KMJ THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 2015；65：149～152

症例報告

リウマチ性多発筋痛症様症状が出現した重複がんの１例

高橋　有我[1]，小屋　紘子[1]，小林　　剛[1]

1　群馬県渋川市金井2854　独立行政法人国立病院機構 西群馬病院 緩和ケア科

要　旨

症例は 85 歳, 男性. 腎臓がん術後, 肺転移および肝内胆管がん. 1ヶ月前より持続する頚部～両肩, 四肢近位筋の痛みがあり入院となった. CT にて痛みの原因となるような所見はなく, アセトアミノフェン, オキシコドン速放製剤, 葛根湯を使用するも改善しなかった. 臨床所見を見直すとリウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica, 以下, PMR) が疑われ, 赤沈値は 107 mm/h と高値であった. 診断基準を満たすため, 腫瘍随伴症候群としての PMR 様症状と考え, プレドニゾロン 20mg/日を開始すると痛みに著効した. がん患者にはがんに直接関連のない痛みを生じることがあるが, 腫瘍随伴症候群は頻度が少なく比較的盲点と思われる. 腎臓がんや胆管がんでの報告は日本では初めてである.

文献情報

キーワード：
痛み,
腫瘍随伴症候群,
リウマチ性多発筋痛症,
腎臓がん,
胆管がん

投稿履歴：
受付　平成26年12月22日
修正　平成27年３月11日
採択　平成27年３月12日

論文別刷請求先：
高橋有我
〒377-8511　群馬県渋川市金井2854
独立行政法人国立病院機構 西群馬病院
緩和ケア科
電話：0279-23-3030
E-mail: takahashi-yu@netnngh.hosp.go.jp

緒言

進行がんの患者が多い緩和ケア病棟のようなところでは, 必然的に痛みの原因はがんであることが多い. しかし, がん患者にはがんに直接関連のない痛みが生じることがある. 例えば, 変形性関節症や脊柱管狭窄症など整形外科領域の疾患, 長期臥床に伴うレスパイトペイン (respite pain), 帯状疱疹などはしばしば目にする. 一方, 腫瘍随伴症候群が痛みの原因となることもあるが, 頻度は少なく鑑別にも挙がりにくい. そのせいか, 報告も少ないのが現状である. 今回, 両肩や上腕, 大腿部の筋痛を認め, 腫瘍随伴症候群のうちリウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica, 以下, PMR) 様の症状をきたした症例を経験したので報告する.

症例

85 歳男性. 腎臓がん術後, 肺転移および肝内胆管がん. 既往：慢性腎不全. 1ヶ月前より続く痛みおよび ADL 低下のため入院. 痛みは, 頚部～両肩, 上背部, 両側上腕, 両側大腿のこわばるような筋痛であった. CT では痛みの原因となる所見なし. ADL 低下に伴うレスパイトペインを疑いリハビリを開始した. ただ, 痛みは強く, アセトアミノフェン 2400 mg/日, オキシコドン速放性製剤 2.5 mg を頓用で使用するも効果は乏しかった. 腎障害 (Cr 2.03 mg/dl, eGFR 24.98 ml/min/1.73 m²) があるため NSAIDs は使用しなかった. 筋緊張を考え葛根湯 7.5 g/日を併用したが効果はなかった. あらためて身体所見を見直すと PMR が疑われ, 赤沈値を調べると 107 mm/h と著明に亢進していた (表 1). 診断基準 (Bird ら/本邦 PMR 研究会 (表 2)) では年齢, 赤沈値, 急性発症, 全身倦怠感, 両側の上腕および大腿部の筋痛などが該当しいずれも基準を満たしていた. よって腫瘍

随伴症状群としてのPMR様症状を考えた．プレドニゾロン20mg/日を開始したところ，翌日に痛みはNumerical Rating Scale (以下，NRS) 7～8/10から1/10まで軽減した．開始4日目に10mg/日に減量すると痛みが再燃したため，再び20mg/日に戻したところ改善した (図1).

表1　血液検査所見

RBC	$2.36\times10^6/\mu l$	LDH	196IU/l
Hb	7.6 g/dl	ALP	1,204IU/l
WBC	10,200/μl	CPK	44IU/l
PLT	$23\times10^4/\mu l$	BUN	70.2 mg/dl
ESR	107 mm/h	Cr	2.29 mg/dl
TP	6.4 g/dl	Na	133 mEq/l
ALB	2.9 g/dl	K	3.3 mEq/l
T-Bil	0.34 g/dl	Cl	96 mEq/l
AST	19IU/l	Ca	8.2 mg/dl
ALT	15IU/l	GLU	140 mg/dl
		CRP	14.43 mg/dl

表2　従来のPMR診断基準

Birdらの診断基準（1979）	本邦PMR研究会の診断基準（1985）
	年齢≧60歳で
1．年齢≧65歳 2．2週間以内の急性発症 3．両側の肩の関節痛 and/or こわばり 4．両側の上腕の筋痛 5．1時間以上持続する朝のこわばり 6．抑うつ and/or 体重減少 7．赤沈≧40mm/h	1．両側上腕部の筋痛 2．両側大腿部の筋痛 3．朝のこわばり 4．37°C以上の発熱 5．全身倦怠感 6．食欲低下・体重減少 7．赤沈≧40mm/h
7項目中3項目以上でPMRと診断 (感度92%, 特異度80%)	7項目中3項目以上でPMRと診断

PMR: polymyalgia rheumatica　リウマチ性多発筋痛症

考察

PMRは70歳代に発症のピークがある高齢者に多い疾患である．臨床的には体幹部や近位部の痛みと炎症反応亢進に特徴づけられ，頚部～肩，上腕，骨盤周囲や臀部，大腿などのこわばりや筋肉痛がみられる．その他，炎症に伴う発熱，倦怠感，体重減少，抑うつなども出現する．ただ，いまだその発症機序，病態生理は解明されておらず，疾患に特異的な診断の決め手もない．よって，日本ではBirdらや本邦PMR研究会の作成した診断基準を用い診断されることが多い.[1] 本症例では，特に赤沈値が107mm/hと著明に高かったが，100mm/hを超えるような高値はPMRのひとつの特徴といわれ，実に，PMR患者の20%で104mm/hを超えていたという報告がある.[2,3] ただ，赤沈値が正常の場合もあり低値だからといって否定はできない．同じような四肢の筋痛をきたすものに，多発性筋炎があるが，筋力低下やCPK上昇はなく診断基準を満たさないため否定的であった．その他，鑑別診断として，関節リウマチ，RS3PE症候群，感染症，骨転移なども挙がるが，関節炎や四肢末端の浮腫がないなどの臨床所見，画像所見からいずれも考えにくかった．ただ，抗核抗体や各種抗体を調べなかったのは反省点である．最近では超音波検査にて肩峰下，三角筋下，大腿骨転子部などに滑液包炎を高頻度に認めるという新たな知見があり，超音波基準を盛り込んだ分類基準が2012年に米国/欧州リウマチ会議により作成された.[4] 今後はこういった所見も診断の手がかりとなるだろう．

今回，医中誌やメディカルオンラインにて胆管がんや腎臓がんとPMRについて検索を行ったところ (検索式：腎臓がん＋PMR，胆管がん＋PMR)，1977年～2014年の間で我々の症例以外では会議録を含め報告はなかった．腎臓がんや胆管がんにおけるPMR様症状の合併は稀な病態とい

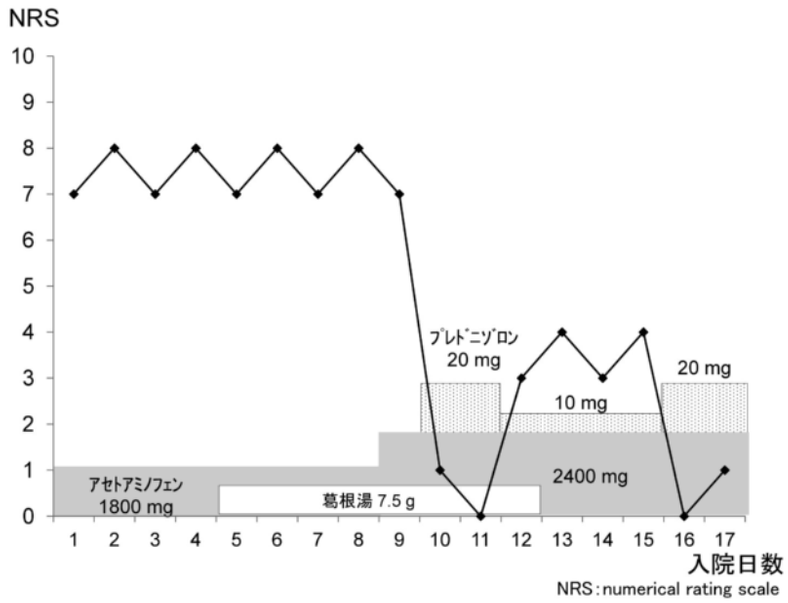

図1　痛みの経過

える．ただ，一般的には様々な固形癌，血液腫瘍で PMR 様症状がみられることがあるといわれ，特に骨髄異形成症候群や血管内リンパ腫などの血液疾患は疑う必要があるとされる．[1]

PMR の治療について確立したプロトコールはないが，典型例では少量のステロイド (10〜20 mg/日) が著効し，数日のうちに速やかに症状が改善する．本症例はプレドニゾロン 20 mg/日で翌日に NRS 1/10 となったが，10 mg/日に戻すと痛みが再燃したため再び 20 mg/日とした． がんと PMR 様症状の関係について， がんの腫瘍随伴症状とするか，がんに PMR が合併したとするかは議論が分かれるが，一般的にがん患者における PMR 様症状は典型的な PMR と異なりステロイド抵抗性のことが多いとされる．逆をいえば，ステロイドの効きにくい PMR 患者ではがんを疑い精査をする必要がある．また，がん患者での PMR 様症状は原疾患の病勢に影響を受けることがあり，なかには肺癌の切除とともに PMR 様症状が軽快したという報告もある．[5] 難治性の PMR やステロイドの副作用がある場合，メソトレキサート，TNF 阻害薬，抗 IL-6 受容体抗体が使われることもある[1]が，がん患者の PMR 様症状に対しては，その適応について慎重な判断を要するだろう．

結語

がん患者の痛みのなかで，頻度は少ないが腫瘍随伴症候群が原因となっていることがある．特に四肢近位筋の痛みや赤沈高値などがある場合は，PMR 様の病態が関与している可能性がある．

参考文献

1. 西岡紘治，田中敏郎．リウマチ性多発筋痛症．日本内科学会誌　2014; 103: 2440-2448.
2. UpToDate® Clinical manifestations and diagnosis of polymyalgia rheumatica (http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polymyalgia-rheumatica?source=search_result&search=pmr&selectedTitle=1〜56) (2014 年 12 月現在)
3. Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, et al. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in the evaluation of disease activity and severity in polymyalgia rheumatica: a prospective follow-up study. Semin Arthritis Rheum 2000; 30: 17-24.
4. 竹内　健．リウマチ性多発筋痛症．日本臨床内科医会会誌 2014; 29: 214-216.
5. 木村　亨，竹内幸康，船越康信ら．切除により筋痛症様症状が軽快した肺腺癌の 1 例．肺癌　2010; 50: 353-356.

A Case of Multiple Cancers Presenting with Polymyalgia Rheumatica-like Symptoms

Yuga Takahashi[1], Hiroko Koya[1] and Go Kobayashi[1]

1 Department of Palliative Care, National Hospital Organization Nishigunma Hospital, 2854 Kanai, Shibukawa, Gunma 377-8511, Japan

Abstract

The patient was an 85-year-old man who developed lung metastasis and intrahepatic bile duct cancer after undergoing surgery for kidney cancer. He had a 1-month history of persistent pain from the neck to both shoulders and proximal limb muscles prior to hospitalization. Computed tomography revealed no findings leading to the development of pain. The patient's condition did not improve despite the use of acetaminophen, immediate-release oxycodone, and kakkonto. Polymyalgia rheumatica (PMR) was suspected based on the clinical findings, with the erythrocyte sedimentation rate showing a marked increase at 107mm/h. As the diagnostic criteria were satisfied, a diagnosis of paraneoplastic syndrome with PMR-like symptoms was made. Accordingly, prednisolone administration at 20mg/day was initiated, which markedly reduced the pain. In cancer patients, pain that is not directly associated with cancer sometimes occurs. Paraneoplastic syndrome rarely occurs, and thus is relatively likely to remain undiagnosed. This is the first report of a case of paraneoplastic syndrome in a patient with kidney and bile duct cancers in Japan.

Key words:
pain,
paraneoplastic syndrome,
polymyalgia rheumatica,
kidney cancer,
bile duct cancer