

手掌紅斑 erythema of palm

■ 概念

主として母指球部、小指球部に対側性に生じる毛細血管拡張によるびまん性の紅斑である。注意深く見ると、一様の赤さをもった斑ではなく、直径0.5 mm程度の紅斑が密になって融合して潮紅局面を形成しており、硝子圧にて消退する。びまん性の紅斑は、両手に対称性に認め、母指球、小指球に始まって次第に手掌全体に及ぶが、手掌中央部には病変を認めない。時に、指先ないし爪周囲のみに生じることもある。足底にもまれに認める（足蹠紅斑）とされているが、手掌紅斑のある患者の1/3に認めるとの報告もある。

■ 病態生理

手掌紅斑とくも状血管腫とは、同じ発生機序により生じるものとされている。組織学的には、真皮上層の毛細血管の拡張であり、血管周囲性の細胞浸潤はない。肝硬変、妊娠に伴う場合は、血中エストロゲンの上昇による毛細血管と細小動脈の拡張と増数があり、皮膚温も上昇する。

■ 鑑別診断（表24）

手掌紅斑の鑑別診断として、温熱性紅斑、アトピー性皮膚炎、接触性皮膚炎、くも状血管腫、皮膚筋炎、全身性エリテマトーデス（SLE）、CREST症候群、遺伝性掌蹠角化症などがあり、除外する必要がある。

手掌紅斑は、通常は肝疾患や妊娠などを背景にしているが、常染色体優性遺伝のものもある。健常者の場

合は、紅潮が手掌全体にびまん性に及び、紅潮も一樣であるなど違いがある。

妊娠に伴うものは、黒人では約1/3に、白人では約2/3に認められ、妊娠初期から出産後3週間程度で消失する。また、手掌紅斑は肝硬変患者では23%、関節リウマチでは60%以上、甲状腺機能亢進症では18%程度、糖尿病患者では4.1%に認めたとの報告がある。

■ 初診時の注意点

a 病歴聴取と全身の身体診察

- 飲酒習慣（飲酒量、期間）、薬歴について確認をする。
- 基礎疾患、既往歴を確認する。
- 手掌紅斑の家族歴、発症時期を確認する（遺伝性は常染色体遺伝）。
- 女性であれば、妊娠の有無を確認する。
- 肝疾患を示す徴候を確認する（くも状血管腫、紙幣状皮膚、白色爪、ばち指、脾腫、腹水、羽ばたき振戦、黄疸）。

b 臨床検査

- 全患者に推奨する検査は、血算、肝機能、腎機能、HBs（hepatitis B surface）抗原、HCV（hepatitis C virus）抗体、フェリチン、空腹時血糖、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、胸部X線撮影、動脈血液ガス検査（肝硬変、肝肺症候群）である。
- 一部に推奨する検査は、セルロプラスミン、アルブミン、リウマトイド因子、抗核抗体、抗SS-A（Sjögren syndrome-A）抗体、抗SS-B（Sjögren syndrome-B）抗体、脳MRI、胸腹部CT検査、骨髓生検、ガラス板法、TPHA（*Treponema pallidum* hemagglutination）、HTLV-I（human T-cell leukemia virus type I）抗体である。

くも状血管腫 spider angioma

■ 概念

くも状血管腫は、紅色小丘疹を中心に周囲に放射状に伸びる血管拡張枝を示し、クモが長い足を広げたような外観を呈する。中心部の隆起は動脈から成るために、しばしば指で拍動を触れる。皮疹部の圧は50～70 mmHgで、この圧をかければ硝子圧で消退する。圧を除去すると、再び動脈血が流れ、中心部より脚に向かって皮疹が再現する。皮疹の大きさは、針頭大から0.5 cm程度であるが、なかには2 cm程度に達するものもある。

くも状血管腫は、一般に顔、頸部、胸、背、上肢など、体の上半身に生じる。特に前胸部が好発部位であり、慢性肝障害が疑われる場合にはこの部分を観察する必要がある。

表24 手掌紅斑の鑑別診断

原発性	遺伝性、妊娠、老人性、特発性
二次性	<p>肝性：アルコール性肝硬変、Wilson病、ヘモクロマトーシス、B型肝炎、C型肝炎、肝肺症候群、門脈圧亢進症</p> <p>内分泌性：甲状腺機能亢進症、糖尿病、栄養障害</p> <p>自己免疫性：関節リウマチ、Sjögren症候群、サルコイドーシス、SLE、移植片対宿主症候群</p> <p>感染症：ブルセラ、トリキネローシス、HTLV-I関連ミエロパチー、亜急性細菌性心内膜炎</p> <p>悪性腫瘍：原発性脳腫瘍、転移性脳腫瘍、血管筋脂肪腫、白血病、胃癌、Hodgkinリンパ腫、リンパ球増殖性疾患</p> <p>薬剤性：薬剤性肝障害（アミオダロン、抗高脂血症薬）、薬剤（β_2刺激薬、topiramate）</p> <p>皮膚：温熱性紅斑、アトピー性皮膚炎、網状皮膚斑</p> <p>その他：肢端疼痛症、タリウム中毒、抗トロンピンIII欠損症、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、肺疾患、喫煙、虚血性心疾患、消化性潰瘍、動静脈瘻</p>

(Serrao R, et al : Palmar erythema. *Am J Clin Dermatol* 2007 ; 8 : 347.)

■ 病態生理

病態は不明であるが、血管増殖よりは既存の血管の拡張に起因するものと考えられている。また、アルコール性や小児にみられる先天性のものは自然発生で、機序は不明である。肝障害および妊娠に伴うものは、**くも状血管腫**の上昇によるものといわれている。

くも状血管腫が慢性の肝疾患、特に肝硬変および慢性活動性肝炎のときに出現することはよく知られている。くも状血管腫は痛み、かゆみなどの自覚症状は伴わないので、その出現の時期を確定することはほとんど不可能である。慢性の肝疾患ではよくみられる変化であるが、急性肝疾患ではくも状血管腫はほとんど発生しない。肝障害が改善された場合には、くも状血管腫も小さくなったり、まれには消失することもある。妊娠時に生じたものは分娩後に消失する。

■ 鑑別診断

くも状血管腫の鑑別診断としては、さくらんぼ血管腫、虫刺症、Rendu-Osler-Weber症候群、被角血管腫、Fabry病、蛇行状血管腫、毛細血管拡張性失調症、後天性多発性斑状毛細血管拡張症、老人性血管腫などがある。

くも状血管腫は、健康な成人では10～15%、白人の小児の報告では25.6%（104人/407人）に認められるという報告もある。内科疾患に伴う場合には、肝硬変、特にアルコール性肝硬変や、経口避妊薬内服、妊娠、甲状腺機能亢進症、関節リウマチなどに認められることが知られている。

小児に生じるもので母斑的な性格をもつものは、星芒状血管腫（stellar nevus、くも状母斑〈nevus araneus〉）と呼び、くも状血管腫は後天的な要因で生じたものに使用することもある。健康な小児では、顔、上肢に単発でみられ、成長に伴い自然消失する。

肝障害時に認めるくも状血管腫は、手掌紅斑や紙幣状皮膚とともにデルマトロームの一つとして知られている。くも状血管腫は、さまざまな肝疾患の重症度の有用な指標として注目されている。くも状血管腫と血小板減少が、C型肝炎における肝の線維化を示唆するとの報告がある。また、進行した肝硬変などによる肝肺症候群では、呼吸困難、平臥呼吸（臥位になると楽になり、座位になると呼吸困難になる）、ばち状指、くも状血管腫を高率に認めるとされている。

■ 初診時の注意点

- 飲酒習慣（飲酒量、期間、依存の有無）について確認をする。
- 肝障害をきたす薬剤の服用歴を確認する。
- 女性であれば、妊娠の有無、ホルモン補充療法、経口避妊薬などを確認する。
- 全身の身体診察を実施する。

- 注意深く肝を触診する（打診、触診、聴診）。
- 他の肝不全を示す徴候を確認する（手掌紅斑、血管拡張症、紙幣状皮膚、白色爪、ばち指、脾腫、腹水、羽ばたき振戦、黄疸）。
- 動脈血液ガス検査（肝硬変、肝肺症候群）。
- 鑑別診断を考えながら、精密検査を実施する。
〔溝岡雅文、田妻 進〕

【文献】

- 1) 田中 勝：手掌紅斑。玉置邦彦ほか（編）。最新皮膚科学大系4、紅斑・滲出性紅斑 紫斑 脈管系の疾患。東京：中山書店；2003、p. 63.
- 2) Serrao R, Zirwas M, English JC：Palmar erythema. *Am J Clin Dermatol* 2007；8：347.
- 3) 旭 正一：くも状血管腫。玉置邦彦ほか（編）。最新皮膚科学大系11、母斑・母斑症 悪性黒色腫。東京：中山書店；2002、p. 98.
- 4) Khasnis A, Gokula RM：Spider nevus. *J Postgrad Med* 2002；48：307.

リンパ節腫脹 lymph node enlargement

■ 概念

リンパ管系に沿って存在するリンパ節は、リンパ球、マクロファージ、樹状細胞などが存在し、感染や異物侵入に対する免疫応答、防御作用を担う重要な組織である。

リンパ節腫脹は、抗原（異物）に対する免疫応答、細菌などの病原微生物の侵入、癌細胞の転移、また前述のリンパ節を構成する細胞性成分の腫瘍性増殖などで認められる。

■ 病態生理

a 感染症によるリンパ節腫脹

局所の感染による所属リンパ節の腫脹が臨床的には最も多く認められる。白血球の浸潤、リンパ・網内系の増殖、浮腫などによりリンパ節が腫大する。病原体の直接侵入などによる膿瘍形成（黄色ブドウ球菌など）や肉芽腫形成（結核、トキソプラズマなど）、また局所における免疫応答では、限局したリンパ節腫脹が起きる。咽頭の感染、四肢の感染、外傷などが良い例である。また、伝染性単核症、風疹などのウイルス感染症や、結核、梅毒などの全身性の感染症でも、免疫応答により限局性または全身性のリンパ節腫脹を起こすことが知られている。

b 感染症以外の疾患による反応性リンパ節腫脹

全身性エリテマトーデス（SLE）や関節リウマチ（RA）などの自己免疫性疾患によってもリンパ系細胞の反応性増殖などによりリンパ節腫脹が起きる。

RAでは炎症の強い関節近傍のリンパ節が腫脹し、

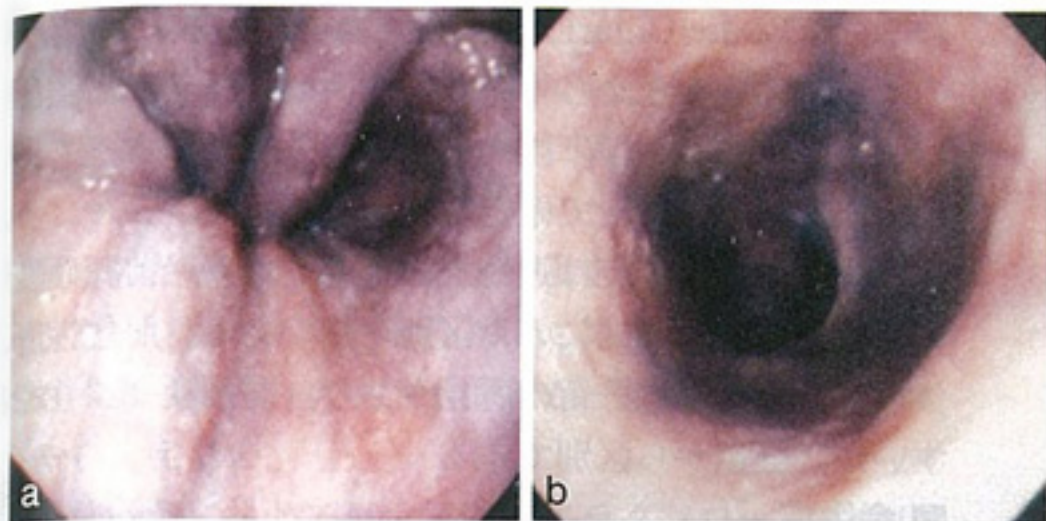


図46 食道静脈瘤

食道静脈瘤結紮術 (ELV) 3回, 硬化療法 (EIS) 2回施行後, 静脈瘤は消失した。
a: 治療前, b: 治療後。

きな斑紋状の紅斑として認められる。皮膚の色素沈着, 白い爪, ばち状指などもみられる。前腕の出血斑, 黄疸など肝硬変に伴う皮膚症状は多い。女性化乳房は, 特異性は少ないがしばしばみられる (図47)。疼痛を伴う結節を触れる。

■ 検査

a 血液生化学検査

肝の蛋白生成低下, 排泄障害, 有効肝血流量の減少など, 肝予備能をみる検査が最も重要である。γグロブリンの増加, 汎血球減少などは慢性肝炎から肝硬変への進行をみる指標になる。

アルブミン, コリンエステラーゼ (ChE), レシチン-コレステロールアシルトランスフェラーゼ (lecithin-cholesterol acyltransferase: LCAT), プロトロンビン (PT) は, いずれも肝で生成される蛋白質であるが, 肝硬変の進行とともに並行して減少するわけではない。いくつかを併せて判断する。総コレステロールも低下するが, 胆汁うっ滞などの増加する因子を考慮する。

ASL, ALTの上昇は慢性肝炎に比し少ないが, AST/ALT比は1以上に増加する。血液型B, Oの人では小腸性アルカリホスファターゼ (alkaline phosphatase: ALP) が増加する。

γグロブリンの上昇は肝硬変に特異的ではないが増加する。したがって, アルブミン/グロブリン比 (A/G比) の低下は進行の指標になる。線維化と関連して増加する指標としてIII型プロコラーゲンペプチド (P III P), IV型コラーゲン, ヒアルロン酸なども測定される。

ビリルビンは末期に上昇するが, 胆汁酸はより早期に高くなる。排泄, 負荷試験としてインドシアニンググリーン (ICG) が肝血流や予備能の評価に用いられる。

汎血球減少症は, 肝硬変の進展とともにゆっくりと進行する。門脈圧亢進の経過が長い例では血小板減少, 貧血のみが主症状の例もある。脾腫による脾機能亢進



図47 腹壁静脈瘤と女性化乳房 (男性)

臍から上行性に伸びる腹壁静脈瘤は“メズサの頭”と呼ばれる。



図48 くも状血管腫

皮下から動脈性の血管が表面に出て, 放射状に広がる。

のことが多い。

αフェトプロテイン (α-fetoprotein: AFP) は肝硬変の再生を反映して変動するため, 肝細胞癌の合併との鑑別が必要である。

原因診断として, B型肝炎ではHBs抗原, C型肝炎ではHCV抗体, AIHでは抗核抗体, 抗平滑筋抗体, PBCでは抗ミトコンドリア抗体を測定する。アルコール性肝硬変ではγ-GTPの高値が参考になる。肝性脳症ではアンモニアの上昇, アミノ酸組成の変化がみられ, 分岐鎖アミノ酸 (BCAA: Val, Leu, Ile) /芳香族アミノ酸 (AAA: Phe, Tyr) 比 (Fischer比) が低下する。

b 画像所見

超音波診断は肝細胞癌の早期発見のためにも定期的に行うが, 肝左葉腫大, 辺縁の鈍化, 表面不整, 内部構造の乱れ, 脾腫によって慢性肝炎と鑑別できる (図49)。脾腎シャントなど側副血行路をみることもできる。

肝に特異的なアシアロ糖蛋白 (アシアログリコプロテイン) シンチグラフィは肝予備能の低下をみるために用いられる。

造影CTでは, 肝左葉の腫大, 肝表面の凹凸, 腹水の有無や脾腫大, 門脈と下大静脈シャントの有無を調