

慈大

1995
Jun. 7-2

呼吸器疾患研究会誌

Jikei Journal of Chest Diseases

- 第26回研究会を終えて———徳田忠昭———11
- 血清, BAL中CEA高値を呈した肺胞蛋白症の1例——竹内悦子ほか——12
- 右肺優位の間質性陰影を呈した
シェーグレン症候群の1例———萩原千恵子ほか——15
- 経過中MRSAが検出され,
剖検時に肺炎を示した例の検討———千葉 諭ほか——18
- 同時に二つの病変が存在した肺カルチノイドの1例——山下 誠ほか——21
- 肺の粘表皮癌の1例———小野雅史ほか——23
- 肺アスペルギルス症術後気管支瘻に対し,
瘻孔閉鎖術および大網充填術を施行した1例——井上一成ほか——25
- 難治性気管支瘻に対する
大網充填術後の呼吸管理の問題点———田中正史ほか——26

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26回慈大呼吸器疾患研究会プログラム

日時 1995年3月20日(月) 18:00~20:00

会場 東京慈恵会医科大学 高木会館7階K会議室

開会の辞 (18:00~18:08) 徳田忠昭 (富士市立中央病院臨床検査科)

一般演題 I (18:08~19:00) 座長 田井久量 (慈大第三病院内科第2)

(1) 血清, BAL 中 CEA 高値を呈した肺胞蛋白症の1例

慈大第四内科

○竹内悦子 深草元紀 望月太一
神宮紀代子 清水 歩 古田島 太
佐藤哲夫

(2) 右肺優位の間質性陰影を呈したシェーグレン症候群の1例

慈大第三病院内科第2

○萩原千恵子 田井久量 青木 薫
岡島直樹 吉村邦彦 岡野 弘
高久仁利 三好 勲 桜井雅夫
半澤 隆 伊坪喜八郎

慈大第三病院外科

慈大第三病院病理科

富士市立中央病院臨床検査科

徳田忠昭

(3) 右中葉の完全閉塞を認めたホジキン氏病の1例; トキソプラズマ感染の合併例

国立国際医療センター呼吸器科

○内田美栄 村松弘康 吉澤篤人
放生雅章 越野 健 小林信之
工藤宏一郎 可部順三郎

同 放射線治療部

帝京大学寄生虫学教室

伊丹 純
亀井喜世子

(4) 剖検例における MRSA 肺炎

慈大病理学教室

富士市立中央病院臨床検査科

○千葉 諭 羽野 寛 牛込新一郎
徳田忠昭

一般演題 II (19:00~19:52)

座長 久保宏隆 (慈大第二外科)

(5) 同時性に二つの病変が存在した肺カルチノイドの1例

慈大第一外科

○山下 誠 栗原英明 野田 剛
秋葉直志 伊坪喜八郎
古田島 太 深草元紀 佐藤哲夫

慈大第四内科

(6) 粘表皮癌の1例

富士市立中央病院外科

○小野雅史 羽生信義 成瀬 勝
太平洋一 水崎 馨 恩田啓二
鈴木 裕 中里雄一 中山一彦
大谷昌道 宮川 朗

同 臨床検査科

徳田忠昭

(7) 肺アスペルギルス症術後気管支瘻に対し、瘻孔閉鎖術および大網充填術を施行した1例

慈大青戸病院外科

○井上一成 黒田 徹 忠岡信彦
石川隆志 一志公夫 高橋宣胖

(8) 難治性気管支瘻に対する大網充填術後の呼吸管理の問題点

慈大青戸病院麻酔科

○田中正史 谷藤泰正

閉会の辞 (19:52~20:00)

岡野 弘 (慈大第三病院内科第2)

会 長 岡野 弘
当番世話人 徳田忠昭 羽野 寛

第26回慈大呼吸器疾患研究会を終えて

当番世話人・徳田 忠昭
(富士市立中央病院臨床検査科)

第26回の本研究会は病理の羽野 寛先生との共同世話人という形でさせていただきましたが、事実上ほとんど羽野先生がお骨折りくださいました。

3月20日は例の地下鉄の重大事件が午前中に起こり日本中を震撼させただけでなく、新橋の慈恵本院にも多くの被害者が運ばれました。とくに呼吸器の内科の先生方がご多忙で出席が厳しいのではないかと、また地下鉄を利用して出席される先生方もおられるはずと心配いたしました。あまり影響はなく普段の研究会と変わりなく進行することが出来ました。

今回は特別講演なしで一般演題8題とし、その多くが症例報告です。症例報告以外の演題の一つに剖検例のMRSA肺炎に関するものがありましたが、臨床上のMRSA症との関連あるいは差異に関しての質疑討論が印象に残りました。

血清, BAL 中 CEA 高値を呈した肺胞蛋白症の 1 例

竹内悦子, 深草元紀, 望月太一, 神宮希代子
清水 歩, 古田島 太, 佐藤哲夫 (慈大 内科 4)

はじめに

肺胞蛋白症は, Rosen らによって報告された PAS 染色陽性の脂質に富む蛋白様物質が肺胞腔内に蓄積する比較的まれな疾患である。今回われわれは血清, 肺胞洗浄液中の CEA が高値を示し, 肺洗浄によって救命しえた肺胞蛋白症の 1 例を経験したので報告する。

症例

46 歳男性。主訴は, 胸部異常陰影と呼吸困難である。

起始および経過。1993 年 4 月検診にて胸部異常陰影を指摘されたが放置, 同年 11 月運動中に軽い呼吸困難が出現し, 近医に入院精査するも確定診断がつかず, 12 月 9 日当院に紹介された。同日気管支鏡施行し, 米の研ぎ汁様の肺胞洗浄液が得られたことから肺胞蛋白症と診断され, 12 月 10 日当科入院となった。

家族歴, アレルギー歴, 粉塵吸入歴, ペット飼育歴とも特記すべきことなし。

喫煙歴は, 20 本/日×15 年, 喫煙指数は 300。

入院時現症。呼吸音は両側下肺にて減弱, crackle は聴取しなかった。

Fig. 1, 2 に入院時検査所見を示す。軽度の赤

血球増多と肝機能障害が認められた。LDH は 603 と高値だったが分画は正常だった。血清 CEA は 80.9 と著しい高値を示した。動脈血酸素分圧は 51.2 Torr と低値だった。

Fig. 3 は入院時の胸部 X 線写真である。両側肺とも末梢領域よりも内側優位に, air bronchogram を伴った, 一部融合したび慢性粒状影を認めた。

Fig. 4 は入院時の胸部 CT 写真である。胸膜直下が明るく抜けた, 肺野濃度の上昇があり, air bronchogram と小葉間間質の肥厚が認められた。

喀痰細胞診は class 2, 培養は一般菌, 結核菌, 真菌とも陰性だった。

1994 年 1 月 19 日左肺, 1 月 26 日右肺の肺洗浄を全身麻酔下に施行した。これにより胸部 X 線写真, 動脈血酸素分圧は著明に改善, また血清 CEA 値も著明に低下し, 経過良好にて 3 月 4 日退院となった。なお, 右肺の肺胞洗浄液中の CEA 値は 426.0 と非常な高値を示した。血清 CEA 値は退院後, 9.7 まで低下している。

Fig. 5, 6 に両側肺洗浄後の胸部 X 線写真と CT 写真を示す。

[入院時検査]

WBC 9900, RBC 571 万, Hb 17.9, Ht 52.2, Plt 35.2 万,
PT 100%<, APTT 31.1sec, TT 100%<, HPT 100%<
GOT 46, GPT 51, LDH 603 (LDH₁ 14, LDH₂ 35, LDH₃ 29, LDH₄ 12, LDH₅ 10),
ChE 671, TBil 0.6, DBil 0.2, ALP 324, LAP 276,
γGTP 48, TP 7.5, Alb 4.5, UN 8, Cr 0.7, UA 7.1,
Na 144, K 3.9, Ca 9.6, Pi 4.2, TC 209, TG 153,
CRP 0.0, ESR 4mm/hr,
CEA 80.9, SCC 0.6, NSE 15, CA19-9 29
BGA(R/A):pH 7.42, PO₂ 51.2, PCO₂ 40.5, HCO₃ 26.3

Fig. 1

呼吸機能検査

VC 2830ml
%VC 78.2%
FEV_{1.0} 2580ml
FEV_{1.0}% 92.1%
RV 1000ml
RV/TLC 26.1%
%DLCO 38.3%

喀痰検査

一般細菌 口腔内常在菌
抗酸菌 培養 (-)
cytology class I

	94/12/20	94/01/24	94/02/07	94/03/19
CEA	80.9	44.8	30.2	9.7
PaO ₂	51.2	72.3	85.9	

Fig. 2

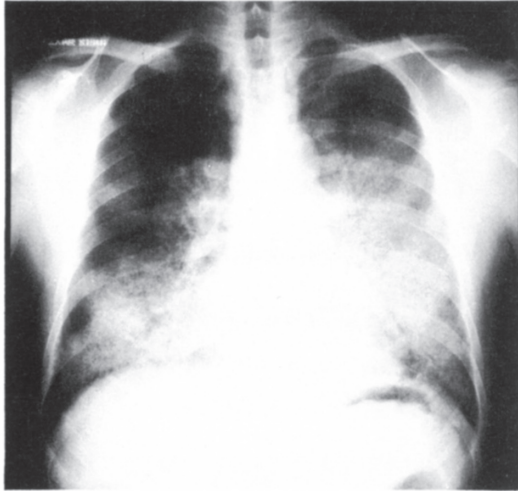


Fig. 3

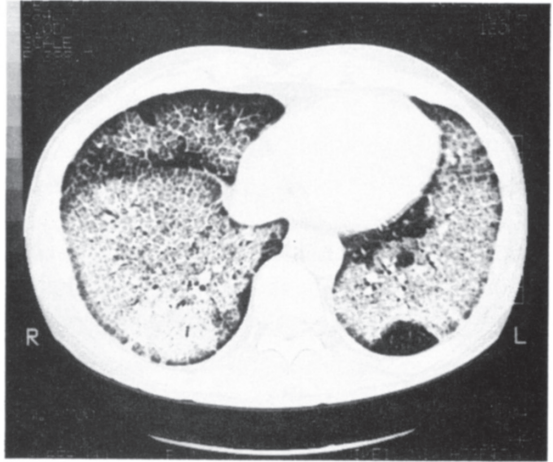


Fig. 4

ダブルルーメンの挿管チューブを挿管後、左側臥位に体位をとった。その後約 10 リットルの生理食塩水にて肺洗浄を行なった。排液の外観が 1 回目と 10 回目とではあきらかに薄くなっていた。

以上、肺胞蛋白症とその治療法について提示した。

肺胞蛋白症において、血中および肺胞洗浄液

中の CEA が高値を示し肺洗浄により低下することは、以前より報告されている。その機序については、免疫染色により肺胞 II 型細胞に CEA の局在が観察されていることから、肺胞領域のクリアランスの異常により正常組織の微量の CEA が長期的に蓄積したためとの考え方や、肺胞 II 型細胞が特異的に過剰の CEA を産生しているとの考え方があるが、はっきりしていない。



Fig. 5

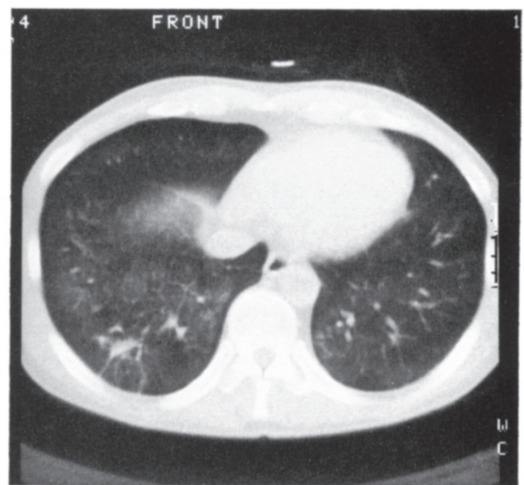


Fig. 6

血中の CEA 高値については、肺胞中の CEA が血液中に移行したという考え方が主である。われわれの症例も血中 CEA 高値は肺洗浄に

より著明に低下した。今後も長期的に病状と CEA 値の推移について観察していきたい。

PAP with High CEA of Blood and BAL

Etsuko TAKEUCHI, Motoki FUKAKUSA, Taichi MOCHIZUKI, Kiyoko JINGUU
Ayumi SHIMIZU, Futoshi KODASHIMA, Tetsuo SATO
Department of Internal Medicine (IV), The Jikei University School of Medicine

Pulmonary alveolar proteinosis (PAP) which was reported by Rosen at first is a rare disease with PAS positive lipoprotein in the lung alveolar. We experienced the disease recently.

A 46 years old man was admitted to our hospital with SOB. Bronchoscopic fiber was done and white alveolar lavage was obtained. Both CEA of blood and BAL were very high. After alveolar washing under general anesthesia they fell down to normal limit.

The reason why CEA is high in blood and BAL is not known. We will observe the change of CEA in the future.

右肺優位の間質性陰影を呈したシェーグレン症候群の1例

萩原千恵子¹⁾、田井久量¹⁾、青木 薫¹⁾、岡島直樹¹⁾
吉村邦彦¹⁾、岡野 弘¹⁾、高久仁利²⁾、三好 勲²⁾
桜井雅夫²⁾、半澤 隆²⁾、伊坪喜八郎²⁾、高木敬三³⁾
徳田忠昭⁴⁾ (慈大第三病院内科第 2¹⁾、同 外科²⁾、
同 病理科³⁾、富士市立中央病院⁴⁾)

症 例

70 歳 男性 主訴：労作時息切れ。

職業歴：20～30 歳 紡績業 (主に機械業)、30～60 歳 家具や台所用品の卸売業。

既往歴：67 歳 単径ヘルニア。

家族歴：特記すべきことなし。

喫煙歴：10 本/日×40 年、2 年前に禁煙。

現病歴：1994 年 1 月頃より坂道での息切れが出現したため 5 月に近医を受診、心雑音を指摘され、6 月に当科を受診。心雑音は心エコー上僧帽弁後尖逸脱による軽度の僧帽弁逆流によるものと判明したが、胸部単純写真上間質性陰影を認めたため、9 月精査目的に入院となった。

入院時現症では、黄疸、貧血はなく表在リンパ節は触知しなかった。胸部聴診上は心尖部に

最強点をもつ収縮期雑音 (II/VI) を聴取したが副雑音はなく、浮腫は認めなかった。

胸部単純写真 (Fig. 1) ではほぼ両側肺野びまん性に網状線状影を認めた。胸部 CT では気腫性変化と、右上葉を中心に小葉間間質および気管支血管周囲の肥厚を認めた (Fig. 2-a)。縦隔条件では縦隔リンパ節腫大、少量の両側胸水貯留がみられた。10 日後の胸部 CT では、自然経過で胸水は消失し、間質性陰影の改善が軽度みられた (Fig. 2-b)。

検査所見 (Table 1) では、明らかな炎症反応は認めず、IgG は 2350mg/dl、抗核抗体 1280 倍、抗 SS-A 抗体が 64 倍と上昇していた。血液ガスでは PaO₂ 67.6Torr と軽度の低酸素血症を認め、また肺機能検査では、一秒量と拡散能の低下がみられた。これらの検査結果および患者が軽度の口渇感を訴えていたことから、Sjögren 症候群を疑い検査を進めた。眼科的には、乾燥性角



Fig. 1 来院時胸部単純写真



Fig. 2-a 胸部 CT (入院時)



Fig. 2-b 胸部 CT (入院 10 日後)



Fig. 2-c 胸部 CT (治療後)

結膜炎の所見を認め、また口唇生検、耳下腺造影の結果、Sjögren 症候群に矛盾しない所見が得られた。以上の所見は、厚生省診断基準を満たしており、他の膠原病の合併はなく本例は一次性 Sjögren 症候群と診断した。またこの際、左の鼻腔内に腺癌が併発していることが判明した。

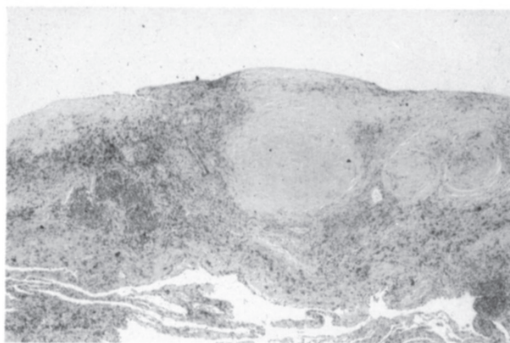


Fig. 3-a 組織所見 (右 S²a)

Table 1 検査所見

WBC	4560 / μ l	IgG	2350 mg/dl
RBC	5.46 \times 10 ⁴ / μ l	IgA	572 mg/dl
Hb	16.5 g/dl	IgM	158 mg/dl
Ht	50.7%	CH50	54.1 U/ml
Plt	13.2 \times 10 ⁴ / μ l	RF	43.3 IU/ml
		ANF	\times 1280
ESR	5 mm/hr	抗DNA抗体	(-)
		抗SS-A抗体	\times 64
CRP	<0.2mg/dl	抗SS-B抗体	(-)
GOT	22 IU /l	抗Sm抗体	(-)
GPT	18 IU /l	抗Scl-70抗体	(-)
ALP	127 IU /l	抗Jo-1抗体	(-)
LDH	278 IU /l		
GGTP	12 IU /l	BALF	
		総細胞数	5.9 \times 10 ⁵
ABG(room air)		細胞分画	M ϕ 12% Ly 88%
PaO ₂	67.6 Torr	CD4/CD8	2.15
PaCO ₂	33.0 Torr		
pH	7.425	EBV	
		VCA IgG	\times 2560
PFT		VCA IgM	\times 10 ↓
VC(%)	3560 ml (110%)	VCA IgA	\times 20
FEV _{1.0}	2280 ml	EA-DR IgG	\times 40
FEV _{1.0%}	68%	EA-DR IgA	\times 10 ↓
%DLco	38%	EBNA	\times 40

右 B²で施行した気管支肺胞洗浄では、総細胞数 5.9 \times 10⁵およびリンパ球 80%と著明な増加を認め、これらの間質性陰影は Sjögren 症候群による肺病変が最も疑われた。確定診断を目的に、11月10日開胸肺生検を行なった。

右 S²a から採取した組織像では、胸膜下に硝子化した結節が認められ、周囲には炭粉の沈着やリンパ球の集簇が認められた (Fig. 3-a)。また、同時に採取した縦隔リンパ節にも同様の所見が認められ、これらの所見は塵肺による変化と考えられた。S⁴a から採取した組織像では、塵肺による変化の他に、気管支血管周囲を含めた

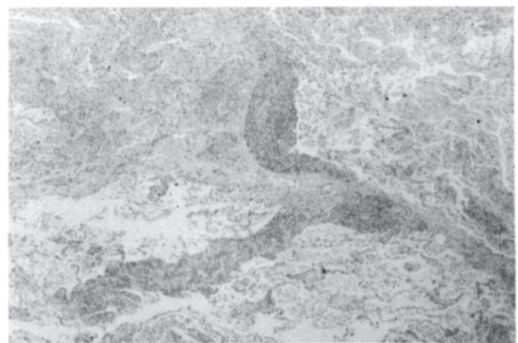


Fig. 3-b 組織所見 (右 S⁴a)

広義の間質に著明なリンパ球の集族を認めたがこれらのリンパ球には異型性はみられなかった。組織学的には Sjögren 症候群に伴う肺病変に矛盾しない所見と塵肺による変化が認められた (Fig. 3-b)。労作時息切れおよび画像上の間質性陰影は、Sjögren 症候群に伴う肺病変と考え、プレドニンを 30mg より開始した。治療開始後約 1 か月の CT 所見では間質性病変は改善を認めた (Fig. 2-c)。

考 察

Sjögren 症候群による呼吸器病変は 25~75% と高く、特に間質性病変は約 25% といわれている¹⁾。本例は広義の間質を中心にリンパ球の浸潤が認められ、Sjögren 症候群による肺病変と考えた。本例の特徴は、画像上肺病変の分布に左右差を認めた点である。この理由については本例は気腫性変化が強く陰影が修飾されていた可能性や、自然に胸水が消失し間質性陰影の改善がみられた経過から循環障害の要素が加わっ

ていた可能性も考えられた。

また、本例は塵肺症や左鼻腔内の腺癌を合併していた。塵肺症は高 γ グロブリン血症や抗核抗体の陽性頻度が高いなど免疫異常を呈することが知られている。一方、鼻咽頭癌は EBV の関連がいられているが、最近 Sjögren 症候群の成因としても患者の唾液腺内にみられる EBV の DNA 量が高値であることなどから EBV の関与が指摘されている²⁾。これらを合併した本症例は Sjögren 症候群の成因を知る上で興味深い症例と思われた。

文 献

- 1) King T E Jr. Connective tissue disease: Sjögren's syndrome. In: Schwarz MI, King TE Jr eds. *Interstitial Lung Disease*, 2nd edition. Mosby-Year Book, St. Louis, 1993: p290-293.
- 2) Ichiro S, Bo Serenius, Teresa Compton, Robert I. Fox: Detection of Epstein-Barr virus DNA by polymerase chain reaction in blood and tissue biopsies from patients with Sjögren syndrome. *J Exp Med* 1989; 169: 2191-2198.

A Case of Sjögren Syndrome Showing Predominant Interstitial Pattern in the Right Lung

Chieko HAGIWARA¹⁾, Hisakazu TAI¹⁾, Kaoru AOKI¹⁾, Naoki OKAJIMA¹⁾,
Kunihiko YOSHIMURA¹⁾, Hiroshi OKANO¹⁾, Kunitoshi TAKAKU²⁾,
Isao MIYOSHI²⁾, Masao SAKURAI²⁾, Takashi HANZAWA²⁾,
Kihachiro ITSUBO²⁾, Keizou TAKAGI³⁾, Tadaaki TOKUDA⁴⁾

Department of Internal Medicine (Daisan Hospital II)¹⁾, Department of Surgery (Daisan Hospital)²⁾, The Jikei Univ. School of Medicine and Fuji City Hospital

経過中 MRSA が検出され、剖検時に肺炎を示した例の検討

千葉 諭¹⁾, 羽野 寛¹⁾, 牛込新一郎¹⁾, 徳田忠昭²⁾
 (慈大病理学教室¹⁾, 富士市立中央病院臨床検査科²⁾)

はじめに

1980年代にはいって院内感染としてメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下 MRSA)が問題になってきた¹⁾。とくに術創や消化管, 肺などの深部感染は, 基礎疾患のある免疫力の低下した患者に発生し, ときに不幸な転帰をとる²⁾。柏病院では術創・褥創からの膿では 1992 年度にピークを迎えているが, 喀痰および咽頭粘液培養では種々の対策が行なわれているにもかかわらず年々増加し, MRSA の呼吸器感染症が問題になっている。本院と柏病院の剖検例を用いて, MRSA に起因すると疑われる, あるいは推測される肺炎について, 臨床所見と組織所見を検討した。

材料および方法

用いた症例は 1992 年～1994 年の本院・柏病院の全剖検 752 例中, 生前喀痰・咽頭培養等で MRSA あるいはそれを疑う菌が検出され, 臨床経過およびデータから, それにもとづく可能性の高い肺炎を剖検時に示した 28 症例である。

結果および考察

これら 28 剖検例の臨床データと剖検時の肺の診断をまとめたのが Table 1 である。

MRSA 肺炎は, 悪性腫瘍や中枢神経疾患, 血液疾患等の致死的な基礎疾患に合併して余命を短縮するとされ²⁾, われわれの症例でも致死的な疾患に合併していることが多い (Table 2-a)。

Table 1 Case list 症例表.

No.	年齢性	病理診断・臨床診断	使用薬物	MRSA感染から肺炎の型	直接死因
			他の肺感染	死亡までの期間	
1	66 男	胃癌術後	記載なし	3	滲出性器質化性
2	73 男	食道癌+胃癌	PIPC, CLDM, MINO, IPM	3	滲出性
3	60 男	AML, 化学療法後	PDN, ACICLAR, LMOX, IPC	5	滲出性
4	43 女	Stevens-Johnson s.	VCM, AMK, DOA, DOB, NA	7	化膿性 ○
5	67 男	肺癌	なし	7	滲出性
6	81 女	CMML, 急性転化	CPZ, ABPC, MCZ, MINO, VCM	7	滲出性 ○
7	44 女	線維素析出性肺炎	CAZ, IPM, MINO	10	硝子膜性 ○
8	61 女	心筋梗塞+腎炎 K+E	CAZ, CLDM	10	滲出性器質化性
9	63 男	胆嚢癌	CZPMKS, GM	14	滲出性
10	76 男	肥大型心筋症 T	SPIRONOBSCT, INH, REF	14	滲出性器質化性 ○
11	76 男	筋萎縮性側索硬化症	MINO, IPM, VCM, CEZ, IPH	14	滲出性器質化性 ○
12	53 男	CML A	VICICLINE, LMOX	16	滲出性 ○
13	59 女	肝硬変	CZ, FOY, PG, PIPC	21	滲出性
14	65 男	ファーター乳頭癌	なし	21	滲出性 ○
15	73 女	高血圧性脳出血	IPM/CS, CLDM, HCB, VCM	21	滲出性 ○
16	74 男	脳梗塞	CTM, MINO, VCM, IPM	21	滲出性器質化性 ○
17	81 男	脳梗塞、膿血症	VCM	23	滲出性器質化性 ○
18	28 男	CML, 急性転化 A	IPM/CS, AMK, VCM, DKB, FOM	30	滲出性器質化性 ○
19	79 男	遷延性器質化肺炎 P	IPM/CS, ISP, EM	30	滲出性 ○
20	74 男	AML	VCM, MINO, FLCZ, FOM, ST	38	硝子膜性
21	53 女	卵巣癌	なし	40	滲出性
22	57 男	肺癌	なし	40	滲出性器質化性 ○
23	73 男	肝硬変+肝癌	なし	40	器質化性
24	73 女	DM, ケトアシドーシス	記載なし	40	滲出性器質化性
25	68 女	腎不全	MINO, アントレックス, CAVH	50	滲出性 ○
26	82 女	MDS+硬膜下血腫	記載なし	150	滲出性
27	68 男	Shy-Drager症候群	ABS, FOM, VCM, IPM/CS	315	滲出性
28	82 男	脳梗塞, 慢性肝炎	VCM, CAZ, IPM/CS, FMOX	400	滲出性 ○

A: アスペルギルス
 K: クレブシエラ
 T: 結核
 P: シュードモナス
 E: エンテロバクター

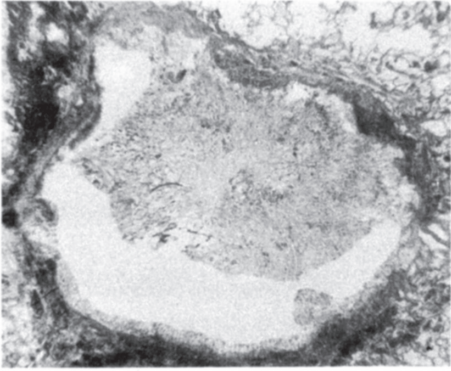


Fig. 1-a 肺化膿症組織像(症例 4)：膿瘍がみられる。

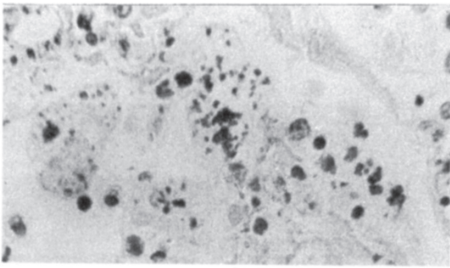


Fig. 1-b 肺化膿症組織像(症例 4)：膿瘍にはグラム陽性球菌がみられる (グラム染色)。

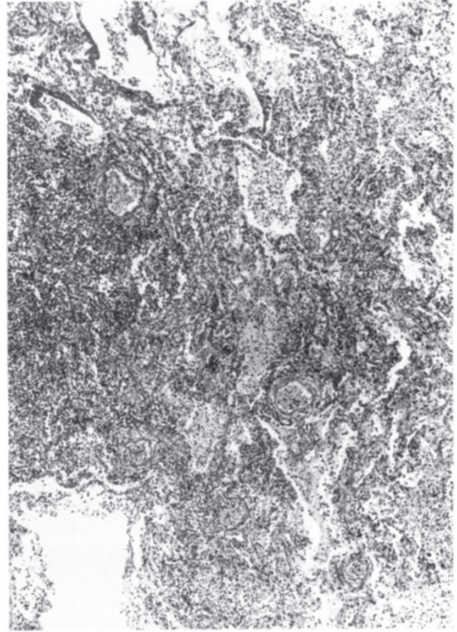


Fig. 1-c 滲出性肺炎組織像(症例 27)：肺胞内に好中球主体の滲出物をいれている。

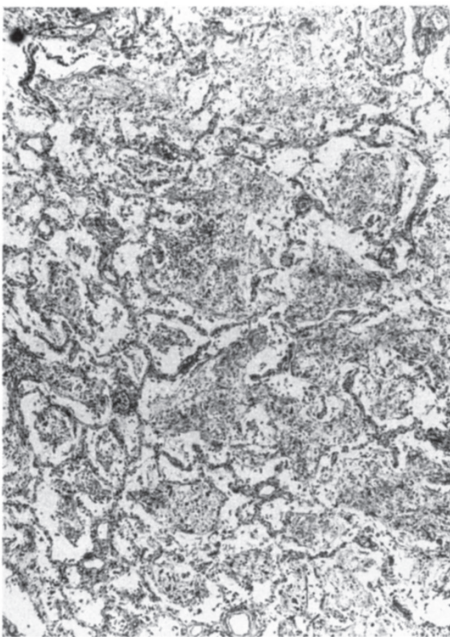


Fig. 1-d 滲出性器質性肺炎組織像(症例 16)：肺胞内に線維性の器質化物が見られる。

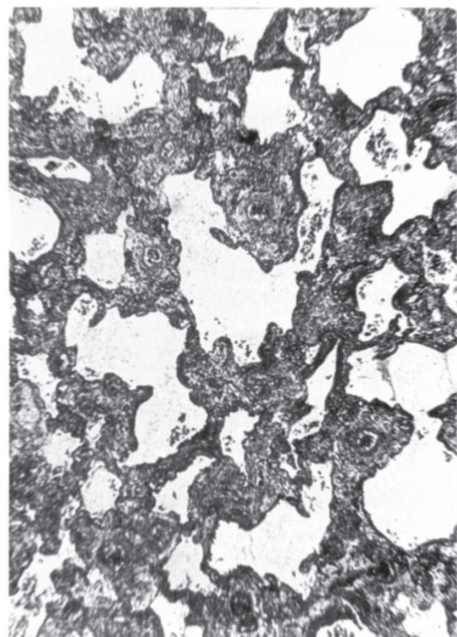


Fig. 1-e DAD 組織像(症例 7)：組織学的には厚い硝子膜がみられる。

Table 2-a 基礎疾患の種類と頻度.

悪性腫瘍	12例	(内 4例は白血病)
脳・中枢神経疾患	7例	(含 MDS+硬膜下血腫, 慢性肝炎+脳梗塞)
血液疾患	6例	(含 MDS+硬膜下血腫)
心/循環器疾患	3例	
呼吸器疾患 (肺炎)	2例	
肝疾患 (除 肝癌)	2例	
代謝性疾患 (糖尿病)	1例	
腎不全	1例	
皮膚疾患 (Stevens-Johnson)	1例	

Table 2-b 悪性腫瘍の内訳.

白血病	AML	2例
	CML	3例 (含 CMML)
肺癌		2例
胃癌		2例 (含胃癌+食道癌)
食道癌		1例 (含胃癌+食道癌)
ファーター乳頭癌		1例
肝癌		1例
胆嚢癌		1例
卵巣癌		1例

Table 2-c 重複感染の内訳.

アスペルギルス	2例
クレブシエラ+エンテロバクター	1例
シュードモナス	1例
結核	1例

Table 2-d 肺炎像の種類.

肺化膿症	1例
滲出性肺炎	15例
滲出性器質化性肺炎	9例
器質化性肺炎	1例
DAD	2例

造血器悪性腫瘍は他の悪性腫瘍と比べて少ないという報告もある³⁾が、われわれの症例ではそのような傾向はみられなかった (Table 2-b). 重複感染ではアスペルギルスが2例などがみられた (Table 2-c). 今回の症例で肺炎が直接に死の原因となったと思われる例は28例中15例とかなり多く、急性肺炎像の他に器質化～遷延化像がみられた (Table 2-d). 代表的な症例は Fig. 1 に示した. 器質化に関しては、治療が病像を修飾する可能性がないかどうか慎重に検討する必要がある. 肺化膿症例は1例 (症例4) と数は少ないが、この例は喀痰で MRSA が単独に検出された. 肺化膿症は重複感染のとき起こるとの記載³⁾もあるが、侵襲の強いときや個体の抵抗力の弱い時には単独でも肺化膿症を呈すると考えられた. また、diffuse alveolar damage (DAD) を呈するものは、滲出から器質化にいたる一連の動きとは異なっており、ショックや酸素などの MRSA 以外の要因が働いた可能性がある.

喀痰からの MRSA 検出から3日で死亡した例ですでに滲出性器質化性肺炎であったのは、MRSA 検出以前にも肺炎があったためと思われる. 一方、150日以上長期生存3例が滲出性肺炎であるのは、MRSA が繰り返し喀痰から検出されており、持続感染³⁾ないしは繰り返す感染が考えられた.

今回は臨床経過およびデータより、MRSA に起因する可能性が高いと思われる肺炎を材料としたが、正確を期するためには剖検肺からの菌の証明をすべきであるので、今後この点のデータも集積していきたいと考えている.

文 献

- 1) 生方公子. ブドウ球菌における薬剤耐性の動向; methicillin およびニューロキノン薬耐性を中心として. ブドウ球菌感染症の基礎と臨床; MRSA を中心として. 東京; ライフサイエンス・メディカ 1992;9-23.
- 2) 南部静洋, 岩田猛邦, 種田和清, 郡義明ほか. 剖検肺からの Methicillin 耐性黄色ブドウ球菌検出例の臨床的背景と病理組織病変の検討. 日胸疾会誌 1991;29: 1574-1581.
- 3) 谷本善一, 田辺修, 中田弦一郎, 中谷竜王. MRSA 肺炎の臨床像, ブドウ球菌感染症の基礎と臨床; MRSA を中心として. 東京; ライフサイエンス・メディカ 1992;95-105.

Pneumonia in Autopsy Cases with the History of Pulmonary MRSA Infection

Satoru CHIBA¹⁾, Hiroshi HANO¹⁾, Shin-ichiro USHIGOME¹⁾, Tadaaki TOKUDA²⁾
 Department of Pathology, The Jikei University School of Medicine¹⁾
 Department of Clinical Laboratory, Fuji City Hospital²⁾

同時性に二つの病変が存在した肺カルチノイドの1例

山下 誠¹⁾, 秋葉直志¹⁾, 野田 剛¹⁾, 栗原英明¹⁾
古田島太²⁾, 深草元紀²⁾, 佐藤哲夫²⁾, 伊坪喜八郎¹⁾
(慈大外科¹⁾, 同 内科⁴⁾)

はじめに

われわれは、定型的肺カルチノイドの1例を経験した。主病巣と連続性のない小病巣が認められ、肺内転移の可能性もあることから臨床的に興味深く、ここに報告する。

症 例

患 者：45歳男性，パイロット。

主 訴：胸部異常陰影。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：38歳，マイコプラズマ肺炎。

喫煙歴：20歳から38歳まで1日20本。

現病歴：1994年10月の健康診断で異常を指摘され，精査目的で11月1日に入院した。

入院時現症：特記すべきことなし。

入院時検査所見：血算，生化学とも異常値を認めず。腫瘍マーカーは正常範囲であった。胸部X線写真で右下肺野に2×2cmの腫瘤影を認めた。胸部断層撮影で右S¹⁰に表面平滑な腫瘤影を認め，胸膜陥入像や石灰化は認めなかった。胸部CT写真で腫瘤像の周囲にSatellite

lesionは認めず，縦隔リンパ節の腫大も認めなかった(Fig. 1)。気管支鏡で粘膜に異常を認めず，B^{10c}末梢の肺生検の結果カルチノイドと診断した。11月28日に手術を施行した。

手術所見：右側方切開第5肋間で開胸した。右S¹⁰に母指頭大の腫瘤を触知した。右下葉切除，リンパ節郭清を施行した。

病理所見：腫瘍は1.8×1.8×1.6cmの大きさで，断面は淡黄色弾性硬で充実性であった。組織では，均一で多形性に乏しい腫瘍細胞が索状，リボン状，充実性胞巣状に配列し，細胞間の間質は血管に富み壊死組織は認めなかった。核は類円形で微細顆粒状のクロマチンを持ち，核分裂像はほとんど認めなかった。グリメリウス染色では無数の好銀性の顆粒を細胞質内に認めた。これらの所見から定型的肺カルチノイドと診断した。主病巣と5mm離れた中枢側の間質内に，同様の組織の病巣が認められ，リンパ管への侵襲を認めた(Fig. 2)。リンパ節転移は認めなかった。

臨床経過：術後経過良好で，第10病日に退

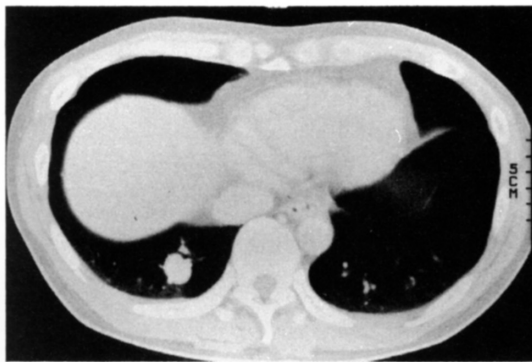


Fig. 1

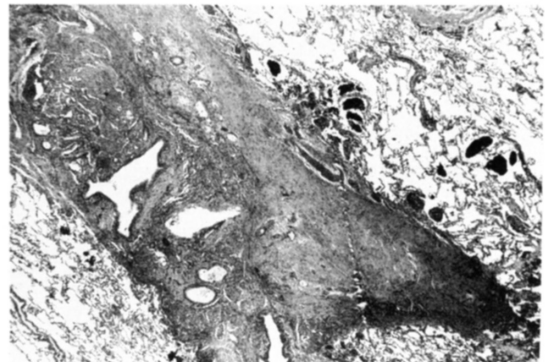


Fig. 2

院，現在外来通院中である。

考 察

カルチノイドは全肺原発腫瘍の3%程度とされる比較的まれな疾患である。Arrigoniら¹⁾は、病理学的、臨床的予後の差異により、カルチノイドを定形的と非定形的に分類し、定形的カルチノイド(以下、定形)は転移率5%、5生率94%であるのに対し、非定形的カルチノイド(以下、非定形)では転移率70%、平均生存期間27ヵ月と報告した。本邦では、教室の秋葉ら²⁾が、定形で転移率7%、5生率100%と報告している。治療として、一般的に外科的切除が行なわれ、肺癌に準じた肺葉切除術が選択される。末梢型で腫瘍径3cm以下であれば、肺部分切除を行ないリンパ節郭清は必要ないという意見もある。本症例は、3cm以下の末梢型定型で、中枢側に非連続性の病巣を認めた。この病巣でリンパ管への

侵襲があることから、肺内転移の可能性もある。本例のような病変で、肺部分切除では不十分と考える。末梢型の定型症例に対しても肺癌手術に準じた術式を選択すべきである。

結 語

1. 多発病変を認めた定形的肺カルチノイドの症例を経験したので報告した。
2. 多発病変は肺内転移の可能性も考えられた。
3. 定形的肺カルチノイド症例に対して、肺部分切除では不十分と思われた。

文 献

- 1) Arrigoni MG, Woolner LB, Bernetz PE. Atypical carcinoid tumors of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 64:413-21.
- 2) Akiba T, Naruke T, Kondo H, et al. Carcinoid tumor of the lung: clinicopathological study of 32 cases. *Jap J Clin Oncol* 1992;22:92-95.

A Case of Bronchial Carcinoid with Two Coexisting Lesions

Makoto YAMASHITA¹⁾, Tadashi AKIBA¹⁾, Tsuyoshi NODA¹⁾, Hideaki KURIHARA¹⁾,
Futoshi KOTASHIMA²⁾, Motonori FUKAKUSA²⁾, Tetsuo SATOU²⁾, Kihachirou ITSUBO¹⁾
1st Dept. of Surgery¹⁾, 4th Dept of Internal Medicine²⁾, The Jikei Univ. School of Medicine

We experienced a case of bronchial tumor. Right lower lobectomy and lymph node dissection were performed. Result of pathological examination revealed that there were two lesions in one lung, and that the tumors were typical bronchial carcinoid. Considering the possibility of other coexisting lesions as in this case, partial resection for typical bronchial carcinoid may be inadequate.

肺の粘表皮癌の1例

小野雅史, 羽生信義, 成瀬 勝, 太平洋一
水崎 馨, 恩田啓二, 鈴木 裕, 中里雄一
中山一彦, 大谷昌道, 宮川 朗, 徳田忠昭*
(富士市立中央病院 外科, 臨床検査科*)

はじめに

肺の粘表皮癌 (Mucoepidermoid carcinoma : 以下 MEC) は, 気管支腺由来と考えられ中枢気管支に発生するまれな疾患である。本邦では, 1993 年までに約 100 例の報告がなされている¹⁾。病理組織学的には, 低悪性度の Low grade malignancy と高悪性度の High grade malignancy に分類されるが, 本症の大部分は前者で, 予後も良好とされている。今回われわれは, 健診にて左肺門部の異常陰影を指摘され MEC と診断し, 手術した症例を経験したので, 若干の文献の考察を加え報告する。

症 例

症例: 50 歳, 男性。

既往歴: 1992 年, 気管支喘息, 喫煙歴は, 20 本/日を 30 年間。

現症歴: 1993 年 10 月に健診にて左肺門部の異常陰影を指摘され, 精査入院となった。入院時, 特に症状はなく呼吸音も正常で全身状態は良好であった。

入院時検査: 血算, 生化学検査では異常所見がなく, 腫瘍マーカーは, S.C.C 2.2ng/ml と軽度上昇が認められた。また, 呼吸機能は正常であった。

入院時の胸部単純 X 線写真では, 左肺門部の異常陰影を明らかでなかったが, 入院翌日に気管支鏡を施行したところ, 左下幹入口部をふさぐように約 15mm 大のポリープ状の隆起性病変が認められた。表面は粘膜で被われ赤味を帯び易出血性であった。洗浄細胞診は, Class 1 であったが, 鉗子生検にて MEC と診断された (Fig. 1)。

その後, 閉塞性肺炎を合併したため, 胸部 CT では気管支壁の肥厚と左肺底部の浸潤影無気肺

像を呈していた。Ga シンチでは, 両側肺門部および左下葉に点状の強い異常集積像が認められた。以上より, 臨床病気 CT₂N₀M₀ の診断で左肺全摘術を施行した。

手術所見: 左第 5 肋間にて開胸し左肺全摘術を施行し, No. 4, 5, 6, 8, 9 のリンパ節を郭清した。手術所見は, T₂N₁M₀P₀Es₁(+)PM₀であった。

摘出標本では, 左肺上葉枝と下葉気管支分岐部に左下幹部を閉塞するようにポリープ状に隆起した長径約 15mm 大の腫瘍が認められ, 腫瘍辺縁より切除断端との距離は約 10mm であった (Fig. 2)。

病理所見: 扁平上皮細胞と粘液産生細胞が混在し, 核の異型性は軽度で low grade malignancy の MEC 像を呈していた。深達度は気管支軟骨の内側に達する程度で, リンパ節転移は認められなかったが, 主気管支切除断端浸潤は陽性であった (Fig. 3)。

なお, 本症例の術後経過は良好で術後第 31 病

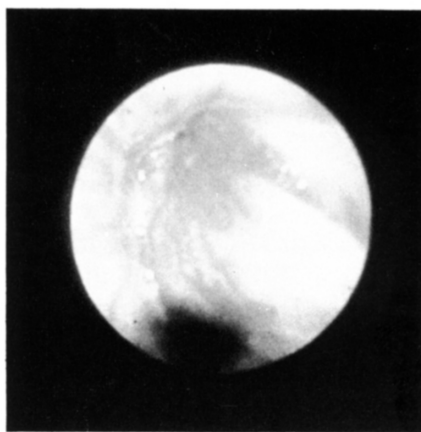


Fig. 1

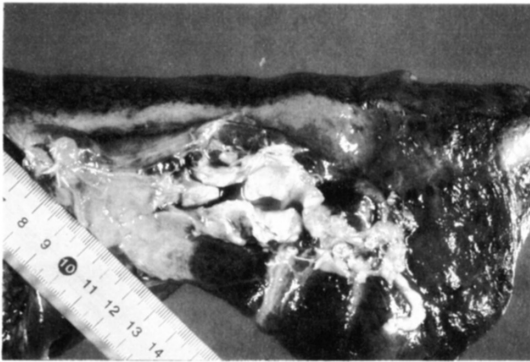


Fig. 2

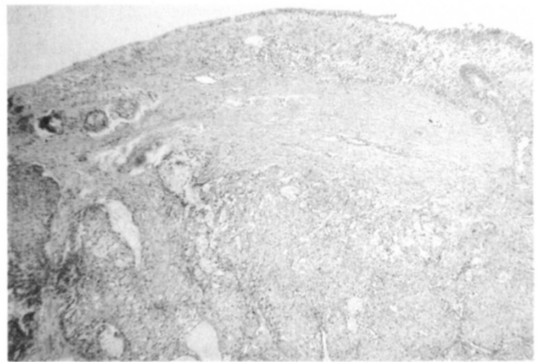


Fig. 3

日に軽快退院し、術後1年以上経過した現在再発は認められていない。

考 察

MEC は、全肺癌の0.2~0.5%の頻度²⁾といわれ、性比は一定しておらず、好発年齢も10歳~60歳(平均37.3歳)と幅広い³⁾。また、喫煙・発癌物質との関連は証明されていない³⁾。

病態は、咳嗽・喀痰・呼吸困難・喘鳴などの気道閉塞症状、血痰・咯血などの腫瘍からの出血、その他に閉塞性肺炎・胸痛³⁾や本症例のように無症状の場合などがある。

診断は、発生頻度が低いことと、粘液産生細胞と扁平上皮細胞とを含む十分な組織片を得にくいことから、比較的困難である。したがって鉗子生検による十分な組織片を採取することが重要である³⁾。また、high grade malignancyのMECと腺扁平上皮癌との鑑別は困難といわれている。

治療は、予後不良のlow grade malignancyの

MECの報告³⁾もあり、病理学的悪性度と臨床的悪性度が一致しないこと、またまれに肺門・縦隔リンパ節および血行性転移が報告³⁾⁴⁾されていることから、他の肺癌同様の定型的肺切除術が推奨される。また、放射線・化学療法は有効でない³⁾とされている³⁾。

本症例は、low grade malignancyのMECと判断されたが、術中肺切除前に採取した胸水がclass Vであり、切除断端陽性であることから、嚴重なfollow upが必要であると考えられた。

文 献

- 1) 杉本幸司ほか。臨床的悪性経過を示した肺粘表皮癌の1例；その臨床経過と本邦13例の臨床的悪性例に関する文献的考察。肺癌 1993; 33: 247-253.
- 2) Klacsmann, P.G., et al. Mucoepidermoid carcinoma of bronchus. Cancer 1979; 43: 1720-1733.
- 3) 草島義徳ほか。気管支Mucoepidermoid carcinomaの1例；本邦報告90例の文献的考察。肺癌 1987; 27: 313-320.
- 4) Yousem, S.A. et al. Mucoepidermoid tumors of the lung. Cancer 1987; 60: 1346-1352.

A Case of Mucoepidermoid Carcinoma of the Lung

Masashi ONO, Nobuyoshi HANYU, Masaru NARUSE, Youichi OHHIRA,
Kaoru MIZUSAKI, Keiji ONDA, Yutaka SUZUKI, Yuichi NAKASATO,
Kazuhiko NAKAYAMA, Masamichi OHTANI, Akira MIYAKAWA, Tadaaki TOKUTA
Department of Surgery & Pathology, Fuji City Central Hospital

We reported a rare case of mucoepidermoid carcinoma of the lung. A 50-year-old man was admitted to the hospital because of abnormal shadow in the left hilum. Histopathological diagnosis was low grade malignant mucoepidermoid carcinoma. Left pneumonectomy was carried out. He is alive and well without any recurrence after the operation.

肺アスペルギルス症術後気管支瘻に対し、 瘻孔閉鎖術および大網充填術を施行した1例

井上一成, 黒田 徹, 忠岡信彦, 石川隆志
一志公夫, 高橋宣胖 (慈大青戸病院外科)

目的 肺アスペルギルス症に対し, 右肺上葉切除術を施行後, 難治性の気管支瘻を合併した. その治療として内視鏡的閉鎖術および大網充填術を試みた一症例について検討した.

方法 上葉切除後, air leak が遷延するため, 気管支造影, 瘻孔造影施行し, 気管支瘻を確認した. ヒストアクリル, 血管コイル, ペリプラストを気管支鏡下に注入, 充填し, 瘻孔閉鎖術を試みた. しかし, 4~5日後に咯出され, air leak 再出現した. 次に, 胸腔鏡下気管支瘻閉

鎖術を行なった. 胸腔鏡下に瘻孔縫合閉鎖術を試みたが, 周囲組織脆弱なため, 縫合不可能であった. したがって胸腔鏡より, オキシセルガーゼ, アビテンシートを瘻孔内へ, 気管支鏡下にペリプラスト, アビテンを注入したが, 翌日には air leak が再出現した. 内視鏡的閉鎖術が失敗したため, 次に大網有茎胃弁による補強, 充填術を施行した. 第4肋間前側方切開にて開胸した. 直視下に気管支瘻および肺瘻を認め, 周囲組織デブリードメントおよび縫合閉鎖した後, 開腹した (Fig. 1). 大網有茎胃弁および漿膜筋層胃弁を作製し (Fig. 2), 経皮的に腹腔内に誘導, 充填術を施行した (Fig. 3).

結果 術後は air leak, 感染もなく軽快, 退院となった. 以上より内視鏡による方法は患者侵襲も少なく, 試みやすいが再発を起こしやすいと考えられた. また開胸による再手術可能な状態の患者には, 大網充填術が, 再発, 感染が少なく確実であると考えられた.

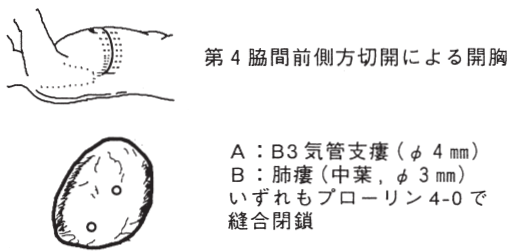


Fig. 1 大網有茎胃弁補強, 充填術(105 病日)-1

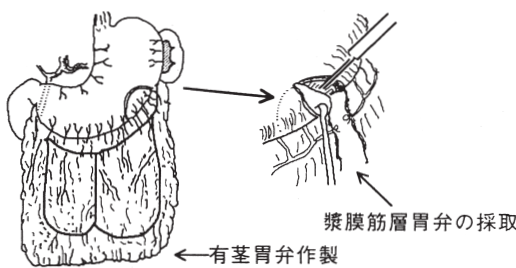


Fig. 2 大網有茎胃弁補強, 充填術-2



Fig. 3 大網有茎胃弁補強, 充填術-3

Closure of Bronchialfistel After Upper-lobectomy for Lung Aspergilloma with Omental Pedicled Gastric Flap

Kazunari INOUE, Tooru KURODA, Nobuhiko TADAOKA,
Takashi ISHIKAWA, Kimio ISSHI, Nobuhiro TAKAHASHI
Department of Surgery, Aoto Hospital, The Jikei University School of Medicine, Tokyo

難治性気管支瘻に対する大網充填術後の呼吸管理の問題点

田中正史，谷藤泰正
(慈大青戸病院麻酔科)

はじめに

気管支瘻は肺切除後の気管支断端瘻として生じることが多く，肺炎，膿胸を併発し再手術が不可能となり，致命率が高く予後不良な疾患である。

今回われわれは，難治性の気管支瘻に対し大網充填術を施行した患者の術後呼吸管理を経験したので報告する。

症 例

56歳女性，身長152cm，体重34kg。

既往歴：約20年前原因不明の低カリウム血症にて入院加療。

現病歴：1991年(平成3年)6月より肺炎を繰り返し，1994年(平成6年)8月咯血により近医受診し肺アスペルギルス症と診断され9月当院入院となった。

治療歴：同年9月29日全身麻酔下に右上葉切除を施行されたが，術後胸腔ドレーンより持続的なエアリークがあり気管支瘻と診断された。気管支鏡下に2回，胸腔鏡下に1回気管支瘻閉鎖術を施行したが成功せず，1995年(平成7年)1月12日大網充填による気管支瘻閉鎖術を施行した。術中は硬膜外麻酔併用の全身麻酔にて管理し，手術時間5時間30分，麻酔時間7時間15分で手術は無事終了し，術後ICU入室となった。

われわれは以前，食道癌根治術後の気管支瘻に対する脊柱起立筋充填術を施行し，早期抜管後感染により気管支瘻が再発し，肝硬変が基礎疾患としてあったが不幸な転帰に至ったケースを経験していたため，術前の外科医とのカンファレンスにより，術後は充填した大網が癒着するまで約2週間の長期人工呼吸を施行することとなった。人工呼吸中は予防的抗生剤の投与や，吸引，ガーゼ交換時の清潔操作の励行により感

染を防止したが，人工換気中高熱を発した時期があり，中心静脈カテーテルからの感染が判明するまでは対応に苦慮した。また充填した大網に対する圧外傷を防ぐため，気道内圧を20mmHg以下に設定し，筋弛緩薬を十分に使用することにより吸引中にもバッキングを防止した。以前われわれは，長期人工呼吸後の遷延性無呼吸の経験があり，筋弛緩薬の長期連用による蓄積を防止するため，神経筋刺激装置を用いて1日1回Twitchによる筋収縮を確認した。人工呼吸中の血中ペクロニウムは低値を示し，ペクロニウムの1日の投与量は漸減できたが，ペクロニウムの投与を一時中止してからTwitchによる筋収縮を確認するまでの時間は徐々に延長した。また，鎮静剤の長期投与による意識障害のモニタとして脳波計を使用した。特異的な変化は見られなかった。

考 察

気管支瘻に対する治療法として有茎大網弁や有茎筋肉弁などによる閉鎖充填術が報告されているが，その術後管理についての報告はない。われわれは，外科医とのカンファレンスにより術野の安静のため2週間の長期人工呼吸を施行し，術後合併症もなく無事管理することができた。

一般に長期人工呼吸は48時間以上をいうことが多く，長期人工呼吸の適応として呼吸麻痺や，拘束性換気障害または閉塞性換気障害で代償不全に陥った場合，大手術後の予防的人工呼吸があるが，今回は術野である充填した大網が癒着するまで安静にする目的で長期人工呼吸を施行した。

長期人工呼吸には様々な合併症があり，合併症としては肺切除後ではあったが肺実質には器質的な疾患はなく，呼吸機能の変化や酸素中毒

はなかった。また気道感染については手術の成否に関わるため特に注意を払い、長期人工呼吸中は感染源が多くあるため管理が難しいが、今回は予防的抗生剤の投与により予防できた。人工換気には陽圧が必要であるが肺に圧をかけ過ぎたりバックが起ると、充填した大網がはずれ手術が不成功に終わるため、気道内圧を低く保ち筋弛緩薬を充分使用することによりバックを防止した。しかし、筋弛緩薬の長期連用による遷延性無呼吸の報告があり、今回は毎日筋弛緩薬の投与を一時中止し、筋収縮を確認することにより筋弛緩薬の蓄積を防止したため、血中ペクロニウムは低値に保つことができた。反面投与中止時間は延長し、その間は部位による筋弛緩薬の感受性の違いを考慮に入れ、吸引、体交などによるバックを防止するた

め患者のケアに制限が加わり、長期人工呼吸の後半は患者に対する対応に苦慮した。精神外傷については、今回の患者は手術室勤務者の関係者であるため、本人および家族の精神衛生目的で面会時に鎮静剤の投与を一時中止し、意識がでたときに面会させ声かけすることにより本人および家族のストレスを軽減させた。しかし、患者本人にとって意識があるのに返答したり体が動かないことが苦痛となったかどうかは不明である。また毎日の意識のモニタとして脳波計を用いたが鎮静剤の投中止前後で明確な変化はみられなかった。

以上、気管支瘻閉鎖および充填術後の呼吸管理の問題点として、1) 感染、2) 術野の安静、3) 筋弛緩薬長期使用、4) 精神外傷 があげられる。

An Airway Management Problem of Post Closure of Bronchialfistel with Omental Pedicled Gastric Flap

Tadashi TANAKA, Yasumasa TANIFUJI

Department of Anesthesiology, Aoto Hospital, The Jikei University School of Medicine

編集後記

慈大呼吸器疾患研究会誌第7巻第2号をお届けします。今回も学内、外から興味深い症例が集まり活発なディスカッションがおこなわれました。ただ若い Dr. たちにもっと発言していただけるとさらに楽しくなると思います。練習のつもりで積極的に疑問や意見をぶつけてみれば新しい発見、視点が出てくるかもしれません。いま世の中はリストラの時代で本学も例外ではなくなりました。はっきりした自分の進む道をもっていれば少々の困難は乗り越えられます。この会をさらに発展させるため皆様のさらなるご協力をお願いいたします。

(佐藤哲夫・慈大内科第4講座)

【お詫び】第7巻第1号で全ページ柱が Vol. 10 となっております。Vol. 7 の誤りです。お詫びして訂正します。

慈大呼吸器疾患研究会

(○印：編集委員)

- | | | |
|-----|------------|-----------------|
| 顧問 | 谷本 普一 先生 | (谷本内科クリニック) |
| | 桜井 健司 部長 | (聖路加国際病院外科) |
| | 貴島 政邑 教授 | (外科第2講座) |
| | 牛込新一郎 教授 | (第一病理学教室) |
| | 天木 嘉清 教授 | (麻酔科) |
| 会長 | 岡野 弘 教授 | (第三病院内科第2講座) |
| 世話人 | 伊坪喜八郎 教授 | (第三病院外科) |
| | 米本 恭三 教授 | (リハビリテーション医学科) |
| | ○川上 憲司 教授 | (放射線科) |
| | 飯倉 洋治 助教授 | (小児科) |
| | 徳田 忠昭 助教授 | (富士市立中央病院臨床検査科) |
| | ○久保 宏隆 助教授 | (外科第2講座) |
| | 佐竹 司 助教授 | (柏病院麻酔科) |
| | ○羽野 寛 助教授 | (第一病理学教室) |
| | ○島田 孝夫 先生 | (内科第3講座) |
| | ○佐藤 哲夫 講師 | (内科第4講座) |
| | 秋葉 直志 先生 | (外科第1講座) |
| | ○田井 久量 先生 | (第三病院内科第2講座) |

事務局 〒105 東京都港区西新橋 3-25-8
東京慈恵会医科大学 放射線科
川上 憲司

慈大呼吸器疾患研究会誌
第7巻第2号

*本誌は慈恵医大 学外研究補助金の援助による。
1995年6月30日 発行©
慈大呼吸器疾患研究会
制作・ラボ企画 Tel & Fax. 045-401-4555