

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

# マルホ皮膚科セミナー

2018年5月17日放送

「第81回日本皮膚科学会東部支部学術大会 ④

シンポジウム3-2 吾診から学ぶ」

群馬大学大学院 皮膚科  
教授 石川 治

## はじめに

私たち臨床医は、正しい診断に基づいて適切な治療を患者さんに提供しなければなりません。

皮膚科医に限らず、優れた臨床医は自分自身が築き上げた診断アルゴリズムに従って診断します。そのアルゴリズムにおける診断根拠は、ある1つの疾患の臨床症状の最大公約数的共通所見及びそのバリエーションの認識、そして鑑別しなければならない疾患を挙げることから成り立っています。ですから、1つの疾患を数多く経験することはこのアルゴリズムを成長させる必須の栄養素となります。1つの疾患の複数症例から抽出できた共通所見は太い幹となり、バリエーションは枝葉として生い茂るようになります。経験したことのない疾患に出会った時には、新たなアルゴリズムの苗木を植えま

す。

皮膚科医なら誰もが経験していると思いますが、全例を間違いなく初期診断する（誤診しない）ことは不可能だと思います。病名は1つでも病態や表現型（発疹、全身症状等）は患者さんの数だけ存在します。また、様々な症状を呈する全身性疾患では全ての症状が同時に出現するとは限らないため、発症初期の部分症状のみから正確な診断をつけるのは容易ではありません。

誤った診断を「誤診 misdiagnosis」と呼びます。一方、私の造語である「吾診」とは「誤診をした自分（吾）を診察すること。すなわち、何故自分が誤診したのかを分析し、診断アルゴリズムを修正・更新する行為である self-assessment and

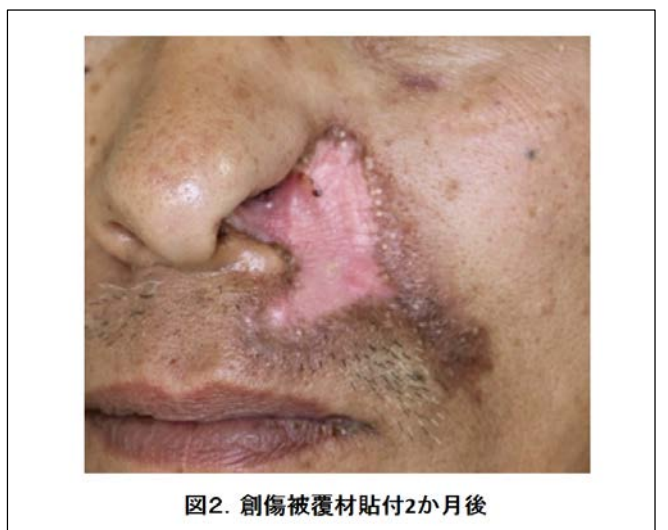
reconstruction」を意味します。ここでは、私が self-assessment and reconstruction (吾診) した症例の一部を紹介させていただきます。

### 症例 1

一例目は 50 歳代の男性です。20 歳代に脳腫瘍の手術を受けた以外に、既往例・家族歴に記すべきことはありません。現病歴です。2014 年頃より左鼻翼部に潰瘍が出現し、徐々に拡大しました。2016 年 2 月に他院頭頸部外科を受診し、生検の結果、有棘細胞癌と診断され、治療目的で同年 3 月に当科を紹介されました。現症ですが、左鼻唇溝、外鼻孔を含む範囲が潰瘍化し、左鼻翼は欠損していました (図 1)。潰瘍辺縁は、部分的に堤防状隆起があると考えました。初診時の臨床診断は低色素性基底細胞癌でした。確定診断のため潰瘍辺縁から生検しました。病理所見は、真皮に稠密な細胞浸潤を伴った表皮の偽癌性増殖でした。表皮細胞に異型性はなく、基底細胞癌の所見もありませんでした。生検部位が適当ではなかったのではないかと考えて、別の場所から再度生検しました。その



標本が出来上がるのを待っている間に、80 歳代の男性が右鼻翼の欠損と同側の外鼻孔部を中心とした潰瘍を主訴に受診されました。臨床的には基底細胞癌を疑う所見はありませんでした。既往歴を確認したところ、数年前に右顔面の帯状疱疹に罹患し、皮膚の違和感が続いているとのことでした。そこで、閃いたのが trigeminal trophic syndrome でした。trigeminal trophic syndrome は手術、腫瘍、麻酔などに起因する三叉神経障害によってその支配領域に異常知覚が惹起され、それに対する患者さん自身の搔破により難治性皮膚潰瘍が形成されるという概念です。治療としては、被覆材、外用剤、手術、陰圧閉鎖療法などがありますが、最も重要なことは「患者さん自身による搔破を止める」という患者教育です。提示した患者さんには前額髪際部を左右に横断する脳腫瘍手術時の切開創を確認しました。患者さんには、なぜ潰瘍が治らないかを説明し、潰瘍部に創傷被覆材を貼付しました。すると、2 か月後には潰瘍は完全に治癒しました (図 2)。



この経験から学んだことは、【先入観 (予断) に囚われてはならない】ということ

す。臨床像も基底細胞癌として大きな矛盾はないことから、「鼻唇溝部の潰瘍といえば基底細胞癌」という先入観に囚われてしまったのでした。しかし、病理検査では基底細胞癌を含めて悪性腫瘍の所見はなく、診断に迷っていました。偶々、帯状疱疹後に鼻翼欠損を伴った別の患者さんが受診したことから、本症を想起できました。しかし、本症を知らなければ思い浮かぶこともないわけですから、【普段からの勉強、知識の積み重ね】の重要性を再確認した次第です。

## 症例 2

二番目の症例は、20 歳代の女性です。家族歴・既往歴に記すべきことはありません。現病歴です。初診の 7 か月前に左上腕内側に熱感、発赤、疼痛をともなう皮疹が出現しました。近医を受診し、蜂窩織炎の診断で抗生物質を約 2 週間内服しましたが改善なく、さらに PSL 5mg/day を 1 週間内服しました。症状が軽快したため、通院を中止しました。当科初診の 2 週間前、全身に手掌大までの環状紅斑が出現したため同じ医院を受診し、膠原病を疑われて 2016 年 3 月に受診しました。初診時、発熱、関節痛などの全身症状はなく、環状紅斑も消褪していました。唯一、左上腕内側遠位 1/2 の部位に索状皮下硬結を触知しました。深在性エリテマトーデスを疑い生検しました。病理所見は真皮深層の血管周囲性細胞浸潤とリンパ球を主体とする脂肪織炎でした。血算、生化学、および自己抗体・補体を含めた免疫学的検査には異常ありませんでした。蕁麻疹および深在性エリテマトーデスと初期診断し、DDS 50mg/day の内服を開始し、エリテマトーデス専門外来で経過を追いました。内服 1 週間後より夜間に 38~40℃の発熱、蕁麻疹様紅斑、関節痛、ふらつき感が出現したため、DDS 症候群を疑い内服中止を指示しました。しかし、内服中止後も発熱が続いたため 4 月初旬に入院しました。ミニパルス療法を行った後に PSL 30mg/day から開始したところ解熱し、他の症状も消失したため漸減中止し、退院しました。しかし、退院後数日後から症状が再燃しました。感染症に伴う慢性蕁麻疹を疑い抗生物質を投与し、地中海熱も考慮してコルヒチンを開始しましたが、症状が持続するため精査目的で 5 月中旬に再入院しました。2 回目の入院時に初めて私自身の目で発熱時の蕁麻疹様紅斑を確認でき、成人発症スチル病であると確信しました (図 3)。この時点では、CRP 3.61mg/dl、好中球分画は 81.7%と高値であるものの白血球数 5,700 と正常範囲内、また血清フェリチン値は 641ng/ml (女性の正常値 10~120ng/ml) と中程度上昇していました。その後、赤血球貧食症候群を併発し、血清フェリチン値は 40,000ng/ml 台まで上昇しました。以後の経過の詳細は割愛しますが、現在は PSL 5mg/day と



図3. 成人スチル病の特異疹

MTX 6mg/w 内服で病勢はコントロールできており外来に通院中です。初診から診断確定までに3か月を要しました。

この経験から学んだことは、【後医は名医】ということです。大学病院には長い経過でありながら診断が確定されていない多くの患者さんが受診します。私たちが診察する段階では特異疹を含む定型的症状や検査値異常が出揃っていることが多いため、診断に苦労することは多くありません。この患者さんを経験したことで、特異疹や疾患に伴う検査値異常が出揃う前の発症早期の段階で正確に診断することの困難さを痛感しました。西洋医学を学んだ私としては、患者さんに関して確認できた事実を積み上げていく以外に正しい診断に辿り着く道はありません。【診断に確信が持てない時には必ず経過を追う】ことで、患者さんからの信頼に応えるしかありません。

### おわりに

私たちは知っていることしか認識できません。知らないことは、たとえ見えていても認識できません。対象を認識できて初めて、対象への理解が始まります。私たち臨床医は自分の診断アルゴリズムを自分自身の言葉で構築し、さらに症例を経験し、最新の文献を読むことによってこのアルゴリズムを常時更新してゆくことが生涯の仕事です。