2016年　東北地方の医療を支える総合診療医を養成するために
医学部が新設。
当科：外来、入院15床、在宅診療（登米、石巻）。
2022年　東北医科薬科大学若林病院（分院）に
総合診療科新設。**スタッフ募集します！**

仙台：東京　新幹線　　90分
大阪　伊丹空港　80分
札幌　新千歳空港　60分

◎被災地の医療、Common desease、
希少疾患、退院調整、NPとの在宅診療、
ICTを用いた在宅支援などの勉強もできます。
◎大学院できます。
◎雪ほとんど降りません！
◎魚介類、牛タン、日本酒が旨い。

東北医科薬科大学病院
TOHOKU MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY HOSPITAL

症例　78歳 男性

【主訴】発熱、 両側下腿浮腫、 立位困難

【現病歴】X -2年に左下肢脱力、X -1年8月に両側下肢脱力が出現。同年9月脳神経内科で慢性的な運動ニューロン障害が疑われるも原因不明とされる。X年5月胸部レントゲンで肺異常陰影を指摘され、薬剤性肺炎の診断。X年6月両側下腿浮腫が出現し、疼痛のため立位困難となる。搬送前日に腹部膨満、尿量低下あり。入院当日38℃の発熱を認め、当院搬送入院となる。

【既往歴】先天性難聴
77歳　末梢神経障害、脂質異常症、
腹部大動脈瘤 ステント挿入術後、
無症候性心筋虚血 ステント挿入術後、
78歳　薬剤性肺炎
【家族歴】弟　先天性難聴
【内服歴】アスピリン腸溶錠（100）1錠/分1朝、
クロピドグレル（75）1錠/分1朝
【アレルギー歴】食物なし、気管支喘息なし
薬剤：ランソプラゾール、ロスバスタチン
による薬剤性肺炎の疑い
【嗜好品】喫煙歴なし、飲酒歴なし
【生活歴】X-4月 老人保健施設入所　要介護2

入院時現症

【Vital sign】

JCSI-3、BT 37.1 ℃、BP 131/82 mmHg、HR 95 回/分（整）、
RR 12 回/分、SpO2 97 %(room air)

【身体所見】

頭頸部：口腔内乾燥、リンパ節腫脹なし
胸部：心雑音なし、呼吸音：Cracklesを聴取しなかった
腹部：腹部膨満あり、軟、圧痛なし、腸管蠕動音やや低下
四肢：両下肢筋力低下あり
背部：CVA叩打痛なし
皮膚：両側下腿および体幹に圧痕性浮腫
　　頭部顔面を除くほぼ全身に掻痒感を伴う不整形の紅斑の集簇を認めた
直腸診：出血なし

ここまででどんな疾患を考えますか？

・経過が複雑
・紅斑の原因は？薬剤性？それ以外の原因？

・コミュニケーションが取りにくい（筆談）

検査所見

血算	
WBC	8700 /μL
RBC	325 万/μL
Hb	8.6 g/dL
Ht	27.0 %
MCV	83.2 fL
MCH	26.4 pg
Plt	24.3万/μL
Neut	49.0 %
Eosino	44.0 %
生化学	
LD	306 U/L
CK	336 U/L
CK-MB	6 U/L
BUN	22 mg/dL
Cre	0.75 mg/dL

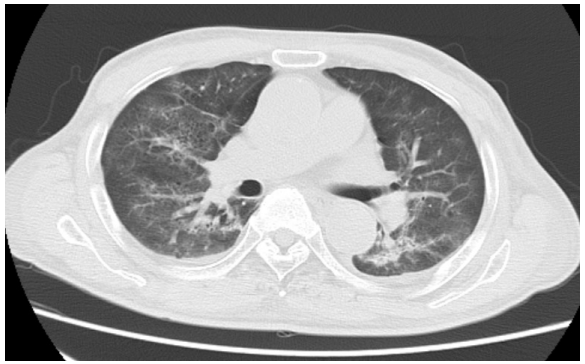
TP	5.3 g/dL
Alb	3.1 g/dL
Na	142mmol/L
K	3.2 mmol/L
Cl	107mmol/L
CRP	0.09 mg/dL
CEA	9.5 ng/mL
CA19-9	903.0 U/mL
SCC	86.4 ng/mL
sIL-2R	1640 U/mL
TARC	38940 pg/mL
IgG	587 mg/dL
IgA	164 mg/dL
IgM	141 mg/dL
IgE	12.2 mg/dL
プロカルシトニン	0.06 ng/mL
BS	91 mg/dL
HbA1C	6.4 %

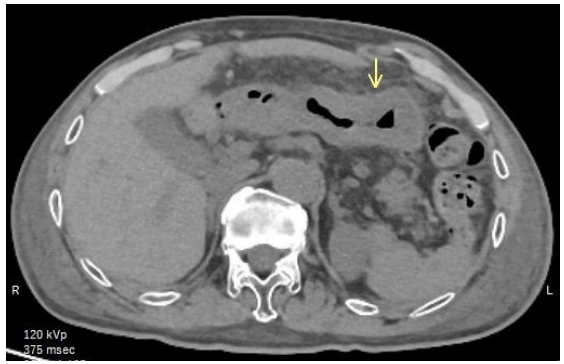
KL-6	528 U/mL
BNP	33.6 pg/mL
甲状腺	
TSH	5.020μIU/mL
Free T3	2.040pg/mL
Free T4	0.842ng/mL
凝固	
フィブリノゲン	218 mg/dL
APTT	30.6 sec
PT-INR	1.060
D-dimer	11.5 μg/dL
BGA	
pH	7.487 mmHg
pCO2	38.3 mmHg
pO2	80.6 mmHg
HCO3-	29.0 mmol/L
cLac	0.7 mmol/L
SpO2	96.1 %

画像所見

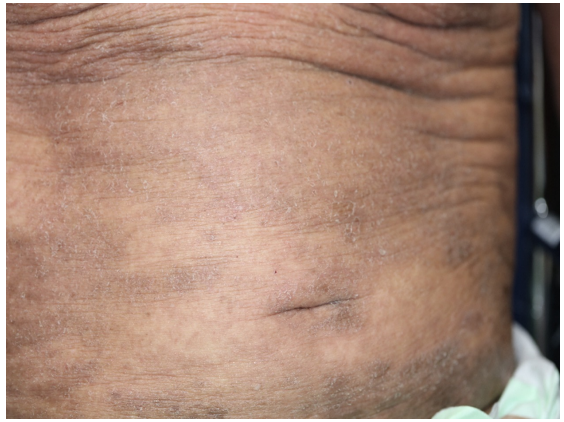
【胸部X線】心胸郭比　52.6%
右肺の透過性低下

【CT】両肺中枢側優位に広範な浸潤影あり
胃前庭部の壁肥厚が疑われた





【皮膚所見】
体幹および四肢にかけて
広範に苔癬化、
Deck-chair-signを認めた



入院後経過- 1

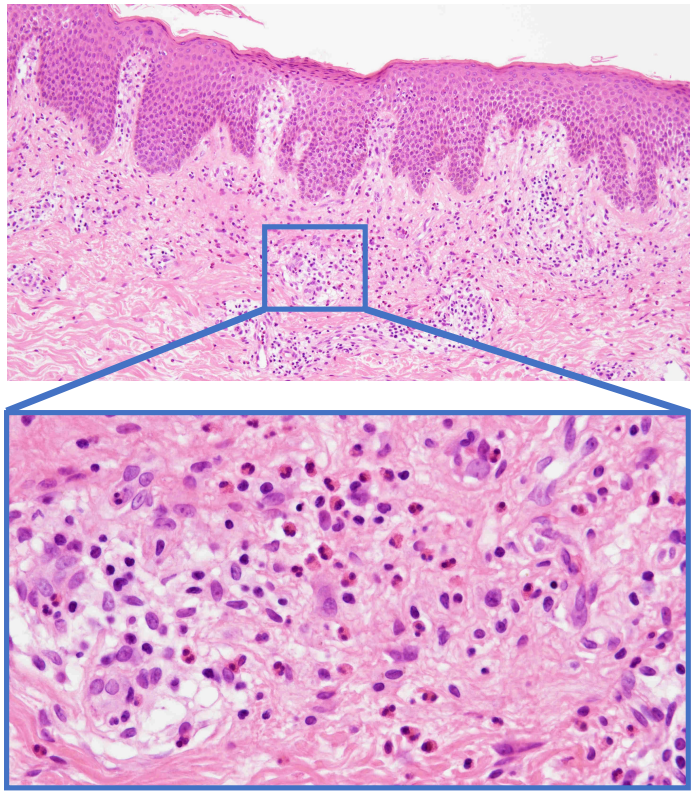
○　薬剤性肺炎のため当院呼吸器内科にてフォローアップ中であった。ロスバスタチンとランソプラゾールを中止後、肺炎像は改善傾向であったが好酸球増多は持続していた。

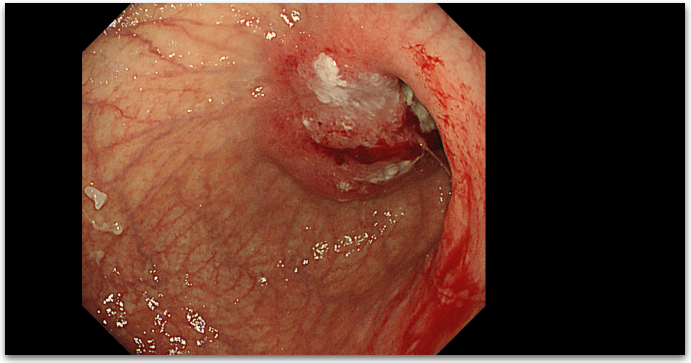
○　皮膚生検にて好酸球浸潤を伴う乾癬型の皮膚炎の所見を認めた。

○　好酸球増多の原因としてX-1年10月に追加となったバイアスピリンを疑い中止した。

○バイアスピリン中止後、ステロイド薬の併用にて皮膚症状は改善、胸部CTでは両側中枢側優位のすりガラス影も改善した。

○　上部消化管内視鏡検査では、胃角から前庭部前壁にかけて発赤調の隆起性病変を認め、生検にて腺癌の診断に至った。





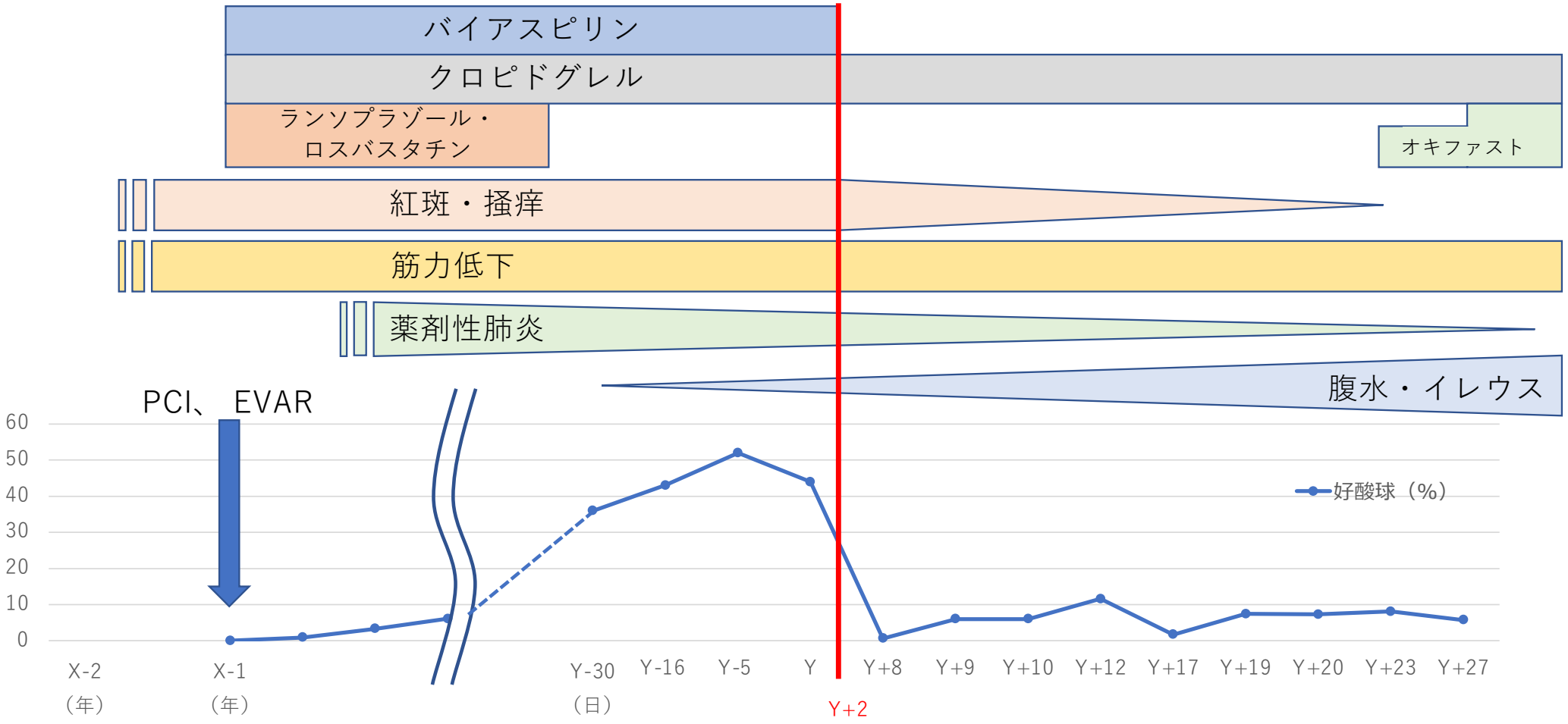
入院後経過- 2

〇　DLSTを施行し、被疑薬であるランソプラゾール、ロスバスタチン、バイアスピリンについてはすべて陰性であった。

〇　腹水増加を認めたため、腹水穿刺を行い、淡血性の腹水が吸引された。セルブロックでは腫大した不整形核を持ち、胞体内に粘液を含有した異型細胞が観察され、癌性腹膜炎の診断に至った。

〇　ご本人およびご家族へ病名ならびに予後の告知を行ったところ、積極的治療は希望されず、緩和治療へ移行した。

考察：入院後経過と好酸球数の推移



腫瘍随伴症候群の分類[1,2,3,4]

◎ 傍腫瘍性神経症候群
下肢筋力低下、歩行障害

◎ 粘膜皮膚腫瘍随伴症候群
紅斑性皮膚炎

◎ 血液学的腫瘍随伴症候群
好酸球増多、貧血

○ 内分泌腫瘍随伴症候群
SIADH、高カルシウム血症

○ 腎腫瘍性随伴症候群
ネフローゼ症候群、糸球体腎炎

○ リウマチ性腫瘍随伴症候群
血管炎、皮膚筋炎、多発筋炎

○ 凝固系腫瘍随伴症候群
血栓性静脈炎、DIC

丘疹紅皮症診断基準[5,6,7]

Diagnostic criteria for PEO

Necessary criteria
1. Erythroderma-like eruption formed by the coalescence of flat-topped, red-to-brown papules with a cobblestone-like appearance
2. Sparing of skin folds and creases (deck-chair sign)
3. Itch
4. Histopathological exclusion of CTCL (and other skin diseases)
5. Workup and follow-up to exclude a causative link with malignancies, infections, drugs and atopy

Additional minor criteria
- Age greater than 55 years
- Male gender
- Peripheral and/or tissue eosinophilia
- Increased serum IgE
- Peripheral lymphopenia

Criteria 1～5：primary(idiopathic)papuloerythroderma(Ofuji). Criteria 1～4：secondary (symptomatic) papuloerythroderma. Criteria 1，2，3，5：papuloerythroderma-like CTCL.

腫瘍性[8]　37例

胃癌	11例（30%）
大腸癌	6例
肺癌	5例
直腸癌	2例
食道癌	2例
膀胱癌	2例
血液系	3例

薬剤性[9]　11例

アスピリン	1例
フロセミド	1例
バルサルタン	1例
ニカルジピン	1例
イソニアジド	1例
テルビナフィン	1例
他5例	

まとめ

○　腫瘍随伴症候群は、原発腫瘍や転移といった物理的影響によって直接引き起こされることのない悪性腫瘍関連の異種性疾患群を指す。その機序は、①腫瘍産生物質による直接ないし間接的な遠隔症状、②腫瘍による宿主反応とされる。[3]

○　本症例で入院前に認めていた進行性の下肢筋力低下と丘疹紅皮症は、バイアスピリン投与開始前から認められており、胃癌に伴う腫瘍随伴瘍症候群の症状と考えられた。

○　一方、好酸球増多症、肺異常陰影はバイアスピリン中止後に改善しており、DLSTは陰性であったが、薬剤性の影響も否定できなかった。

○　丘疹紅皮症は、稀な紅斑であるが、悪性腫瘍の合併率が20%と報告されている。高齢男性で、好酸球増多症と全身の掻痒を伴う紅斑を認める場合には、丘疹紅皮症を疑い、消化器系のスクリーニングを行う必要がある。

結語

腫瘍随伴症候群と考え得る好酸球増多症ならびに紅皮症を伴う胃癌の1例を経験した。

Reference

1. 内科　Vol. 128 No.(3)p369~372, 2021
2. CHEST / 132 / 3 / SEPTEMBER, 2007, SUPPLEMENT
3. CLINICAL CALCIUM Vol. 28, No. 11, 2018
4. Hospitalist VOL. 5 NO. 1, 2017.3
5. 内科　Vol. 125 No.(3)p427, 2020
6. Medicina　Vol. 57 No.11 p1854, 2020
7. アレルギー・免疫　Vol. 21 No.2 p92, 2014
8. 皮膚臨床　63(2);205~210,　2021
9. 皮膚病診療:38(3);255～258, 2016

好酸球増多症ならびに紅皮症を含む多彩な臓器症状を伴い胃癌の診断に至った1例

東北医科薬科大学病院
TOHOKU MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY HOSPITAL

総合診療科

住友 和弘、中村 圭、菅野 厚博、石木 愛子、益子 茂人、野崎 瞬、大山 千佳、
植田 寿里、藤川 裕子、宮澤 イザベル、大原 貴裕、濃沼 信夫、古川 勝敏