

慈大

1994  
mar. 6-1

## 呼吸器疾患研究会誌

第21回研究会を終えて	桜井健司	1
特別講演		
気腫性嚢胞の臨床	伴場次郎	2
Chlamydia pneumoniae 肺炎の1例	多田浩子ほか	5
癌組織内に肉芽腫を混在した高分子型肺腺癌の1例	帆足茂久ほか	7
慢性膿胸の1手術例	秋葉直志ほか	9
気管支カルチノイド症例の検討	豊泉高峰ほか	10

代

## 第21回慈大呼吸器疾患研究会プログラム

日時 1993年12月13日(月) 18:00~20:00

会場 東京慈恵会医科大学2号館カンファランス A, B 会議室

開会の辞 (18:00~18:05) 桜井健司 (第一外科)

一般演題 I (18:05~18:35) 座長 島田孝夫 (第三内科)

(1) Chlamydia pneumoniae 肺炎の1例

第四内科

谷本内科クリニック

多田浩子

深草元紀

谷本普一

竹内悦子

小松崎克己

清水 歩

佐藤哲夫

望月太一

岡村哲夫

(2) 癌組織内に肉芽腫を混在した高分子型肺腺癌の1例

第三病院内科第2

同 外科

同 病理科

帆足茂久

長沢 博

土屋克彦

遠藤泰彦

牛尾龍朗

吉村邦彦

半沢 隆

高木敬三

青木 薫

田井久量

伊坪喜八郎

石井慎一

岡野 弘

一般演題 II (18:35~19:05) 座長 半沢 隆 (第三病院外科)

(3) 慢性膿胸の1手術例 [ビデオ]

第一外科

秋葉直志

三浦金次

塩谷尚志

桜井健司

大木隆夫

栗原英明

(4) 気管支カルチノイド症例の検討

第三病院外科

同 内科第2

同 病理科

豊泉高峰

北 俊文

竹田 宏

高木敬三

鈴木英之

桜井雅夫

田井久量

高久仁利

半沢 隆

岡野 弘

土屋克彦

伊坪喜八郎

特別講演 (19:05~19:55) 司会 桜井健司 (第一外科)

『気腫性嚢胞の臨床』

虎の門病院 呼吸器外科部長

伴場次郎 先生

閉会の辞 (19:55~20:00)

岡野 弘 (第三病院内科第2)

会 長 岡野 弘

当番世話人 桜井健司

## 第21回慈大呼吸器疾患研究会を終えて

当番世話人・桜井健司（第一外科）

勉強している医師，またその意欲のある医師が参集する研究会や集会は出席して楽しい。

学会では組織が大きくなりすぎて主催者側は質疑・討論より，議事の進行・運営が関心事となり，また発表する側も質疑・討論より，その学会に採用されたこと，あるいは発表したことに意義づけをするきらいがある。その点この研究会は設立の目的を達成し，順調に発展しつつあると思う。この種の研究会には毎回出席者が多く，しかも最後までいて講演に聴き入り質問も少なくない。質問，コメントの多い研究会は勉強になると同時に知的興味をくすぐられて楽しいものである。今回も会場をいつも高木会館 7F から大学 2 号館カンファレンス A, B に移したが，2 会議室を連結した会場はほぼ満席であった。

当番世話人として発表者，特別講演者，そして司会の労をとってくれた島田，半沢両先生に深く感謝している。

一般演題 I では内科系から症例が 2 題，そして一般演題 II では外科系の 2 題が発表された。特別講演は「気腫性嚢胞の臨床」と題する虎の門病院呼吸器外科部長の伴場次郎先生によるものである。伴場先生はその豊富な臨床経験から多くのスライドを用いて分かりやすく精力的な講演をされた。内容については毎回 full paper に近い形で会誌に掲載されるようになっているのでここでは重複を避けるが，本学でも呼吸器疾患症例が各科で増えるにしたがって貴重な知見が積み重ねられつつあることが実感できる。気腫性嚢胞も例外ではない。伊坪，半沢先生をはじめ，臨床面でも研究面でも専門家が多いだけに特別講演は出席者にとって参考になるとともに，ある種の感慨を植え付けたことであろう。

さて私事にわたって恐縮なので，「である」調から「であります」調に変えますが，私はこの 3 月で第一外科を退任いたします。慈大呼吸器疾患研究会に加えていただきましたことを感謝すると同時に，この研究会が今後ますます発展されることを確信し，また祈念しております。なにかの折りにまた一緒に勉強させていただければ幸いです。



## 気腫性嚢胞の臨床

伴 場 次 郎 (虎の門病院呼吸器外科)

気腫性嚢胞, 以下ブラと略すが, ブラは気腫性変化により内圧がたかまって膨張し, 肺表面より限極性に隆起した<sup>1)</sup>空間であり, 直径1cm以上のもの<sup>2)</sup>と定義されている。

ブラは, 開胸時にしばしば見られる肺, 胸膜病変であるが, ブラそのものが臨床的に問題となるのは, ブラ破裂によって生じる自然気胸とその増大によって肺機能を障害してくる, いわゆる巨大ブラの場合がほとんどである。

### 1. 自然気胸とブラ<sup>3)</sup>

自然気胸の際に見られるブラは年齢や喫煙歴によりいろいろな様相を呈している。

自然気胸手術例の男性のみ61例69側に関して, 認められた最大のブラが指頭大以下の微小ブラ群, 指頭大~胡桃大の小ブラ群, 胡桃大~手拳大の中ブラ群, 手拳大以上の大ブラ群の4群に分けて臨床像と比較して見ると, ブラが大きくなるにしたがって, 平均年齢は高くなり (Table 1), 喫煙指数400以上のものの占める割合が多くなる傾向が見られ, 大ブラ群は全例喫煙習慣があった (Table 2)。手術に至った理由をみると, 肺の再膨張が不良であったために手術を行なったものは, ブラが大きくなるにしたがって多くなり, 大きなブラのある肺に気胸

Table 1 ブラのおおきさと年齢分布.

	微小ブラ	小ブラ	中ブラ	大ブラ
開胸数	16例*	26例*	16例*	8例
年齢分布	14~42歳	14~60歳	16~69歳	27~66歳
$\bar{m} \pm S$	24.8 $\pm$ 6.6	25.2 $\pm$ 10.3	37.1 $\pm$ 18.0	45.8 $\pm$ 12.3

\*両側開胸例は2例とした

Table 2 ブラのおおきさと喫煙指数 (Brinkman Index).

B.I.	微小ブラ	小ブラ	中ブラ	大ブラ
0	5例 (31%)	9例 (35%)	8例 (42%)	0
~ 99	4例 } (38%)	5例 } (35%)	0	0
100~199	2例 } (38%)	4例 } (35%)	1例 (5%)	0
200~399	3例 (19%)	5例 (19%)	2例 (11%)	3例 (38%)
400~999	1例 } (13%)	2例 } (12%)	4例 } (42%)	4例 } (63%)
1000~	1例 } (13%)	1例 } (12%)	4例 } (42%)	1例 } (63%)

Table 3 ブラのおおきさと気胸回数, 手術理由.

		微小ブラ	小ブラ	中ブラ	大ブラ
気胸回数	初回	3例 } (50%)	8例 } (62%)	6例 } (63%)	3例 } (75%)
	2回	5例 } (50%)	8例 } (62%)	6例 } (63%)	3例 } (75%)
	3回	2例 } (25%)	7例 } (35%)	3例 } (37%)	0
	4回	2例 } (25%)	2例 } (35%)	4例 } (37%)	2例 (25%)
	5回以上	4例 (25%)	1例 (4%)	0	0
手術理由	気胸再発	9例 (56%)	15例 (58%)	9例 (47%)	0
	再膨張不良	6例 (38%)	9例 (35%)	8例 (42%)	5例 (63%)
	その他	1例	2例	2例	3例

**Table 4** プラの大きさと分布状態.

	微小ブラ	小ブラ	中ブラ	大ブラ
限局傾向	12例 (75%)	26例 (100%)	19例 (100%)	8例 (100%)
集合傾向	14例 (88%)	22例 (85%)	18例 (95%)	8例 (100%)
癒合傾向	8例 (50%)	14例 (59%)	17例 (90%)	8例 (100%)
限局 (+)・集合 (+)・癒合 (+)	5例 (31%)	14例 (54%)	17例 (90%)	8例 (100%)
散在傾向	9例	7例 (27%)	5例 (26%)	4例 (50%)
限局 (-)・散在 (+)	4例 (25%)	0	0	0

を生じると肺を再膨張させにくくなる傾向が見られた (Table 3)。

ブラの大きさとその分布状態を見ると、多くは、肺尖部などある局面に限局して集合した状態で存在し、ブラが大きくなるにしたがって隣同志が癒合していく傾向が見られた (Table 4)。

これらのことより、ブラの増大に関して次のように考えた。

若年者に発生したブラは、年齢とともにある程度増大し、限局性に多発してみられるようになる。おそらくはその底部に存在する弁状機構 (Check Valve Mechanism) により内圧が保持されているが、喫煙や加齢によってブラ底部の肺病変が進行することにより内圧が高まるとブラ壁が破裂して気胸を発生する。しかし、ブラ底部の胸膜直下の肺組織が破壊されて隣接したブラと交通、すなわち癒合すると減圧されるため、気胸を発生しないかわりにブラが巨大化していくものと考えられ、自然気胸も巨大ブラも病態の本質は同一なものであると考えられた。

**Table 5** 肺囊胞面積の比率と発見動機、症状.

発見動機・ 症状 肺囊胞の 大きさ (%)	検 診		訪 医	
	無症状	胸部症状	息切れ	胸部症状
~24.9	2例	2例		
25.0~34.9	3例		1例	
35.0~44.9	1例		1例	2例
45.0~54.9			2例	1例
55.0~				2例

## 2. 進行性ブラ, 巨大ブラ<sup>4)</sup>

進行性ブラ, 巨大ブラ手術中, 術後3ヵ月以上の観察期間を持ち, 術前, 術後に背腹方向のX線撮影条件がほぼ同一と考えられるフィルムを得られた21例, 24側にたいし, 帰零単式ブラニメータを用い, 両側肺野およびブラの占める面積を測定し, ブラを肺野に占める比率として算定し, 臨床所見, 術後経過などと比較検討した。

臨床症状との関連を見ると, 無症状のブラの大きさはその肺野の37%以下のものであり, HJ2度以上の息切れを訴えたものでは33%以上の大きさであった (Table 5)。

ブラ切除術後のX線フィルムの計測より (Table 6), ブラは巨大化に伴って同側胸腔を広げ, その切除による圧迫の除去と手術操作の影響により, 術後, 術側胸腔は縮小, 対側胸腔

**Table 6** 術前後における肺野および対側肺囊胞面積の比率.

面積比(術後/術前)	肺 野			対側囊胞
	術側	対側	両側和	
~0.749	2例			
0.750~0.799	2例			
0.800~0.849	10例		1例	
0.850~0.899	5例			
0.900~0.949	2例	1例	15例	
0.950~0.999	3例	3例	7例	1例
1.000~1.049		13例	1例	5例
1.050~1.099		5例		3例
1.100~1.149		2例		1例
平均	0.849	1.032	0.936	1.044

**Table 7** 術前臨床所見と術後肺機能.

術後肺機能 臨床所見		肺活量		残気量		肺内ガス 混合指数	
		増加	減少	減少	増加	減少	増加
自覚 症状	息切れ	5例		3例	1例	4例	
	胸部症状	5例		1例	3例	3例	1例
	なし	3例		2例		1例	1例
年 齢	30~39歳	3例		3例		1例	2例
	40~49歳	1例	6例	4例	2例	5例	
	50~59歳	5例	1例	4例	1例	5例	
肺 囊 胞 の 大 き さ (%)	~24.9	4例		1例	2例	1例	1例
	25.0~34.9	2例	2例	3例	1例	4例	
	35.0~44.9	1例	3例	3例	1例	4例	
	45.0~54.9	2例		1例		1例	
	55.0~	1例	1例	2例		1例	1例

は拡大し、対側に存在するブラは増大する傾向があるものと考えられた。

手術後5ヵ月以降平均2年4ヵ月経過して行なった肺機能検査成績を術前値と比較すると、自覚的に息切れを感じていなかったもの、年齢が30歳代のもの、切除したブラの大きさが25%のものでは機能的改善はほとんど望めなかった (Table 7)。

### 3. 気管支塞栓下自家新鮮血注入療法

ブラは感染により胸腔に液体が貯溜すると著名に縮小する場合があります、ブラ内に自家血を注入することにより感染以外によっても同様な Mechanism を作りえるものと考えた。方法は、気管支鏡下に所属肺葉気管支を塞栓し、気胸を防止した後に、X線透視下で経皮的にブラを穿刺し、自家血約200mlを採血し、直ちに注入する。この操作を数回行ない、ブラ内に持続的に血液を貯溜させ得たら、以後は外来で経過を観察し、必要に応じて再入院し、同様な操作を繰り返す。

現在まで本治療法を行なった症例は、進行性ブラまたは巨大ブラにより、手術を目的に入院した28歳から58歳の男性のみ12例であり、この中比較的年齢が若く、自覚症状のないものは

1回の入院で著効をみたが、息切れを訴えていたものはブラが縮小するまでに2回以上入院し、合計1100ml以上注入する必要があった。

血液が貯溜しにくかった2例と希望した1例に対して手術を行ない、その病理組織学的所見から、ブラが縮小する作用機序は凝血塊を混じた血液の重量によるブラ底部肺組織の圧迫とヘモジデリンを含んだ肉芽組織の増生により、ブラと気道の交通が完全に遮断されることによるものと考えられた。

本治療法の問題点として、気胸発生の可能性や数回の操作が必要なこと、効果に数ヵ月を要し、感染の危険性もあることなどが上げられる。しかし、手術療法に比較してその侵襲は極めて少なく、原則として術後に胸腔ドレーンを挿入する必要はなく、あまり大きくないブラであっても肺機能の改善が期待できるなどの長所がある。

### 4. 肺癌とブラ

ブラと肺癌の関連性は従来より指摘されているが、自験例でブラ切除年齢が50歳以上で、術後経過の比較的明らかな18例中6例に2年以上経過して肺癌(腺癌4, 類表皮癌1, 小細胞癌1)が発見された。予後は不良であり、手術を行ない得た2例は術後1ヵ月~1年7ヵ月で、3例は発見後4ヵ月~11ヵ月で死亡した。癌年齢でブラを認めた場合、肺癌発生の危険が高いものと考え、長期にわたる厳重な経過観察が必要である。

### 文 献

- 1) Reid L. The pathology of emphysema. London: Lloyd-Luke LTD, 1967: 211.
- 2) A report of the conclusions of a CIBA guest symposium: Terminology, definitions, and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. Thorax 1959; 14: 286-299.
- 3) 伴場次郎. 気腫性囊胞の増大と自然気胸. 抗研誌 1989; 41: 147-151.
- 4) 伴場次郎ほか: 気腫性肺囊胞の大きさと臨床像ならびに手術療法に関する検討. 日胸 1984; 43: 765-769.

# Chlamydia pneumoniae 肺炎の1例

多田浩子<sup>1)</sup>, 竹内悦子<sup>1)</sup>, 清水 歩<sup>1)</sup>  
 望月太一<sup>1)</sup>, 深草元紀<sup>1)</sup>, 小松崎克己<sup>1)</sup>  
 佐藤哲夫<sup>1)</sup>, 岡村哲夫<sup>1)</sup>, 谷本普一<sup>2)</sup>  
 (第四内科<sup>1)</sup>, 谷本内科クリニック<sup>2)</sup>)

Chlamydia pneumoniae は最初 Chlamydia psittaci の変異株とされていたが最近菌種として確立された。感染にトリの関与がなくヒトからヒトへ感染することでオウム病と区別され、呼吸器感染症の原因菌として注目されている。

今回われわれは臨床症状等よりクラミジア感染症を疑い血清学的に C. pneumoniae 肺炎と診断された1例を経験したので報告した。

**症例** 49歳男性。主訴は血痰咳、全身倦怠感。1993年5月23日より咳、血痰が出現し持続したため、5月26日近医を受診、胸部単純写真で両肺野に異常陰影を認めたため当科外来を紹介され受診、精査加療目的に入院となった。既往歴に特記事項を認めず。喫煙歴は1日40本を約30年間。粉塵吸入歴はない。

入院時身体所見に特記事項を認めず。入院時

1993		5/26	5/28	6/2	6/22	6/24	6/26	7/1	7/7	7/8	7/11
治療		OFLX600mg/day		SPFX 200mg/day							
体温	38 37 36 35	[体温変動グラフ]									
WBC	11500	10100		9700	8100		8000				
ESR	21/48	12/13			3/8		3/7				
CRP	3.3	0.1		0.2	0.3		0.0				
C.pneumoniae											
IgM ab		<8					<8				
IgA ab		128					128				
IgG ab		512					512				
胸部X線	[胸部X線画像]										

Fig. 1 入院時経過

Table 1 入院時検査所見

血算：WBC 10100 / $\mu$ l	免疫：CRP 0.1mg/dl
(GRAN. 56.6%)	CEA 6.4ng/ml
Hb. 16.0 g/dl	CHA 8×
Plt. 24.6 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ l	マイコプラズマAb(CF) 16×
血沈：12/13mm	C.pneumoniae IgM Ab <8×
生化学：GOT 16mU/ml	IgA Ab 128×
GPT 22mU/ml	IgG Ab 512×
LDH 231mU/ml	喀痰検査：培養：常在菌のみ
$\gamma$ GTP 22mU/ml	抗酸菌：塗沫、培養陰性
UN 16mg/dl	細胞診：classII
Cr 0.6mg/dl	ツ反：発赤 22 $\times$ 35mm
Na 140mEq/l	
Cl 104mEq/l	
K 4.0mEq/l	

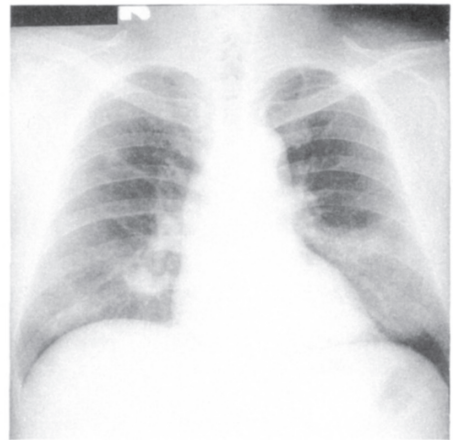


Fig. 2 胸部単純写真 (1993.5.26)

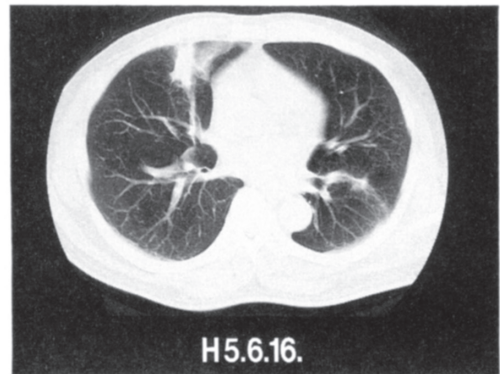


Fig. 3 胸部CT (1993.6.16)



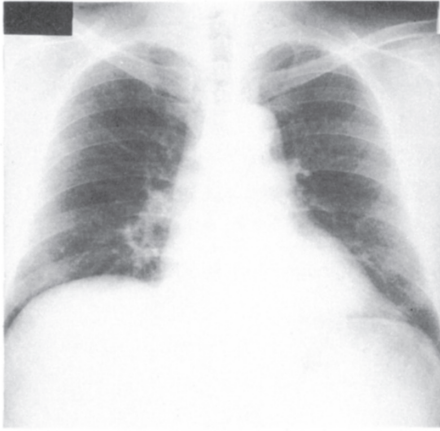


Fig. 4 胸部単純写真 (1993.7.7)

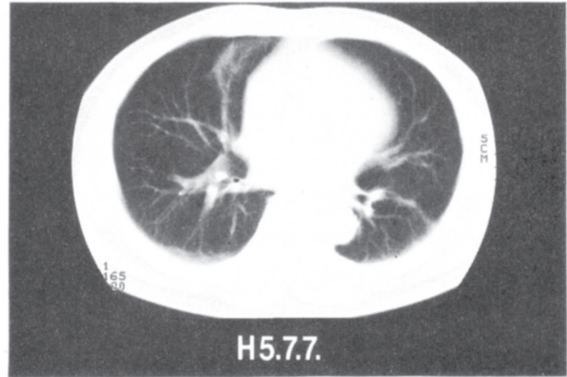


Fig. 5 胸部CT (1993.7.7)

検査所見, 入院時経過を **Table 1**, **Fig. 1~5** に示す。

全経過を通し発熱はほとんど認めず。臨床症状に乏しいこと, 胸部単純写真で, 左右両肺野に性質の異なる陰影を呈していることよりマイコプラズマ肺炎, クラミジア肺炎等の異型性肺炎を疑い抗体価を調べるとともにスバフロキサシン 1日 200mg を投与開始し, 陰影の改善を認めた。

今回の症例は *C. pneumoniae* IgA 抗体価および IgG 抗体価の上昇より *C. pneumoniae* 肺炎と診断された。

クラミジアの病原体はクラミジア属に含まれる 4 菌種 *C. psittaci*, *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*, *C. pecorum* である。この中で *C. psittaci* は鳥類特にオウム, インコよりヒトに感染しオウム病の原因となる。一方 *C. trachomatis* はヒト固有の病原体として考えられ, 結膜や尿

路・生殖器系感染の原因となる。*C. pecorum* は新しく分離された菌種で牛, 羊が保菌しているが, 詳細はまだ明らかとなっていない。*C. pneumoniae* は上気道炎をはじめ気管支炎, 肺炎, 慢性閉塞性肺疾患の感染増悪を惹起する。

診断は *C. pneumoniae* の分離や血清補体結合反応による。臨床状況は乾性咳嗽, 嗄声, 咽頭痛, 無熱を特徴とする。胸部単純写真像は多彩で斑状陰影, びまん性のスリガラス影, 無気肺像, 結節影などいずれも認められる。治療は *C. psittaci* に準ずるとされており第 1 選択薬はテトラサイクリン系薬剤であり, 次いでマクロライド系薬剤が有効とされているが, 抗結核剤である RFP やピリドンカルボン酸系の OFLX も効果があるものとされている。

今回われわれは臨床症状等よりクラミジア感染症を疑い血清学的に *C. pneumoniae* 肺炎と診断しえた 1 例を経験したので報告した。



# 癌組織内に肉芽腫を混在した高分子型肺腺癌の1例

帆足茂久（第三病院内科第2）

症例は80歳、女性。主訴は胸部異常陰影精査。現病歴は1993年の老人検診にて胸部異常陰影を指摘されたために6月当院入院となった。入院時身体所見および腫瘍マーカーを含む検査所見に異常は認められなかった。異常陰影は右S3の胸膜嵌入，notchingを伴った径4cm大の円形陰影であり，肺門および縦隔リンパ節の腫大は認められなかった。原発性肺癌を疑い，気管支鏡下の生検を施行し腺癌と診断されT2NOMO，stage 2の診断のもとに7月当院外科にて右上葉切除術を施行した。切除標本の腫瘍断面像は黄白色を呈し，比較的境界明瞭な4×5cm大の腫瘍で癒痕に一致して胸膜嵌入像を認めた。腫瘍のミクロ標本のHE染色像では癌細胞は小型から中型の不完全な管腔を形成しているところを多く認め，中分化管状型腺癌の像を呈していた。間質にはリンパ球の浸潤を強く認める他に，類上皮細胞の集簇，ラ氏型巨細胞，コレステリンクレフトを含有する異物型巨細胞や一部には腺管内に泡沫状macrophageの集簇を認め，こ

のような所見が癌細胞内にびまん性に認められた(Fig. 1, 2)。リンパ節転移も一部に見られたが，転移のあるリンパ節にも腫瘍細胞の周囲に同様の所見を認めた。抗酸菌や真菌感染症の関与については組織学的には乾酪壊死は認めず，抗酸菌染色は陰性で癌の病理組織からの抗酸菌培養およびPCR法による抗酸菌のDNA検出結果が陰性であったことより否定的と考えた。sarcoidosisの合併に関しても肺門，縦隔リンパ節の腫大がなく，切除された右肺上葉の腫瘍以外の部位また転移の見られないリンパ節には明らか肉芽腫性反応を認めず否定的と考えた。

癌と肉芽腫性反応の合併については一般的にはsarcoid-like reactionが知られている。それは臨床的にはsarcoidosisとしての所見を認めないが，リンパ節にsarcoidosisと鑑別困難な類上皮細胞を認める病理形態像を表わしており肺癌や他の癌のリンパ節においても同様の所見が認められている。また癌の原発巣においても認められるが，そこでは一般には腫瘍内ではなく腫

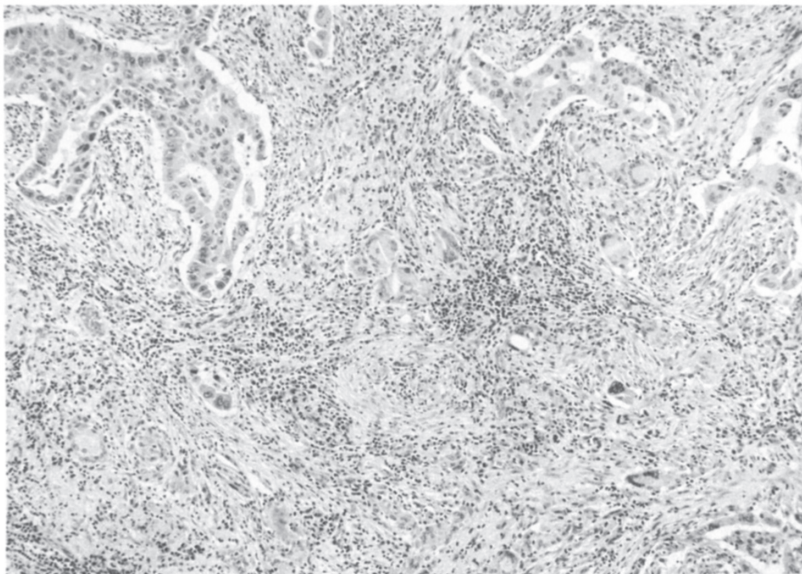
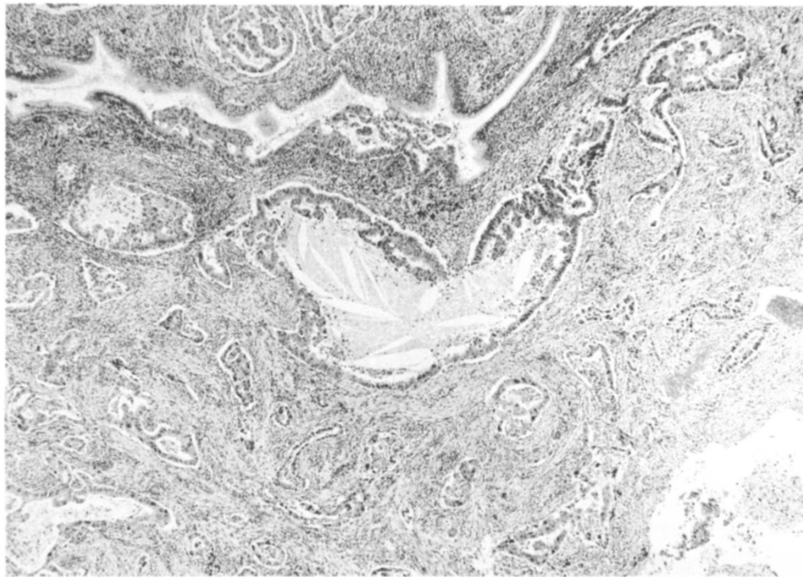


Fig. 1



**Fig. 2**

瘍を取り囲む形で肉芽腫性反応を示すとされている。本症例は、肉芽腫性反応が腫瘍内にびまん性に認められ、今までに報告された sarcoid-

like reaction とは異なった病理形態像を示しており、まれな症例と思われた。

# 慢性膿胸に対する1手術例

秋葉直志, 栗原英明, 大木隆生, 塩谷尚志  
三浦金次, 桜井健司 (第一外科)

**はじめに** 慢性膿胸は治療困難な病態であり, 多くの手術術式が考案されている<sup>1)2)</sup>。その一つの肺剥皮術は, 肺の膨張が期待され, 大きな瘻孔のない症例に適応とされる。今回は, 肺剥皮術について, その手術手技を中心に述べる。

**症例** 症例は46歳男性で検診で異常を指摘された。胸部X線写真では, 左肺野の外側に肺を内側に圧排する異常陰影がある。胸部CTでは異常陰影が胸腔内に認められている。縦隔条件では胸壁の構造が保たれている。慢性膿胸を疑って手術を施行した。

**手術手技** 左慢性膿胸に対する肺剥皮術の1例をビデオで供覧した。

1. 皮膚切開: 手術の体位は右側臥位である。膿胸の真上で, 後側方切開を行なった。

2. 開胸: 電気メスで皮下と筋層の切離を行なう。第6肋骨の骨膜を剥離し, 肋骨の前後を肋骨剪刀で切離し, 第6肋骨を切除した。メスで骨膜と胸膜を切離し開胸した。

3. 胸膜の剥離: 胸膜と peel の間をメスの柄で剥離し, peel 表面剥離をすすめた。肺に達すると, 肺と peel の間を剥離する。この剥離を頭側にすすめ, 次にこの剥離を電気メスで尾側に進めて, 横隔膜に達した。横隔膜との間を剥離し, 上下葉との間を剥離し, peel の切除を完了した。

4. 肺損傷の処理と止血: 肺からの air leakage を針糸で縫合した。胸腔内を温生食で洗浄し, 止血を確認した。leakage の続く部位に, フィブリン接着剤を使用した。

5. 閉胸: 第8肋間より24Fr.の Trocar cath. を挿入し, 早々に閉胸した。

**術後経過** 術後経過は良好で, 第7病日に Trocar cath. を抜去し, 第14病日の軽快退院した。術後2ヵ月で勤務に復帰した。術後2ヵ月の胸部X線写真では, 肺への圧排が解除されている。

**本術式の成績** 沢村ら<sup>1)</sup>によると無瘻性慢性膿胸に対する外科的治療の治癒率は87.0%である。術式別の一期手術成功率は剥皮術単独がもっとも良好で89.5%であった。次が骨膜外 air plombage 法で85.0%である。あとは成績不良で剥皮術+葉切が62.5%, 胸膜肺全摘術が58.6%である。

また, 沢村ら<sup>2)</sup>は治療前の risk score として, 1) %VC40以下, 2) 年齢60歳以上, 3) 内瘻あり, 4) 全膿胸, 5) 治療前3ヵ月以内の喀痰中結核菌陽性または膿胸腔内細菌陽性の5因子を取り上げ, 各因子を1点とした。そして, 剥皮術は risk score が0~2点群のみならず, 3~5点群でも良好な成績を挙げたと述べている。

**結語** 慢性膿胸に対する剥皮術の実際をビデオで供覧した。術後経過も良好で有効な術式である。

## 文献

- 1) 沢村献児, 長岡豊, 飯岡壮吾, 中村憲二, 森 隆, 橋本聡一, 井内敬二, 中元賢武, 李龍彦, 前田元. 最近の慢性膿胸765例の治療成績; 国療膿胸研究班の集計(その1), 日胸 1982; 41: 408-415.
- 2) 沢村献児, 長岡豊, 中元賢武, 李龍彦, 中村憲二, 井内敬二, 森 隆, 橋本聡一, 飯岡壮吾. 最近の慢性膿胸765例の治療成績; 国療膿胸研究班の集計(その2) - 治療前の risk score 別にみた各治療法の成績, 日胸 1982; 41: 507-514.



## 気管支カルチノイドの3症例

豊泉高峰<sup>1)</sup>, 鈴木英之<sup>1)</sup>, 高久仁利<sup>1)</sup>, 土屋克彦<sup>1)</sup>  
北 俊文<sup>1)</sup>, 桜井雅夫<sup>1)</sup>, 半沢 隆<sup>1)</sup>, 伊坪喜八郎<sup>1)</sup>  
竹田 宏<sup>2)</sup>, 田井久量<sup>2)</sup>, 岡野 弘<sup>2)</sup>, 高木敬三<sup>3)</sup>  
(第三病院外科<sup>1)</sup>, 同 内科第 2<sup>2)</sup>, 同 病理科<sup>3)</sup>)

気管支 Carcinoid は全肺腫瘍の 1~2%を占め、発生母細胞は気管支上皮内の神経分泌細胞である Kultszitzky 細胞と考えられている。この細胞は気管支腺房、導管の基底膜の間に存在するが、細胞気管支上皮内にも存在することから近年末梢型 carcinoid の発生も明らかになった。現在 Carcinoid は発生部位によって中枢気管支から亜区域気管支までに発生する中枢型、亜区域気管支発生の中間領域型および亜区域気管支より末梢の気管支および肺野に発生する末梢型に大別されている。われわれはこれら各々3型の気管支 Carcinoid を経験したので簡単に症例を報告する。

**症例 1** 28 歳女性、中枢気管支発生。数年前より季節の変わり目に咳嗽が起こるようになった。突然咳嗽とともに大量の咯血(約 500cc)をきたし、ショック状態にて搬送された。胸部 X 線では左下肺野に無気肺を認めた。咳嗽とともに咯血が持続し短時間のうちに左全肺野に無気肺が進行したため、左側臥位にて気道確保と輸血を施行した。気管支鏡では左主気管支に Coagul が充満しており、これを吸引すると主気

管内を表面結節状の白色の腫瘍が占拠していた。腫瘍は易出血性で Fresh Bleeding が持続していたため左第 5 肋間開胸にて緊急左下葉切除術施行。腫瘍(Fig. 1)は下幹気管支粘膜よりポリープ状に内腔に向かって発育し、大きさは 5×8cm、断面は黄褐色で固く結節状を呈していた。また下葉は腫瘍によりほぼ完全に無気肺となっていた。

**症例 2** 32 歳女性、亜区域支発生。2 年前より咳嗽、左側胸部痛、38 度台の発熱を繰り返していた。1 年前より血痰出現。近医受診し胸部 X 線、断層撮影施行するも異常所見を認めなかった。半年前より再び咳嗽と発熱出現し精査目的にて来院した。胸部 X 線では左肺動脈幹に一致した部位に異常陰影を認め、また気管支動脈造影では同部に Tumor Stain を認めた。気管支鏡施行したところ、左 B6b から内腔に向かってポリープ状に突出した白色の腫瘍を認め、生検施行したが十分な Material が得られず術前確定診断はつかなかった。気管支 Carcinoid を最も疑って左第 5 肋間開胸にて左下葉切除施行したが、術中病理所見で気管支断端への Car-



Fig. 1 下幹気管支粘膜より発生した気管支内を圧排進展した 5×8cm の腫瘍。

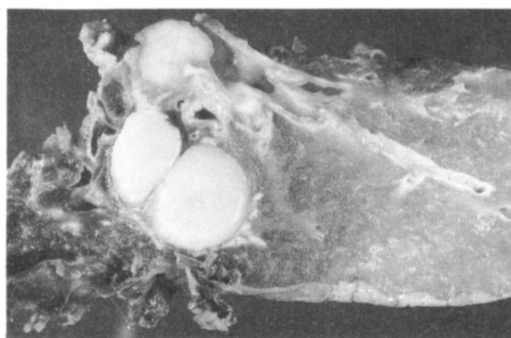


Fig. 2 B6b より発生し末梢気管支内に Mucoid impaction を認める。

cinoid の Invasion が否定できないとのことで左肺全摘に変更した。腫瘍(Fig. 2)は B6b より内腔に向かってポリープ状に発育し亜区域支末梢側は著明な Mucoïd Impaction を認め、さらに末梢肺組織は軽度の閉塞性肺炎を併発していた。また切除標本にてリンパ節転移は認めなかった。

上記2症例はいずれも術前に確定診断を得られずホルモン検索は施行していないが術後の尿中 5-HIAA は正常であった。また両症例とも現在まで術後 10 年以上経過しているが再発もなく健在である。

**症例 3** 50 歳男性、末梢発生。自覚症状はなく健康診断にて右中肺野に異常陰影を指摘され受診となった。胸部 X 線および断層撮影では右中肺野 S5 に長径約 1.5cm の辺縁明瞭で石灰化を伴わないほぼ円形な腫瘤影を認めた。またヘリカル CT では右肺 S5b にエンハンスされない境界明瞭な 1.5cm 大のほぼ円形な腫瘤を認めた。喀痰培養および細胞診, BAL はいずれも異常所見を認めなかった。気管支鏡では、亜区域までは異常を認めなかった。術前の検索では血中 Serotonin, ACTH, ADH, Histamine, VIP, ACE, CEA, AFP, SCC, CA19-9, 尿中 5-HIAA は正常範囲であり、また腹部 CT お

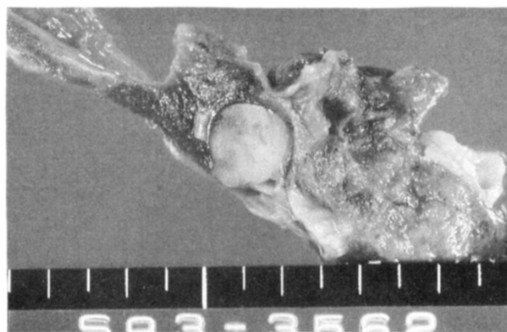


Fig. 3 B5bii $\beta$  より発生した末梢型気管支 Carcinoid.

よびエコーにて異常所見を認めなかった。TBLBにて Carcinoid の確定診断を得て、右第 5 肋間開胸にて右中葉切除およびリンパ節郭清を施行した。腫瘍(Fig. 3)は B5bii $\beta$  気管支粘膜より内腔へポリープ様に突出しており黄白色を呈していた。リンパ節転移は認めなかった。また切除標本では、B5bii $\beta$  の主病巣の近傍の B5bii $\alpha$  にも小腫瘤が認められ現在病理学的に再構築検索中である。Mayo Clinic の報告(1976)によると、217 例の Carcinoid のうち中心発生のは 183 例(84.3%), 末梢発生のは 34 例(15.7%)であり、当症例のように末梢発生のは比較的まれな症例と考えられる。

以上気管支 Carcinoid の 3 症例を報告した。

## 編集後記

第21回研究会は、桜井教授のお世話で開催された。特別講演では、虎の門病院の伴場先生に“自然気胸について”のお話をしていただいた。ブラについて多方面より統計的解説をしていただいたが、多くの手術時のスライドはX線やCTでのみ接しているブラの形態に比して大きな差があり、強く印象に残った。

さて、次号より、従来の抄録原稿の投稿とせず、論文原稿として投稿していただくことになった（形式は別紙投稿規定を参照）。また、それに先立ち編集委員会が、設置された。本誌をより充実させるために投稿論文の査読を行なうことになったので、ご承知ください。

一方、研究会誌の送付先についても見直しを行ない、本会誌の有意義な distribution を行なうことにした。

会員諸兄の今後のご支援をお願いします。 (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 谷本 普一 先生 (谷本内科クリニック)
- 会長 岡野 弘 教授 (第三病院内科第二)
- 世話人 伊坪喜八郎 教授 (第三病院外科)
- 桜井 健司 教授 (第一外科)
- 米本 恭三 教授 (リハビリテーション医学科)
- 貴島 政邑 教授 (第二外科)
- 牛込新一郎 教授 (第一病理)
- 天木 嘉清 教授 (麻酔科)
- 川上 憲司 助教授 (放射線科)
- 飯倉 洋治 助教授 (小児科)
- 徳田 忠昭 助教授 (富士市立中央病院病理)
- 久保 宏隆 講師 (第二外科)
- 羽野 寛 講師 (第一病理)
- 島田 孝夫 先生 (第三内科)

(○印：編集委員)

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