

# 呼吸器疾患研究会誌

第5回研究会を終えて	牛込新一郎	1
<b>特別講演</b>		
肺線維症を中心として	松本武四郎	2
手術的に治癒せしめた術後遅発性 左主気管支瘻の1例	秋葉直志ほか	5
肺転移から空洞形成を来し、気胸を繰り返した 悪性血管内皮腫の1例	放生雅章ほか	8
胸壁Alveolar soft part sarcomaの1例	土屋克彦ほか	9
肺クリプトコッカス症の2例	王 金城ほか	11
家族内発生をみたオウム病の3例	坪田昭人ほか	12
間質内リンパ球浸潤を呈した肺限局性陰影の1例	佐野光一ほか	13
異常陰影が胸部X線上消失したにもかかわらず、 呼吸不全が存在し、CTと臨床経過より BOOPと考えられた1例	内田和宏ほか	14
肺線維症における換気・血流ミスマッチ	鈴木昭彦ほか	16

## 第5回慈大呼吸器疾患研究会プログラム

日時 1989年12月18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 牛込新一郎(慈大病理)

一般演題 A (18:00~18:40) 座長 徳田忠昭(慈大病理)

- (1) 手術的に治癒せしめた術後遅発性左主気管支瘻の1例  
慈大第一外科 秋葉直志 河野修三 安田雄一郎 工藤十右衛門  
宮本 栄 氏家 久 桜井健司  
同 内視鏡科 増田勝紀
- (2) 肺転移から空洞形成を来し、気胸を繰り返した悪性血管内皮腫の1例  
国立病院医療センター呼吸器科 放生雅章 有岡宏子 有岡 仁 田辺 修  
小松崎克己 堀内 正 石井 彰 工藤宏一郎  
可部順三郎
- (3) 胸壁Alveolar soft part sarcomaの1例  
慈大第三病院外科 土屋克彦 楠山 明 三好 勲 村田 聡  
北 俊文 増淵正隆 桜井雅夫 半沢 隆  
伊坪喜八郎  
同 病理科 高木敬三 徳田忠昭  
同 青戸病院内科 田那村 彰 永野 充
- (4) 肺クリプトコッカス症の2例  
慈大第三病院内科第2 王 金城 長澤 博 広瀬博章 工藤 律  
田井久量 岡野 弘  
同 病理科 堀 真佐男 高木敬三 徳田忠昭

一般演題 B (18:40~19:20) 座長 田井久量(第三病院内科第2)

- (5) 家族内発生をみたオウム病の3例  
虎の門病院呼吸器科 坪田昭人 成井浩司 野口昌幸 中谷龍王  
中森祥隆 蝶名林直彦 中田紘一郎
- (6) 間質内リンパ球浸潤を呈した肺限局性陰影の1例  
慈大柏病院内科 佐野光一 高木 寛 小原 誠  
同 第四内科 谷本普一 岡村哲夫  
同 柏病院病理 酒田昭彦
- (7) 異常陰影が胸部X線上消失したにもかかわらず、呼吸不全が存在し、CTと臨床経過よりBOOPと考えられた1例  
慈大第三内科 内田和宏 帆足誠司 相原一夫 野原秋男  
景山 茂 横山淳一 磯貝行秀  
同 第四内科 谷本普一
- (8) 肺線維症における換気・血流ミスマッチ  
慈大放射線科 鈴木昭彦 阿部達之 後藤英介 森 豊  
川上憲司

特別講演 (19:20~19:55) 司会 牛込新一郎(慈大病理)  
『肺線維症を中心として』 慈恵医大客員教授 松本武四郎

閉会の辞 (19:55~20:00) 会長 谷本普一(慈大第四内科)

会 長 谷本 普一  
当番世話人 牛込新一郎

## 第5回研究会を終えて

当番世話人 牛込新一郎, 徳田忠昭 (病理)

第5回目の本回は発足以来1年を経過したことになり、一つの区切りを通り抜けた感があります。師走の最中という多忙な時期に予想数を上まる一般演題をお出しただけでしたが、このうち2題は今回新たに参加された施設からのものでした。演題数が多いのはそれなりに喜ばしいことなのですが、前回岡野先生が企画されました「学会形式でなく研究会として」の主旨を具体化できなかった当番世話人の責任を痛感いたしております。

また今回の特別講演は本学客員教授の松本武四郎先生にお願いし、特に希望して「肺線維症を中心にして」と題してお話いただきました。先生はお願いしたあとの短い期間中にご自身の経験例に加えて多数の新たな症例を詳細にご検討され、元来しなやかさが特徴である肺の構造がどのような変容を辿っていくかを多数のスライドを使われながらお示しく下さいました。この古くて新しい疾患—肺線維症の成り立ちや経緯について極めて限られた時間の中でお話して欲しいという無理難題にお答えいただけただけでなく、この際には是非ともという2～3の質問も温かくお受けくださり、ほぼ満席の研究会に一種の熱気が漲ったような感がありました。ここに松本先生に深く感謝するとともに、この会が一層隆盛になるように期待し、また努力いたしたいと思えます。

## 肺線維症を中心として

松本武四郎（慈恵医大客員教授）

「器官に対する侵襲要因は無数にあるが、器官の側が現わしうる反応様式は限られている」という一般原則は当然肺線維症ならびにこれに至る諸過程の場合にも当てはまる。したがってこのような場合におけるいくつかの要素的な変化様式をとらえることができれば、現実の発現形態はこれら要素の種々な組み合わせとして理解できるであろう。ここでいう「要素的な変化」の内容は、肺固有の呼吸実質——呼吸細気管枝以遠の、通気路系と肺胞から構成される構築（Fig.1）——の正常のあり方（具体的には組織切片における正常パターン）を基準として判断される。そしてこの正常パターンは、換気に不可欠なコンプライアンスが全領域にわたり原則的に均等であること、その中でさらに通気路と肺胞のコンプライアンスが等しいこと、を基盤として実現されている。

線維形成には、大多数の場合、炎症滲出が先行するが、この際滲出が肺胞・通気路組織の間質だけに終わることはまれで、気腔への侵入はまず免れない。しかしこれらの滲出域がすべて線維形成の場になるわけではむろんない。気腔内滲出物が器質化されるには肺胞・通気路の上皮基底膜が破綻し、間質から線維芽細胞が気腔に入らねばならない。その意味で基底膜破綻の有無は二つの要素的方向（線維化が気腔内まで及ばないか、あるいは気腔内器質化に至るか

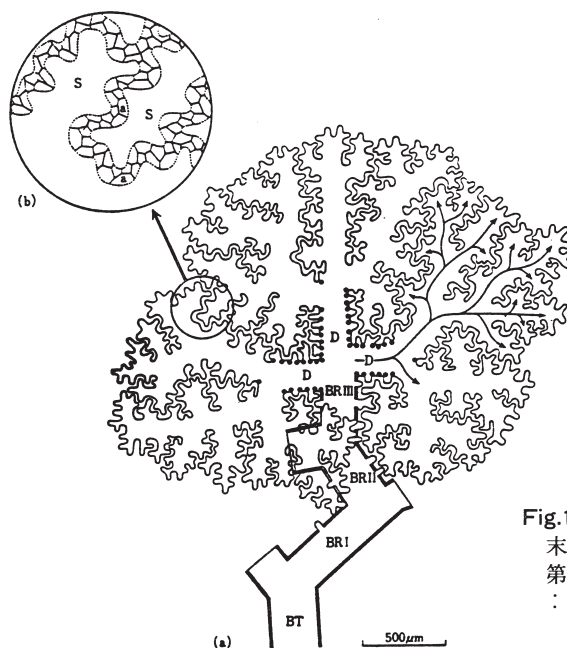


Fig.1 呼吸実質内通気路系模式図；BT：終末気管枝，BR I，BR II，BR III：第1次・第2次・第3次呼吸細気管枝，D：肺胞管，a：肺胞，S：肺胞囊

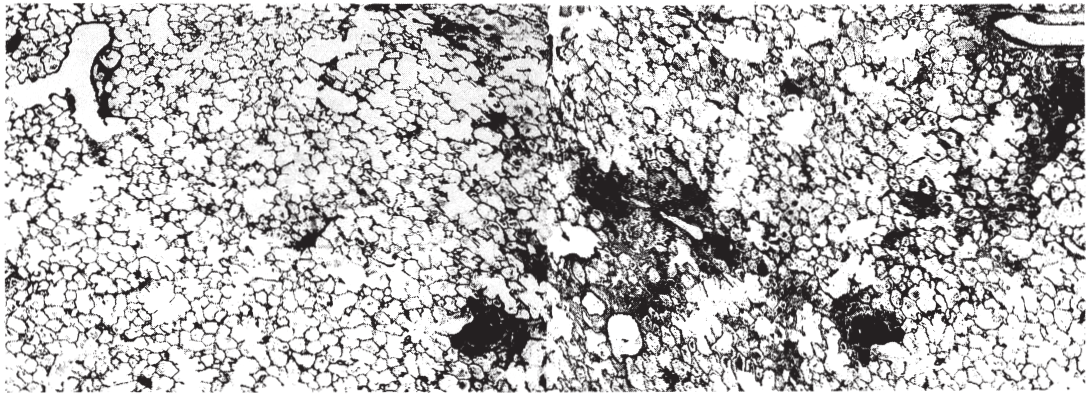


Fig.2 左：50歳女性。IIP。ほとんど正常の構築パターン域。右：同一例。比較的軽度ないし中等度の胞隔炎（気腔にも多少の炎性産物あり）とともに通気路系が拡がり始めている。Masson-野口染色（×4）。

の二方向）の一分岐条件である。広汎かつ一様な気腔内器質化が前景に出る場合は、肺胞・通気路が全体として多少とも押広げられるものの、構築パターンの原則は変わらない。他方気腔内器質化を欠きながら、ある程度以上の拡がりをもつ胞隔炎が進む形では、通気路のコンプライアンスに対して肺胞のコンプライアンスがより強く減少し、その結果通気路系は拡張してくる（Fig.2），そしてこの動きの慢性化は究極的に個々の肺胞内気腔の減少ないし消失，同域の線維性硬化をきたすとともに、それと対照的に強く拡張した通気路のほうはその壁が平坦化する（Fig.3）。ただいわゆるIIP例ないしは形態的に類縁の例では、この種の要素的方向だけが支配することはまずなく、別方向の変化として器質化（しかも多くは肺胞管次序の通気路の器質化）を含む領域が介在する（Fig.4）。通気路内の器質化組織にはしばしばcanalizationがあるが、それでも通過制限は強く、所属肺胞域は気腔の減少，胞隔の線維性肥厚を示し、これが高度と

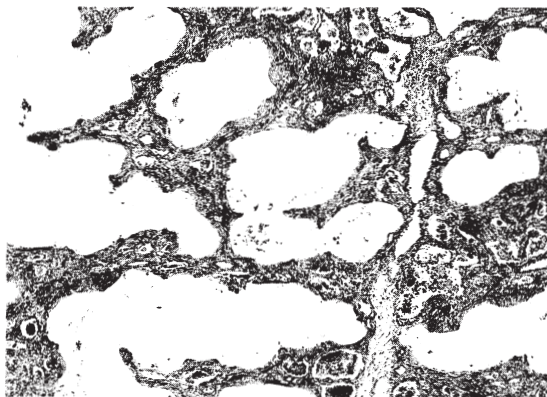


Fig.3 55歳女性。IIP。Fig.2右より進んだ状態。肺胞腔の縮小ないしつぶれ。それと対照的な高度の通気路拡張とその壁の平坦化。Masson-野口染色（×13.2）。

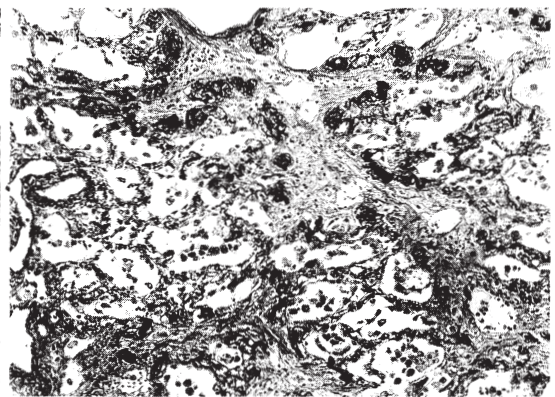
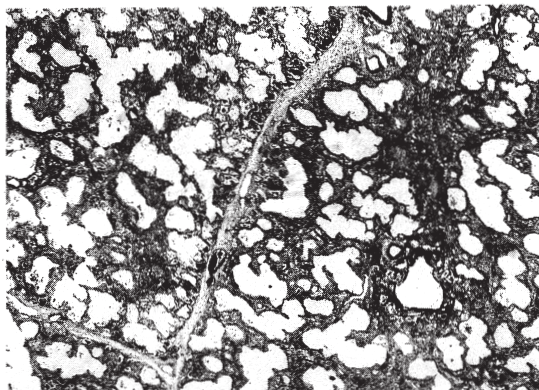


Fig.4 Fig.2と同一例。肺胞管の器質化。とびとびにcanalizationが切り口として認められる。所属肺胞の胞隔は線維性肥厚，肺胞腔は縮小に傾く。弾性線維-van Gieson染色（×33）。

**Fig.5** Fig.3と同一例。図内右寄りに拡張した通気路群の間にややまとまった線維化地帯（その中に器質化した肺胞管が含まれる）。同地帯下部の三角の腔は拡張した終末細気管枝。Masson-野口染色（×4）。



なるとややまとまった線維化地帯に転じうる (**Fig.5**)。後者ではコンプライアンスはなくなるから、このような地帯がdiscreteに出現すればそれに挟まれた終末細気管枝も拡張に巻き込まれる。

現実には上記2動向の混り方に幅があるほか、それぞれの進度にもバラツキがあり、組織像は例々により、また同一例でも場所により、多様となる。

## 手術的に治癒せしめた術後遅発性左主気管支瘻の1例

秋葉直志, 河野修三, 安田雄一郎, 工藤十右衛門,  
宮本 栄, 氏家 久, 桜井健司, 増田勝紀\*  
(第一外科, \*内視鏡科)

### はじめに

肺癌手術後の気管支瘻は頻度は少ないが対応が難しく致死的な合併症の一つである。今回われわれは、左肺摘後の遅発性気管支瘻を経験し、手術後に軽快させた1例を経験したのでここに報告する。

### 症 例

症例は58歳男性会社員である。主訴は左胸痛。既往歴・家族歴には特記すべきことなし。嗜好は煙草を18歳から56歳まで1日40本。アルコール歴はない。起始および経過は1986年11月12日、左肺分化型扁平上皮癌にたいして当科で左肺摘を施行した。術前の胸部X線写真(Fig. 1)で舌区気管支部に2.7×2.3 cmの異常陰影あり、その末梢に閉塞性肺炎を認めている。病理学的にpT2N0M0, stage Iであった。1989年9月、食欲不振と37.0度台の発熱あり、黄色水様痰が排出されるようになった。1989年11月11日、術後の左胸痛が増強し精査目的で当科に再入院した。入院時現症は身長161 cm, 体重47 kg。意識清明, 体温37.5度, 血圧114/70 mmHg, 脈拍は90/minで整であった。入院時検査所見は白血球11400, 軽度の貧血あり, 胆道系酵素の軽度上昇が認められていた。入院時の胸部X線写真(Fig. 2)では、左肺摘後で左胸腔に胸水が認められている。しかし、術後に比較して水平面はかなり低下している。右肺には肺炎像は認められない。胸部CT(Fig. 3)縦隔条件で、左主気管支断端のstapleと、その末梢に小さなcavityが認められている。左胸腔内には胸腔ドレーンが挿入されており、胸水

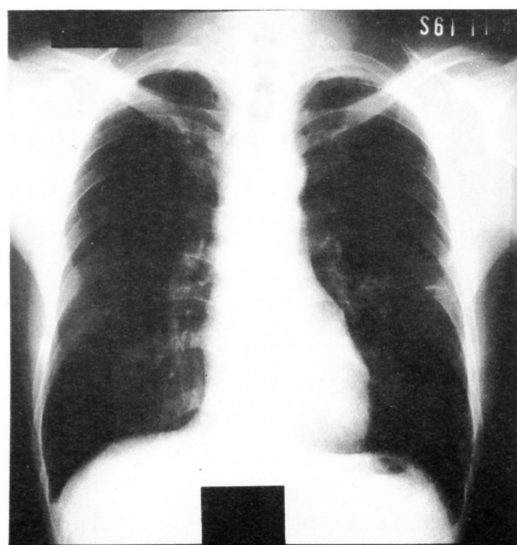


Fig.1 肺癌術前胸部 X 線写真

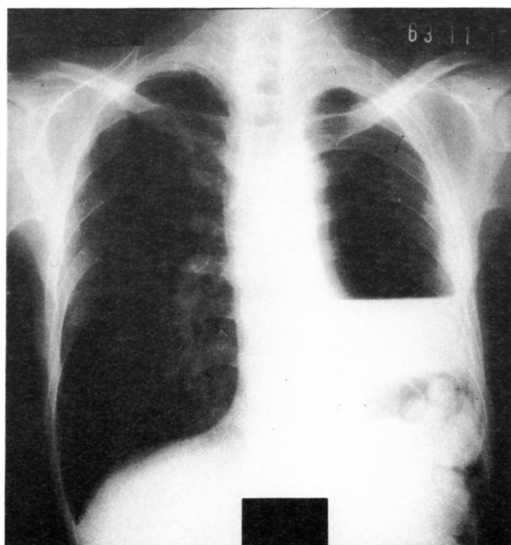


Fig.2 入院時胸部 X 線写真

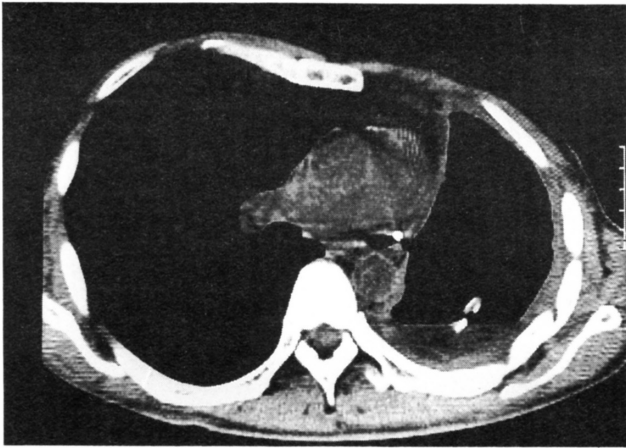


Fig.3 胸部 CT 写真

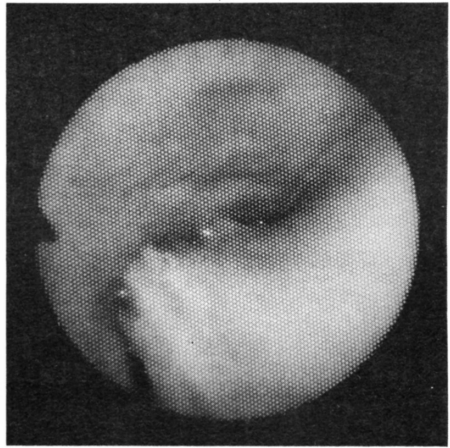


Fig.4 気管支鏡写真

は比較的少ない。左胸腔ドレーンを挿入すると、air leakageが持続し、黄色混濁液が約 100 ml 排出された。Fig. 4 は気管支鏡で左主気管支から観察しているところである。気管支断端がスリットになっている。出血はないが気管支は浮腫状であり気管支炎がみられている。肺癌の再発を思わせる所見はない。気管支造影写真 (Fig. 5) で左主気管支断端に TA の staple があり、同部位より末梢に向かって造影剤の漏出が胸腔内へ認められている。以上より、左主気管支断

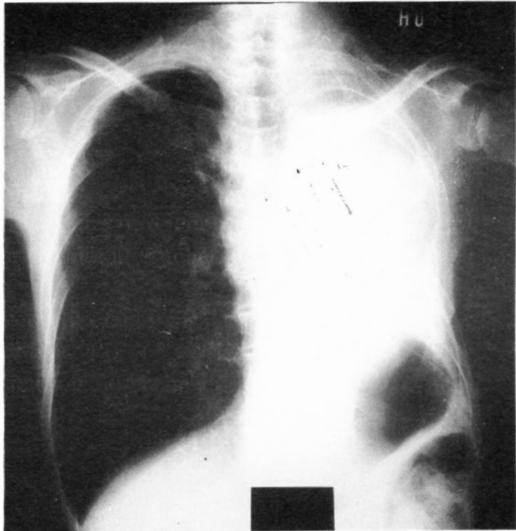
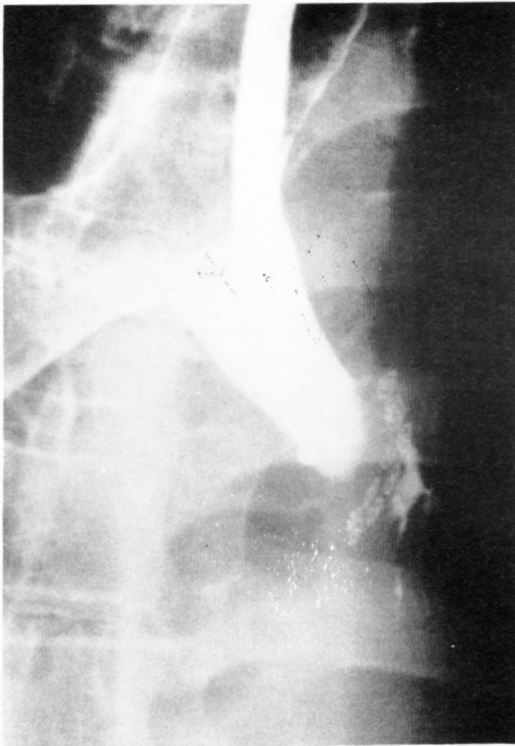


Fig.6 術後 10 ヶ月胸部 X 線写真

Fig.5 気管支造影写真



端の気管支瘻と診断した。

本症例に対し4回にわたり気管支鏡下にフィブリン糊を注入したが、いずれも3日ほどで air leakage が始まった。

1989年1月9日左主気管支瘻に対する手術を施行した。手術は前回の手術創に沿って後側方切開にて開胸した。胸腔内には膿汁と黄白色のフィブリンが多量に認められ、約0.5cmの瘻孔より air leakage が認められた。瘻孔を約1.0cmに切開し、スポンゼルとフィブリン糊で充填し、その上に有莖前鋸筋を縫着した。

術後も少量の air leakage が持続していた。

1月24日、胸腔ドレーンの水封を中止し管を pack に取り付けた。2月27日退院した。外来にて経過を見ていたが胸腔ドレーンは自然抜去した。その後胸腔内に新たに free air 出現、発熱がみられ近医に入院、抗生物質の投与にて軽快した。1989年11月11日の胸部 X 線写真(Fig. 6)で、縦隔は軽度左に偏位、左胸腔に多量の胸水があり、niveau が左肺尖に認められている。気管支瘻は軽快したと考えられる。

### 考 察

術語気管支瘻は治療が困難で、重篤な合併症である。軽度の場合は胸腔ドレナージ等で軽快することもある。治療法として悲観血的なフィブリン糊による方法<sup>1)</sup>が報告されている。観血的には筋肉弁<sup>2)</sup>や大網を用いる方法<sup>3)</sup>が報告されている。Approach 法としては心膜経路が報告されている<sup>4)</sup>。

本症例は有莖筋肉弁を用いて成功しているが、最近の報告では大網の有効性を強調した報告がしばしば見受けられている。

### 結 語

術後遅発性気管支瘻を発症し、観血的に筋肉弁を使用して軽快した1例を報告した。

### 文 献

- 1) Jessen C, et al. Use of fibrin glue in the thoracic surgery. Ann Thorac Surg 1985 ; 39 : 521.
- 2) Demos NJ, et al. Myoplasty for closure of tracheobronchial fistula. Ann Thorac Surg 1973 ; 15 : 88.
- 3) Virkkula L, et al. Use of omental pedicle for treatment of bronchial fistula after lower lobectomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1975 ; 9 : 287.
- 4) Padhi RK, et al. The management of the bronchopleural fistulas. J Thorac Cardiovasc Surg 1960 ; 39 : 385.

## 肺転移から空洞形成を来し 気胸を繰り返した悪性血管内皮腫の1例

放生雅章, 有岡 仁, 小松崎克己, 田辺 修, 石井 彰,  
堀内 正, 工藤宏一郎, 可部順三郎, 中内洋一\*, 浅野正英\*\*  
(国立病院医療センター呼吸器科, \*同皮膚科, \*\*同病理)

症例は78歳, 男性。1982年(昭和57年)左前頭部に黒色アザ様皮疹出現, 徐々に増大するため'85年(昭和60年)3月当院皮膚科受診。生検にて悪性血管内皮腫と診断, 切除術施行するも再発, 左耳下腺転移から左顔面神経麻痺を来した。'88年(昭和63年)10月突然の呼吸困難を主訴に当院呼吸器科受診, 胸部X線左上側気胸および左上肺野の浸潤影が認められた。以後全肺野に多発性空洞影が出現し, 自然気胸を繰り返した。肺炎を合併し'89年(平成元年)8月死亡。剖検上肺に出血を伴う壊死空洞化した転移巣が多数存在し, 右腎, 右副腎, 空腸にも転移を認めた。悪性血管内皮腫の肺転移は最近報告例が増加しているが本邦では未だまれな疾患であり, 本症例はその経過を胸部CTにて追跡し得, 悪性腫瘍の空洞形成に関して示唆に富むものと考えられる。

## 胸壁 Alveolar soft part sarcoma の 1 例

土屋克彦, 楠山 明, 三好 勲, 村田 聡,  
佐藤修二, 北 俊文, 増淵正隆, 桜井雅夫,  
半沢 隆, 伊坪喜八郎, 高木敬三\*, 徳田忠昭\*  
(第三病院外科, \*同病理)

### はじめに

Alveolar soft part sarcoma (以下 ASPS とする) は 1952 年 Christopherson らにより命名されて以来いくつかの報告が散見される。本邦においての報告は約 100 例であり, 軟部悪性腫瘍中 2.4 % の発生率とまれな腫瘍である。今回われわれは胸壁に発生した ASPS の一例を経験したので報告する。

### 症 例

38 歳, 男性。主訴は右胸部痛。家族歴, 既往歴に特記すべきことはなし。1989 年 4 月初旬より体動時に主訴出現。胸部 X 線写真上の異常陰影を指摘され, 経皮的針生検で転移性腺癌を疑われて当科入院。入院時, 心音, 呼吸音ともに異常なし。右前胸部第 5 肋間に皮膚との癒着を認めない長径約 5 cm の腫瘤を触知。弾性硬, 圧痛を認めたが, 移動性, 熱感, 動脈性拍動, 血管性雑音は認めなかった。検査所見では SCC が 3.3 と軽度上昇を示す以外は正常範囲内であった。胸部 X 線写真では右前下肺野に直径約 5 cm の境界明瞭な腫瘤陰影を認める。第一斜位断層写真では, extrapleural sign が認められ, 胸壁より発生した腫瘤が疑われた。Echo では内部構造は充実均一であり, 辺縁は比較的境界明瞭, また, 肺とは呼吸による可動性が認められるため, 臓側胸膜との癒着は否定できた。EnhanceCT にて, 右前胸壁下部に肺野に突出する Soft tissue lesion が認められた。第 5 肋骨への浸潤の可能性が疑われたが, 肺野, 縦隔の異常所見は認められなかった。血管造影では右内胸動脈の筋肋間枝支配の著明な supply を受ける hypervascular な腫瘤として認められた。その栄養動脈はわずかに拡張を認めたが, 蛇行, 偏位は認めなかった。静脈相では tumor stain として流出遅延がみられた。

転移性腫瘍も否定できず, 原発巣に関して他部位の精査を行なったが異常所見は認められなかった。胸壁原発性腫瘍を考え, 手術を施行した。

手術は全麻下に左側臥位にて, 腫瘤を第 5・第 6 肋骨を含む皮下周囲組織および壁側胸膜とともに en-block に切除した。胸腔内に胸水なし。胸膜, 肺への腫瘤の浸潤は認められなかった。胸壁の defect はマーレックスメッシュにて肋骨, 肋軟骨, 肋間筋に縫着再建した。剔出標本で腫瘤は横径 5 cm, 幅 3.5 cm, 厚さ 3 cm で第 5 肋骨に浸潤を伴っていた。

組織学的には, 大型の胞体に豊み, 核異形多形成の強い細胞の胞巣状増殖がみられ, 間質はわずかな結合織と血管よりなり, 類洞構造を伴っていた。PAS 陽性でジアスターゼ抵抗性の陽性顆粒ならびに結晶構造が所々に認められ, 特徴的な ASPS の像が認められた。

術後経過は良好で, 第 14 病日にて退院した。Adjuvant therapy として術後 1 ヶ月より胸壁に 77 Gy の radiation を施行し, 4 ヶ月以上経た現在諸検査にて特に異常を認めていない。

## おわりに

ASPS の予後は現在 3 年生存率 69 %，5 年生存率 45 % であり，無病率は 3 年で 30 %，5 年で 19.6 % と早期に転移が認められ，転移部位としては肺 59 %，骨 40 %，脳 22 % の順に血行性転移を起こしやすいとの報告がある。症例数が少なく放射線あるいは化学療法の治療効果も不明だが，他の肉腫と同様，現在のところ周囲組織とともに十分な切除を施行することが必要である。また臨床的に hyper vascularity であることから動脈造影が有用であり，組織学的にも特徴をもつ腫瘍であるため，比較的術前診断が付けやすい腫瘍であり，早期の診断，治療が予後の向上につながると考えられる。

## 肺クリプトコッカス症の2例

王 金城, 長澤 博, 広瀬博章, 工藤 律,  
田井久量, 岡野 弘, 堀 真佐男\*, 高木敬三\*,  
徳田忠昭\*(第三病院内科第2, \*同病理科)

近年肺クリプトコッカス症は増加傾向にあるが、まだまだ少なく原発性肺クリプトコッカス症の報告は年間15～20例である。また診断率も向上してきているが、肺癌や肺結核と診断される症例もある。今回もわれわれは、原発性および続発性肺クリプトコッカス症を1例ずつ経験したので呈示する。

**症例1**：72歳主婦。咳嗽、全身倦怠感と頸部・腋窩および単径リンパ節腫大を主訴とし精査のため入院となった。入院時胸部X線で、右S<sup>6</sup>に空洞を有する境界鮮明な陰影と中葉に散布性の陰影を認めたため肺結核を疑い、抗結核療法を行なったが、陰影は増悪し、気管支鏡検査等でも診断つかず、また2度のリンパ節生検にても反応性リンパ節炎とのことであった。しかし気管支鏡後の咳痰細胞診にて真菌も疑われたため経皮肺生検を行なった。得られた組織のPAS染色にて原発性肺クリプトコッカス症と診断した。5 FC経口投与(1年間)およびアンホテリシンBネブライザー(3ヵ月)を行ない改善、中止後も悪化を認めていない。

**症例2**：65歳主婦。1981年(昭和56年)10月より強皮症と診断され、プレドニゾンにて治療されていた。胸部X線上1982年(昭和57年)5月に左S<sup>6</sup>に浸潤影出現、その後無治療にて経過観察され、空洞性病変を経て結節影と変化していった。1988年(昭和63年)6月より肺結核を疑われ、抗結核剤投与されるが改善傾向に乏しく当院へ精査目的で入院となった。入院後経皮肺生検で得られた組織のグロコット染色にてクリプトコッカス菌体を確認し、続発性肺クリプトコッカス症と診断した。現在5 FC内服にて治療中である。

この2例を通して、本症を診断するには、胸部X線上空洞性陰影および結節影をみたら、本症を鑑別疾患におくことが重要で、組織採取に努め、さらにHE染色では見逃す危険性があるので、PAS染色やグロコット染色等の染色が必要であると思われた。

## 家族内発生をみたオウム病の3例

坪田昭人, 成井浩司, 野口昌幸, 中谷龍王, 中森祥隆  
蝶名林直彦, 中田紘一郎 (虎の門病院呼吸器科)

**症例 1** 49歳・女性。主訴；発熱，頭痛，嘔気。1988年4月15日にセキセイインコの雛を購入，室内で放し飼いにしていた。28日39.7℃の発熱と頭痛，その後嘔気が出現し，30日当院一般内科を受診，問診でオウム病を疑ったが，軽症なため Minocycline (MINO) 1日200mg 経口で外来観察した。胸部X線で左上肺野に淡い楔型陰影をみた。なお，5月25日の血清 Chlamydia CF 抗体価で32倍に上昇した。

**症例 2** 18歳・女性。主訴；発熱，頭痛。4月15日より叔母である症例1の自宅を訪ね雛の世話をしていた。29日37.5℃の発熱，30日近医受診し，消炎剤で翌日に解熱，その後特に症状なく経過した。5月14日より38℃以上の発熱と頭痛が出現，16日当科を受診，胸部X線で右下肺野に浸潤性陰影を認め，同日入院した。全身状態良好，右下肺野に fine crackle を聴取した。入院時より MINO 1日200mg 点滴静注を開始，翌日には解熱，順調に経過し，5月24日退院した。なお，5月23日の血清 Chlamydia CF 抗体価で32倍に上昇した。

**症例 3** 46歳・女性，症例1の妹，症例2の母。主訴；発熱，頭痛，嘔気，全身倦怠感。既往歴；癲癇。現病歴；症例1の姉宅を訪ね，購入時より雛の世話をしていた。4月28日38.6℃の発熱と頭痛が出現，消炎剤に反応せず，39℃以上の発熱が持続し，5月6日髄膜炎疑いで当院神経内科へ入院した。胸部X線で左中下肺野・右下肺野に淡いスリガラス状陰影を認め，問診でオウム病を疑い，同日当科へ転科した。入院時所見；39.5℃，著明な頭痛(+)，意識障害・項部硬直(-)，リンパ節・肝・脾は触れず，左胸背下部を中心に fine crackle を聴取，血液検査では低栄養・肝障害・炎症所見を認めた。経過；入院時より MINO 1日200mg 点滴静注を開始，5月8日には解熱し，症状・血液ガス・炎症所見・胆道系酵素および胸部X線所見も徐々に改善し，16日に退院した。

なお，血清 Chlamydia CF 抗体価は経過を通じ16倍だったが，臨床的に本症と診断した。また，雛には変化を認めなかった。

最後に1983年から88年までの当科で経験した14例について若干の考察を試みた。家族内発生は3家族7例であった。雛との接触が重要で，問診が本症診断の重要な糸口となる。14例中には3例の劇症型が含まれていた。

## 間質内リンパ球浸潤を呈した肺限局性陰影の1例

佐野光一, 高木 寛, 小原 誠,  
谷本普一\*, 岡村哲夫\*, 酒田昭彦\*\*  
(柏病院内科, \*第四内科, \*\*柏病院病理)

日常臨床において、われわれはしばしば各種抗生剤治療にかかわらず陰影の消失の遅延するいわゆる遷延性肺炎を経験する。今日われわれは当初自覚症状に乏しく、2ヵ月以上にわたり陰影が持続したため、悪性腫瘍を疑われたが、3回に及ぶTBLBと胸部X線による経過観察により、最終的に限局した間質性肺炎と診断した1症例を経験したので報告する。症例は45歳男性、生来健康であった。1989年(平成元年)8月3日39.2℃の発熱あるも翌日解熱し、咳嗽、喀痰を認めなかった。8月25日健診で右中肺野に胸部異常陰影を指摘され、精査目的にて当院内科外来受診、10月4日入院した。既往歴、家族歴特記すべきことなし。職業はメッキ工場に勤務しているが、吸入歴はない。喫煙歴もなし。入院時現症ではラ音聴取せず、他の他覚的所見も正常。入院時検査成績では血沈15/38mmと軽度亢進を認めるのみ。入院時の胸部X線写真(Fig.1)では右中肺野に長径4cmほどの浸潤影を認めた。胸部CTでは右S<sup>4</sup>の末梢胸膜直下に浸潤影を認めた。入院直後よりおよそ1ヵ月半にわたりGMとPIPCによる抗生剤治療を行ない陰影の著しい縮小をみた。当初悪性腫瘍を疑ったため、経過中右B<sup>4b</sup>において3回に及ぶTBLBがなされ、計7コの組織標本がえられた。病理組織学的には、ややformyな肺胞上皮よりなる小型化した肺胞腔およびコラーゲン増生とリンパ球を主とする単核球浸潤のみられる拡大した胞隔を認めた(Fig.2, マッソン染色)。本例は間質の炎症が主体であり、いわゆる通常の肺胞内に肉芽の形成される定型的な器質化肺炎とは異なる組織像を呈した。通常のUIPとは炎症の場を異にするが、病理像および臨床所見より本例を限局した間質性肺炎と診断した。起炎菌は不明であったが、間質を主とする肺炎で2ヵ月以上にわたり遷延化した病因の把握の困難な一症例であった。

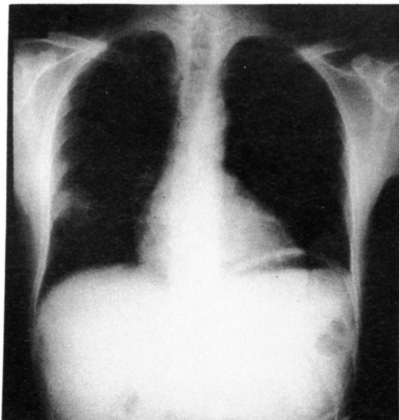


Fig. 1

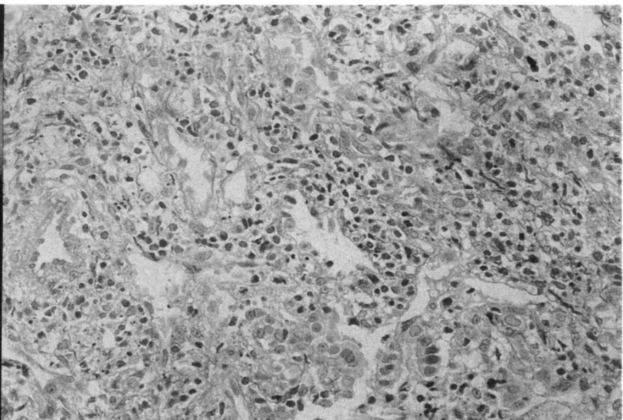


Fig. 2

## 異常陰影が胸部 X 線上消失したにもかかわらず、呼吸不全が存在し、 CT と臨床経過より BOOP と考えられた 1 例

内田和宏，帆足誠司，相原一夫，野原秋男，  
景山 茂，横山淳一，磯貝行秀，谷本普一\*  
(第三内科，\*同第四内科)

**症例：**75 歳男性。1988 年 (昭和 63 年) 10 月 19 日喉頭癌にて手術および放射線療法 (照射部位は喉頭癌局所) を施行。11 月 22 日，突然，発熱，呼吸困難，咳，痰等の自覚症状が出現し，胸部 X 線上，両側肺野に淡い異常陰影 (Fig. 1) が認められた。抗生剤投与にて解熱，炎症所見も改善し，X 線上異常影も消失した (Fig. 2) が，呼吸機能は徐々に増悪したため，12 月 15 日当科入院となった。喫煙は 1 日 60 本から 80 本程度。

**入院時身体所見：**全肺野湿性ラ音聴取。

**入院時検査所見：**白血球，CRP は正常，赤沈上昇，LDH 軽度亢進，抗マイコプラズマ抗体寒冷凝集反応ともに陰性でマイコプラズマ肺炎は否定的，nasal O<sub>2</sub> 4 l にて Pao<sub>2</sub> 75 mmHg，Paco<sub>2</sub> 40 mmHg，喀痰培養では黄色ブドウ球菌少数，%肺活量 32.8%，1 秒率 95.6% と強い拘束性障害を認めた。

入院時には胸部 X 線上異常を認めなかった (Fig. 2) が，CT 上では胸膜直下を除く両肺野に，ビマン性に，区域性に乏しい肺胞性陰影を認めた (Fig. 3)。

そこで，TBLB，BAL を行なった。TBLB では胞隔炎の所見を得ることはできたが，肺胞から呼吸細気管支にかけて器質化滲出物の所見は得られなかった (Fig. 4)。BAL では，Cytology class II 細胞成分は主に好中球で，リンパ球は少数，好酸球は認めなかった。リンパ球は T cell の上昇，OKT 4/8 の低下，培養は黄色ブドウ球菌が極少数検出された。以上より BOOP と考え

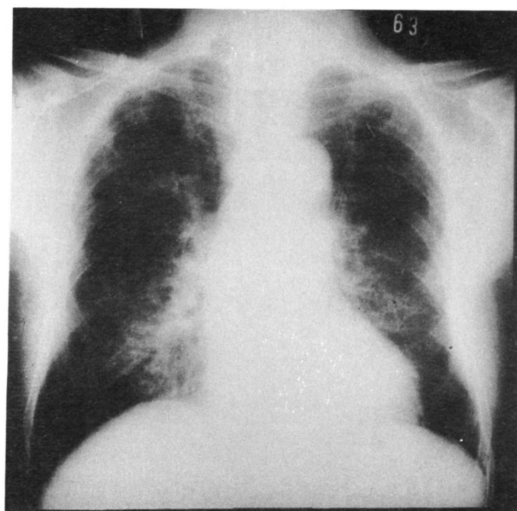


Fig.1

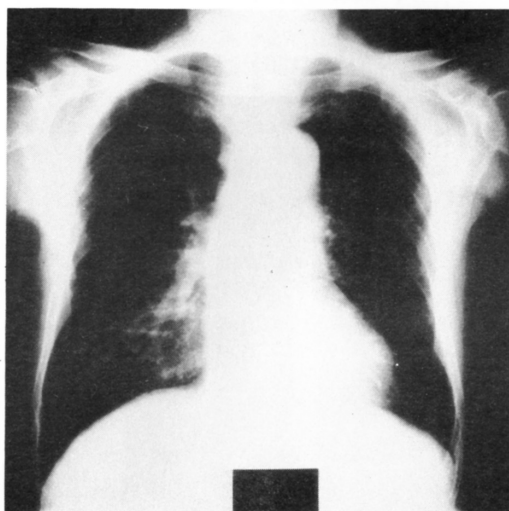


Fig.2



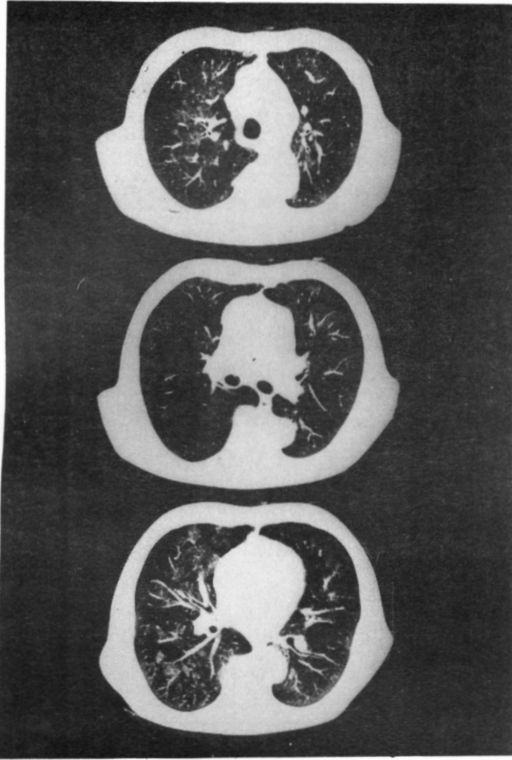


Fig.3

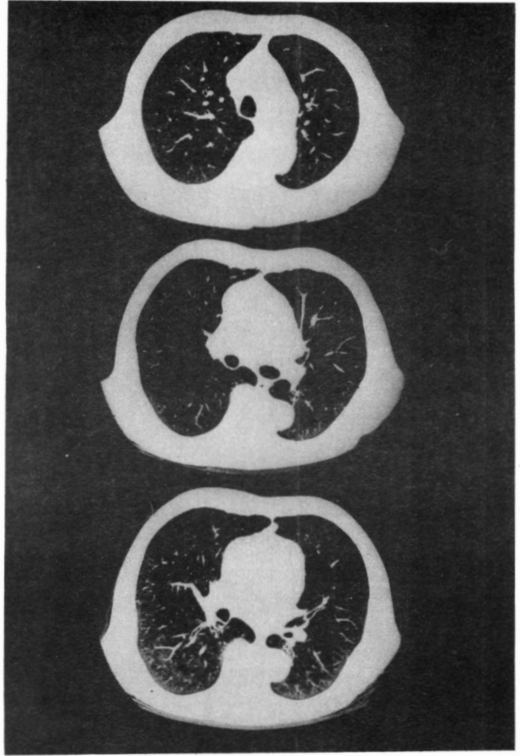


Fig.5

てステロイド療法を行なったところ、呼吸不全は著明に改善し、胸部CTにて異常陰影も消失した (Fig. 5)。

BOOPは、一般的にBOOPとしての臨床的特徴を呈する病態に対し、組織上①閉塞性細気管支炎、②器質化肺炎、③胞隔炎を証明することによって確定診断される。

本症例は、組織上、胞隔炎しか証明されず残念ながらBOOPと確定診断することはできなかつた。

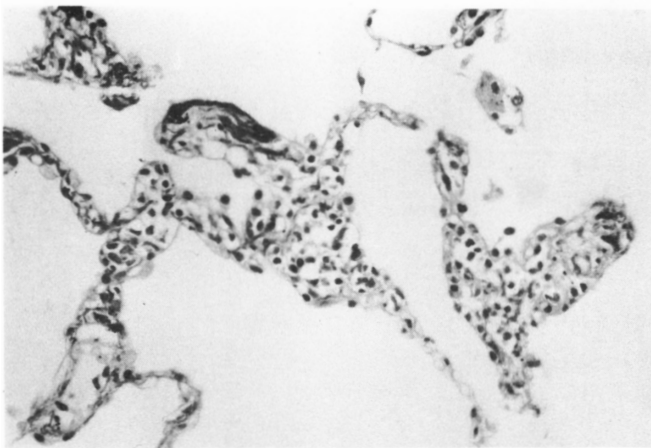


Fig.4

しかし、鑑別疾患として肺好酸球増多症、肺胞上皮癌、肺リンパ腫、肺胞蛋白症、サルコイドーシス、過敏性肺臓炎、細菌性肺炎の遷延化、放射線肺臓炎を考えたが、それらはすべて否定的であったので除外診断によりBOOPと臨床診断した。

## 肺線維症における換気血流ミスマッチ

鈴木昭彦, 阿部達之, 後藤英介, 森 豊, 川上憲司 (放射線科)

間質性肺炎の病態把握に対し, 核医学的アプローチをし, その意義について検討した。対象は, 間質性肺炎 36 例と対照 12 例の合計 48 症例に対し, 換気分布 ( $\dot{V}$ ), 血流分布 ( $\dot{Q}$ ) および肺換気血流比 ( $\dot{V}/\dot{Q}$ ) を求めた。それぞれの Grade を 4 段階に分類した。その結果は 換気分布の軽度障害は 76 %, 血流分布の軽度障害は 42 % で, 血流障害の程度が換気に比べ大きく, かつまた高頻度であった。 $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチあり, 60 % でいずれも高換気血流ミスマッチであった。このことは,  $\text{Pao}_2$  が  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチ進行例においても有意な低下を対照群と比し示さなかったことと関係あると考えられる。拡散能と血流分布は, 血流分布の Grade 進行に伴い % DLco は低下を示しており, 拡散能 (% DLco) には拡散面積, 拡散距離,  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチおよび肺血液量の 4 因子が係ると考えられているが, そのうち, 血流分布と関係ある拡散面積が大きく拡散能に影響していると考えられる。% DLco と  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチの関係において  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチの grade 間には有意な差が出なかった。これは先に述べたように  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチ因子より拡散面積 (血流分布) 因子のほうがより強く, 拡散能低下に関与していることを示唆している。しかし間質性肺炎患者の臨床的病態を, 正しく評価するには,  $\dot{V}/\dot{Q}$  ミスマッチの情報が必要なことも事実である。

## 編集後記

第5回慈大呼吸器疾患研究会は、牛込新一郎教授の当番世話人で行なわれた。

松本武四郎客員教授の“肺線維症の発生過程”に関する特別講演は、久し振りに充実した講義を聴いた感じがした。肺線維症に対する先生の概念にはじまり、軽症例からいわゆる蜂巢肺にいたる過程をマクロ、ミクロの病理標本で示された。論文でみるのは一時期のものであるし、過程についてはシエマでみるのにすぎなかったが、細胞レベルでの実像を

次々とみるにつれて、先生の講演に引き込まれていった。

一般演題も、本会誌抄録に示されるように、多岐にわたり質疑も活発で、いつもながら2時間では消化しきれない内容であった。

今後も日常診療の中で経験された呼吸器疾患症例を、この場にご紹介いただき、参加者一同で質疑していけば診療成果もあがると思われます。皆様のご参加をお待ちしています。

(川上憲司)

\*本誌は慈恵医科大学外研究補助金の援助による

---

### 慈大呼吸器疾患研究会

- 顧問** 小林 健一 教授 (麻醉科)  
福原 武彦 教授 (第二薬理)
- 会長** 谷本 普一 教授 (第四内科)
- 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)  
貴島 政邑 助教授 (第二外科)  
岡野 弘 教授 (第三病院内科第二)  
牛込新一郎 教授 (第一病理)  
川上 憲司 助教授 (放射線科)  
飯倉 洋治 助教授 (小児科)  
島田 孝夫 先生 (第三内科)

**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