メラノーマ(悪性黒色腫)について

メラノーマは皮膚癌の 1 つで、表在拡大型、末端黒子型、悪性黒子型、結節型に分類されています。皮膚以外の粘膜や眼球脈絡膜、脳軟膜などに生じることもあります。日本では 1 年間に 1.12 人/10 万人で発生し、末端黒子型が 42%、表在拡大型が 20%、結節型が 10%、悪性黒子型が 8%と報告されています。一方、白人では 24.3 人/10 万人であり、表在拡大型が 63%、末端黒子型が 1%と人種差が大きいことも特徴です。紫外線や、荷重などの機械的ストレスの関与が想定されています。

診断

メラノーマとほくろ(色素細胞母斑)の鑑別が重要で、肉眼またはダーモスコピーで診断します。メラノーマは Assymmetry(左右非対称性)、Border irregularity(境界不整)、Color variegation(色むら)、Diameter>6mm(大きさが 6mm を超える)、Evolution(成長)が特徴で、これらの頭文字を取って ABCDE ルールとして知られています。

肉眼またはダーモスコピーでも診断が困難な場合には皮膚生検を行います。病変部に 1～3mm の正常組織を付けて取り残しのないように全切除しますが、病変が大きい場合や顔面・掌蹠の場合は部分生検を行うこともあります。

メラノーマと診断された場合には、転移の有無を確認するためにセンチネルリンパ節生検、エコー検査、CT 検査などを追加します。原発腫瘍(pT)、領域リンパ節(N)、遠隔転移(M)の状態で TNM 病期分類を行います。

治療

Ⅰ期 : 原発巣の広範囲切除術を行います。さらにセンチネルリンパ節生検を T1a では行わず、T1b で考慮、T2a で提案します。

Ⅱ期：原発巣の広範囲切除術を行います。さらにセンチネルリンパ節生検を提案します。

Ⅲ期：以前はリンパ節郭清術を早期に行っていましたが、最近はリンパ節郭清

術を行わず、化学療法や放射線療法を行う場合もあります。化学療法は免疫チェックポイント阻害薬、または BRAF 遺伝子変異があれば分子標的薬(BRAF 阻害薬+MEK 阻害薬併用療法を)が勧められています。

Ⅳ期：免疫チェックポイント阻害薬、または分子標的薬が勧められています。