

慈大

2008

mar.

20-1

呼吸器疾患研究会誌

Jikei Journal of Chest Diseases

高度肺気腫を背景にした気胸に対する胸腔鏡手術	—— 矢部三男ほか	—— 1
肺癌に対する胸腔鏡下手術と胸腔鏡補助下手術	—— 秋葉直志ほか	—— 2
第 72 回研究会記録		3

Low Gastrin Level in Primary Lung Carcinoma	—— 今泉忠芳	—— 4
皮膚筋炎を契機に発見された小細胞肺癌の 1 例	—— 沼田尊功ほか	—— 5
肺胞腺腫の 1 例	—— 氏田万寿夫ほか	—— 6
肺癌に対する胸腔鏡下肺切除術—当科における治療成績		
	—— 尾高 真ほか	—— 7
前胸部痛を主訴とし、鏡視下切除を行った心膜憩室の 2 例		
	—— 丸島秀樹ほか	—— 8
気腫肺を背景とした異時性両側肺癌に対する低侵襲手術		
	—— 稲垣卓也ほか	—— 9
多彩な中枢神経症状、肺多発結節影を呈した C-ANCA 陰性 Wegener 肉芽腫症の 1 例		
	—— 藤田 雄ほか	—— 13
第 73 回研究会記録		14

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

慈大呼吸器疾患研究会ホームページ <http://www.jcdra.org/>

高度肺気腫を背景にした気胸に対する胸腔鏡手術

矢部三男, 稲垣卓也, 松平秀樹, 山下 誠,
朝倉 潤, 平野 純, 尾高 真, 佐藤修二,
秋葉直志, 森川利昭
(慈恵会医科大学 呼吸器外科)

高度肺気腫を背景とした気胸は全身状態や手術難易度の問題から保存的治療を選択せざるをえないことが多く, 治療の長期化で膿胸などの合併症を併発し全身状態の悪化を招く可能性もある. こうした病態に我々は早期に胸腔鏡手術を行い, 良好な結果を得た 2 例を経験したので報告する.

症例 1

67 歳, 男性. 狭心症のため抗凝固薬を内服していた. 肺気腫で他院通院中に 3 回目の左気胸を発症し, 同院に入院した. 胸腔ドレナージが行われたが, 短期間に気胸を繰り返したため手術目的に当院へ転院した. 手術は胸腔鏡下肺部分切除術を行った. 気漏を認めた肺尖部周囲は強固に癒着していた. この剥離操作に難渋したが, 丁寧な手術操作を行うことで肺を損傷することなく病巣部切除が可能であった. 術後の経過は良好で, 第 10 病日に退院となった.

症例 2

80 歳, 男性. 慢性閉塞性肺疾患, 間質性肺炎, 糖尿病のため他院通院中であった. 右気胸で同院に入院し保存的に治療されたが軽快せず, 発症後 13 日目に当院へ転院した. 手術は胸腔鏡肺嚢胞縫縮術を行った. 気漏部は胸腔内に突出して存在する嚢胞であった. 周囲の強固な癒着を剥離し病巣部切除を行うより, 嚢胞縫縮の方が短時間, 低侵襲, 確実に気胸の改善が得られると判断した. 術後の経過は良好で第 5 病日に退院となった.

まとめ

高度肺気腫を背景にした難治性気胸に対する胸腔鏡手術は低侵襲であり, 早期退院が可能となるなど良好な成績が期待できる. いっぽう万一の際の開胸移行が困難であり, 丁寧な剥離や適切な気漏閉鎖など習熟を要する手術である.

肺癌に対する胸腔鏡下手術と胸腔鏡補助下手術

秋葉直志¹⁾， 稲垣卓也³⁾， 矢部三男³⁾， 松平秀樹³⁾，
山下 誠²⁾， 尾高 真³⁾， 森川利昭³⁾
(慈恵柏病院 呼吸器外科¹⁾， 同 青戸病院 呼吸器外科²⁾，
同 付属病院 呼吸器外科³⁾)

2006年9月から2006年2月までの半年間の肺癌に対する肺葉切除症例を分析した。

対象症例は上半期6例，下半期6例，合計12例で，胸腔鏡下手術の体制で手術を開始し，手術時間の長い症例や剥離困難症例では胸腔鏡補助下手術に移行した。

上半期では完全胸腔鏡下手術は1例(1/6:17%)，下半期は5例(1/6:83%)であった。

術後合併症はなかった。

胸腔鏡補助下手術と完全胸腔鏡下手術の手術時間，出血量，術後入院期間の平均はそれぞれ，262 min.:335 min.，259 ml.:216 ml，8.8 days.:11.0 daysであり，胸腔鏡下手術が優位ではなかった。

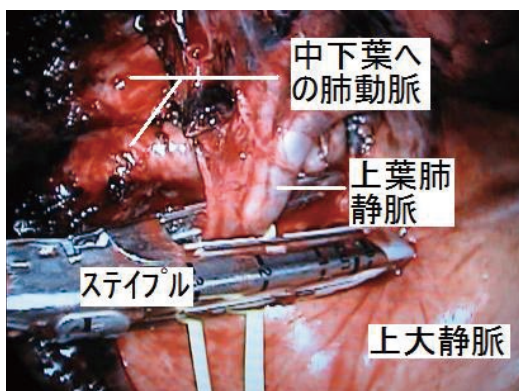


Fig. 1 上葉肺静脈を staple で切離している。



Fig. 2 術後約4週間後の手術創，中央の創より肺を摘出した。

第 72 回慈大呼吸器疾患研究会 記録

日 時：2007 年 3 月 5 日（月）18:00～20:00

会 場：東京慈恵会医科大学 南講堂

製品情報紹介（18:00～18:05）———————エーザイ株式会社

開会の辞（18:05～18:10）———————吉村邦彦（虎の門病院 呼吸器センター）

一般演題Ⅰ（18:10～19:05）———————座長 児島 章（慈恵医大附属青戸病院 呼吸器内科）

(1) 活動性肺結核有空洞例における IgE の上昇

豊川青山病院 光生会赤岩病院 ○今泉忠芳
ホームクリニックなかの

(2) 重症肺炎を契機に診断された脊髄性筋萎縮症の 1 例

慈恵医大附属青戸病院 呼吸器内科 ○関 好孝 小林 光 岡部匡裕
松本喜弘 望月英明 館野 直

慈恵医大附属青戸病院 神経内科 児島 章
河野 優 栗田 正

(3) Addison 病を呈した肺腺癌の両側副腎転移の 1 例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 呼吸器センター 内科
○石田文昭 山田晃弘 高谷久史
宮本 篤 坂本 晋 坪井永保
岸 一馬 吉村邦彦

一般演題Ⅱ（19:05～19:55）———————座長 松平秀樹（慈恵医大 呼吸器外科）

(4) 高度肺気腫を背景にした気胸に対する胸腔鏡手術

慈恵医大 呼吸器外科 ○矢部三男 稲垣卓也 松平秀樹
山下 誠 朝倉 潤 平野 純
尾高 真 佐藤修二 秋葉直志
森川利昭

(5) 肺気腫合併肺癌に対する胸腔鏡手術の有用性

慈恵医大 呼吸器外科 ○尾高 真 矢部三男 稲垣卓也
松平秀樹 平野 純 森川利昭

(6) 肺癌に対する完全胸腔鏡下手術と胸腔鏡補助下手術

慈恵医大附属柏病院 外科¹⁾ ○秋葉直志¹⁾ 稲垣卓也³⁾ 矢部三男³⁾
慈恵医大附属青戸病院 外科²⁾ 松平秀樹³⁾ 山下 誠²⁾ 尾高 真³⁾
慈恵医大附属病院 呼吸器外科³⁾ 森川利昭³⁾

閉会の辞（19:55～20:00）———————佐藤哲夫（慈恵医大 呼吸器内科）

共催：慈大呼吸器疾患研究会，エーザイ株式会社

Low Gastrin Level in Primary Lung Carcinoma

Tadayoshi IMAIZUMI

Home Clinic Nakano, 4-29-11-306, Egota, Nakano-ku, Tokyo 165-0022

Abstract

Serum Gastrin level was low in primary lung carcinoma.

Key Words: gastrin, primary lung carcinoma

Introduction

Relative many cases with gastrectomy past history was observed in cases with primary lung carcinoma¹⁾. Serum gastrin low level was noted in cases with gastrectomy²⁾.

Serum gastrin level was observed in cases with primary lung carcinoma in the present study.

Materials and Methods

Cases studied: Ten cases with primary lung carcinoma(adenocarcinoma 7, squamous cell carcinoma 2, small cell carcinoma 1); male 8, female 2, age 62-83, 16 cases with gastrectomy past history (gastrectomy: 2/3 resection of Billrot-I); male 14, female 2, age 42-83, and 32 control; male 16, female 16, age 45-87, were used (Table 1).

Gastrin assay: Periferal blood was taken before breakfast. Serum gastrin level was assayed³⁾ (pg/ml). Standard level of gastrin was under 200 pg/ml.

Results

Gastrin level was 59.6 in primary lung carcinoma, 63.4 in gastrectomy, and 104.8 in control male, and 100.0 in control female (Table 2). In deviation, $p < 0.01$ was in between primary lung carcinoma

and control.

Discussion

Gastrin was low in primary lung carcinoma like as gastrectomy. Gastrin was secreted from G cell of pylorus. Gastrin would be act to metabolism of lung. Gastrin-secreted G cell was decreased in gastrectomy, so that gastrin was low.

Low gastrin level of primary lung carcinoma was suggested that lower lung activity by low gastrin was based in carcinogenesis of lung carcinoma .

Gastrin was low in not only primary lung carcinoma, but also pulmonary tuberculosis⁴⁾. Therefore, relation of gastrin and lung was suggested.

References

- 1) Imaizumi T: Past History of Gastric Ulcer, and Gastrectomy in Primary Lung Carcinoma. 57th Japanese Cancer Association Congress, 1998.
- 2) Imaizumi T. Unpublished Observation.
- 3) Iinuma K, Ikeda I, Takai I, et al:Gastrin Radioimmunoassay with Polyethylene Glycol Method. Radioisotopes: 31, 357-359, 1982. Radioisotopes 31: 350-356, 1982.
- 4) Imaizumi T: Gastrin Elevation in Pulmonary Tuberculosis. Jikei J Chest Dis 11, 5-8, 1999.

Table 1 Cases studied.

	n	Sex	Age
Primary lung carcinoma	10	M 8	62-73
		F 2	
Gastrectomy past history	16	M 14	42-83
		F 2	
Control	32	M 16	45-87
		F 16	

Table 2 Serum gastrin level in primary lung carcinoma.

	n	Sex	Gastrin (pg/ml)	
			x	n-1
Primary lung carcinoma	10	M 8, F 2	59.6 ^{1,3)}	26.1
Gastrectomy past history	16	M 14, F 2	63.4 ¹⁾	32.4
Control	32	M 16	104.8 ^{2,3)}	29.3
		F 16	100.0 ²⁾	33.0

皮膚筋炎を契機に発見された小細胞肺癌の 1 例

A case of small cell lung cancer found due to dermatomyositis

沼田尊功, 坊野恵子, 藤田 雄, 三上慈郎,
和久井 大, 吉井 悠, 鮫島つぐみ,
弓野陽子, 野尻さと子, 皆川俊介, 木下 陽,
河石 真, 齋藤桂介, 桑野和善
(東京慈恵医科大学附属病院 呼吸器内科)

症例

64 歳女性

主訴

掻痒を伴う顔面, 上肢伸側, 手背の紅斑

経過

2006 年 12 月に皮疹が出現, 増強するため 2007 年 3 月に当院皮膚科を受診したところ, 皮膚筋炎を疑われた. 合併症検索目的で胸部 X 線, CT を施行したところ左肺門部腫瘤を認められた. 気管支鏡検査などから限局型小細胞肺癌 (cT4N1M0) と診断された. CK1199IU/l と高値を認めたが抗 Jo-1 抗体は陰性で, 間質性肺炎は認めなかった. 標準治療である Cisplatin/Etoposide と加速過分割照射同時併用により部分奏効が得られ, 皮膚筋炎症状は改善し, 血清 CK も正常化した. 経過から腫瘍随伴性皮膚筋炎と考えられた. しかし, 1 コース目の骨髄抑制期に皮膚筋炎が再燃したため, 縫工筋生検を行っ

たところ, 皮膚筋炎に典型的な血管炎所見を認めた. その後は, ステロイド全身投与をすることなく色素沈着を残すのみで改善した.

2, 3 コース目も骨髄抑制期にごく軽度の皮膚筋炎再燃を認めた.

考案

皮膚筋炎合併小細胞肺癌の治療中に, 繰り返す再燃の特徴的な経過から, 白血球数やリンパ球数, 制御性 T リンパ球数と疾患活動性との関連が示唆された.

結語

腫瘍随伴性皮膚筋炎を経験し, 治療により筋炎症状は消失し, 肺癌も奏効した.

Key words

Dermatomyositis, Small cell lung cancer, Paraneoplastic syndrome

肺胞腺腫の 1 例

A case of alveolar adenoma.

氏田万寿夫¹⁾，五十嵐隆朗¹⁾，福田国彦¹⁾，
松平秀樹²⁾，佐藤修二²⁾，森川利昭²⁾，
羽野 寛³⁾
(慈恵医大 放射線医学講座¹⁾，同 外科学講座²⁾，
同 病理学講座³⁾)

症例

38 歳の女性会社員。無症状。検診にて左下肺野に結節陰影を指摘されたため某大学病院呼吸器内科を紹介受診したが確定診断は得られず，手術目的にて当院受診となった。既往歴，家族歴に特記すべきことなし。既喫煙者。腫瘍マーカーや真菌の血清学的検査を含め検査データに異常なし。

画像所見

胸部単純 X 線撮影では左中～下肺野に約 3 cm 大の辺縁整の孤立結節陰影を認めた。CT では，左下葉 S⁸ 区域の葉間胸膜直下に卵円形の境界明瞭な結節性病変がみられ，病変は含気囊胞腔とその内部の軟部濃度から構成されていた。軟部濃度の造影剤増強効果はほとんど認め

られなかった。PET では FDG の異常集積はみられなかった。

手術

病変は葉間胸膜の直下に位置しており，胸腔鏡下に不全分葉の葉間胸膜を切開後，腫瘍を核出した。

病理組織

組織学的に大小の囊胞からなる腫瘤で，被膜はみられないが周囲肺組織との境界は明瞭であった。囊胞内部には粘液様物質を含み囊胞腔は異型に乏しい円柱～立方状の細胞で被覆されていた。囊胞間の間質は線維性で種々の広さを示しており，最終病理診断は alveolar adenoma であった。

肺癌に対する胸腔鏡下肺切除術—当科における治療成績

尾高 真, 平松美也子, 稲垣卓也, 松平秀樹,
平野 純, 中西浩三, 森川利昭
(東京慈恵会医科大学 呼吸器外科)

胸腔鏡手術が一定の広がりを見せる中, 未だに方法, 手技は均一化されていない. 当科における胸腔鏡下肺切除術の治療成績を提示したい. 手技の特徴は胸腔鏡挿入位置と使用する器具およびその使用方法である. 基本的には第 4, 6 肋間前腋窩線上約 15 mm の創を操作孔とし, 第 4 肋間後腋窩線上約 10 mm の小切開創から 30 度斜視胸腔鏡を挿入する. 胸腔鏡を第 4 肋間後腋窩線という高い位置から挿入することで肺門, 上縦隔を正面視できる優れた視野を得ることができる. 独自に開発した肺把持鉗子で肺を把持し剥離部に常に適度な緊張をかける. ドベーキー鉗子と透明なヤンカー吸引嘴管で剥離, 切離を行うことで通常開胸術での剥離と同等の操作が可能であり, 肺血管鞘の中で剥離し血管切離を行う. 同様に気管支周囲の剥

離, リンパ節郭清を行い肺切除を施行する. 術式の違いによる治療成績を提示する. 1996 年からの当科で肺癌に対する手術を施行した stage I, II 期 411 人を開胸群 (ST) 245 名, 胸腔鏡手術群 (VATS) 166 名に分け治療成績を比較検討した. 手術時間 ST235 分, VATS229 分, 出血量 214 ml, 119 ml, 術後在院期間 17.9 日, 8.3 日でありいずれも VATS で低値であった. 胸腔鏡手術から開胸手術への変更は 6 例 (出血 2 例, PA 剥離困難 4 例) であった. 全症例の 5 年生存率の比較では両群間に有意差を認めず, stage IA, IB においても有意差を認めなかった. 肺癌に対する胸腔鏡手術は開胸手術に比べ生存率は劣らず, 患者には侵襲が小さく早期退院が可能であった.

前胸部痛を主訴とし、鏡視下切除を行った心膜憩室の 2 例

丸島秀樹¹⁾，秋葉直志¹⁾，小林 進¹⁾，
松平秀樹²⁾，尾高 真²⁾，中西浩三²⁾，森川利昭²⁾
(東京慈恵会医科大学柏病院 外科¹⁾，
東京慈恵会医科大学 呼吸器外科²⁾)

心膜憩室は無症状で経過することが多く、手術例の報告は少ない。今回我々は症状を有し胸腔鏡手術を施行した心膜憩室 2 例を経験したので報告する。

症例 1

55 歳，男性。3ヶ月前より前胸部に違和感および疼痛を自覚した。近医で縦隔嚢腫と診断され経過観察を勧められるも手術を希望して当科を受診した。鏡視下嚢腫摘出術を行ったところ、嚢腫先端部に炎症性の癒着を認め、さらに心嚢との交通を認めた。病理結果と併せて心膜憩室と診断した。術後症状は軽快し、憩室周囲の炎症が症状の原因と考えられた。

症例 2

75 歳，男性。以前より前胸部痛があり、縦隔腫瘍と診断され当科紹介された。縦隔嚢腫と

診断したが、前胸部痛が持続するため鏡視下嚢腫摘出術を行った。嚢腫と心嚢の交通を認め、病理結果と併せて心膜憩室と診断した。術後前胸部痛は消失、その原因はこれまでのところ不明である。

心膜憩室でも有症状例は手術適応と考えられるが、症状の原因は様々である。症状を有した心膜嚢腫（憩室を含む）の症例報告は少なく、その原因が明確に記述されているものは認められなかった。今回の症例から、それ程大きくない嚢胞でも症状を有する可能性があると考えられ、またその原因は嚢腫による物理的圧排や炎症等が考えられた。小さな心膜嚢腫でも症状を認めれば治療により改善する可能性があり手術適応と考えられた。

キーワード

縦隔嚢腫，心膜憩室，胸腔鏡下手術

気腫肺を背景とした異時性両側肺癌に対する低侵襲手術 —胸腔鏡下右下葉切除術後、胸腔鏡下左肺舌区切除術を施行した 1 例

稲垣卓也, 平松美也子, 松平秀樹, 平野 純,
尾高 真, 中西浩三, 森川利昭
(東京慈恵会医科大学 呼吸器外科)

肺気腫合併の重喫煙者に発生した肺癌に対し、胸腔鏡手術を行った症例を提示した。初回手術においては最大径 80 mm の腫瘍に対し胸腔鏡下に根治手術を施行し、第二回手術においても対側肺癌に対して胸腔鏡手術を行い以後良好な経過を得ている。胸腔鏡手術の実際をビデオで供覧した。

症例

63 歳, 男性.

初回

健診にて胸部レントゲン写真で異常影を指摘された。初診時まで 40 本/日, 40 年間の喫煙歴があった。



Fig. 1a 初回手術術前 胸部単純レントゲン写真

画像所見 (資料提示)

＜胸部単純レントゲン写真＞右下肺野に腫瘤影と、両側上肺野の透過性亢進を認めた (Fig. 1a). ＜CT＞右下葉の容量減少と肺底区の腫瘤影を認めた。縦隔肺門リンパ節に転移を示唆する有意な腫大を認めなかった (Fig. 1b). ＜FDG-PET＞右下肺背側域に高度の集積増加域を認めた (Fig. 2).



Fig. 1b 初回手術術前 CT

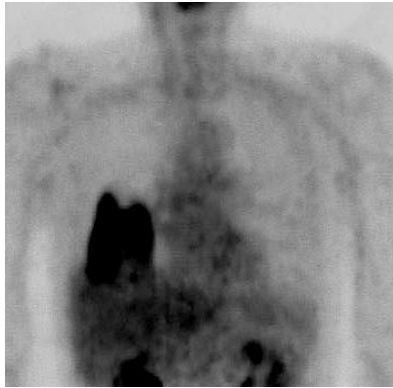


Fig. 2 初回手術術前 FDG-PET

喀痰細胞診

Class V, Adenocarcinoma と診断された。

呼吸機能（体表面積；1.81m²）

VC；4.96L（%VC；135.5%），FEV1；3.27L（FEV1%；68.41%）であった。

血液ガス分析

pH；7.424，pCO₂；37.2 mmHg，pO₂；98.3 mmHg，HCO₃；23.9 mmol/l，BE；+0.3 mmol/l であった。

手術（ビデオ提示）

Adenocarcinoma, cT2N0M0 の診断にて，胸腔鏡下右肺下葉切除術を施行した。第4肋間前腋窩線，第6肋間乳頭線，6肋間中腋窩線，第8肋間中腋窩線に小切開を置いた。胸腔内を観察したところ，肺の emphysema, anthracosis は高度であり，分葉は良好であった。下葉肺はほとんど含気がなく，肺底部を中心に腫瘍に占められていた。胸腔鏡下に右肺下葉 +ND1+#7 郭清を施行した。手術時間は 270 分，出血量は 100 ml であった (Fig. 3)。

病理診断

病変は 80×63×45 mm の不整形の灰白色腫瘍で，組織学的には高円柱状の細胞が主に腺房状或は乳頭状構造をとって増殖する Adenocarcinoma with mixed subtypes で，間質の繊維化が

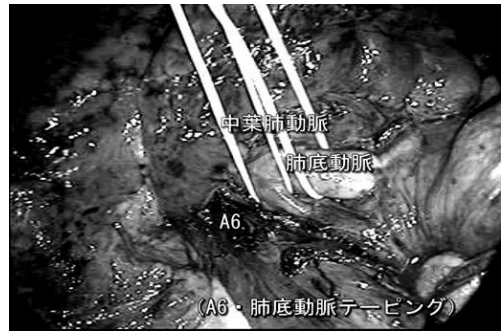


Fig. 3 初回手術 術中写真

著しく，一部に壊死，好中球浸潤を伴う肺炎を伴っていた。pT2N0M0 StageIB, ly0, v0, 胸膜内弾性板を超え外弾性板に接し (p0), リンパ節転移を認めず，切除断端は陰性であった。

術後経過

術後1日目に離床し，術後2日目に胸腔ドレーンを抜去した。合併症は特になく術後8日目に退院した。

退院後経過

完全に禁煙し，ウォーキングなど運動に励み，特に支障なく日常生活を送れた。術後半年より対側の左肺舌区に異常影が出現し，徐々に増大を認めた。一回目手術の18ヵ月後，対側の手術を検討することとなった。

画像所見（資料提示）

<胸部単純レントゲン写真>左中下肺野外側に広がる不整形の浸潤影を認めた。右下葉切除後の残存肺は良好に拡張していた (Fig. 4a)。<CT>左舌区の末梢に索状・斑状の陰影および気管支壁肥厚を認めた。陰影の経時的な増大傾向を認めた。肺野に広がる広範囲な肺気腫性変化には経時的変化を認めなかった。縦隔肺門リンパ節に転移を示唆する有意な腫大を認めなかった (Fig. 4b)。<FDG-PET 検査>左舌区の陰影に該当する部分に FDG の異常集積 (SUV-max；12.5) があった (Fig. 5)。



Fig. 4a 第二回手術術前 胸部単純レントゲン写真



Fig. 5 第二回手術術前 FDG-PET



Fig. 4b 第二回手術術前 CT



Fig. 6 第二回手術 術中写真

呼吸機能 (体表面積；1.88m²)

VC；5.39L (%VC；148.1%)，FEV1；2.90L (FEV1%；56.31%) であった。

血液ガス分析

pH；7.428，pCO₂；39.0 mmHg，pO₂；110 mmHg，HCO₃；25.3 mmol/l，BE；+1.5 mmol/l であった。

手術 (ビデオ提示)

左肺腫瘍 cT2N0M0 の診断にて胸腔鏡下左肺舌区部分切除術を施行した。第3肋間前腋窩線，第4肋間前腋窩線，第4肋間後腋窩線，第6肋間前腋窩線に小切開を置いた。肺と胸壁の間に広範な癒着がみられた。一部は線維性に強固に癒着しており，鋭的，鈍的に剥離した。腫瘍は舌区S5に超鶏卵大に触知した。自動縫合器を用いて，ほぼ舌区に相当する範囲を胸腔鏡下に切除した。手術時間は170分，出血量は40mlであった (Fig. 6)。



Fig. 7 第二回手術術後 胸部単純レントゲン写真

病理診断

病変は70×45×33 mmの辺縁不整な灰白色腫瘤で、組織学的には前述の右肺病変と同様の細胞から構成されており、腺房状或は乳頭状構造をとって増殖するAdenocarcinoma with mixed subtypesであった。ly0, v0, 胸膜内弾性板を

超え外弾性板に接し(p0), リンパ節転移を認めず, 切除断端は陰性であった。初回手術の肺内転移病変と考えられた。

術後経過

術後2日目に離床できたが, 気漏が継続したため術後7日目に胸腔鏡下手術を行い, 癒着剥離部にみられた高度気腫肺の胸膜損傷を修復した。手術時間は100分で, 出血量は20 mlであった。術後1日目に離床し, 術後2日目に胸腔ドレーンを抜去した。以後経過良好にて部分切除術後15日目に軽快退院した。退院後, 特に問題なく日常生活を送っている(Fig. 7)。術後半年経過し無再発である。

まとめ

重喫煙者には肺癌が多発することが多い上, 肺気腫などの合併疾患も多い。胸腔鏡手術は低侵襲で, 複数回手術の可能性を高める上でも有用と考えた。

多彩な中枢神経症状，肺多発結節影を呈した C-ANCA 陰性 Wegener 肉芽腫症の 1 例

藤田 雄¹⁾，皆川俊介¹⁾，柳町麻衣美²⁾，
吉田 健²⁾，山田昭夫²⁾，桑野和善¹⁾
(東京慈恵会医科大学 呼吸器内科¹⁾，
同 リウマチ膠原病内科²⁾)

症例

73 歳女性

主訴

両側顔面神経麻痺，両側難聴

既往歴及び家族歴

特記すべきものなし

現病歴

2007 年 5 月上旬に右耳難聴を自覚。6 月上旬，右顔面神経麻痺出現。太田総合病院耳鼻科に入院。ハイドロコルチゾン 1 g を 5 日間で漸減中止を 2 コースにて軽快した。

6 月 27 日，再び右耳痛，右顔面神経麻痺，左耳難聴を自覚し同院に再入院。頭部 CT，頭部造影 MRI にて右側優位の両側中耳腔を占拠する陰影と中頭蓋下硬膜肥厚像を認めた。7 月 26 日，当院耳鼻科受診。乳突洞炎，肥厚性硬膜炎と診断され，右側の乳突洞炎に対して鼓室形成術施行。術後も顔面神経麻痺，難聴及び頭痛が継続するため，8 月 1 日より再度ハイドロコルチゾン 1 g を 5 日間で漸減中止を 1 コース

するが改善を認めなかった。中耳病理組織にて多核巨細胞伴う肉芽腫認め，全身検索したところ，胸部 CT にて多発結節影を認め，精査加療目的にて内科転科となった。肥厚性硬膜炎に伴う頭痛や急速に進行する神経症状，肺の多発結節性病変，P-ANCA 陽性などの所見を合わせると，Wegener 肉芽腫が疑わしかった。中耳の組織からは病理学的に結核性病変も否定できないとのことで，8/24 に胸腔鏡下肺生検を施行。右 S6 の結節を切除した。病理診断にて，充実性の肉芽腫性炎症を認め，多数の Langhans 型巨細胞，microabscess を伴う壊死像，血管炎所見を認め，Wegener 肉芽腫の診断を得た。9/2 より PSL50 mg，MTX 5 mg/week にて治療開始した。

結語

Wegener 肉芽腫における髄膜病変合併例では C-ANCA 陰性例が多いと報告されている。今後検討の余地はあるが，C-ANCA 陰性の Wegener 肉芽腫では脳神経所見に注意する必要がある。

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)
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)
- 会長 ○桑野 和善 (慈大 呼吸器内科)
- 副会長 ○田井 久量 (慈大 第三病院 呼吸器内科)
- 世話人 徳田 忠昭 (厚木市立病院)
- 羽野 寛 (慈大 病理学講座)
- 福田 国彦 (慈大 放射線医学講座)
- 森川 利昭 (慈大 呼吸器外科)
- 安保 雅博 (慈大 リハビリテーション科)
- 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)
- 堀 誠治 (慈大 薬理学講座)
- 吉村 邦彦 (虎の門病院 呼吸器科)
- ◎秋葉 直志 (慈大 柏病院外科)
- 児島 章 (慈大 青戸病院呼吸器内科)
- 増渕 正隆 (厚木市立病院外科)
- 勝沼 俊雄 (慈大 小児科)
- 平野 純 (慈大 呼吸器外科)
- 千葉伸太郎 (愛仁会太田総合病院耳鼻科)
- 事務局 桑野 和善 (慈大 呼吸器内科)

〈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 桑野和善気付
慈大呼吸器疾患研究会
e-mail : article@jcdra.org