

# 顔面腫瘍の壊死部から出血し 救急搬送された巨大表皮嚢腫の1例

南平佳奈子<sup>1</sup> 富田壮一<sup>2</sup> 高鍬広章<sup>2</sup>  
上村沙紀<sup>2</sup> 宗内 巖<sup>2</sup> 栗田晃宏<sup>1</sup>

大阪府済生会中津病院 救急科<sup>1</sup> 形成外科<sup>2</sup>

## 和文抄録

症例は85歳男性，幼少期から左側頭部に小腫瘍を自覚しており，同腫瘍は約80年かけて緩徐に増大し，成人頭大（径約20cm）まで巨大化した。この度，腫瘍から血性・膿性浸出液が持続的に流出したため救急要請し，近隣に対応可能な病院が見つからず当院に搬送された。来院時の造影CT検査では，浅側頭動脈から栄養される内部不均一な病変を認めた。生検では診断がつかず，腫瘍摘出術及び二期的に皮弁作成術を施行した。組織所見より，同腫瘍は悪性病変ではなく，感染を伴った表皮嚢腫（epidermal cyst）であった。

径約20cmまで成長した巨大な表皮嚢腫は稀であり，若干の文献考察を加えて報告する。

**Key words**：表皮嚢腫（類表皮嚢腫），巨大

## はじめに

巨大な顔面腫瘍から血性・膿性浸出液が持続的に流出したため，当院救急搬送となった症例である。本症例のような巨大な腫瘍は稀であり，顔面という部位も考慮すると，救急搬送の依頼があっても対応が難しいことが予想される。この度，救急科・形成外科の連携にて良好な治療が行えたため，考察を交えて報告する。

## 症 例

症例：85歳 男性

主訴：巨大腫瘍からの出血

現病歴：幼少期から左側頭部に小腫瘍を認めており，約80年かけて緩徐に増大し，顔面大（径約20cm）まで巨大化した。同腫瘍から時々出血することはあったが，圧迫により直ぐに止血するため，これまで一度も

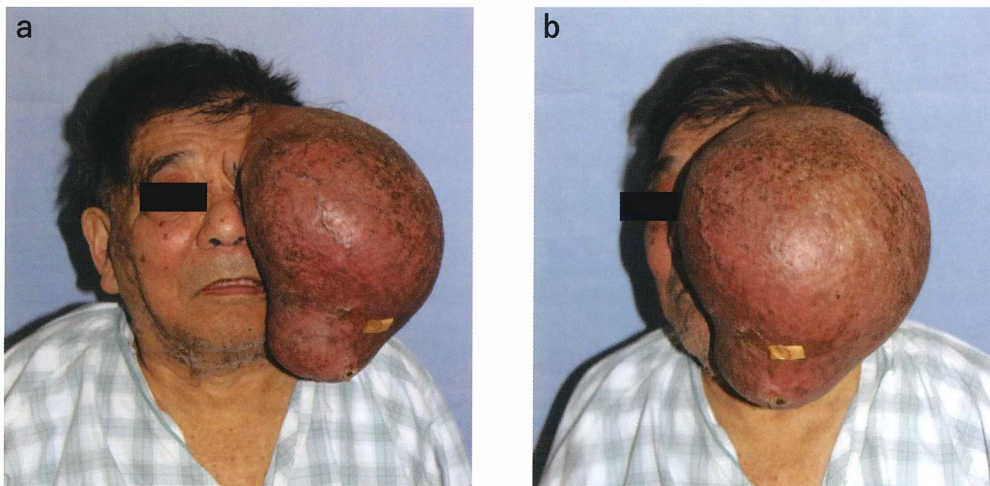


図1 初診時：左眼瞼～左前額部を起始部とした径約20cm成人頭大の腫瘍を認める

受付け：平成31年1月17日

病院を受診しなかった。この度、血性・膿性浸出液が持続的に流出し止まらないため救急要請、近隣に対応可能な病院が見つからず当院に搬送された。

**既往歴：**高血圧

**家族歴：**父が肺癌。親族に同様の腫瘍を認める者はいない。

**内服歴：**なし

**アレルギー：**なし

**生活歴：**飲酒：機会飲酒 喫煙：非喫煙者

弟の息子と2人暮らし 自宅にほぼ引きこもっている。

**ADL：**自立

**来院時現症：**意識清明

体温：38.1度 脈拍数：116回/分

血圧：178/92mmHg 酸素飽和度：96%（室内気）

左外眼角～側頭部を起始部とした成人頭大の腫瘍を認める（図1 a, b）。腫瘍は弾性硬。腫瘍遠位端に潰瘍形成、潰瘍周囲に発赤を認める。腫瘍下部より茶褐色の血性浸出液を認める。

**血液検査：**白血球数26,200/ $\mu$ l, CRP値11.63mg/dLと炎症所見を認めた（分節核球83% 桿状核球5% 好酸球0% 好塩基球0% リンパ球3% 単球9%）。赤血球数480万/ $\mu$ l Hb 14.7g/dL Ht 44.5%と貧血は認めなかった。その他電解質や腎機能、凝固系に特記すべき異常所見は認めなかった。

**頭部造影CT所見：**左外眼角～側頭部を基部とした19cm×17cm×17cmの腫瘍性病変を認めた（図2）。

内部は漿液性成分の中にやや高吸収の充実性成分が貯留しており、造影で壁は増強されるが、内部の充実性成分は増強されなかった。このことから腫瘍内部は、凝血塊または壊死組織などが疑われた。腫瘍による周囲組織への圧迫所見は認めなかった。腫瘍は浅側頭動脈から栄養されており（図3）、脳・眼窩・副鼻腔に異常所見を認めなかった。

**経過：**来院後、出血は圧迫にてコントロール可能であった。発熱及び、血液検査にて炎症所見の上昇認めており、腫瘍内出血による陳旧性血腫に感染を併発したと考え、腫瘍切除を考慮し当院形成外科へ紹介とした。

形成外科では巨大神経線維腫や悪性末梢神経鞘腫瘍、肉腫などの悪性腫瘍が疑われ、パンチ生検が施行されたが、腫瘍が巨大なため有意な所見が得られなかった。抗菌薬による感染コントロールの上、組織診断を兼ねて、左顔面軟部腫瘍摘出術及び、デブリードマン・皮

弁作成術（側頭部・前額部局所皮弁）が二期的に施行された。

**手術所見：**まず、腫瘍摘出術を行った。前方は左眉毛外側、後方は腫瘍辺縁に沿って切開線をデザインし、浅側頭動脈・側頭筋を含め、被膜に包まれた腫瘍を一塊にして摘出した。腫瘍は前方では眼窩上縁骨膜上まで達していた（図4）。

二期的にデブリードマン、皮弁作成術を行った。皮膚欠損部および皮弁下にある死腔の不良肉芽を前頭骨骨膜上で切除した。眉毛部皮弁を進展させ、また側頭部より骨膜上で皮弁を挙上し前方へ回転させ、欠損部を被覆した。

**摘出標本：**充実性腫瘍で、内部は壊死・感染があり一部自壊し排膿を認めた（図5）。



図2 頭部造影CT検査：左外眼角～側頭部を基部とした19cm×17cm×17cmの腫瘍性病変。

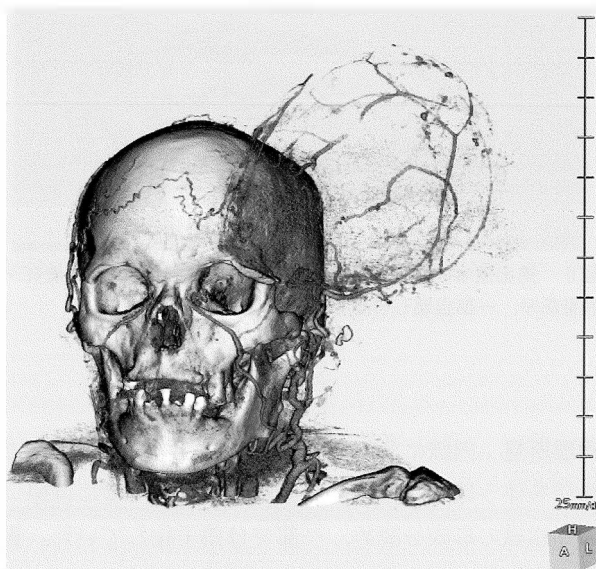


図3 頭部造影CT検査 血管再構築像：腫瘍は浅側頭動脈から栄養されている。



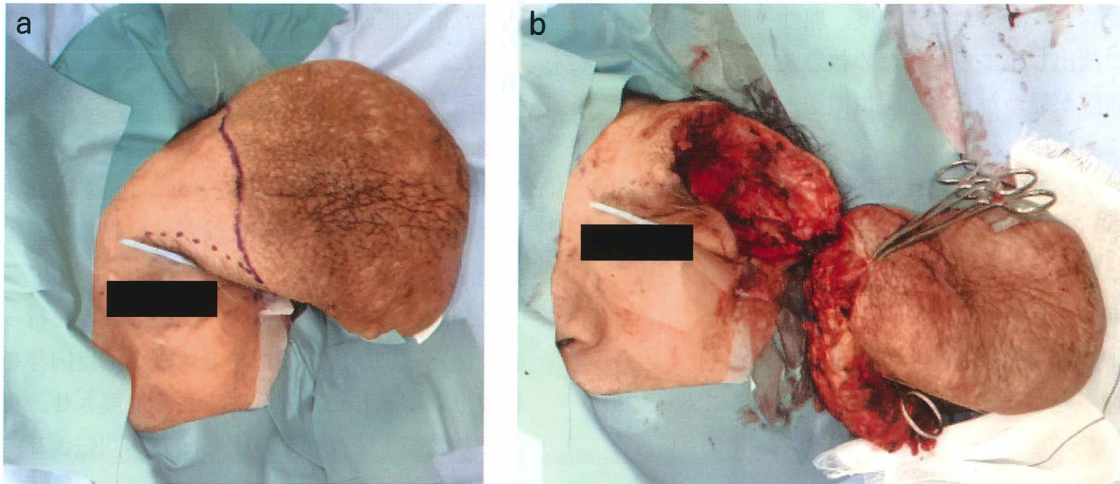


図4 術中所見：a) 前方は左眉毛外側，後方は腫瘍辺縁に沿って切開線をデザイン。b) 浅側頭動脈・側頭筋を含め，被膜に包まれた腫瘍を一塊にして摘出。腫瘍は前方では眼窩上縁骨膜上まで達していた。

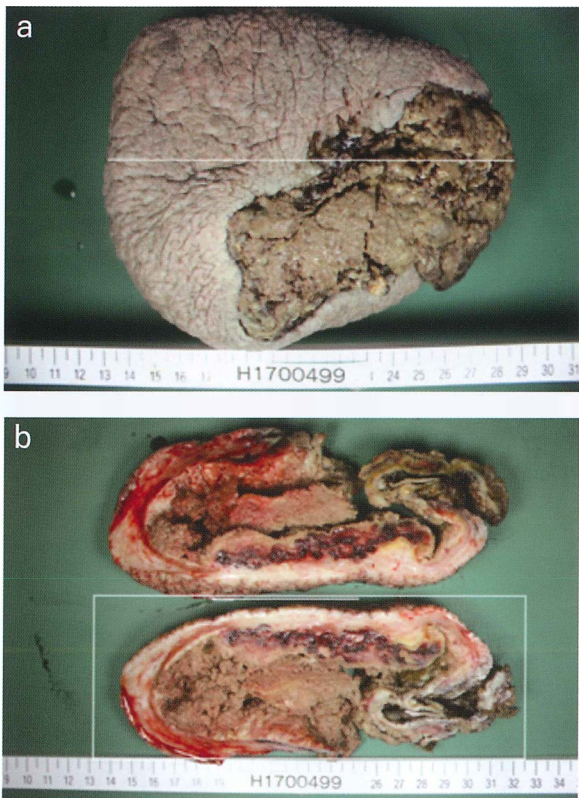


図5 摘出標本肉眼所見：a) 充実性腫瘍 b) 内部は壊死・感染あり，一部自壊し排膿を認めた

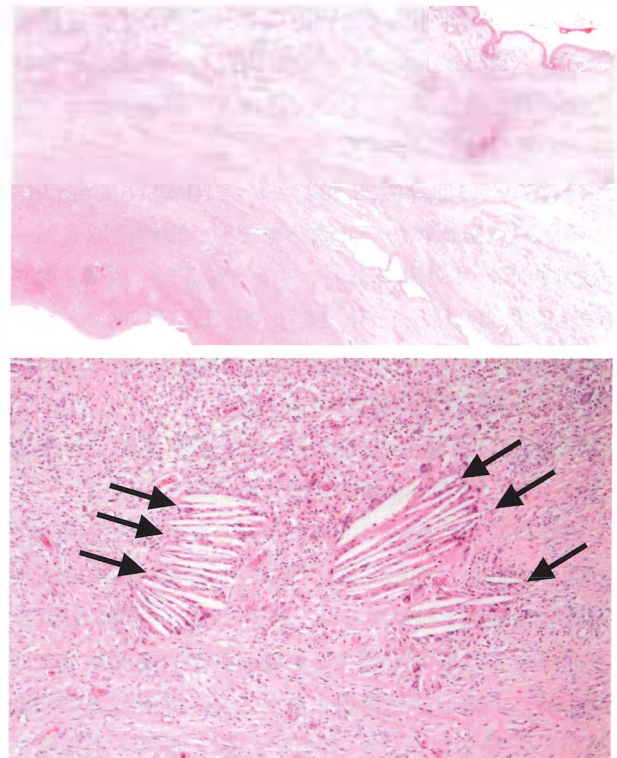


図6 病理所見：内腔に多くのコレステリン結晶や好中球の集簇を伴う壊死組織をみる嚢胞性病変。壁には厚い肉芽組織の形成を認め，一部では硝子化していた。貪食されているコレステリン結晶を認めた（白矢印）。

**病理所見：**内腔に多くのコレステリン結晶や好中球の集簇を伴う壊死組織をみる嚢胞性病変で，壁には厚い肉芽組織の形成を認め，一部では硝子化していた。嚢胞を裏打ちする上皮はほとんど消失しているが，わずかに扁平上皮の残存を認め，周囲には角質を貪食する

異物型巨細胞の集簇を認めた。最終病理診断は，破裂した表皮嚢腫（epidermal cyst）であった（図6）。  
**術後経過：**血液検査にて炎症所見も改善し，皮弁の生着良好にて，二期手術後36日目に退院となった（図7）。

考 察

表皮嚢腫 (epidermal cyst) は、頭頸部、体幹上部、腰臀部に好発する、ドーム状に隆起した皮内ないし皮下腫瘍である。日本では表皮嚢腫を臨床的に粉瘤 (atheroma) と呼称することが多い。被覆表皮とは密に接しているが、腫瘍側面及び下床は周囲組織に対して可動性を有する。多くは有毛部に生じ、表面は正常皮膚色～淡青色で弾性硬、中心に開口部を有する。内容物は白色粥状物質である。通常、自覚症状は乏しいが、二次感染をきたしたり嚢腫壁が破裂すると発赤や腫脹、圧痛をきたす (炎症性表皮嚢腫)。表皮ないし毛包漏斗部由来の上皮成分が真皮内に陥入し、それが増殖して内部に角質塊を入れた嚢腫を形成する<sup>1</sup>。

表皮嚢腫は直径1～4 cm大のものが多く、直径5 cm以上のものは比較的まれである<sup>2</sup>。過去の報告では、約40年間増大を続けていた18cm×21cm×15cmの巨大表皮嚢腫の報告は存在したが、本症例のように80年以上増大を続けている巨大表皮嚢腫は、我々が調べた限りでは報告されていなかった<sup>3</sup>。本症例では、あまり外出せず人目に触れなかったこと、また最近起りをはじめた出血も直ぐに止まり病院を受診する強い動機が生まれなかったことなどが、約80年間の未受診につながったのであろう。

頭頸部の巨大な表皮嚢腫にはいくつか問題点があり、診療科をまたいだ対応が必要となる。具体的には①破裂しやすく、感染を誘発する可能性があること②動脈、静脈および神経を圧迫し得ること<sup>4</sup>、③悪性病変との関連がありうること<sup>5</sup>、④その他、整容性の問題などがあげられる。本症例では、腫瘍内出血に感染をきたしていたが、抗菌薬治療にて炎症所見は改善した。また、血管を圧迫しているような所見はみられず、頭部

造影CT検査より、浅側頭動脈からの栄養を受けていることを確認した。

動脈性の出血が続けば経カテーテル的動脈塞栓術 (TAE: Transcatheter Arterial Embolization) の適応も考慮されたが、本症例は圧迫のみで対応可能であった。一般的にTAEの適応には腫瘍性病変の止血<sup>6</sup>も含まれるが、造影CT検査による活動性出血の有無 (造影剤のextravasation)、栄養血管の分布、出血量などを考慮し判断される。特に、CT上の造影剤のextravasationは、積極的な出血制御の必要性を示唆する所見である<sup>8</sup>。本症例では、腫瘍内部の充実成分は造影増強効果を認めず、腫瘍内での活動性出血を示す造影剤のextravasationは認めなかった。来院時の血圧など循環動態も安定しており、血液検査でも著明な貧血をきたしておらず、緊急的なTAEは適応外と判断した。

神経圧迫に関しては、手術前の写真でみられた左眉弓の低下は、顔面神経圧迫によるものではなく、超巨大腫瘍の重みによるものの可能性を疑った (図1)。最終的には、今回の手術後に左顔面神経側頭枝の麻痺を生じ、左前額部のしわの消失、眉弓の低下を生じた (図7)。その他の全体的な経過は、概ね良好であった。

既往の分からない患者を初療で診察する際巨大な腫瘍をみれば、まず悪性病変が念頭に浮かぶ。本症例は結果として表皮嚢腫であったが、表皮嚢腫の悪性病変として、Bowen病、Paget病、bowenoid papulosis、菌状息肉腫、Merkel細胞癌、基底細胞癌、扁平上皮癌などの症例が報告されている<sup>9</sup>。直径5 cm以上になると悪性化する頻度が若干高くなる可能性が示唆されるが<sup>5,9</sup>、本症例では病理所見にて悪性変化は指摘されなかった。表皮嚢腫の可能性が高くても稀ではある



図7 術後：左顔面神経側頭枝麻痺による眉弓の低下を認めるが、概ね良好である

が悪性疾患も見られるため、組織病理学的検査が推奨される。

### 結 語

顔面腫瘍の壊死部から出血し救急搬送された巨大表皮嚢腫の一例を経験したので、若干の文献考察を加えて報告した。

### 文 献

1. Kim C, Park MC, Seo SJ, Yoo YM, Jang YJ, Lee IJ: Giant epidermoid cyst of the posterior neck. *J Craniofac Surg* 22: 1142-1144, 2011.
2. Golshan Momeni M, Anavim A, Lin F, Tehranzadeh J: Giant epidermal inclusion cyst of buttock. *Skeletal Radiol* 35: 864-866, 2006.
3. TAE WON PARK, JONG KIL KIM, JUNG RYUL KIM : Giant epidermal cyst in the posterior neck developing over 40 years; A case report. *Experimental and therapeutic medicine* 7(1): 287-289, 2014.
4. Kang SG, Kim CH, Cho HK, Park MY, Lee YJ, Cho MK: Two cases of giant epidermal cyst occurring in the neck. *Annals of Dermatology* 23 (Suppl 1): S135-S138, 2011.
5. Ashok Y Kshirsagar, Sanjitsingh R Sulhyan, Shradha Deshpande et al: Malignant Change in an Epidermal Cyst Over Gluteal Region. *Cutaneous and Aesthetic Surgery* 4(1): 48-50, 2011.
6. 細野芳樹, 高橋孝夫, 山口和也 他: 経カテーテル的動脈塞栓術 (transcatheter arterial embolization: TAE) など集学的治療が奏功した局所進行乳癌の1例. *日外科系連会誌* 34(5): 765-770. 2009.
7. 佐藤洋造: 血栓塞栓術に用いるNBCAのガイドライン. *IVR学会*: 15, 2012.
8. 新美 浩, 松本純一, 箕輪良行 他: 腹部・骨盤外傷における経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)の適応. *IVR マニュアル 日本血管造影・IVR学会*: 59-63, 2004.
9. Koutsopoulos V, Anastasios, Giatromanolaki Alexandra, Karpouzis Anthony et al: Malignant Transformation in a Typical Epidermal Cutaneous Cyst. *Journal of Medical Cases* 3 no4: 254-256, 2012.

## A case of Giant Facial Epidermal Cyst brought to the Emergency Room due to Bleeding from the Necrotic Tissue

Kanako Nampei<sup>1</sup>, Soichi Tomita<sup>2</sup>, Hiroaki Takakuwa<sup>2</sup>  
Saki Uemura<sup>2</sup>, Gan Muneuchi<sup>2</sup>, Akihiro Kurita<sup>1</sup>

Department of emergency medicine<sup>1</sup>, Department of plastic surgery<sup>2</sup>, Saiseikai Nakatsu Hospital, Osaka

Eighty five year-old male noticed a small mass on his left temple when he was a small child. Its size has gradually increased over the period of 80 years and resulted in a volley-ball size mass (about 20cm in diameter). The continuous bloody and purulent discharge from the necrotic tissue impelled the patient to call the ambulance. The case was too rare to accept at nearby facility, the patient was brought to our hospital. The enhanced CT showed a blood supply from superficial temporal artery and the content of the mass was revealed to be non-uniform. Biopsy was done, it however could not confer pathologic diagnosis. The tumor was removed and secondary reconstruction was performed through plastic surgery. The histo-pathological examination confirmed that the tumor was only an infected giant epidermal cyst and had no sign of malignancy. A giant epidermal cyst which has grown over the years is extremely rare. We present this case discussing several key points regarding its treatment modalities.