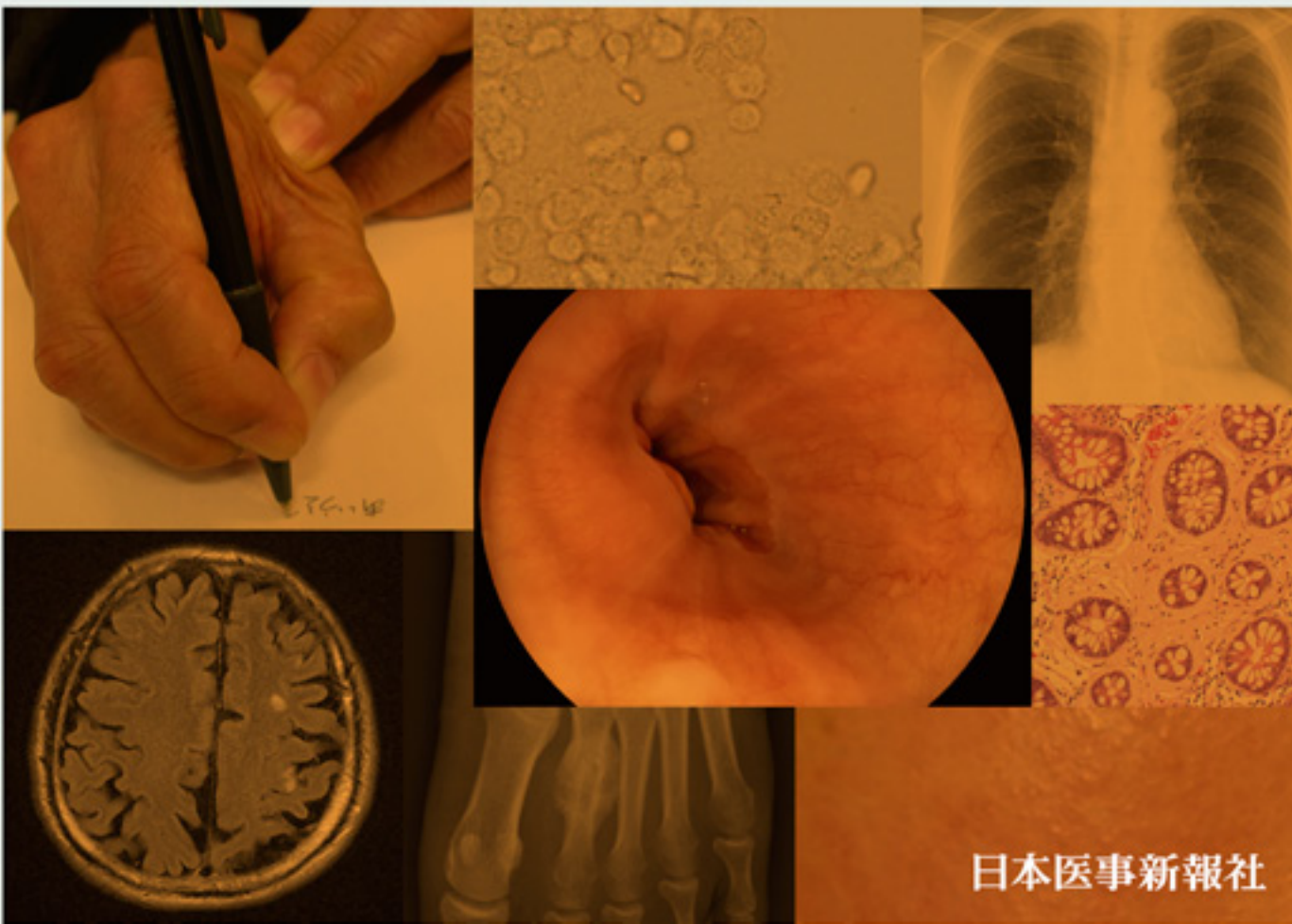
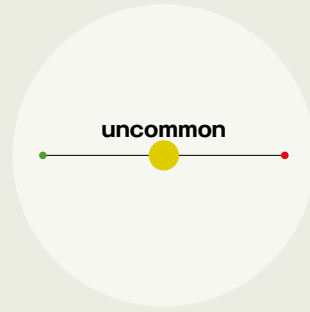


# 外来診療の *Uncommon* Disease

編著 **生坂政臣** 千葉大学医学部附属病院  
総合診療部教授



日本医事新報社



## case 13 妊娠中に 両下肢の皮疹が出現した 34歳女性

- ➡妊娠4カ月頃、入浴中に両下肢背側の左右対称性の皮疹に気がついた。疼痛や痒痒はなかったが、徐々に色調が濃くなったため、妊娠8カ月の時点で当部を紹介受診した。既往歴・生活歴に特記事項なし。
- ➡身体診察では、両側大腿から下腿背側に左右対称性の褐紅色斑を認めた(図1)。境界明瞭であり(図2)、赤みの強い部位は圧迫で消退し、褐色部位は残存した。熱感や圧痛はない。
- ➡一般血液・生化学検査で、WBC 10900/ $\mu$ L, Hb 10.9g/dL, CRP 0.4mg/dL以外は正常範囲。



図1 両下肢後面の皮疹



図2 下腿側面の皮疹

研修医の  
診断 **丹毒** 指導医の  
診断は?

花澤奈央, 廣田悠祐, 塚本知子, 上原孝紀

全身の症状

皮膚の症状

神経・精神の症状

頭頸部の症状

心肺の症状

消化器の症状

腎泌尿器の症状

筋骨格系の症状

▶ 丹毒としては経過が長く、熱感や炎症所見を認めないことから否定的である。皮疹はS1・S2のデルマトームに一致した特徴的な分布を示し、妊娠に伴う色素分界線条(B type)と診断した。

▶ 多くは出産後に自然消退するため、経過観察とした。

**妊娠に伴う色素分界線条**

pigmentary demarcation lines in pregnancy

**Lecture**

→ 色素分界線条は、基底層のメラニン色素の増加による色素沈着であり、脊髄神経の前枝と後枝の分布領域の境界線である Voigt 線に一致して出現し、Selmanowitzら<sup>1)</sup>により5型(A typeはさらに1~4の亜型)に分類された(図3)。生理的に認めうるが、色調が薄いため気づかれることは少ない。

→ 有色人種に多く見られ、日本人女性における発生率は39%で、A typeが最も多い。妊娠(特に妊娠後期)に伴って生じやすく、その場合はほとんどがB typeであり、本症例のように紅斑を伴うことがある<sup>2)</sup>。

→ 妊娠に伴うホルモン変化や、子宮の増大による脊髄S1・S2レベルの皮神経の圧迫などが機序として推察されている。胎児への影響はなく、通常出産後に消退または消失する。

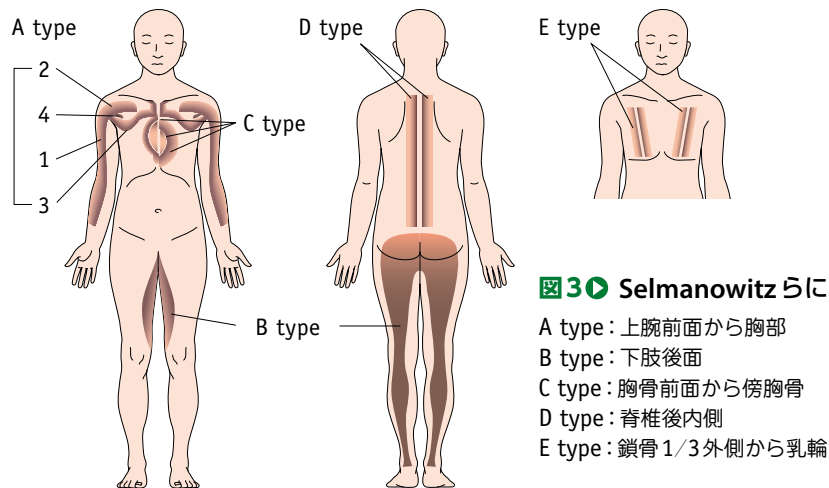


図3 Selmanowitzらによる色素分界線条の分類

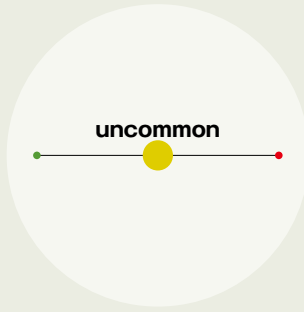
- A type: 上腕前面から胸部
- B type: 下肢後面
- C type: 胸骨前面から傍胸骨
- D type: 脊椎後内側
- E type: 鎖骨1/3外側から乳輪

(文献1より改変)

**文献**

- 1) Selmanowitz VJ, et al: Br J Dermatol 93: 371-377, 1975.
- 2) Nakama T, et al: Clin Exp Dermatol 34: e573-576, 2009.

妊娠中は色素沈着を生じやすい。



case

14

**発熱と皮疹を主訴に受診した56歳男性**

→ 2週前から発熱、咽頭痛が出現した。咽頭痛による嚥下困難もあったため10日前より入院となり抗菌薬が2日間投与された。入院翌日から下肢を中心に痒痒感や痛みを伴わない皮疹が出現し、肝機能障害も認められた。咽頭痛は改善したが、発熱と皮疹が遷延するため、当部を紹介受診した。既往歴に高血圧症があり、オルメサルタンを内服している。

→ 身体診察では体温37.2℃、脈拍100回/分、血圧162/110mmHg。咽頭発赤はなく、頸部リンパ節は触知しない。両下肢を中心に、最大で10mmの紫斑が播種状に認められ(図1)、一部は腹部や上肢にも認められた。紫斑は浸潤を触れ、圧痛は認めない。

→ 一般血液・生化学検査での異常値は、WBC 10600/μL (St 1.5%, Seg 86.5%, Eo 0.5%, Ly 4.5%), AST 153IU/L, ALT 282IU/L, LDH 392IU/L, ALP 1064IU/L, γ-GTP 833IU/L, CRP 8.6mg/dL。尿検査・沈渣は正常。

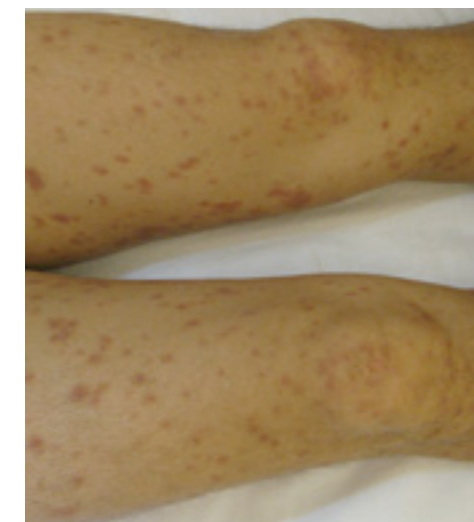


図1 紫斑が播種状に認められる両下肢

研修医の診断

薬疹

指導医の診断は?

鋪野紀好, 船越 拓, 野田和敬, 中川誠太郎

Semantic 医学的キーワード  
Qualifier **fever with palpable purpura**

皮膚の症状

- ▶ 上気道炎に続き、浸潤を触れる紫斑が両下肢を中心として認められたことから、一般には小児の疾患であるヘノッホ・シェーンライン紫斑病を疑った。
- ▶ 薬疹はあらゆるタイプの皮疹を呈するが、触知できる紫斑は稀である。皮膚生検では真皮上層の血管壁にフィブリノイド変性を伴う血管炎像が見られ(図2)、蛍光抗体直接法で血管壁周囲にIgAの沈着を認めた。ステロイド外用によって皮疹は改善し、発熱および肝障害は2週間で自然軽快した。

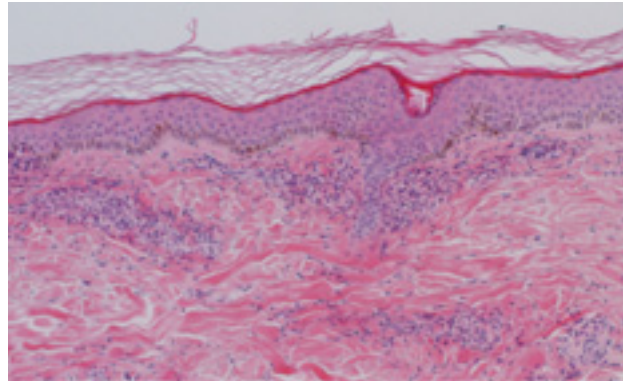


図2▶ 皮膚生検 (HE染色)

最終診断

**ヘノッホ・シェーンライン紫斑病\***  
Henoch-Schönlein purpura (HSP)

\*2012年に改訂されたChapel Hill Consensus Conference (CHCC) 分類で、HSPはIgA血管炎 (IgA vasculitis) に名称が変更された。

Lecture

- ▶ HSPは皮膚小血管性血管炎の1つで、皮膚症状や関節痛、消化器症状、腎障害などを呈する。皮膚症状として、両下腿や足背を中心に浸潤を触れる紫斑を呈するが、大腿や体幹、上肢にも認めることがある。血管壁の炎症による紫斑であり、浸潤を触れることがこの病態の紫斑の特徴と言える。
- ▶ 上気道感染後に続発する例が多く、溶連菌感染症との関連性が指摘されており、小児や若年者に多い疾患であるが、高齢者を含む成人発症例も約25%ある<sup>1)</sup>。
- ▶ 腹痛、関節痛や腎炎を認める場合は、ステロイド投与による軽減効果が期待できる<sup>2)</sup>。

文献

- 1) Calvo-Río V, et al : Medicine (Baltimore) 93:106-113, 2014.
- 2) Ronkainen J, et al: J Pediatr 149:241-247, 2006.

Take Home Message

触知できる紫斑は血管炎を考える。

やや uncommon

case

15

## 上行する両下肢のしびれを主訴に受診した84歳男性

- ▶ 受診2日前から下腿のしびれ、ふらつきが出現し、翌日には大腿までしびれが広がり、起立や自力歩行が困難となった。膀胱癌、前立腺癌があり、リウプロレリン、ピカルタミドを投与されている。
- ▶ 身体所見では、図1の範囲に温痛覚低下を認める。触覚および振動覚は正常。両下肢は遠位・近位ともに徒手筋力テストで3~4程度に低下している。深部腱反射は両下肢で亢進し、バビンスキー反射は陽性であった。

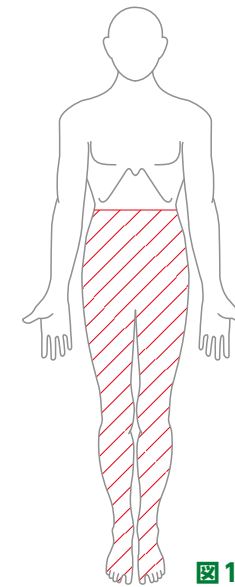


図1▶ 温痛覚障害の分布 (斜線部)

研修医の診断

ギラン・バレー症候群

指導医の診断は?

鋪野紀好, 船越 拓, 野田和敬, 大平善之

全身の症状

皮膚の症状

神経・精神の症状

頭頸部の症状

心肺の症状

消化器の症状

腎泌尿器の症状

筋骨格系の症状

- ▶ 急速上向性の感覚障害であるが、温痛覚のみが低下する解離性感覚障害であることと、下肢腱反射亢進やバビンスキー反射などの錐体路徴候を伴っている点がギラン・バレー症候群に合致しない。
- ▶ Th8領域にsensory levelを認めることから、胸髄病変を疑い、脊椎MRIを施行したところ、第9胸椎全体に及ぶ信号変化を認めた(図2)。速やかに胸椎後方陰圧固定術を施行したところ、リハビリを経て自力歩行可能となった。術中病理所見から前立腺癌による転移性脊椎骨腫瘍と診断した。

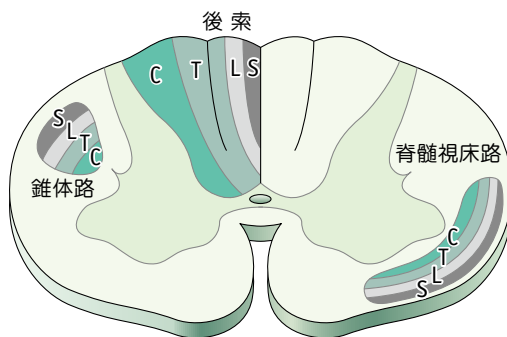


図2▶ 胸腰椎MRI (T2強調画像)  
Th9の椎体全体に及ぶ信号変化、椎体前後への膨隆変化(左、矢尻)、および脊柱管の狭窄(右、矢印)を認める。

最終診断 **転移性脊椎骨腫瘍(前立腺癌による)**  
metastatic spinal tumor

metastatic epidural spinal cord compressionについて

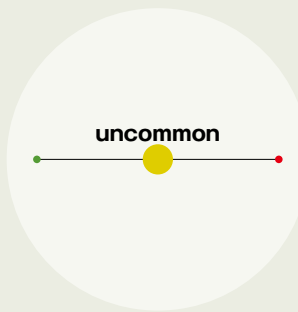
**Lecture** → 悪性腫瘍が脊椎や硬膜外腔へ転移し、脊柱管へ伸展した結果、脊髄の圧迫を来すことをmetastatic epidural spinal cord compression (MESCC) と言う。不可逆的な対麻痺を来すため速やかな診断が求められる疾患である。前立腺癌、乳癌、肺癌からの転移がそれぞれ20%と大半を占め、転移部位は胸椎が最も多い(60%)<sup>1)</sup>。背部痛が初発症状であることが多く(83~95%)、診断時には筋力低下(35~75%)、感覚障害(50~70%)、膀胱直腸障害(50~60%)を呈する<sup>1)</sup>。温痛覚の経路である脊髄視床路は、外側に下肢の線維が分布しているため(図3)、髄外性病変では感覚障害が下肢から上行し、多発神経障害との鑑別が必要となる場合がある。



C: 頸髄 T: 胸髄 L: 腰髄 S: 仙髄  
図3▶ 脊髄内神経路の層構造

文献  
1) Cole JS, et al: Lancet Neurol 7:459-466, 2008.

Take Home Message **急速に上行する下肢の感覚障害は脊髄病変も考える。**



case **16** **箸の使いづらさを主訴に受診した66歳男性**

- ▶ 当科受診5日前、起床時は無症状であったが、午前10時頃、右手で車のドアの鍵をかけようとしたらうまくできないことに気づいた。以後、右手の使いづらさは続いており、3日前の夕食時には箸が思うように使えなかった。その後、やや改善傾向にある。既往歴に糖尿病、脂質異常症、高血圧、前立腺肥大症、身体表現性障害がある。15年前まで喫煙(60本/日)あり。
- ▶ 身体所見では、母指の対立、示指の伸展、手関節の背屈がMMT4/5と低下していた。その他の手指の運動、手関節より近位の筋力、および腱反射は正常であり、脳神経や感覚系にも異常を認めなかった(図1, 2)。



図1▶ 示指伸展の低下



図2▶ 手関節の背屈の低下

研修医の診断 **橈骨神経麻痺** 指導医の診断は?

宮原雅人, 鈴木慎吾, 高田俊彦, 野田和敬, 大平善之