

大手前病院 呼吸器センター 症例レポート No. 8



いつも本院との病診連携に御協力を頂き有難うございます。御紹介して頂きました患者さんの中から、示唆に富む疾患を選び、症例レポートとして御報告申し上げます。今回は小細胞肺癌の再燃時に皮膚筋炎を発症したケースです。気腫合併肺線維症に併発した肺多発癌であり、第1癌と第2癌はともに扁平上皮癌、第3癌が小細胞癌で、化学療法後の再燃時に、顔面・四肢の紅斑、筋痛などの皮膚筋炎の症状が出現しています。日常の御診察の参考にして頂けましたら幸いです。今後とも宜しくお願い申し上げます（中野孝司）

小細胞肺癌の再燃時に皮膚筋炎を発症した肺多発癌・肺癌と皮膚筋炎

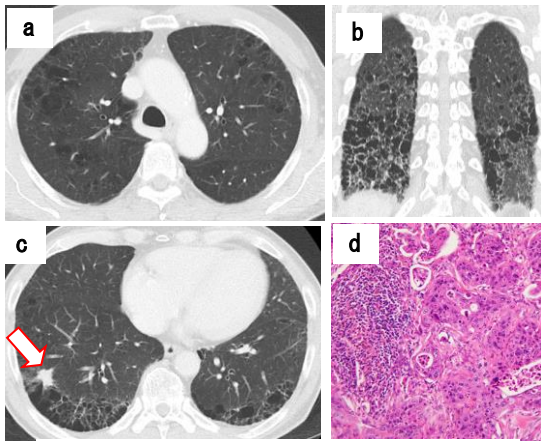


図1: 第1癌発見時のCT画像と病理像(扁平上皮癌)

症例: 60歳の男性、**主訴:** 顔面・四肢の紅斑、胸部～四肢の筋痛、**喫煙歴:** 25本/日×25年、**既往歴:** 高血圧症

現病歴: COPDで通院中、異常影がみつき紹介となった。胸部CTでは強い気腫像と両背側の間質影の増強があり(気腫合併肺線維症, CPFE, 図1a,b), 右S9には腫瘍が見られ、扁平上皮癌の診断で右下葉切除を行った(第1癌)。術後1年10か月に、左S1+2に腫瘍影が確認され、肺癌の可能性が高く部分切除を行った(図2)。第1癌の転移ではなく原発性肺扁平上皮癌であった(第2癌)。その8か月後には、左S9に新たな結節影(SUVmax2.9, 図3)が出現し、低肺機能のため部分切除をしたところ小細胞肺癌(SCLC)であった(第3癌)。その後、SCLCに対して、カルボプラチンとエトポシドによる化学療法を4コース実施した。2か月後のFDG-PETでは切除近傍の胸壁

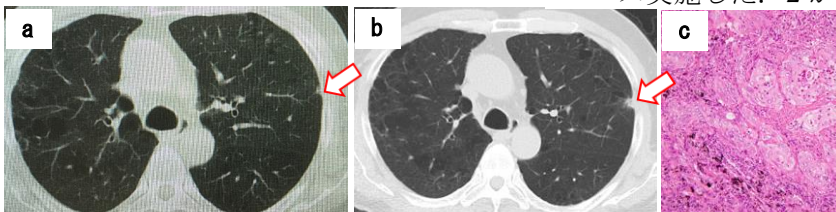


図2: 第2癌確認時のCT像; 第1癌切除1年10か月後に対側に腫瘍が出現(a), 6か月後にはやや増大した(b)。肺癌の可能性が高かったが、低肺機能のため部分切除した。転移ではなく原発性肺扁平上皮癌であった(c)

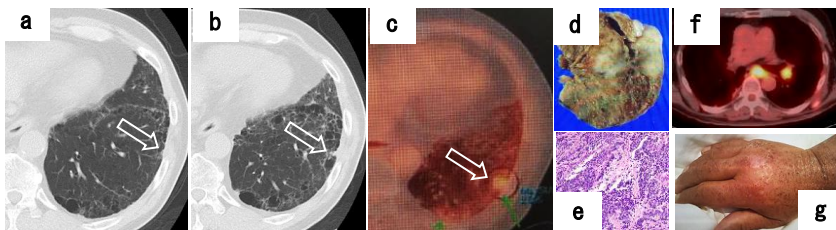


図3: 第3癌の出現と経時的変化: 第2癌切除8か月後の胸部CTで左S9に結節が確認され(a), 6か月後には増大していた(b)。FDGの集積(SUVmax2.9)が認められ、部分切除したところ小細胞癌であった(d, e)。化学療法4コース後、再燃し(f), その頃より皮膚筋炎の症状が出現した(g)。

(SUVmax;6.7)と縦郭リンパ節に強い集積が認められ、気管支鏡検査でSCLCの再発を確認した。その後、暫くして顔面・四肢の紅斑、両前腕伸側から手背の発赤・浮腫(図3g)や筋痛が出現した。

血液検査: LDH:636↑, AST:198↑, ALT:86↑, KL-6:998↑, CPK:5375↑, アルドラーゼ:27.1↑, 抗Jo-1抗体陰性, 抗TIF1γ抗体陽性

経過: 臨床像、筋原性酵素の上昇, 抗TIF1γ抗体陽性より皮膚筋炎(DM)を疑い、生検で確定診断した。ステロイド治療を開始したが一過性の効果しか得られなかった。

考案: DMの20%には悪性腫瘍の合併があり、本邦では胃癌・肺癌・乳癌が多い。組織型では、肺癌では小細胞癌、扁平上皮癌、腺癌の順である。DMの発症時期は、癌診断前(多くが1年以内)、診断と同時に、診断の後があり、腫瘍随伴症候群として捉えられている。筋炎特異自己抗体である抗TIF-1(transcriptional intermediary factor 1)-γ抗体は、DMの20%が陽性になるが、悪性腫瘍合併DMでの陽性率は高く(50~70%),本例も陽性であった。DMの40~60%は間質性肺炎を合併するが、CPFEの頻度は不明である。筋症状の乏しいDMの重型でみられる急速進行性間質性肺炎では抗MDA5抗体が陽性となるが、本例は筋炎症状があり、測定しなかった。DMを併発した肺癌の予後は不良である。