, Marshall D, et al. Should nevus sebaceus of Jadassohn in children be excised? A study of 757 cases, and literature review. *J Craniofac Surg* 2003;14: 658-60 (レベルV)

BCC-CQ 3 基底細胞癌の診断にダーモスコピーは有益か？

<推奨度：B>

推奨文：基底細胞癌はダーモスコピーにおいて特徴的所見を呈し、十分な精度の画像検査として推奨される。

解説：基底細胞癌(BCC)は臨床症状に多様性を示すので、臨床診断の精度を高めるために補助的情報を加えることは意義がある。特に鑑別すべき疾患として、メラノーマをはじめとする悪性腫瘍や、色素細胞母斑、脂漏性角化症、脂腺肥大症、毛芽腫などの良性の色素性病変が挙げられる。

ダーモスコピーは皮膚科特有の優れた画像診断法のひとつとして評価が得られている。現在もその適応と限界が模索され、広く色素性病変（上皮系・メラノサイト系）、脈管性病変、出血性病変を対象に、診断精度を高める検討が加えられている。

ダーモスコピーで基底細胞癌を疑う病変を観察する場合、まず pigment network の有無を検討する。これが存在する場合は悪性黒色腫や色素細胞母斑などのメラノサイト系腫瘍を考える（陰性所見：基底細胞癌では認められない所見）。pigment network が認められなかったら、陽性所見（基底細胞癌でみられる特徴的所見）である以下の6項目の所見の有無を検討する。①ulceration(潰瘍化)、②large blue-gray ovoid nests(灰青色類円形大型胞巣)、③multiple blue-gray globules(多発灰青色小球)、④multiple leaflike areas(多発葉状領域)、⑤spoke wheel areas(車軸状領域)、⑥arborizing teleangiectasia(vessels)(樹枝状血管拡張)。これらの所見が一つでも見出された場合、BCCである確率は93%と報告されている(1)。ダーモスコピーはBCCと他の色素性腫瘍との鑑別診断上きわめて有益である(1-3)。

文献

1. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, et al. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. Arch Dermatol 2000;136: 1012-6 (レベルIV)
2. 楊 達、鈴木 正、土田哲也、池田重雄. 基底細胞癌におけるデルマトスコピー所見の検討. 日皮会誌 1998;108:1249-56 (レベルV)
3. Peris K, Altobelli E, Ferrari A, et al. Interobserver agreement on dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma. Dermatol Surg 2002;28: 643-5 (レベルIV)