

ることが多いため、かなり進行するまで放置されていることがしばしばあります³⁾。また一般医の眼に触れても、自分の専門領域でないと看過されることも少なくありません。その代表はII-1章で解説された乳房外パジェット病ですが、その他にもプライベートパーツには多彩な皮膚がん・肉腫

が発生します。また、他科疾患で入院中の患者のプライベートパーツに皮膚腫瘍が見つかった場合、ときとして画一的に褥瘡として片づけられ、担当医も看護師任せで関心が低いため、そのまま放置されることもあります。筆者たちが危機感を持ったのはそんな症例を経験したからでした。

自験例 「肉芽形成良好な褥瘡」と誤診されていた皮膚肉腫⁴⁾

筆者たちが経験したのは、他科疾患で京都大学医学部附属病院（以下、当院）の他科に入院していた85歳の女性です。結果的に皮膚科に紹介されたのはいったん退院してから8か月後の、増大した皮膚腫瘍からの出血で救急搬送された時点であったため、初回入院時には皮膚科医の眼に触れませんでした。当初のカルテをみると「左臀部に4×3cmの腫瘤」と記載され、「肉芽形成良好な褥瘡」と誤認されていたようです（図1）。

当時の当院では主に看護師が褥瘡を管理するための「褥瘡マニュアル」が策定されており、まず看護師が入院患者の褥瘡を評価して担当医に報告し、ステージI~IIの場合は看護師が処置、改善がない場合およびステージIII以上の場合はWOCナースに報告もしくは皮膚科コンサルトすることとなっていました。カルテに添付されていた臨床写真（図1）をみると、このような隆起性病変であっても表面が発赤・びらんの範囲であったために看護師対応となっていたようです。

もう1つの問題点は、担当医がこの病変を観察したかどうかは定かではありませんが、「褥瘡」という看護師による診断を鵜呑みにし、皮膚科へのコンサルトがなかったことです。

その後、患者は原疾患が改善したため退院しま

したが、腫瘍は徐々に増大し、数か月後には出血を伴うようになっていたようです。本人が高齢者で、褥瘡という診断でもあったため、出血があってもあまり気にしなかったのかもしれない。しかし、8か月後に救急搬送されてきたときには腫瘍は11cm大にまで増大（図2A）



図1 「肉芽形成良好」とカルテに記載されていた臀部皮膚腫瘍（文献⁴⁾より転載）

初回入院時のカルテに添付されていた臨床写真。左臀部4×3cmの隆起性病変表面であったが、表面が発赤・びらんのみであったために当院マニュアルどおり看護師観察の範囲とされ、WOCナースや皮膚科医へのコンサルトはなかった

し、易出血性のためヘモグロビンは2.6 g/dlにまで低下していました。さらに、9cm大の左鼠径リンパ節腫張もみられ（図2B）、胸腹部CT検査では一部大臀筋への左臀部皮膚腫瘍の浸潤を認めました（図2C）。左鼠径リンパ節は一部筋層にまで浸潤していたものの腹腔内への浸潤はな

く、左大腿動脈を下方に圧排して一部巻き込むように浸潤していました。結果的に病理検査でこの腫瘍は線維粘液肉腫と診断され、大がかりな切除術と放射線治療が行われました。

A 直径11cmに増大した腫瘍



増大した腫瘍は大量出血をきたし、病理診断は線維粘液肉腫であった

B 左鼠径部にみられた9cm大のリンパ節腫張



C 胸腹部CT検査所見



左臀部皮膚腫瘍は一部大臀筋へ浸潤し、左鼠径リンパ節は一部筋層にまで浸潤していた

図2 8か月後に皮膚科救急搬送されたときの臨床所見（文献⁴⁾より転載）