

九州大学病院がんセンター

皮膚がん

皮膚がんの受診から診断、治療、
経過観察への流れがわかります。

患者さんご家族の
明日のために

九州大学病院 がん診療委員会
皮膚がん部会



はじめに

皮膚がんは社会の高齢化とともに増加しています。全身を覆っている皮膚や粘膜のすべての部位から発生します。皮膚は目で見える場所ですので、皮膚がんは早期発見、早期治療が可能ながんであるともいえます。ただし、皮膚がんの種類や進行の程度によっては命に関わるような重篤な場合もありますので、時々自分の全身をチェックすると良いでしょう。シミやほくろ、イボなどはだれの皮膚にでもありますが、もし急に大きくなったり、色が変わったり、潰瘍ができたりした場合には皮膚がんの可能性もあります。皮膚科専門医への受診をお勧めします。

皮膚がんにはいろいろな種類があり、治療方針もそれぞれ異なります。日本皮膚科学会、日本癌治療学会のホームページから、皮膚がんの診断・治療の手順や各種治療法の推奨度などが記載された「皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン」を閲覧することができます。現在、悪性腫瘍診療ガイドラインの改定作業が進行中で、九州大学皮膚科もこの改定に参加しています。メラノーマなどいくつかの皮膚がんではすでに最新版の第3版（「メラノーマ診療ガ

イドライン2019」など）が公開されています。九州大学病院では、このガイドラインに沿った診断・治療を行っています。

https://www.dermatol.or.jp/modules/guideline/index.php?content_id=2

皮膚がんの種類

基底細胞癌

最も多い皮膚がんです。高齢者の顔面に、透明感のある小さな黒いイボのような病変として出現することが多いです。転移することはほとんどありませんが、再発することがあるため、十分な範囲の切除を行うことが重要です。

有棘細胞がん

2番目に多い皮膚がんです。長年紫外線を浴びてきた顔面や手背などの皮膚に発生することが多く、かさぶたのついた赤いカサカサした病変（日光角化症：前がん病変）が先に生じ、そこからがんへ進行します。熱傷のあとの瘢痕から発生することもあります。以前はすぐ治っていた瘢痕上の傷が治りにくくなった場合にはがん化の可能性があります。

悪性黒色腫（メラノーマ）

日本人の場合、10万人あたり年間1.5人程度に発症すると言われていています。日本人では足の裏に生じることが多く、子どものときにはなかった黒いシミが足の裏に出現して大きくなっていくようなら注意が必要です。早期に発見し、早い段階で適切な治療を行うことがとても重要です。最近では新しい治療薬が開発され、進行期のがんに対しても有効な治療ができるようになってきました。

その他の皮膚がん

乳房外パジェット病は外陰部に生じ、湿疹やたむしとよく似ています。塗り薬で良くならない湿疹やたむしは注意が必要です。血管肉腫は高齢者の頭部にできることが多く、とても悪性度の高い皮膚がんです。頭部のけががなかなか治らず、皮下出血のような紅いシミが広がる場合には注意が必要です。メルケル細胞がんは高齢者の頬に赤いできものを作ることが多く、これも悪性度の高い皮膚がんです。菌状息肉症はゆっくりと進行する皮膚の悪性リンパ腫で、紫外線療法などで治療します。湿疹やアトピー性皮膚炎と間違えることがあります。

診断

十分な経験を持った皮膚科専門医であれば、皮膚がんは視診（よく見る）だけで比較的簡単に診断できます。悪性黒色腫や乳房外パジェット病、日光角化症、菌状息肉症などでは良性の疾患ととても似ていることがあります。これらの早期病変ではわかりやすい腫瘤形成などはなく、皮膚の色や性状の変化が少しある程度です。皮膚科専門医でないと正確な診断は難しいかもしれません。

ダーモスコピー

拡大鏡のような道具を用いて行う検査です。表面での光の乱反射を抑え皮膚内部の構造や色素の分布、血管の走行などを観察できます。検査に伴う痛みなどはありません。悪性黒色腫や基底細胞がんと普通のほくろやシミなどを見分けるのに特に有用です。

皮膚生検

皮膚がんの確定診断は皮膚生検によって行います。局所麻酔薬を注射して、がんの一部（3-4 mm程度）を切り取って病理検査（顕微鏡検査）を行います。悪性黒色腫の場合はできるだ

け病変全体を切除し病理検査を行い、診断とその後の治療方針を決定します。

画像検査

皮膚生検により皮膚がんの診断がつき、さらに進行がんの可能性がある場合には、超音波検査やCT検査、MRI検査、PET-CT検査などの画像検査を組み合わせて、全身に転移があるかどうかを調べます。がんの中でも進行している悪性黒色腫や血管肉腫、比較的大きな有棘細胞がんなどでは、特にこの全身検索が重要です。抗がん剤治療中や、病気の進行度によっては手術を行ったあとも、再発や転移がないかどうか定期的に画像検査を行います。

外科的治療

手術治療のことです。ほとんどの皮膚がんにとって、最も確実で効果的な治療法です。特に早期の皮膚がんでは外科的治療で根治を期待できます。皮膚がんの種類や進行度に基づいて、病変から数mm～数cm離して切除します。目に見えない小さながん細胞の広がりを取り残さないようにするためです。わきや足のつけ根などのリンパ節

に転移がある場合はその領域のリンパ節すべてを取り除く手術（リンパ節廓清術といいます）を行います。がんを取り除いたあとはシンプルに縫い閉じるのが一番ですが、それができない場合には皮弁術（周囲の皮膚をうまく使って傷をふさぐ手術）や植皮術（別のところから皮膚をもらってきて傷に移植する手術）を追加することがあります。皮膚がんは皮膚にできるため、皮膚そのものを大きく切除する必要があります。内臓の手術であれば内視鏡やロボットを使って皮膚のキズを小さくすることができますが、皮膚がんの治療ではそうはいきません。皮膚のキズはどうしても長くなりがちですが、その分キズが綺麗に治るようにしています。キズが皮膚のしわになるべく治るように手術をデザインし、細い糸を使って皮膚を何層にも丁寧に縫合しています。皮膚がんの種類によってはがん細胞の広がりがわかりにくいことがあり、病理検査でがん細胞を完全に取除けたことを確認したあとで、改めて傷をふさぐ手術を行うこともあります。手術の部位や患者さんの体質によっては術後の瘢痕がしばらく固くつっぱったり赤みが目立ったりしますので、半年から1年程度テープやスポ

ンジによる圧迫を行っていただきます。

センチネルリンパ節生検

皮膚がんの最初の転移はリンパ節にすることが多いです。触診や画像検査によって明らかにがんで腫れたリンパ節転移が見つかることもありますが、リンパ節が腫瘍細胞で大きくなる前でもごく小さな転移が生じていることがあります。以前はリンパ節が腫れていなくても転移の予防のためにリンパ節郭清術が行われていました。しかし、リンパ節郭清術は体への負担が大きいため、術後のリンパ浮腫などの合併症も起こるため、結果的にリンパ節転移がなかった患者さんにとっては不必要な手術だったということになります。センチネルリンパ節生検では、複数あるリンパ節の中から転移の可能性が高いリンパ節のみを選んで摘出し検査をします。センチネルリンパ節に転移がなければ、残りのリンパ節にも転移していないということになり、不必要なリンパ節郭清術を避けることができます。本当に必要な患者さんだけにリンパ節郭清術を行うということができるようになりました。検査自体は数cmの皮膚の切開で体への負担は比較的少な

くて済みます。

悪性黒色腫、有棘細胞がん、メルケル細胞がん、乳房外パジェット病では保険診療でセンチネルリンパ節生検を行うことができます。これらの疾患でリンパ節転移のリスクのある患者さんにはセンチネルリンパ節生検をお勧めしています。

内科的治療

皮膚がんが肺や肝臓など他の臓器に転移して手術ができない場合には、化学療法や免疫チェックポイント阻害薬治療、分子標的薬治療を行うことがあります。

悪性黒色腫

これまでダカルバジンという抗がん剤を中心とした化学療法が行われてきましたが、十分な効果が得られているとはいえない状況でした。最近になって免疫チェックポイント阻害薬と分子標的治療薬と呼ばれる薬剤が使えるようになりました。免疫チェックポイント阻害薬は、からだに本来持っている、がんに対抗する力（免疫力）を高める薬剤です。効き目が出てくるまでに少し時間がかかるのですが、一度効果が

得られると長い間効くのが特徴です。一方、分子標的薬は腫瘍のBRAFという遺伝子に変異がある患者さんにしか使えない薬です。この遺伝子変異は日本人の悪性黒色腫の約30%に認められます。分子標的薬は治療を始めてすぐに効果が出るのですが、使い続けるうちに耐性ができ、効き目がなくなっていくことがあるため、他の薬剤に切り替えることがあります。2020年6月現在、悪性黒色腫に使用できる免疫チェックポイント阻害薬にはニボルマブ、ペムブロリズマブ、イピリムマブがあり、分子標的薬にはダブラフェニブ、トラメチニブ、エンコラフェニブ、トラメチニブ、ベムラフェニブがあります。なお、免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬を転移に対してではなく、手術治療のあとの再発予防のために使用することがあります。

その他の皮膚がん

有棘細胞がんではシスプラチン、ドキシソルビシン、フルオロウラシルなどの抗がん剤を組み合わせで治療します。血管肉腫ではパクリタキセル、ドセタキセル、エリブリンなどの化学療法薬や、パゾパニブという分子標的薬を使用します。メルケル細胞がんでは

アベルマブという免疫チェックポイント阻害薬が使えるようになりました。皮膚悪性リンパ腫に対しては、紫外線療法を行います。進行した場合は、エトポシドやメソトレキセート、ベキサロテンなどの抗がん剤や、ポリノスタットという分子標的薬を使用することがあります。

放射線治療

基底細胞がん、有棘細胞がん、メルケル細胞がんなどで、年齢や合併症のため手術が困難な場合などに、放射線治療が選択されることがあります。また手術を行ったあとも、切除部の周囲やリンパ節からの再発を予防するために、放射線治療を行うことがあります。血管肉腫は腫瘍がごく小さい場合以外では手術は行わず、化学療法と放射線治療を併用して治療を行います。放射線治療を受けると、照射部に皮膚炎や脱毛、粘膜炎を起こすことがあります。悪性黒色腫では、初発の腫瘍の治療のために放射線治療を行うことは通常ありませんが、脳転移に対する定位置放射線療法、骨転移の疼痛に対する緩和的放射線療法では、高い症状改善効果があります。

院内がん登録情報

2007-2018年の皮膚がん患者さんの内訳を示します。ステージは数字が大きいほど進行していることを意味します。ステージ0からⅡはがんがまだ皮膚だけにとどまっている状態、ステージⅢはがんから直接流れていくリンパ節に転移がある状態、ステージⅣは離れた臓器に転移している状態です。大半を占めるステージ0、Ⅰ、Ⅱでは、ほとんどの患者さんは手術だけで治療が終了します。ステージⅢでは手術（リンパ節郭清術）に加えて、がんの種類によっては放射線治療や抗がん剤による薬物治療をあわせて行います。ステージⅣでは手術ができることは少なく、放射線治療や薬物治療が主体となります。ステージ0、Ⅰの時期で治療ができれば、そのがんで亡くなることはほとんどありませんので、早期発見、早期治療がとても重要です。

皮膚 2007-2018年症例のうち悪性リンパ腫以外 治療前・取扱い規約ステージ

取扱い規約について集計を行った。

※症例2：自施設で診断され、自施設で
初回治療を開始（経過観察も含む）

症例3：他施設で診断され、自施設で
初回治療を開始（経過観察も含む）

※図4の生存曲線は全生存率として集計（がん以外の死因も含む）

ステージ	0	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	合計
症例数	290	720	281	91	39	1,421
割合	20%	51%	20%	6%	3%	100%

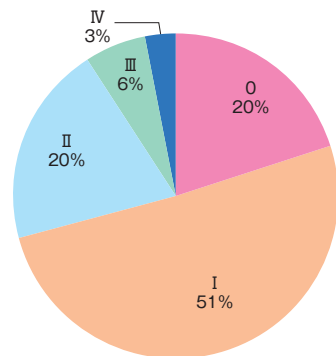


図1. ステージ別症例数（症例2、3）

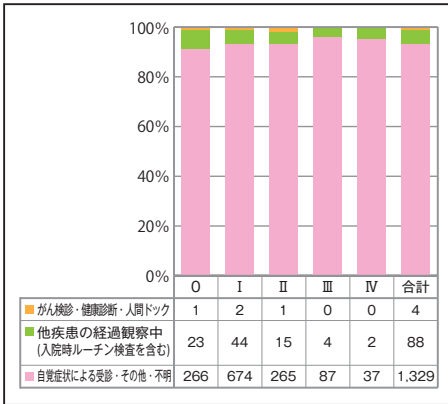


図2. ステージ別発見経緯（症例2、3）

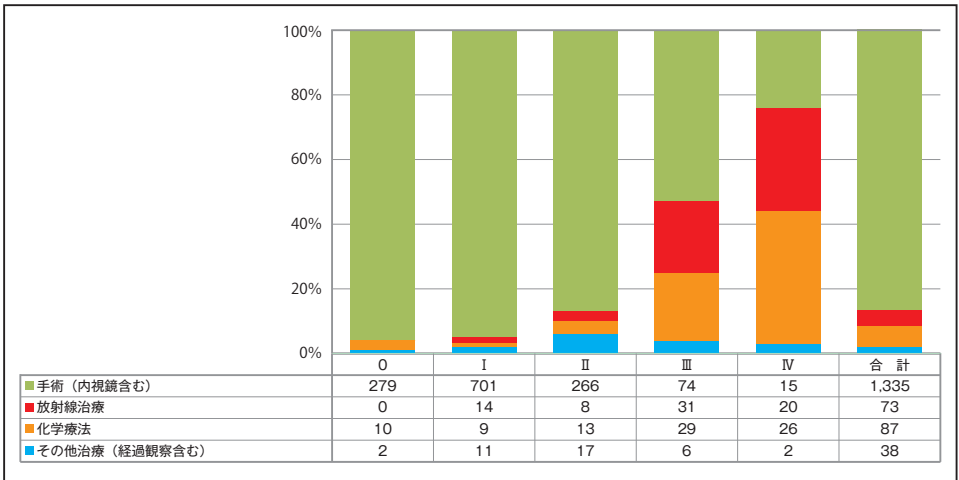


図3. ステージ別治療法（症例2、3）

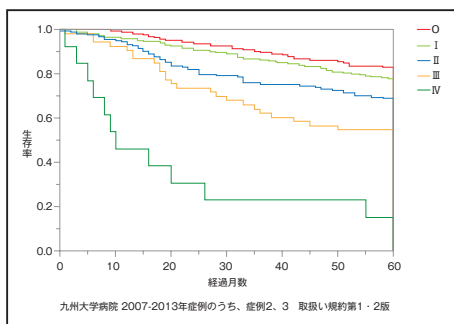


図4. Kaplan-Meier生存曲線 (皮膚)



問い合わせ先

九州大学病院がんセンター(土日祝日は除く)

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号
TEL.092-642-5890 FAX.092-642-5737

<がんセンターホームページ> <http://www.gan.med.kyushu-u.ac.jp>

2021年3月