

慈大

2002
dec. 14-4

呼吸器疾患研究会誌

Jikei Journal of Chest Diseases

第57回慈大呼吸器疾患研究会を終えて	勝沼俊雄	29
自然気胸の生化学	今泉忠芳	30
重症気管支喘息として長期治療されていた Bridging Bronchus の1症例	三浦克志 ほか	35
診断に苦慮した閉塞性肺炎の1例	小野麻紀子 ほか	38
細菌性肺炎と誤診された 夏型過敏性肺炎の1症例	清水健一郎 ほか	39
胸腔鏡下胸膜生検にて診断しえた 悪性胸膜中皮腫の1例	相沢摩周 ほか	41
第57回研究会記録		42
投稿規定		43
会 則		44

共催：慈大呼吸器疾患研究会
エーザイ株式会社

Jikei University Chest Diseases' Research Association

第57回慈大呼吸器疾患研究会を終えて

当番世話人・勝沼俊雄
(慈大 小児科)

2002年12月2日、慈恵医大2階講堂において、第57回慈大呼吸器疾患研究会が開催されました。7題の応募をいただき活発な討論が行なわれました。

一般演題Ⅰは、国立相模原病院、田知本寛先生の司会で進行しました。第1席は今泉忠芳先生より「自然気胸の生化学」を発表いただきました。いつもながら先生の臨床研究に対する姿勢には頭が下がる思いです。第2席は「小児気管支喘息病態におけるロイコトリエンに関する検討」を小児科の富川盛光先生からご提示いただきました。呼気中の炎症性マーカーを非侵襲的に検出しようとする試みの一環で、今後の研究発展をおおいに期待したいと思います。第3席は「重症気管支喘息として長期治療されていた Bridging Bronchus の1症例」を昭和大学小児科の三浦克志先生からご提示いただきました。多くは乳児期に死に至ってしまうというまれな疾患であり、実際の診療上、鑑別から見落としがちといえる中で、QOLを確保しつつ長期存命に導いた点で称賛に値するケースレポートでありました。第4席は「小児気管支喘息における気道の過敏性について；男児と女児の経年的差異に関して」を国立相模原病院臨床研究センター病態総合研究部・小児科の海老澤元宏先生からご提示いただきました。思春期において13歳前後を境に男女の平均気道過敏性が逆転し、以後は女性のほうが過敏になるとの興味深い臨床研究をご発表くださいました。今後はそのメカニズムについてさらに研究を発展させていただきたいと思います。

一般演題Ⅱは、青戸病院呼吸器・感染症内科の望月太一先生に司会をご担当いただきました。第5席は「診断に苦慮した閉塞性肺炎の1例」を国立国際医療センター呼吸器内科の小野麻紀子先生からご提示いただきました。レジオネラとマイコプラズマとの混合感染による閉塞性肺炎の症例報告でしたが、鑑別診断が難しく、細胞診所見についても突っ込んだ議論が行なわれました。第6席は「肺炎と誤診された夏型過敏性肺臓炎の1症例」を、国立国際医療センター呼吸器内科の清水健一郎先生からご提示いただきました。鑑別診断の難しさ・重要性を痛感させられる症例であり、病歴聴取の重要性を再認識させられました。最後の演題である第7席は「胸腔鏡下胸膜生検にて診断し得た悪性胸膜中皮腫の1例」を、青戸病院呼吸器・感染症内科の相沢摩周先生からご提示いただきました。胸腔鏡下胸膜生検が診断上有用であったとの報告でした。診断もさることながら、副作用がより軽く有効性がより高い治療薬の開発を切望するところです。

1例1例の症例報告も非常に興味深いのですが、今後の本研究会のあり方として、臨床研究、特に複数科による共同研究やプロジェクト的な研究も発展できればいいな、と感じました。みなさまのお考えはいかがでしょうか？

自然気胸の生化学

今泉 忠芳

(大昭和製紙診療所, 総合青山病院)

はじめに

自然気胸¹⁾には様々な病態が観察されるが、本報告は、生化学的観察を中心として、血液凝固の諸検査、末梢血白血球数などの観察を加えて総括的な概観を試みる。

対象と方法

自然気胸例発症時の諸検査成績(血清、末梢血)について検索を行なった。対照例として年齢、BMIに統計学上有意差のない例について同様の検索を行なった。対象はすべて男性を用いた。

Fig.1 に本報告の概観を記した。自然気胸の病態を A) 原因的病態(生体膜代謝の低下による)、B) 発症後病態 I (肺血管床減少による)、C) 発症後病態 II (生体反応による) の3つに分けて述べる。

血清磷脂質²⁾については自然気胸例では $\bar{x}=151.3\text{mg/dl}$ 、対照例では $\bar{x}=183.5\text{mg/dl}$ ($p<0.001$) で、自然気胸例における低値がみられた (Fig.2)。

血清磷脂質の正常値は150~260mg/dlとされているが、個体の身体的特徴を考慮にいられて、各例の体表面積 (Du Bois-Boothby-Sandiford の式から算出) 当りで観察した。体表面積 1m²当りの血清磷脂質必要量を100mg/dl と仮定して各例の体表面積当りの標準値を仮定し、実測値と標準値との差を算出した。その結果、自然気胸例では-19.5と標準より下、すなわち不足分がみられた (Fig.3)。

アポ蛋白につき検討した (Fig.4)。A-I については自然気胸例では 103.1mg/dl、対照例では 123.1mg/dl ($p<0.01$)、A-II につ

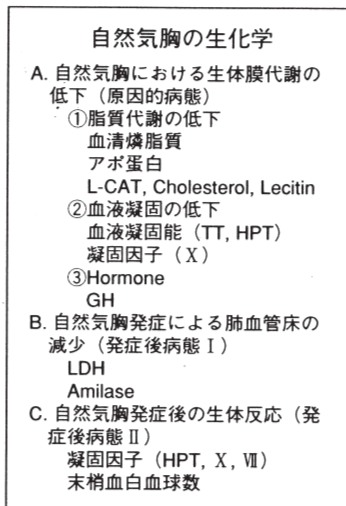


Fig.1 生化学観察

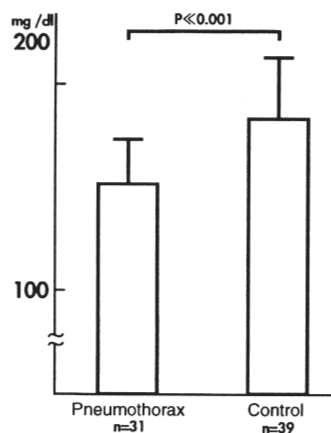


Fig.2 Serum phospholipid.

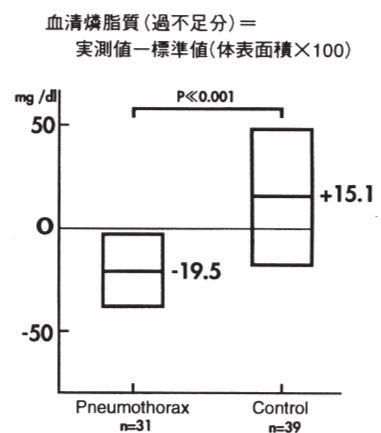


Fig.3 Plus/minus level of phospholipid in body surface. 0=standard level.

いては自然気胸例では 23.7mg/dl, 対照例では30.1mg/dl ($p<0.001$), Bについては自然気胸例では 57.9mg/dl, 対照例では68.4mg/dl ($p<0.046$)であった。

Fig.5 にL-CAT, Lecitin, Total cholesterol, HDLの値を示す。

L-CAT：自然気胸例55.7U, 対照例88.5U, 肝硬変例55.2U。

Lecitin：自然気胸例78.3%, 対照例84.6%,

肝硬変例86.0%。

Total cholesterol：自然気胸例 $\bar{x}=144.9$ mg/dl, 対照例 $\bar{x}=187.2$ mg/dl, 肝硬変 $\bar{x}=156.8$ mg/dl。

HDL：自然気胸例 51.3mg/dl, 対照例 61.9mg/dl, 肝硬変例 $\bar{x}=44.3$ mg/dl。

自然気胸例の血液凝固能について **Fig.6** に示す。その結果 Thrombotist (TT) の値は, 自然気胸例76.4%, 対照例97.1%,

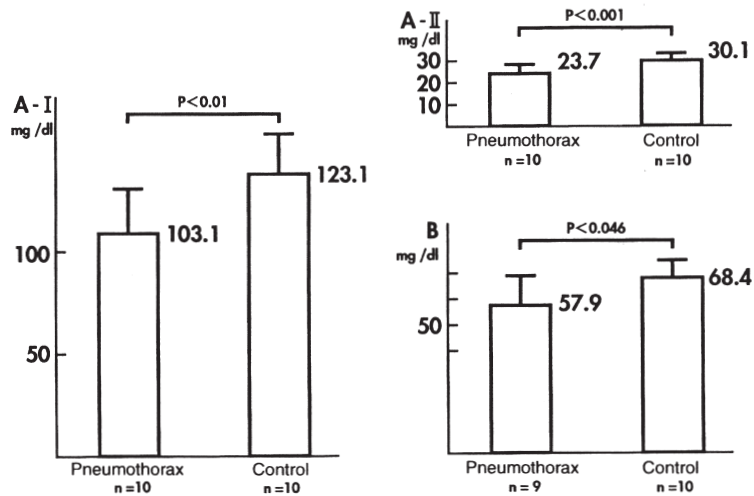


Fig.4 Apo protein

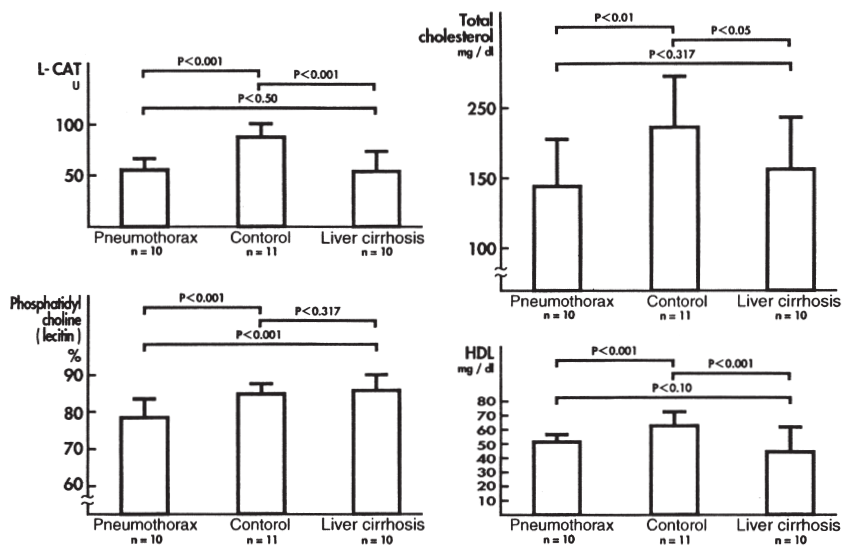


Fig.5 L-CAT, Lecitin, Total cholesterol, HDL

Hepaplastintest (HPT) の値は自然気胸例 78.4%, 対照例 96.1%であった。

自然気胸例の血液凝固因子について Fig.7 に示した。

成長ホルモン (GH) の値は自然気胸例ではGH上昇例が9/14 (64.3%), 対照例では2/14 (14.3%)。中年35歳以上でみると自然気胸例では7/8 (87.5%), 対照例では2/8 (25.0%)であった (Fig.8)。

血清LDH については, 自然気胸例ではLDHの低下がみられた (Fig.9)。Ⅲ°の気胸では一側肺の血流が0としてよく, 気胸治療後のLDHとの差が一側肺より供給されるLDHとする。一側肺Ⅲ°で47.9mU/ml 低下がみられたので, 治療後213.9mU/ml との計算で, 血清LDHは両肺より36.6%が供給されていることになる。

またLDH isozymeでは気胸例ではLDH₁>

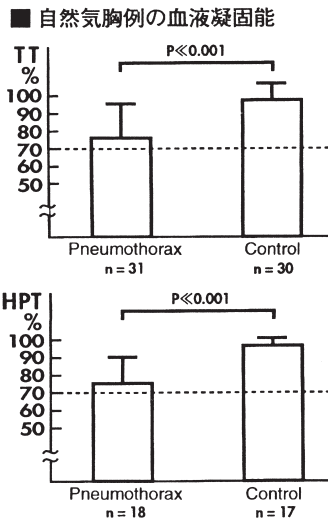


Fig.6 Thrombotest (TT), Hepaplastintest (HPT).

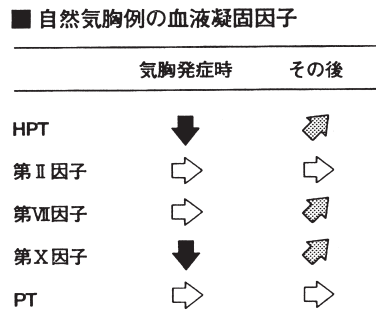


Fig.7 Response of coagulation factor.

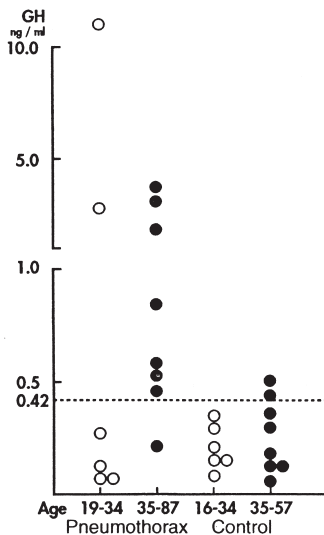


Fig.8 Growth hormone.

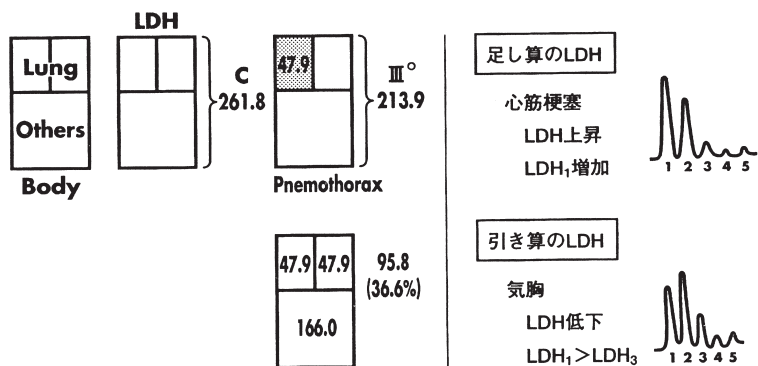


Fig.9 Serum LDH.

LDH₃となることがみられた。肺LDH³ 供給の不足が LDH₃ の低下になることが示唆された。

血清Amylaseについて Fig.10 に示す。自然気胸例 I° では $\bar{x} = 177.9\text{mU/ml}$ 、II° では $\bar{x} = 162.6\text{mU/ml}$ 、III° では $\bar{x} = 120.6\text{mU/ml}$ 、対照例では 184.8mU/ml であった。Amylase

isozymeでは、自然気胸例では唾液線型 Amylase の減少がみられた。

末梢血白血球数とCRPについて Fig.11 に示す。末梢血白血球数については $9000/\text{mm}^3$ 以上を増加としたが、39歳以下では増加7.9%、40歳以上では増加50%であった。CRPについては 0.9mg/dl 以上を上昇とした

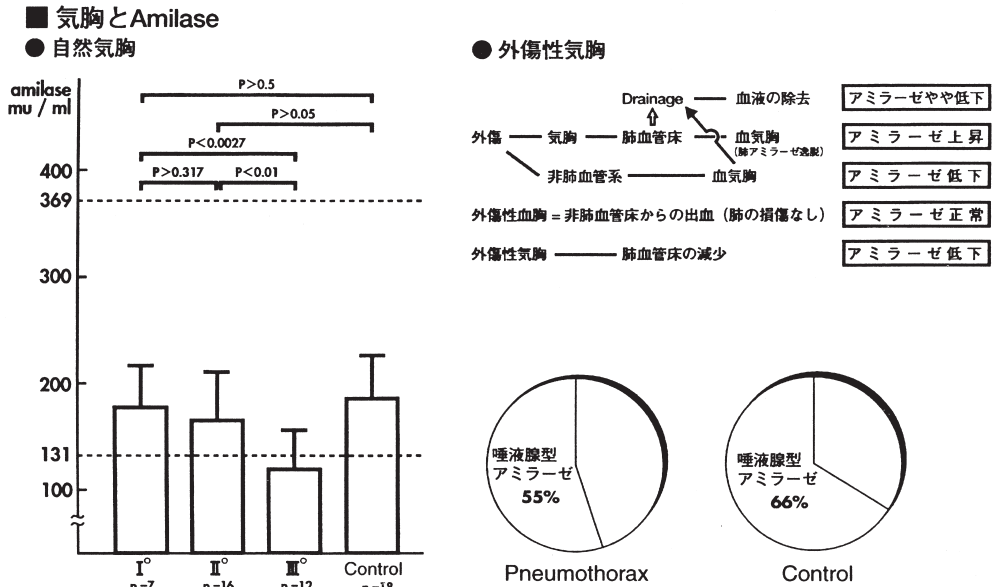


Fig.10 Serum amylase.

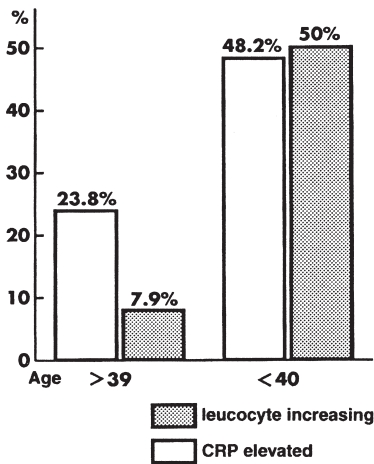


Fig.11 Peripheral blood leucocyte, CRP.

が、39歳以下では23.8%，40歳以上では48.2%に上昇がみられた (n=105)。

自然気胸の病態の一つは生体膜の破綻であると推定される。自然気胸例では生体膜に關与する脂質，アポ蛋白，肝機能L-CATやHPTの低下がみられ，生体膜代謝の低下の状態にあることが示唆された (Fig.12)。

文 献

- 1) 日本気胸学会用語委員会編・日本気胸学会用語・規約集，1998,2.
- 2) 今泉忠芳：自然気胸の血清燐脂質。第30回日本胸部疾患学会総会，日本胸部疾患学会雑誌，1990,28:392.
- 3) 岸野健児：原発性肺癌の肺組織 LDH isozyme 一特に血清LDH isozyme との關連一，東京慈恵会医科大学雑誌，1974,89:746～760.

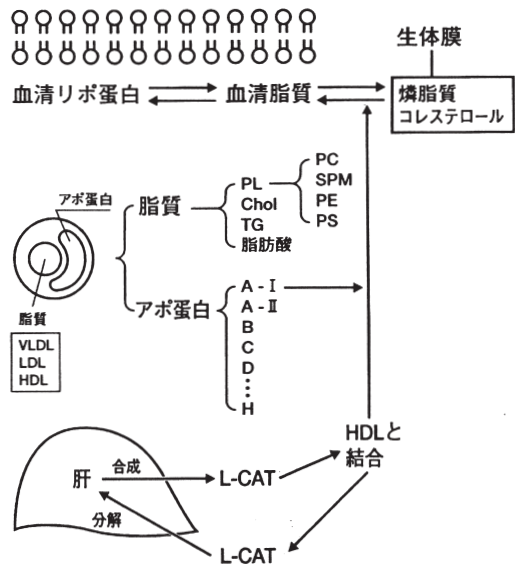


Fig.12 Living membrane and lipid metabolism.

Abstract

Living membrane metabolism was not active in cases with spontaneous pneumothorax. The next was observed.

A Lower level of living membrane metabolism.

- ① Lower level of lipid Serum phospholipid, Apoprotein, L-CAT, cholesterol, lecitin.
- ② Lower level of blood coagulation TT, HPT, coagulation factor X.
- ③ Lower level of hormone GH.

B Low grade blood circulation in the lung at pneumothorax.

Lower level of LDH, Amilase.

C Response after pneumothorax.

Increasing after pneumothorax in recovery Coagulation factor X, VII, and HPT.

Increasing of peripheral blood leucocyte and CRP at pneumothorax in the aged.

《症例》

重症気管支喘息として長期治療されていた
Bridging Bronchus の1症例

三浦克志, 今井孝成, 小田嶋安平
飯倉洋治
(昭和大学医学部小児科)

はじめに

Bridging Bronchus は左主気管支から縦隔を横断して、右肺の中葉や下葉への気管支が分岐するまれな気管支の奇形である。気管支狭窄や sling left pulmonary artery を合併することもあり、新生児期や乳児期に喘鳴を伴う呼吸困難や呼吸器感染症のため死亡することが多く、今までの報告は剖検例がほとんどである¹⁾。今回、反復性での難治の喘鳴発作を呈する症例で Bridging Bronchus と診断した14歳の症例を経験したので報告する。

症例紹介

患者：14歳男子 **主訴：**反復性喘鳴

既往歴：在胎40週、3,020gにて出生、高位鎖肛のため、生後数日内に人工肛門造形成術、2歳時に肛門形成手術を施行された(全身麻酔による手術後は人工呼吸器から離脱が困難であった)。生後1ヵ月頃より上気道炎罹患後、重度の喘鳴発作が出現した。それ以後、喘鳴発作と肺炎(無気肺)を反復し、重症の感染型気管支喘息と考えられ、それに準じた治療をなされてきた。ステロイド剤の内服治療によってもコントロール不良な時期もあり、入院を繰り返す(30回以上)。1999年2月より当院にて入院および外来治療がなされた。

現病歴：2001年5月17日より発熱、喘鳴出現。5月21日、肺炎および気管支喘息の

診断にて当科入院となった。治療および反復する喘鳴発作および肺炎の精査を施行した。

入院時現症：体温37.6度、胸部聴診上右下肺野に軽度の湿性ラ音および、全肺野に喘鳴を聴取した。

入院時血液検査所見：CRP5.4mg/dLと上昇を認めた以外特記すべき事項なし。総IgE値の上昇はなく、CAP-RASTもダニ、ハウスダスト、真菌、動物、食物等の抗原いずれでも陰性であった。胸部レントゲンでは右中葉に浸潤影を認めた。呼吸機能検査では拘束性の換気障害は認めなかったが、一秒率(FEV_{1.0}%), ピークフロー(PEF:最大呼気流量), \dot{V}_{50} (50%排気量位での呼出流量), \dot{V}_{25} (25%排気量位での呼出流量)いずれも低値で、中枢および末梢気道の閉塞を示唆する閉塞性換気障害を認めた。なお、 β_2 刺激剤の吸入および退院直前の症状が改善した時点でも、これらの閉塞性換気障害パターンは改善しなかった。胸部 helical computed tomographic scan (CT scan) 検査において、左主気管支狭窄と左主気管支から縦隔を横断し右中葉および下葉への Bridging Bronchus と右中葉に浸潤影(無気肺像)を認めた。Bridging Bronchus も狭窄していることより、中葉の分泌物のドレナージが不良であるため、右中葉の肺炎を反復すると考えられた。胸部の造影 CT scan および心臓超音波検査にお

いて右肺動脈から分岐し左主気管支の背側を走行する sling left pulmonary artery を認めた。Wells らの sling left pulmonary artery と気管支分岐異常による分類 (1) において本症例は II-A 型であった。

肺炎に対しては Cefazolin sodium (CEZ) の静注にて治療し、CRPは徐々に改善した。右中葉の無気肺 (慢性肺炎) の改善目的で、それまでの気管支拡張剤 (β 刺激剤, テオフィリン製剤), 去痰剤, DSCG+ β 刺激剤の吸入, 抗コリン剤の吸入, 吸入ステロイド剤の吸入に加え, マクロライド少量持続療法, 排痰促進させる理学療法および腕立て伏せ, 腹筋, 背筋のトレーニングの運動療法を行なった。これらの治療により, 無気肺は軽快し, 退院後は喘鳴および下気道炎を認めず1年以上経過している。

考 察

Bridging Bronchus は, 左主気管支から縦隔を横断して, 右肺の中葉や下葉への気管支が分岐する, まれな気管支分岐異常である。気管支狭窄や sling left pulmonary artery を合併することもあり, 新生児期や乳児期に喘鳴を伴う呼吸困難や呼吸器感染症のため, 死亡することが多い¹⁾。1976年に Gonzalez-Crussi らによって初めて報告され, “Bridging Bronchus” と命名された²⁾。その後, 数例の報告があるが, 今までの報告は剖検例がほとんどであり¹⁾, 14歳まで生存した報告例は見あたらない。本邦での報告例もわれわれが検索した限りでは認められなかった。

Bridging Bronchus は気管支狭窄や sling left pulmonary artery の合併以外にも鎖肛, 完全気管輪 (complete tracheal ring), メッケル憩室, 心血管奇形 (肺静脈環流異常, 心房中隔欠損症, 動脈管開存症) を伴うこ

とがある。本症例でも気管支狭窄, sling left pulmonary artery (Wellsらの sling left pulmonary artery と気管支分岐異常による分類で II-A 型), そして, 鎖肛を合併していた。Bridging Bronchus 出現は, 呼吸器系, 消化器系, 心血管系の発生および発達の何らかの異常によりこれらの合併奇形を伴うと考えられているが, 正確な発症のメカニズムは不明である³⁾。重度の気管支狭窄と sling left pulmonary artery を伴った Bridging Bronchus は致死的で今までの報告例はほとんど剖検例である。われわれの経験した本症例においても乳幼児期に感染による喘鳴を伴う重度の呼吸困難を反復したが, 外科的手術をすることなく14歳まで身体的, 精神のおよび神経学的に問題なく発達した世界的にもまれな症例と思われた。今回の入院から気管支喘息の治療に加え, マクロライド少量持続療法, 理学療法, 運動療法を行なった。無気肺 (慢性肺炎) の改善により, 喘鳴発作および入院を必要とする下気道感染を発症することなく経過している。また, 反復的で難治性喘鳴の症状を呈する症例において Bridging Bronchus を鑑別疾患として考え, 精査すべきと考えられた。

文 献

- 1) Wells TR, Gwinn JL, Landing BH, Stanley P. Reconsideration of the anatomy of sling left pulmonary artery: The association of one from with bridging bronchus and imperforate anus. Anatomic and diagnostic aspects. J Pediatr Surg 1988;23:892-898.
- 2) Gonzalez-Crussi F, Padilla L-M, Miller JK, Grosfeld JL. “Bridging Bronchus” A previously undescribed airway anomaly. Am J Dis Child 1976;130: 1015-1018.
- 3) Stokes JR, Heatley DG, Lusk RP, Huddleston CT, Green CG. The Bridging Bronchus. Successful diagnosis and repair. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997;123:1344-1347.

A Case of Bridging Bronchus Treated as Severe Bronchial Asthma for a Long Time

Katsushi MIURA, Takanori IMAI, Yasuhei ODAJIMA, Yoji IKURA

Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan.

Abstract Bridging bronchus is a rare anomaly of branching pattern of tracheobronchial tree, with the middle and lower lobes of the right lung supplied by a bronchus which arises from the left main bronchus and bridges the mediastinum to the right lung. We report a case of bridging bronchus of a 14-years-old boy who had been treated as a severe bronchial asthma. His anus was imperforate at birth. By one month of age, he experienced intractable wheeze and dyspnea. He had been hospitalized more than 20 times. At 14 years of age, he was admitted to Showa University Hospital for medication and examination for his recurrent wheeze. The helical computed tomographic scan showed "pseudocarina" of the left main bronchus and bridging bronchus. The left sling pulmonary artery was also observed. Lung function test revealed obstruction of airway. The obstruction was not improved by $\beta 2$ stimulant inhalation or other asthma medication. To our knowledge, this case is the longest reported survival with Bridging Bronchus. We should also consider bridging bronchus when we see recurrent wheezy patients.

Key word Bridging bronchus, Recurrent wheeze, Left sling pulmonary artery.

診断に苦慮した閉塞性肺炎の1例

小野麻紀子，伊藤理子，清水久裕
清水健一郎，安久昌吾，小林信之
工藤宏一郎
(国立国際医療センター呼吸器内科)

症例：44歳，女性。2002年7月4日，発熱，呼吸困難，咳そうが出現。近医でクラリスロマイシンを処方されたが改善せず，6日当院受診。フロモックスを併用したが改善せず，9日入院となった。

入院時，体温39.2℃，脈拍75，WBC 5920，CRP 12.91，胸部CT上，右中葉に気道散布性の粒状影，右下葉に無気肺を認めた。進行が速くレジオネラ肺炎を含む非定型肺炎を疑い，クラリスに加えシプロフロキサシンを併用した。しかし，①急速な閉塞性肺炎の進行，②抗生剤の効果が乏しい事，③レジオネラ尿中抗原（-）から，腫瘍などによる閉塞性肺炎を考え，抗生剤をカルバペネムに変更した。7月12日に気管支鏡を施行し，明らかな腫瘤病変はなく，気管分岐部より著明な浮腫，毛細血管拡張を認め，右中下葉入口部は浮腫により狭窄していた。病理組織診で非特異的な気管支炎，気管内採痰の細胞診では class V, adenocarcinomaであった。悪性腫瘍の全身評価を行ないつつ，浮腫を取り除く目的でステロイド投与を開始した。また，喀痰MWY培地でレジオネラが培養され，ヒメネス染色（+）であったので，レジオネラ肺炎に対してクラリスとスパルフロキサシンの投与を開始した。一方マイコプラズマ抗体・寒冷凝集素が256倍と上昇し，マイコプラズマ肺炎の合併が判明した。培養されたレジオネラは *Legionella pneumophila* 1型と判

明し，本症例は *Legionella pneumophila* 1型と *Mycoplasma pneumoniae* の複合感染と診断された。

考察：レジオネラは培養のみ陽性であり，尿中抗原・血清抗体は陰性であったが提出した時期による結果と考えられる。レジオネラ肺炎とマイコプラズマ肺炎の合併については，レジオネラから見た場合，複合感染112例中マイコプラズマ肺炎の合併は3例であった。一方，マイコプラズマ肺炎にレジオネラ肺炎が合併する頻度については不明であり，理由にレジオネラの精査を行なう可能性が低いことや同様の抗生剤で治癒可能であることが挙げられる。マイコプラズマ抗体上昇についてレジオネラの交差反応は報告されておらず考えにくい。

また，細胞診で class V, adenocarcinoma が検出されたが，腺系の異型細胞を認める疾患には，肺炎・気管支炎・肺梗塞・ARDS・AIDS関連の感染があり，それらでは臨床経過などを合わせた診断が必要である。

結語：今回，*Legionella pneumophila* 1型と *Mycoplasma pneumoniae* による2つの非定型肺炎の複合感染を経験した。また，炎症が強い場合は病理細胞診で class Vと評価されかねない異型度が生じることを経験した。今後，われわれは臨床経過を十分に加味して慎重に診断していかなくてはならない。

細菌性肺炎と誤診された夏型過敏性肺炎の1症例

清水健一郎, 石川威夫, 安久昌吾
 清水久裕, 吉澤篤人, 小林信之
 工藤宏一郎
 (国立国際医療センター呼吸器内科)

症例

28歳, 男性, 僧侶. 主訴は発熱, 乾性咳嗽. 22歳頃より夏期に肺炎を繰り返していた. 2001年5月中旬に発熱, 咳嗽, 膿性喀痰を認め, 自然経過にて自覚症状は改善した. 同年6月に当センター人間ドックで胸部レントゲン上両側下肺の浸潤影を指摘され, 当科紹介受診した. 細菌性肺炎の診断で6月19日に入院となった. SBT/ABPC 6g/dayにて加療し, 軽快したため6月28日に退院となった. このとき喀痰よりPRSPが検出された. その後, 同年7月中旬より再び発熱, 乾性咳嗽を認め, 7月27日に当センター受診し, 細菌性肺炎の診断で再入院となった.

なお, 喫煙歴は20本を7年間, 住居環境は築20年以上の木造家屋, ペットに關し犬を20年間の飼育歴がある.

入院時現症では, 37.8℃の発熱と両側下肺に軽度のcrackleを聴取する以外は異常を認めなかった. 入院時検査所見では, ESR 47 mm/hr, WBC 13100 / μ L (好中球優位), CRP 11.88 mg/dLと炎症反応の高値を認める以外に異常を認めなかった. 免疫血清検査では, マイコプラズマ抗体, クラミジア抗体いずれも陰性であった. 低酸素血症や呼吸機能検査異常も認めなかった. 入院時喀痰培養でMSSAが検出された.

入院時胸部単純写真で両側の下肺に浸潤影を認めたため, 細菌性肺炎の診断され, IPM/CS 1g/dayの投与を行ない, 軽快した.

しかしながら, 入院後撮影された胸部CT所見で, 両側下肺にびまん性に小葉中心性に淡いすりガラス影と右S8領域と左S9-10領域にTree-in-budを認めたこと, さらに22歳頃より夏期に肺炎を繰り返すという病歴より, 夏型過敏性肺炎を疑った.

このため, 2001年8月7日より3泊4日に日程にて帰宅誘発試験を施行した. 帰院後, 発熱・咳嗽を認め, 血液検査では炎症反応の高値, 胸部単純写真でも両側下肺縦隔側に新たな浸潤影を認め, 以上より帰宅誘発試験は陽性であった. さらに, 帰院後3日目に気管支鏡検査を施行した. 右B8aより採取したBALFでは, 分画は好中球が11.1%の軽度高値を認めたのみであったが, CD4/CD8比は0.4でありこれは夏型過敏性肺炎に合致する所見であった. また, 右B8bより採取したTBLBでは, 胞隔炎の所見を認めた. 以上の所見を厚生省診断基準の過敏性肺炎の診断基準に照らし合わせると, 臨床像では, 咳, 発熱, crackle聴取, ESR亢進, 好中球増多, CRP陽性, ツベルクリン反応の陰性化を認めた. さらに発症環境は夏期発症, 帰宅誘発試験陽性であり, 診断確実となった. 築20年の自宅を改築し, 退院となった.

考察

本症例は, 細菌性肺炎と2回誤診されている. その原因を考察したい. まず第一に, 聴取した病歴の検討が不十分であったと考

えられる。若年者に夏期に繰り返し発症した肺炎という病歴で、夏型過敏性肺炎を疑うべきであった。次に、臨床症状と胸部レントゲン所見、さらに第1回入院時喀痰培養でPRSPが検出され、細菌性肺炎以外の診断を疑わなかった点である。第三点目は、病変の分布についてである。過敏性肺炎の病変の分布に関して、一般にびまん性分布が最も多く、次に上葉優位分布が多いとの報告が多い。本症例の画像所見の検討において、過敏性肺炎の可能性は低いと考えて

しまった点である。最後に、過敏性肺炎の発症は一般に喫煙者には有意に低いとされ、本症例は喫煙者であり過敏性肺炎の可能性は低いと考えてしまった点である。以上、診断に関して省みる点が多く症例報告した。

文献

- 1) 小倉高志, 岩澤多恵, 川本雅美ほか. 過敏性肺炎のHRCT像. 臨床放射線 1999;44:109-18.
- 2) 小林英夫, 松岡緑郎, 三重野龍彦, 北村論. 日胸疾患誌 1989;27:467-73.

A Case of Summer-type Hypersensitivity Pneumonitis that Had been Misdiagnosed as a Bacterial Pneumonia

Kenichiro SHIMIZU, Hisahiro SHIMIZU, Takeo ISHIKAWA, Shogo YASUHISA
Atsuto YOSHIZAWA, Nobuyuki KOBAYASHI, Koichiro KUDO

*International Medical Center of Japan,
Department of Pulmonary Medicine.*

胸腔鏡下胸膜生検にて診断しえた悪性胸膜中皮腫の1例

相沢摩周¹⁾，木村 啓¹⁾，望月太一¹⁾吉村邦彦¹⁾，田井久量²⁾，酒田昭彦³⁾

(慈大 青戸病院 呼吸器・感染症内科 ¹⁾
	同 第三病院 呼吸器・感染症内科 ²⁾
	同 青戸病院 病院病理部 ³⁾

現在悪性胸膜中皮腫はその標準的治療法は確立されていない。また肺癌との鑑別に苦慮することが多く、確定診断には胸腔鏡下胸膜生検での的確な診断が必要である。今回胸腔鏡下胸膜生検で診断しえた悪性胸膜中皮腫の1例を経験したので報告する。症例は57歳の男性で電気工の職歴がありアスベストの吸入の可能性が示唆される。咳嗽、呼吸困難を主訴に入院した。胸部X線、胸部CTにて全周性の右側胸膜肥厚像およ

び胸水貯留を認めた。胸水中から腺癌の診断を得るも、CT下胸膜生検では確定診断は得られなかった。胸水中のCEA正常範囲、TPA高値および画像所見より悪性胸膜中皮腫を疑い、確定診断のため胸腔鏡下胸膜生検を施行し悪性胸膜中皮腫の診断を得た。現在化学療法としてシスプラチン (CDDP)、ビノレルビン (VNR) を施行中である。悪性胸膜中皮腫の化学療法の最近の知見を踏まえて報告した。

第 57 回慈大呼吸器疾患研究会 記録

日 時 2002 年 12 月 2 日 (月) 18:00~19:50

会 場 東京慈恵会医科大学 2階講堂

製品情報紹介 (18:00~18:10) ————— エーザイ株式会社 医薬事業部

開会の辞 (18:10~18:14) ————— 勝沼俊雄 (慈大 小児科)

一般演題 I (18:14~19:06) ————— 座長 田知本 寛 (国立相模原病院 小児科)

(1) 自然気胸の生化学

大昭和製紙診療所

○今泉忠芳

(2) 小児気管支喘息の病態におけるロイコトリエンに関する検討

慈大 小児科

○富川盛光

勝沼俊雄

衛藤義勝

(3) 重症気管支喘息として長期治療されていた Bridging Bronchus の 1 症例

昭和大学医学部 小児科

○三浦克志

今井孝成

小田嶋安平

飯倉洋治

(4) 小児気管支喘息における気道の過敏性について男児と女児の経年的差異に関して

国立相模原病院 臨床研究センター 病態総合研究部・小児科

○海老澤元宏 池松かおり 田知本寛

一般演題 II (19:06~19:45) ————— 望月太一 (慈大 青戸病院 呼吸器・感染症内科)

(5) 診断に苦慮した閉塞性肺炎の 1 例

国立国際医療センター 呼吸器内科

○小野麻紀子

伊東理子

清水久裕

清水健一郎

安久昌吾

小林信之

工藤宏一郎

(6) 細菌性肺炎と誤診された夏型過敏性肺炎の 1 症例

国立国際医療センター 呼吸器内科

○清水健一郎

吉澤篤人

清水久裕

安久昌吾

石川威夫

小林信之

工藤宏一郎

(7) 胸腔鏡下胸膜生検にて診断しえた悪性胸膜中皮腫の 1 例

同 青戸病院 呼吸器・感染症内科¹⁾

○相沢摩周¹⁾

木村 啓¹⁾

望月太一¹⁾

同 第三病院 呼吸器・感染症内科²⁾

吉村邦彦¹⁾

田井久量²⁾

酒田昭彦³⁾

同 青戸病院 病院病理部³⁾

閉会の辞 (19:45~19:50) ————— 堀 誠治 (慈大 薬理学講座)

会 長 佐藤哲夫

当番世話人 勝沼俊雄

共催：慈大呼吸器疾患研究会, エーザイ株式会社

慈大呼吸器疾患研究会

(◎印：編集委員長 ○印：編集委員)

- 顧問 谷本 普一 (谷本内科クリニック)
桜井 健司 (聖路加国際病院)
伊坪喜八郎 (前・慈大外科)
貴島 政邑 (明治生命健康管理センター)
岡野 弘 (総合健保多摩健康管理センター)
牛込新一郎 (京浜予防研究所)
天木 嘉清 (慈大 麻酔科)
米本 恭三 (東京都立保健科学大学)
飯倉 洋治 (昭和大学医学部小児科)
- 会長 ○佐藤 哲夫 (慈大 呼吸器内科)
- 副会長 ○田井 久量 (慈大 第三病院 呼吸器・感染症内科)
- 世話人 宮野 佐年 (慈大 リハビリテーション科)
徳田 忠昭 (富士市立中央病院臨床検査科)
- 久保 宏隆 (慈大 柏病院外科)
佐竹 司 (慈大 柏病院麻酔科)
- 羽野 寛 (慈大 病理学講座)
- 島田 孝夫 (社会保険桜ヶ丘総合病院内科)
中森 祥隆 (国家公務員共済組合連合会三宿病院呼吸器科)
矢野 平一 (慈大 柏病院 呼吸器・感染症内科)
福田 国彦 (慈大 放射線医学講座)
吉村 邦彦 (虎の門病院 呼吸器科)
堀 誠治 (慈大 薬理学講座)
- ◎秋葉 直志 (慈大 呼吸器外科)
増渕 正隆 (神奈川県立厚木病院外科)
勝沼 俊雄 (慈大 小児科)

<事務局> 〒 105-8461 東京都港区西新橋 3-25-8
東京慈恵会医科大学呼吸器内科 佐藤哲夫気付
慈大呼吸器疾患研究会
e-mail : tsato@jikei.ac.jp

<編集室> 〒 222-0011 横浜市港北区菊名 3-3-12
ラボ企画 (村上昭夫)
Tel. 045-401-4555 Fax. 045-401-4557
e-mail : m.labo@nifty.com