

Case 29-2009: An 81-Year-Old Man with Weight Loss, Odynophagia, and Failure to Thrive

(New England Journal of Medicine 2009; 361: 1189-98)

【患者】 81 歳男性 【主訴】 咳嗽、体重減少、嚥下痛、不快感

【現病歴】

患者は入院およそ 15 ヶ月前までは、既往の糖尿病がある以外は平常の健康状態であったが、その頃より間欠的な咳をするようになり、徐々に体重が減少し始めた。入院 7 ヶ月前には患者は職を失い、その後は食事が減り、家族は患者が抑うつ状態のようであり一日の大半を寝て過ごすことに気づいた。それからの 2 ヶ月間、患者の咳は増加し、暗黄色の痰を伴っていた。

今回の入院 5 ヶ月前、患者は低血糖及び脱水に伴う眩暈と転倒のエピソードのため当院に入院した。このとき患者は過去 1 年間で約 23kg の体重減少があったと述べている。彼は過去 20 年以上にわたり 2 型糖尿病を患っているが、この 5 ヶ月前の入院よりさらに 9 ヶ月前に初めて低血糖が原因で入院しており、その際はグルコースの点滴とインスリン量の調整で低血糖は回復した。当時、患者は高血圧、高コレステロール血症、高脂血症、甲状腺結節を患っていた。また、10 代の頃に造船所で働いてアスベストに暴露しておりアスベスト肺の診断を受けていて、胸膜斑及び肺線維症があるものの無症状であった。薬剤へのアレルギーは無く、入院時の薬は insulin, aspirin, valsartan, atrovastatin, metoprolol, multivitamin であった。診察時、患者はやせ細っており、側頭部にはるい瘦が認められ、疲労感が漂っていた。体重は 58.4kg、体温 35.9°C、血圧 113/56mmHg、脈拍 61、呼吸数 18、酸素飽和度は 91%(経鼻カニューレで酸素 2L 投与下)であった。粘膜は乾燥しており、舌表面は白く覆われており、頸静脈の拍動は胸骨角上 1cm まで認められた。Levine II/VI の収縮期雑音が前胸部で聴取され、肺底部では両側に捻髪音が聴かれ、濁音・Wheeze・Rhonchi は認められなかった。手足の指の爪は長く、汚れていた。その他の身体所見は正常であった。検査所見は Table 1 に挙げたとおり。胸部 X 線では胸膜の石灰化と胸膜斑及び両肺野末梢(特に下葉)にびまん性の網状陰影が見られたが、これらの所見はアスベスト肺及び肺線維症と一致し、以前の検査時と変化していなかった。心電図も正常であった。グルコース液の点滴と heparin, ceftriaxone, azithromycin の皮下注射を行った。また、インスリン量を調整し、valsartan は中止、他の薬剤はそのまま継続とした。入院 3 日目、低酸素血症と血圧低下が生じ、動脈血液ガス分析(100%酸素投与下)では pH7.38、CO₂ 分圧 35mmHg、酸素分圧 72mmHg であった。胸部 X 線にて両肺に新たな陰影が認められ、多病巣性の肺炎或いは肺水腫が考えられた。造影胸腹骨盤部 CT では多発する斑状のすりガラス陰影と、重力のかかる部位での浸潤影、そして軽度の肺水腫が認められた。その他はアスベスト肺による慢性の肺・胸膜の変化、甲状腺結節、縦隔リンパ節腫脹が見られたが、これらの病変は以前の検査でも存在していた。広域抗菌薬及び持続的気道内陽圧(CPAP)により治療し、患者の症状は改善した。包括的に評価を行ったが病原体は特定出来なかった。この入院中、低酸素血症が間欠的に生じたが、特に治療をせずとも改善した。FDG PET-CT にて胸腹骨盤部を精査するも胸膜の石灰化と胸膜斑などアスベスト肺によると思われる変化しか認められず、FDG の異常な取り込み像は認められなかった。患者はリハビリテーション施設を経た後、今回の入院約 2 ヶ月前に自宅へと退院した。

自宅に戻っても患者は以前行っていたことをやろうとはせず、家族は患者の食欲が益々落ちてきて、身体が弱くなっていくことに気づき、彼を当院の救急へと連れてきた。患者によると、病気が始まる前には体重は 84kg 程度であった。また、患者は食思不振と固形物の嚥下困難(但し液体と軟らかいものなら食べられる)を訴え、しばしば食べたものが逆流してきたり、喉に食べ物が詰まったりすることがあると述べた。身体診察で、患者は全身のるい瘦が見られた。体重は 49.6kg、体温 36.6°C、血圧 87/45mmHg、脈拍 69、呼吸数 20、酸素飽和度 96%(室内空気)であった。粘膜は乾燥し、口腔内粘膜には白斑が存在し、皮膚の turgor は低下、両側肺底部に捻髪音が聴取された。その他の身体所見は正常であった。検査データは Table 1 に挙げた。胸部 X 線上、変化はなかった。点滴を行い、nystatin を経口で開始し入院となった。

【既往歴】 2 型糖尿病、高血圧、高コレステロール血症、高脂血症、甲状腺結節、アスベスト肺

【薬歴・アレルギー歴】 NKDA

【生活歴】 Massachusetts 都市部で生まれ育った。妻と 2 人暮らし。現在無職(以前は販売業)

喫煙：糖尿病と診断されるまではヘビースモーカーだった、アルコール(-)、違法薬物(-)

【家族歴】 息子がリンパ腫にて 51 歳で死亡

【現症】

〔バイタル〕 体重 49.6kg、体温 36.6°C、血圧 87/45mmHg、脈拍 69/min、呼吸数 20/min、酸素飽和度 96%(室内空気)

〔皮膚・粘膜〕 粘膜乾燥、口腔内粘膜に白斑、皮膚 turgor 低下

〔胸部〕 両側肺底部にて捻髪音聴取

【入院時検査所見】

〔胸部X線〕 前回入院時より変化せず：以前からのアスベスト肺及び肺線維症の所見に、両側下葉の浸潤影及びすりガラス状陰影が加わっている。

【入院後の経過】

バリウム嚥下造影検査(Figure 2A)を行ったところ、嚥下機能は正常と評価され、多発性の網状組織及び敷石像を伴う異常な粘膜像と、縦方向での筋肥大が認められた。入院第4日の造影頸胸部CT(Figure 1A)では右甲状腺の低吸収域、軽度開大した口咽頭及び下咽頭、食道の肥厚と不整、右肺門部及び縦隔リンパ節腫脹(最大径は2.1cm)、肝臓の多発する小低吸収域病変、肝周囲の腹水、胆嚢壁の周状肥厚が認められた。入院第5日には体温が38.0℃まで上昇し、血液・尿・痰培養が提出された。入院第6日に行われた上部消化管内視鏡検査(Figure 2B)では、食道にびまん性の白斑が認められ、fluconazoleが始められた。入院第7日には体温が38.4℃まで上昇し、体重は52.6kgであった。超音波検査では甲状腺に多くの結節が認められた。入院第9日に行われた腹部CT(Figure 1B)では肝臓には少なくとも4つ以上の病変(最大径は2.9cm)が存在し、血栓化した右門脈肝内分枝と思われる低吸収域をS8に認めた。フリーエアやリンパ節の異常な腫脹などは認められず、胸膜の所見も以前と変わりなかった。

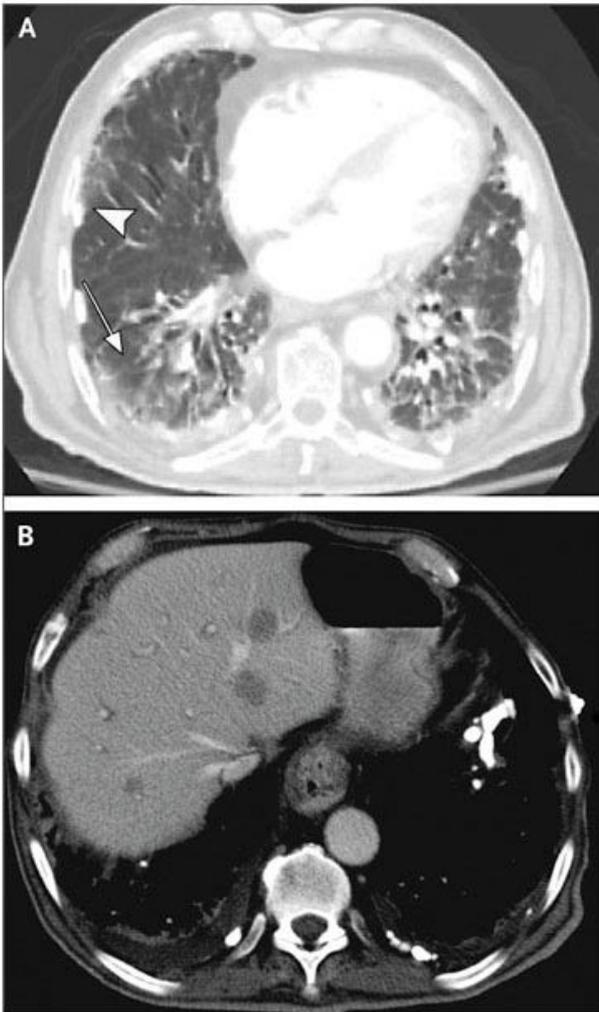


Figure 1. Images of the Chest and Abdomen.

A CT scan of the chest (Panel A) shows calcified pleural plaques (arrowhead) and pulmonary fibrosis with superimposed bilateral ground-glass opacities (arrow). Axial CT of the abdomen shows low-attenuation solid lesions of the liver (Panel B).

- ☆患者の年齢・性別・主訴から何が考えられますか？
- ☆Problem Listを挙げて下さい。
- ☆追加で問診したいことはありますか？
- ☆鑑別診断を挙げて下さい。
- ☆検査を追加するとしたら何をしますか？

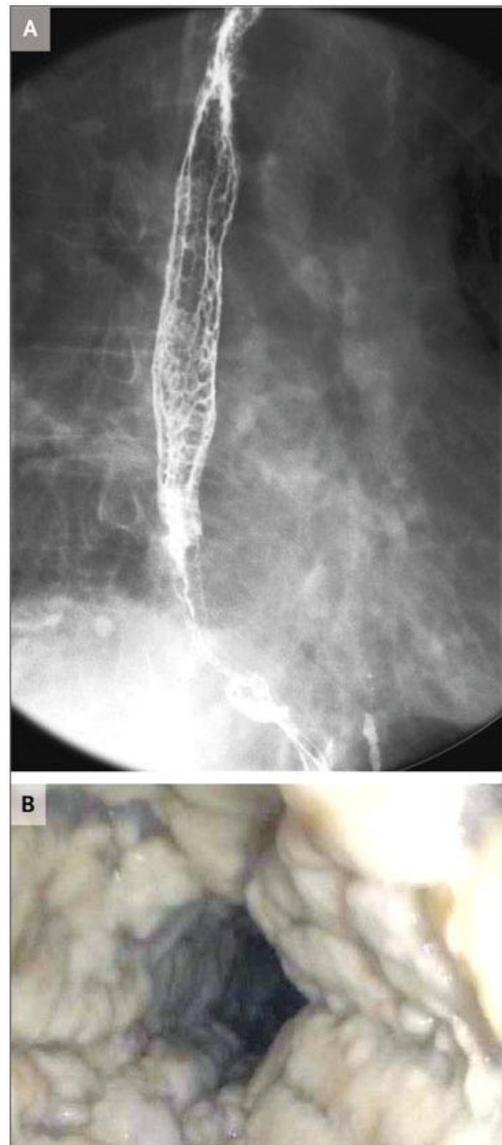


Figure 2. Images of the Esophagus.

A radiograph from a barium-swallow examination shows an abnormal mucosal pattern of the esophagus, with a diffuse cobblestone pattern and thickening of the wall, features consistent with muscular hypertrophy (Panel A). An endoscopic view of the upper esophagus (Panel B) shows extensive, confluent white plaques, consistent with candidiasis, with a cobblestone appearance. These were present throughout the length of the esophagus.

Table 1. Laboratory Data.*

Variable	Reference Range, Adults†	5 Mo Earlier	On Admission
Hematocrit (%)	41.0–53.0 (men)	31.3	34.3
Hemoglobin (g/dl)	13.5–17.5 (men)	10.4	11.3
White-cell count (per mm ³)	4,500–11,000	5,700	3,700
Differential count (%)			
Neutrophils	40–70	81	71
Lymphocytes	22–44	15	19
Monocytes	4–11	0	5
Eosinophils	0–8	2	4
Basophils	0–3	0	1
Band forms	0–10	2	0
Platelet count (per mm ³)	150,000–400,000	221,000	158,000
Mean corpuscular volume (μm ³)	80–100	83	85
Red-cell distribution width (%)	11.5–14.5	14.7	17.1
Reticulocytes (%)	0.5–2.5	1.3	1.0
Activated partial-thromboplastin time (sec)	22.1–34.0	26.9	27.4
Prothrombin time (sec)	10.3–13.2	12.9	12.3
International normalized ratio		1.1	1.1
Sodium (mmol/liter)	135–145	136	137
Potassium (mmol/liter)	3.4–4.8	4.4	3.7
Chloride (mmol/liter)	100–108	102	101
Carbon dioxide (mmol/liter)	23.0–31.9	23.6	25.1
Urea nitrogen (mg/dl)	8–25	65	48
Creatinine (mg/dl)	0.60–1.50	2.0	2.09
Glucose (mg/dl)	70–110	206	76
Glycated hemoglobin (%)	3.80–6.40	7.50	
Protein (g/dl)			
Total	6.0–8.3	7.1	7.3
Albumin	3.3–5.0	3.1	3.3
Globulin	2.6–4.1	4.0	4.0
Lactate dehydrogenase (U/liter)	110–210	226	198
Calcium (mg/dl)	8.5–10.5	10.9	9.6
Creatine kinase isoenzymes	Negative	Negative	Negative
Troponin I	Negative	Negative	Negative
Troponin T (ng/ml)	0.00–0.09	0.03	
Iron (μg/dl)	45–160	13	40
Total iron-binding capacity (μg/dl)	228–428	200	149
Ferritin (ng/ml)	30–300	420	874
N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (pg/ml)	0–1,800 (adults >75 years of age)	1,266	

* To convert the values for urea nitrogen to millimoles per liter, multiply by 0.357. To convert the values for creatinine to micromoles per liter, multiply by 88.4. To convert the values for glucose to millimoles per liter, multiply by 0.05551. To convert the values for calcium to millimoles per liter, multiply by 0.250. To convert the values for iron and total iron-binding capacity to micromoles per liter, multiply by 0.1791.

† Reference values are affected by many variables, including the patient population and the laboratory methods used. The ranges used at Massachusetts General Hospital are for adults who are not pregnant and do not have medical conditions that could affect the results. They may therefore not be appropriate for all patients.