

Leser-Trélat 徴候により発見された早期胃癌の1例

岐阜県厚生連総合病院養老中央病院外科, 同 皮膚科*

今井 直基 関野 昌宏 清水 幸雄 細野 竜司
後藤 全宏 加納 宣康 田辺 博 福嶋 信夫*

Leser-Trélat 徴候は老人性疣贅が急速に増加・増大するものであり、主として内臓の悪性腫瘍を合併することが多い。われわれは、本徴候を契機として発見された早期胃癌の1例を経験したので報告する。症例：62歳，男性。主訴：皮膚瘙癢。現病歴：平成3年2月皮膚瘙癢あり当院皮膚科を受診。同年5月同科再診時，背部および腹部に多発する小さな淡褐色～黒褐色の丘疹を認めた。皮膚病理組織では老人性疣贅の所見に一致した。これらが短期間に増加したことより Leser-Trélat 徴候と診断した。内臓悪性腫瘍の検索にて胃幽門前庭部後壁に IIC+IIa 様病変を認めたため，胃亜全摘術+R₂を施行した。胃病理組織では tub₁, m, n₀, stage I であった。現在まで疣贅の増加は認めていない。

Leser-Trélat 徴候と悪性腫瘍との病因的関連についての定説はないが，悪性腫瘍の早期発見・早期治療の面から，本症例は臨床的に非常に有意義なものと思われる。

Key words: Leser-Trélat sign, early gastric cancer

はじめに

内臓悪性腫瘍に伴う皮膚変化は dermadrome または paraneoplastic dermatosis として多くのものが知られており Leser-Trélat 徴候もそのひとつである。本徴候は老人性疣贅が急速に増加・増大するものであり，最近では多くの報告がなされるようになった。今回われわれは，本徴候を契機として早期胃癌が発見され，根治術をなし得た1例を経験したので，本邦報告例の検討を加えて報告する。

症 例

患者：62歳，男性。

主訴：皮膚瘙癢。

既往歴：55歳時，脳梗塞・緑内障。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成3年2月皮膚瘙癢あり当院皮膚科を受診，皮膚瘙癢症の診断にて抗ヒスタミン剤を投与された。同年5月同科再受診時，背部および腹部に米粒大～大豆大，表面粗糙，境界明瞭，扁平に隆起した淡褐色～黒褐色の丘疹を多数認めた (Fig. 1)。

皮膚病理組織所見：角質の増殖，偽性角質嚢胞，表皮基底細胞様細胞の増殖を認めた。悪性像はなく，seborrheic keratosis, adenoid type と診断された

(Fig. 2)。

これらの老人性疣贅が短期間に増加したことにより，Leser-Trélat 徴候と診断し，内臓悪性腫瘍の検索を施行した。

入院時検査成績：血液生化学的検査では特に異常を認めず，腫瘍マーカーは正常であった。免疫学的検査ではツベルクリン検査が偽陽性であった以外には異常所見を認めなかった (Table 1)。

上部消化管造影検査：胃幽門前庭部後壁に比較的境界明瞭な IIa 様病変を認めた (Fig. 3)。

上部消化管内視鏡検査：胃幽門前庭部後壁に IIC+IIa 様病変を認めた (Fig. 4)。同部位からの生検では Group V, well differentiated adenocarcinoma と診断された。

上部消化管超音波内視鏡検査：第1および第2層から，一部が第3層に至る隆起性病変を認め (Fig. 5)，sm に達する IIa 型早期胃癌が疑われた。

以上の所見より，Leser-Trélat 徴候に合併した早期胃癌と診断し，平成3年7月9日手術を施行した。

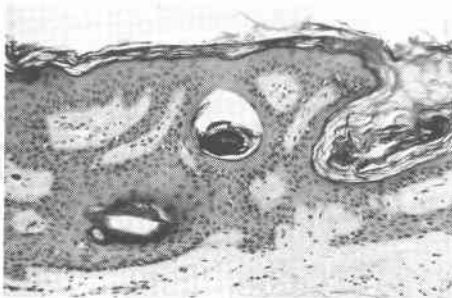
手術所見：胃癌取扱い規約²⁾に準ずると，A, Post, P₀H₀N₀S₀ Stage I であった。胃亜全摘術+R₂を施行し，Billroth-I 法にて再建した。

摘出標本肉眼所見：胃幽門前庭部後壁に1.5×1.0 cm の IIC+IIa 型胃癌を認めた (Fig. 6)。

胃病理組織所見：胃癌取扱い規約に準ずると，well

<1992年5月13日受理> 別刷請求先：今井 直基
〒503-13 養老郡養老町押越986 岐阜県厚生連総合
病院養老中央病院外科

Fig. 1 Numerous senile verrucae were observed over the back and abdomen.

Fig. 2 Histopathology of the skin yielded findings indicated of verruca senilis. (H.E. staining, $\times 200$)

differentiated tubular adenocarcinoma, $\text{INF}\alpha$, m, ly_0 , v_0 , n_0 , $\text{ow}(-)$, $\text{aw}(-)$, stage Iであった(Fig. 7).

術後経過は順調であり、第28病日退院し、術後8か月を経過した現在、老人性疣贅は増加も減少もなく不変である。

考 察

Leser-Trélat 徴候とは、以前に何もなかった皮膚に突然老人性疣贅が出現し、急速に増加・増大する場合をいい、主として内臓悪性腫瘍を合併することが多い。この皮膚変化は、1890年頃にドイツの外科医 Edmund Leser とフランスの外科医 Ulysse Trélat が悪性腫瘍に伴った keratosis の症例を報告したことに始まる。老人性疣贅が増加・増大する期間については、およそ

Table 1 Laboratory data on admission

RBC	$427 \times 10^4/\text{mm}^3$	WBC	$5,500/\text{mm}^3$
Hb	13.1 g/dl	Stab	1 %
Ht	39.0 %	Seg	41 %
		Eosino	2 %
Plt	$18.9 \times 10^4/\text{mm}^3$	Lympho	56 %
TP	7.4 g/dl	CRP	(-)
Alb	4.8 g/dl	RA	(-)
A/G	1.1	IAP	283 ng/ml
ZTT	10.0 K-U	CEA	3.2 ng/ml
T-bil	0.4 mg/dl	CA19-9	<6 U/ml
D-bil	0.3 mg/dl	IgG	1,200 mg/dl
ID-bil	0.1 mg/dl	IgA	265 mg/dl
GOT	13 IU/l	IgM	100 mg/dl
GPT	11 IU/l	Immuno-electrophoresis	n.p.
LDH	195 IU/l	OKT 4	48.9 %
ALP	170 IU/l	OKT 8	17.4 %
γ -GTP	24 IU/l	OKT 6	0.0 %
LAP	27 IU/l	T cell rate	87 %
Ch-E	10.4 IU/ml	B cell rate	2 %
CPK	165 IU/l	Tuberculin reaction	
S-AMY	124 Somogyi		6×4 mm
U-AMY	124 Somogyi	Bleeding time	4' 30"
Glucose	86 mg/dl	Coagulation time	10' 00"
T-chol	180 mg/dl	Chest & Abdomen X-p	n.p.
BUN	12 mg/dl	Electrocardiogram	n.p.
Crea	0.91 mg/dl	Abdominal Computed Tomography & Ultrasonography	n.p.
Na	143 mEq/l		
K	3.9 mEq/l		
Cl	111 mEq/l		
Ca	5.0 mEq/l		
P	3.3 mg/dl		
Fe	270 $\mu\text{g}/\text{dl}$		

6か月以内の報告が多く、これがひとつの目安になる³⁾とされている。本症例でもその期間が約3か月であり、皮膚病理組織学的に老人性疣贅の所見に一致したことから Leser-Trélat 徴候と診断した。

本邦では、1975年中村⁴⁾が乳癌を合併した症例を報告して以来、本症例を含めて50例が報告されている。それらの合併悪性病変をみると、胃癌が29例(58%)

Fig. 3 Upper gastrointestinal radiograph showed a IIa-like lesion on the posterior wall of the gastric antrum

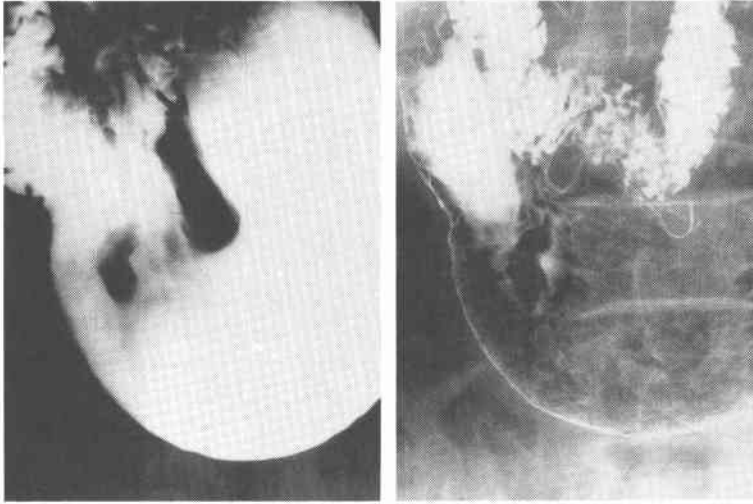


Fig. 4 Endoscopic picture showed a IIc+IIa-like lesion on the posterior wall of the gastric antrum

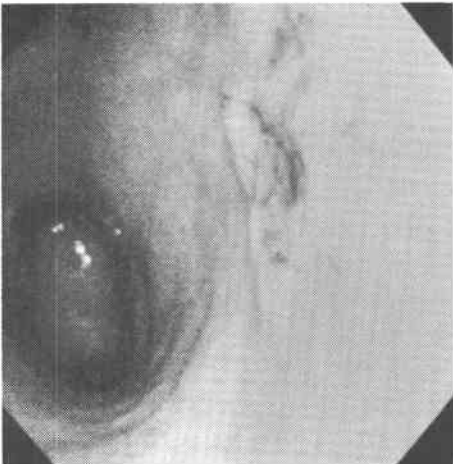
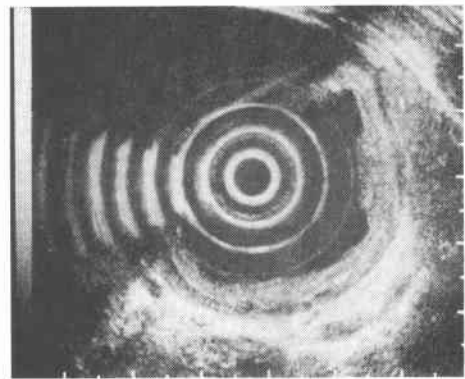


Fig. 5 Ultrasonic endoscopic picture showed a hyperechoic lesion extending from the 2nd to part of the 3rd of layers.



が最も多く、ついで肺癌・乳癌・子宮頸癌・悪性リンパ腫などが合併していた (Table 2)。

胃癌合併症例のうち早期胃癌とされたものは、本症例を含めて8例9病変^{9)~11)} (Table 3)であった。平均年齢は66.3±11.4歳、男女比は7:1と比較的高齢の男性が多かった。肉眼型ではIIc型4病変、IIc+IIa型3病変、IIa+IIc型1病変、IIa型1病変と表面陥凹型の占める割合が多かった。組織型では高分化型管状腺癌が5病変と最も多く、壁深達度ではmが5病変、sm

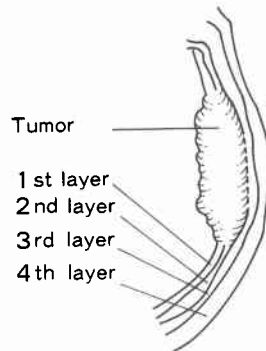


Fig. 6 Macroscopic findings of the stomach. IIc+IIa type gastric cancer was observed on the posterior wall of the antrum.

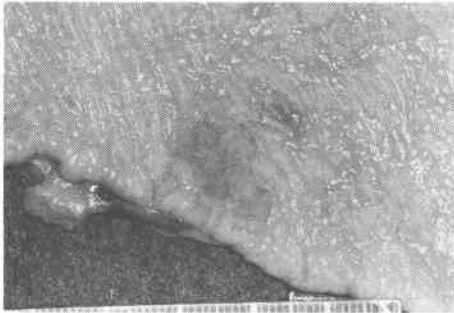


Fig. 7 Histopathologic findings. Well differentiated adenocarcinoma confined within the mucous membrane. (H.E. staining, ×100)



が1病変であった。術後の皮疹の変化については、消退傾向を示したものの3例、不変3例であり増加・増大を続けたとする症例はなかった。またこれらのうち本症例を含めた6例が本徴候を契機として発見されていた。

Leser-Trélat 徴候の発現機序に関しては、(1)生態防御機構の崩壊によるもの¹²⁾、(2)悪性腫瘍のために

Table 2 Malignant lesions with Leser-Trélat sign of case reports in Japan.

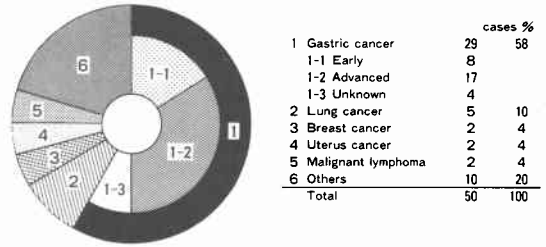


Table 3 Case reports of early gastric cancer with Leser-Trélat sign in Japan.

No.	Author	Age	Sex	Shape	His.*	Depth
1	1978 Suzuki	69	M	IIc	tub	
2	1979 Segami	69	M	IIc	tub ₁	m
3	1980 Kô	76	M	IIa	tub	m
4	1983 Nakazawa	78	M	IIc+IIa	tub ₁	
				IIa+IIc	tub ₁	
5	1985 Murata	65	M	IIc+IIa	tub ₁	m
6	1985 Nomizu	72	M	IIc	as	m
7	1990 Nakajima	39	F	IIc	por	sm
8	1992 Our case	62	M	IIc+IIa	tub ₁	m

* Histopathology

遺伝的異常が表現されたもの¹³⁾、(3) epidermal growth factor の関与¹⁴⁾などが考えられているが、いまだに推測の域を出ていない。本症例の場合、免疫学的検索においてはツベルクリン反応が偽陽性である以外には特に異常は認めておらず、また合併悪性病変が早期胃癌であったことから、(1)および(2)は否定的と考えられる。

Leser-Trélat 徴候により発見される悪性腫瘍は進行癌が多く、その予後はきわめて悪いとされている。しかしながら本症例のように早期癌症例であれば根治切除も可能であり、早期発見・早期治療の面からもこの徴候を十分に認識し日常診療にあたる必要があると考える。

本論文の要旨は第39回日本消化器外科学会総会において報告した。

文 献

- 1) Ronchese F: Keratoses, cancer and "the sign of Leser-Trélat". *Cancer* 18:1003-1005, 1965
- 2) 胃癌研究会編: 胃癌取扱規程, 改訂第11版, 金原出版, 東京, 1985

- 3) 齊藤雅之, 木村雅彦, 五島英一ほか: Leser-Trélat 徴候にて発見された胃癌の1例. 消外 12: 1611-1617, 1989
- 4) 中村雄彦: Sign of Leser-Trélat. 臨皮 29: 897-900, 1975
- 5) 鈴木 弓, 松尾幸朗, 小栗 昭ほか: Leser-Trélat の徴候より早期胃癌が発見された1例. 臨皮 33: 261-265, 1979
- 6) 瀬上一誠, 原沢 茂, 渡辺浩之ほか: Leser-Trélat 徴候にて微小II cを発見しえた1例. Prog Dig Endosc 15: 157-159, 1979
- 7) 黄 沾, 中村孝司, 山中正巳ほか: Leser-Trélat 徴候を示したII a型早期胃癌の1例. Prog Dig Endosc 15: 160-162, 1979
- 8) 中澤三郎, 川口新平, 芳野純治ほか: Leser-Trélat 徴候による発見された胃癌の1例. 胃と腸 18: 503-506, 1983
- 9) 村田裕彦, 西土井英明, 平岡 裕ほか: Leser-Trélat 徴候を呈した早期胃癌の1例. 皮の臨 27: 916-917, 1985
- 10) 野水 整, 浦住幸治郎, 井上典夫ほか: Leser-Trélat signを伴った胃腺扁平上皮癌症例. 日消外会誌 18: 988-991, 1985
- 11) 中島 茂, 大川伸一, 益村 真ほか: Leser-Trélat 徴候による発見された比較的若年子性の早期胃癌. 神奈川医学会誌 17: 38-42, 1990
- 12) Danzig PI: Sign of Leser-Trélat. Arch Dermatol 108: 700-701, 1973
- 13) Lynch HT, Fsaro RM, Pester JA et al: Leser-Trélat sign in mother and daughter with breast cancer. J Med Genet 19: 218-221, 1982
- 14) Curry SS, King LE: The sign of Leser-Trélat: Report a case with adenocarcinoma of the duodenum. Arch Dermatol 116: 1059-1060, 1980

A Case of Early Gastric Cancer Which was Found by Leser-Trélat Sign

Naoki Imai, Masahiro Sekino, Yukio Shimizu, Ryuji Hosono, Masahiro Goto,
Nobuyasu Kano, Hiroshi Tanabe and Nobuo Fukushima*

Department of Surgery, *Department of Dermatology, General Yōrō Central Hospital

A 62-year-old man visited the department of dermatology at our hospital because of itching in February 1991. On his second visit in the following May, small light to dark brown multiple papulae were observed over the back as well as the abdomen. Histopathological study of the skin yielded findings indicative of verruca senilis. With the proliferation of papula over a short period, a diagnosis of Leser-Trélat sign was made, followed by probing for any malignant tumor of the viscera, which disclosed a Iic + IIa-like lesion on the posterior wall of the gastric antrum. The condition was diagnosed as early gastric cancer, and subtotal gastrectomy with regional lymph node excision was performed. Histopathologically, the condition was classified as well differentiated tubular adenocarcinoma, m, n₀, stage I according to The General Rules for the Gastric Cancer Study by the Japanese Research Society for Gastric Cancer. Up to the present, no proliferation of verruca was observed. To date, no etiological association between Leser-Trélat sign and malignant tumors has been confirmed. The present case, however, could have a certain clinical significance from the aspect of early diagnosis and treatment of malignant tumors.

Reprint requests: Naoki Imai Department of Surgery, General Yōrō Central Hospital
986 Oshikoshi, Yōrō-cho, Yōrō-gun, Gifu, 503-13 JAPAN