

呼吸器疾患研究会誌

第3回研究会を終えて	貴島政邑	1
特別講演		
肺アスペルギローマの臨床的考察	岡野 弘	2
ミルクアレルギーの疑われたCrycopharyngeal incordinationの一乳児	橋本光司ほか	6
マレーシアで発病したノカルジア肺炎の一例	佐野光一ほか	7
嚢胞性肺疾患の核医学検査	神立 進ほか	8
腫瘍型筋病変を伴った心サルコイドーシスの1例	山口昭彦ほか	11
右肺上葉気管支周囲リンパ節にみられた キャッスルマンリンパ腫の1例	半沢 隆ほか	12
食道破裂にて胃液汚染による胸膜炎を起こし 経過難渋した1剖検例	武石昌則ほか	13

第3回慈大呼吸器疾患研究会プログラム

日 時 平成元年6月12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 貴島 政邑(慈大第二外科)
- 一般演題I (18:00~18:45) 座長 島田 孝夫(慈大第三内科)
- 1) ミルクアレルギーの疑われたCrycopharyngeal incoordinationの一乳児例
国立小児病院アレルギー科 橋本光司、秋本憲一、赤澤 晃、斉藤博久
勝沼俊雄、飯倉洋治
同 外科 土田嘉昭、本名敏郎、上井義之
- 2) マレーシアで発病したノカルジア肺炎の一例
慈大第四内科 佐野光一、真家健一、谷本普一、岡村哲夫
同 第三病院内科第1 井上育忠
- 3) 嚢胞性肺疾患の核医学検査
慈大放射線科 神立 進、中田典生、大谷洋一、森 豊
川上憲司
同 第三内科 島田孝夫
順天堂大学浦安病院内科 富永 滋
- 一般演題II (18:45~19:30) 座長 牛込新一郎(慈大病理)
- 4) 腫瘍型筋病変を伴った心サルコイドーシスの1例
虎の門病院呼吸器科 山口昭彦、坪井永保、成井浩司、野口昌幸
中谷竜王、中森祥隆、蝶名林直彦、中田紘一郎
同 循環器センター 西山信一郎
同 病理学科 海上雅光
- 5) 右肺上葉気管支周囲リンパ節にみられたキャスルマンリンパ腫の1例
慈大第三病院外科 半沢 隆、三好 勲、北 俊文、三森教雄
伊坪喜八郎
同 第三病院内科第2 王 金城、岡野 弘
同 病理 二階堂 孝、徳田忠昭
- 6) 食道破裂にて胃液汚染による胸膜炎を起こし経過難渋した1剖検例
慈大第三内科 武石昌則、関本健人、磯貝行秀
同 第二外科 小野敏孝、藤森 努、貴島政邑
同 病理 二階堂 孝
- 依頼講演 (19:30~20:00) 司会 貴島政邑(慈大第二外科)
「肺アスペルギローマの臨床的考察」
慈大第三病院内科第2講座 岡野 弘先生
- 閉会の辞 会長 谷本普一(慈大第四内科)

会 長 谷本普一
当番世話人 貴島政邑

第3回研究会を終えて

当番世話人 貴島政邑 (第二外科)

このたびの第3回研究会を計画したとき、2つのことに心掛けた。1つは一般演題に、十分な時間を与え、かつ Discussion も必要なだけは掘下げてほしいということ、他は特別講演は20～30分程度とし、学内から担当者を決めるということ、であった。以上のことは、発足したばかりの本会が、あり方に関する試みとして1回は経過しなければならない項目である。

幸い、ご着任が比較的最近の岡野弘教授 (第三病院内科) が、小型の特別講演を依頼講演として引受けてくださった。そして その結果として各一般演題に15分を割当てることが可能となった。岡野先生のご配慮にこの場を借りて謝意を表したい。また先生のお話は「肺アスペルギローマの臨床的考察」と題するもので、先生の研究の1つとして知られているこの話をきくよい機会ともなった。一般演題については、個々の評は出来ないが、内科系と外科系の2つの分野がよくカバーされ、それぞれに Discussion が盛り上がったことを付記する。

岡野 弘 (第三病院内科第2)

気管支・肺アスペルギルス症はアスペルギルス (A) の各種 species による気管支, 肺病変を呼び, その感染症から過敏反応までを含んでいる。その中, 肺アスペルギローマ (以下, 本症) は空洞, 嚢胞, 胸腔または気管支内に発現するに止まらず, 個体のもつ素因, 病態により, さまざまな生体反応を有している。

1985年までに集録した資料では本症の予後を見ると, 209例中の53例 (25%) が死亡し, 死亡例中の16例 (30%) が咯血死であった。本症では自然治癒例は10%前後報告されてはいるが, これらの事実と自験例の有症状例 (Fig.1) からみると早期診断と治療が問題である。本症のもつ生体の免疫学的反応は本症の診断と本真菌によるアレルギー性気管支肺疾患の病態解明に役立つものと考えられる。

1. 免疫学的反応

自験の本症22例で調べた。肺アスペルギローマを形成するアスペルギスの種は *A.fumigatus* をはじめ *A. niger*, *A. flavus*, *A. terreus* を含め9種以上が報告され, その患者の免疫学的反応は種特異性が大きいと考えられている。今回, 報告する免疫学的反応は最も頻度の高い *A. fumigatus* を抗原として用いているので, 必ずしもその免疫学的反応を示すとは限らないことになる。

A.fumigatus の皮内反応では即時型皮内反応が67% (12/18 例) の症例で陽性で, その中, 強陽性率は44%におよび気管支喘息患者のそれに比し有意に多い。経時的には一相性が特徴的であり, 中には2相性の症例も認めた (Fig.2)。

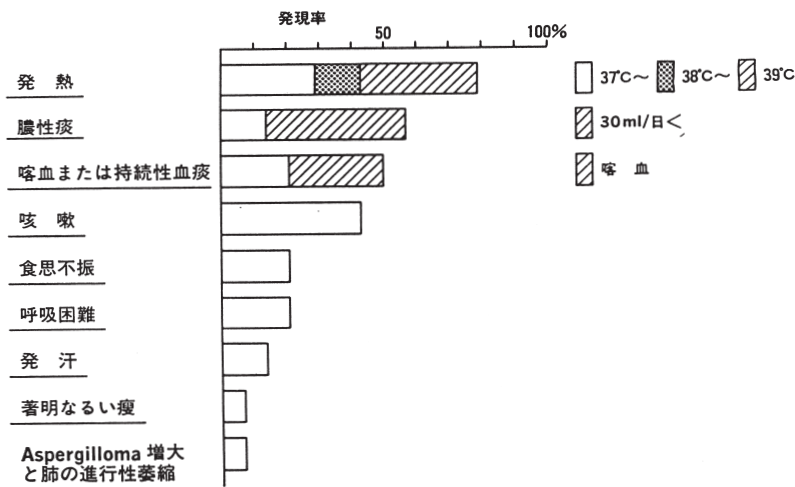


Fig.1 Aspergilloma 症例の治療の必要性を認めた症状, 所見 (n=14)

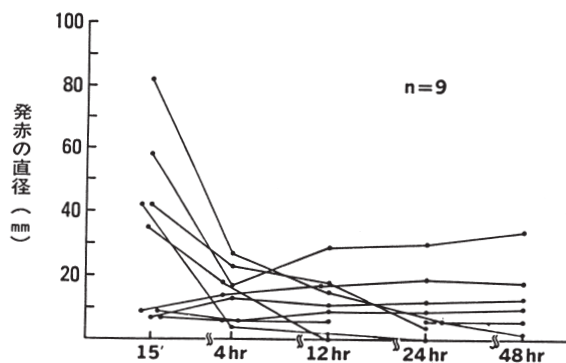


Fig.2 Aspergilloma 患者の Aspergillus f. に対する皮内反応 ($\times 10000, 0.1ml$ 鳥居, 1985.4.)

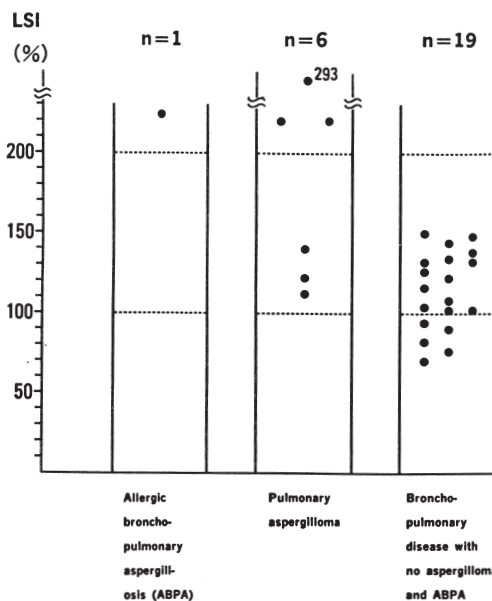


Fig.4 Lymphocyte stimulation test using Aspergillus fumigatus antigen. →

本症の血清 IgE 値は30%の症例が高値であり, A.fumigatus の IgE 型半定量的特異抗体は50%の例で陽性を示し, IgE 値が12,000 IU/ml 以上の症例も認められることが注目される (Fig.3)。

A.fumigatusの沈降抗体は症例の70%が陽性であり, 他の報告とほぼ同様であった。

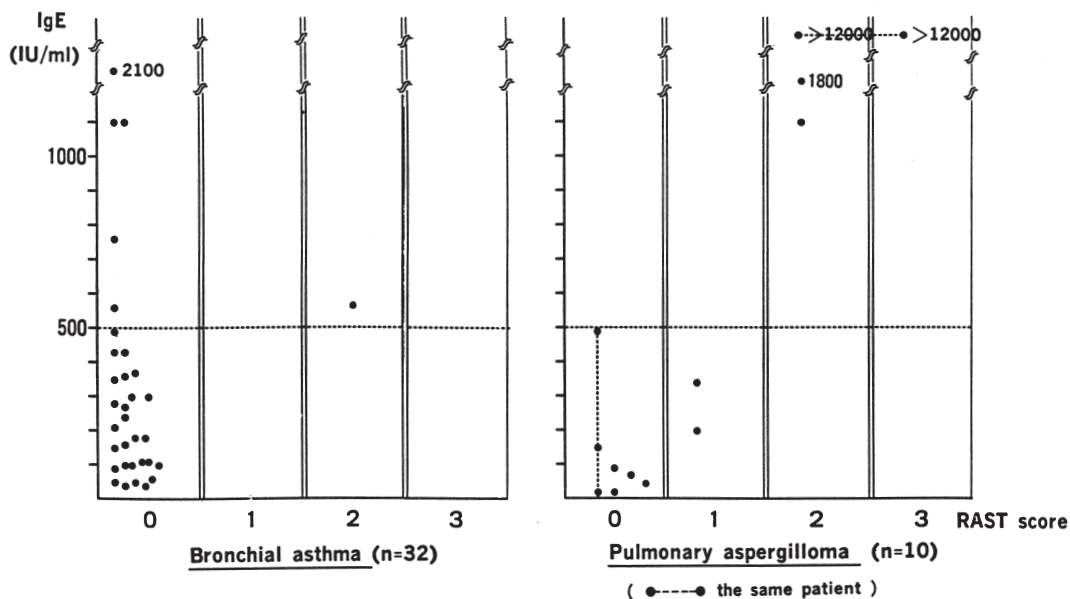


Fig.3 IgE and IgE RAST Score of Aspergillus fumigatus specific IgE antibody.

患者のリンパ球を用いた *A.fumigatus* によるリンパ球刺激試験は50%の症例で陽性であり、自験の ABPA の1例と同様であった (Fig.4)。

一方、本症例のツベルクリン反応は62%の例が陰性または疑陽性であり、過去に肺結核の既往歴を多くの症例が持つ本症例群がツベルクリン・アネルギーの状態にあることは注目される。自験の剖検肺で活動性肺結核性空洞内の肺アスペルギローマが確認され、その空洞壁血管の破綻から喀血死された2症例はいずれもツベルクリン反応が陰性であり、生前、頻回に調べた喀痰から結核菌を証明できず、本症治療上、厳に注意すべきものと反省している。

以上、本症では Gell and Coombs の I, III, IV型の過敏反応を有することが指摘され、本症例中には自験の ABPA (アレルギー性気管支肺アスペルギルス症) と免疫学的に酷似する症例をも認めている。したがって ABPA は既知の免疫学的反応のみならず、隠された多くの要因の関与が示唆される。またこれら免疫学的反応はその病態の解明の有用な手段になるばかりでなく、本症の診断にも有用と考えられる。

2. 壁在性増殖型肺アスペルギローマ

肺アスペルギローマのX線学的報告は、Dévé, F. (1938)に始まり、Monod, O.ら (1959) の fungus ballのX線学的名称に端を発する。1980年自験例から報告、提唱した壁在性増殖型アスペルギローマは肺の嚢胞や空洞内壁を内張りするごとく発育増殖するアスペルギルス真菌叢の層であり、あるものは菌球と共存し、あるものは増殖とともに唐草模様とその空間内に増殖して菌球 fungus ball の前段階のごとく見える (Fig.5)。

この病型の発現頻度は自験例の18% (5/28例) を占め、その5例の模式図を Fig.5 に示した。その第1例目 (症例1) は高熱と1日 300 mlに及ぶ高熱が続いて来院され、左肺上葉の巨大空洞を有していた。その断層写真上、まがたま状の真菌球のみか (Fig.6) と考えていた。

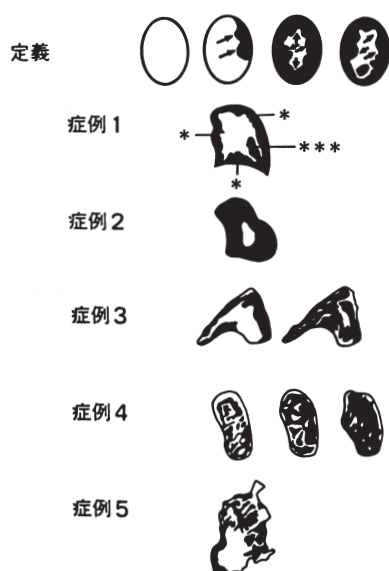


Fig.5 定義と5症例の模式図



Fig.6



Fig.7

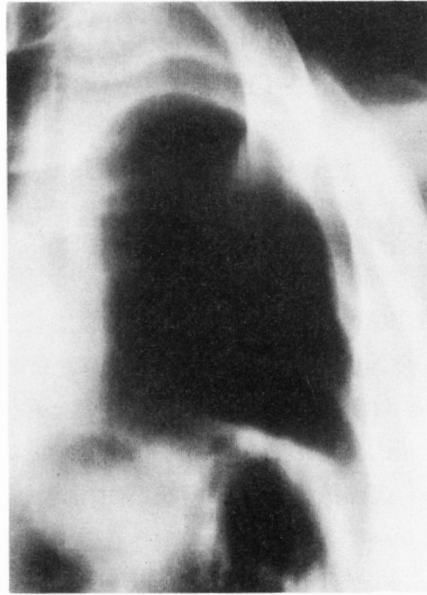


Fig.8

この空洞からは *A.fumigatus* が検出され、AMPH の空洞内注入療法を続ける中に、今までボケていた空洞壁からあたかも空洞壁が剥離落下し来るとき層状構造を認め (Fig.7)、最後には空洞壁は平滑となり、本来の空洞壁の全貌が認められ (Fig.8)、臨床症状の消失をみた。本例からまず本病型の存在が考えられた。

Fig.9 は症例5の剖検肺の空洞壁 (C.W.) の組織像である。生前、空洞内から *A.fumigatus* が検出され、入院後1週間程で咯血死された症例である。生前、X線上から本病型を疑ってはいたが、その組織像でも、*A.fumigatus* が空洞内壁を内張りするとき形で層状に増殖し、(↑印)、本病型の組織学的根拠となった。

本病型の自験例は比較強い臨床像、免疫学的反応を示し (Fig.10)、早期診断、治療を要し、注目すべき病型と考える。

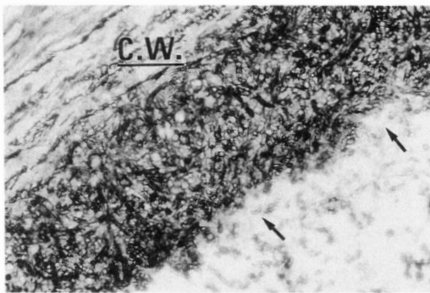
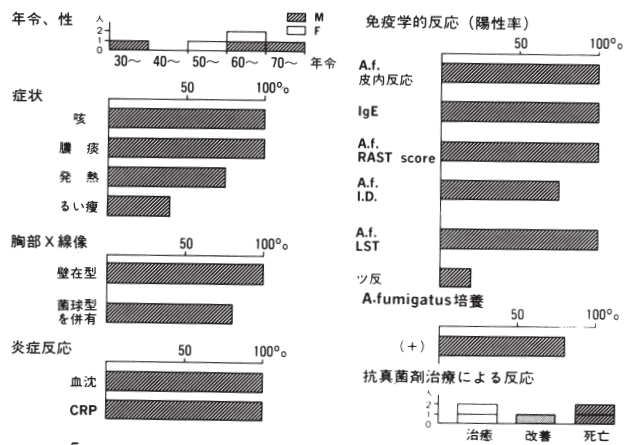


Fig.9

Fig.10 壁在性増殖型肺アスペルギローマ5症例のまとめ

壁在性増殖型肺アスペルギローマ5症例のまとめ



ミルクアレルギーの疑われた Cricopharyngeal inco rdinationの一乳児例

橋本光司, 秋本憲一, 赤沢 晃, 斉藤博久, 勝沼俊雄
飯倉洋治, 土田嘉昭*, 本名敏郎*, 上井義之*
(国立小児病院アレルギー科, *同外科)

基礎疾患もなく繰り返す肺炎を主訴に来院し、シネ造影で輪状咽頭筋機能不全症と診断され、牛乳特異 IgG 抗体が興味ある推移をたどった一例を報告する。

症例は1歳1ヵ月の男児で、主訴は呼吸困難であった。満期産、正常分娩で黄疸を認めなかった。元来哺乳時の咳嗽が多かったが、嚥下困難は認めなかった。肺炎で他院に4回入院している。上部消化管造影で食道胃逆流現象（GER）が疑われたため、当院外科に精査目的で入院となった。食道pHモニタでGERは否定されたが、再び肺炎に罹患し、喘息様の症状が強かったためアレルギー科へ転科となった。入院時現症では、体格中等度、栄養良好で、小顎症や中枢神経系の合併症を認めなかった。直ちに酸素 Tent へ収容し、イソプロテレノール持続吸入療法、ネオフィリン持続点滴、抗生剤を投与して経過を観察した。肺炎症状は抗生剤に不応性で繰り返しているため、症状が安定してから再度上部消化管造影を施行し嚥下運動を観察したところ、輪状咽頭括約筋の弛緩が弱く、造影剤の喉頭部、鼻咽頭への逆流が高度にみられ、輪状咽頭筋機能不全症による反復性の誤嚥性肺炎と診断した。食道気管瘻や食道胃逆流現象は認めなかった。

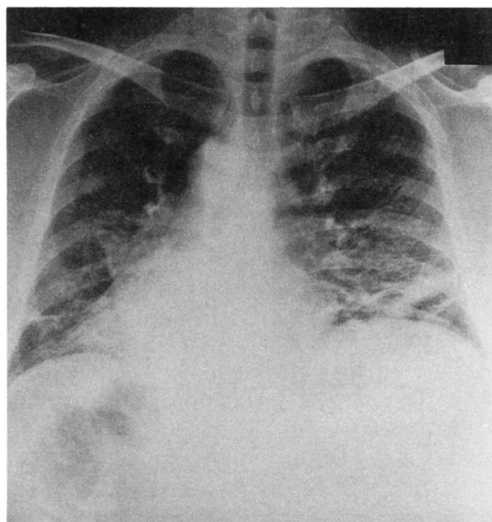
Cricopharyngeal incoordination または Cricopharyngeal dysfunction（輪状咽頭筋機能不全症）は、嚥下困難を起こす疾患の一つだが、小児では一般に、神経原性、筋原性の疾患に合併したり、小顎症などの奇形を伴うことが多いと報告されている。しかし本症例のように、嚥下は良好で栄養状態も非常によく他の合併症を伴わない例もあり、シネ造影で嚥下機能をみることは有用であると思われた。治療は、液体のみとして固形食で経過をみているが、時折喘鳴をともなう肺炎を起こしたため、積極的治療法を検討している。

一方、アレルギー学的検査では、RIST は低値で、RAST も陰性だったが、牛乳特異 IgG 抗体および特異 IgG 4 抗体が高値を示した。牛乳製品を完全に制限したところ、8ヵ月後には牛乳特異 IgG 抗体の低下がみられ、喘鳴は軽度減少したが、その後も時々肺炎に罹患し典型的な喘息に移行した。特異 IgG 抗体の役割に関しては一定の結論はでておらず、blocking antibody として働くという説や short-term anaphylactic antibody の可能性が報告されているが、この症例では、どのような役割を意味しているのか不明であった。牛乳抗原が経気道的に感作された可能性も考えられることから、今後さらに牛乳抗原による吸入負荷テストの検討を考慮している。

マレーシアで発病したノカルジア肺炎の1例

佐野光一，真家健一，谷本普一，岡村哲夫
井上育忠*（第四内科，* 第三病院）

ノカルジア肺炎の多くは免疫不全患者に発症する。今回われわれは健常成人男性に発症したノカルジア肺炎の1例を経験したので報告する。症例は35歳男性，生来健康で約2年間マレーシアに出張中であつた。1988年10月下旬より高熱出現し11月3日マレーシアのTawakal 病院に入院となつた。入院時高熱，左中肺野の呼吸音減弱および背部の捻髪音を認めた。当初セフトラジム1日2g 5日間点滴静注するも解熱傾向を認めなかつた。喀痰培養にてノカルジア属（種は不明）が検出されたため，ミノマイシン1日200mg 経口，アミノグリコシド系であるネチルマイシン200mg 筋注を開始し解熱傾向を認めた。胸部X線像では初期にみられた左肺門部腫瘤状陰影は数日後にさらに拡大し，右下肺野に板状ないしは線状陰影が加わるようになった（写真）。本人の希望で12月11日帰国。成田空港でPreshock状態となり，成田藤立病院に緊急入院となる。入院後イミペネム1日1g 3日間静注するも解熱傾向がないため，スルファメトキサゾール1日2～4g 経口およびチアンフェニコール2g 静注に変更。以後解熱傾向良好で胸部X線上の腫瘤状および板状陰影の減少をみた。12月11日の断層写真では左S⁶に空洞を伴う肺炎を，12月16日の胸部CTにて左B⁶周辺にまだら状の透亮像を伴う結節状陰影を認めた。板状～線状陰影は胸膜由来のものと考えられた。以上喀痰培養所見，特異な胸部X線像および他剤無効でサルファ剤とクロラムフェニコール系に反応する肺炎であつた点から本例をノカルジア肺炎と診断した。ノカルジア肺炎は病理学的に非特異性肺炎，壊死，膿瘍および肉芽腫形成などをみるため本例のように多彩なX線像を呈することが多い。ノカルジアは好気性の放線菌類であり，近年ステロイドおよび免疫抑制剤使用中の患者などにおける肺日和見感染の原因菌として注目され，わが国でも報告が散見される。しかし本例のように基礎疾患の認められないものは比較的少ない。本例のように健常な成人の肺炎でセフトラジム・イミペネムなどの広域スペクトラムを有する強力な抗菌剤の投与でも改善のみられない場合，ノカルジア肺炎の可能性を考慮し十分な起炎菌の検索をすべきと考える。



嚢胞性肺疾患の核医学検査

神立 進, 森 豊, 川上憲司 (放射線科)

島田孝夫 (第三内科)

富永 滋 (順天堂大学呼吸器内科)

はじめに

嚢胞性肺疾患とは肺内に発生した異常空間を認める疾患群の総称であり、Fig.1 に示すごとく、さまざまな原因によって起こる。この嚢胞の大きさが拡大性に進行した場合、巨大気腫性嚢胞となり、呼吸困難が生じ日常生活にもさしつかえる状態となる。このため早期の機能の評価、手術の必要性の有無を検討することが重要である。

対象・方法

慈恵医大入院および外来の患者を対象とした。手術症例を2例含む。

方法は ^{133}Xe ガス 20 mCi を吸入し、washin, 平衡時, washout 時の dynamic study を行なった。その後 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ MAA の静注を行ない、肺血流像を得た。

結果

washinではブラのある部位に一致し、 ^{133}Xe ガスが入らず、平衡時には他の肺野と同様の ^{133}Xe のuptakeが認められた (Fig.2)。washout phaseではブラに一致して減衰の遅れが認められた (Fig.3)。またwashout timeはブラの大きさは相関する傾向が認められた (Fig.4)。Fig. 5 に手術対象となった症例を示す。上側が術前、下側が術後である。

考察

気腫性嚢胞が進行性で巨大となり、日常生活にもさしつかえるよになれば積極的な治療が必要となる。しかし、Fig.6 に示すごとく、基礎疾患として気腫があるため、治療は困難となることが多い。手術をしても病状が改善しないことも少なくない。現在の手術の適応の考え方を Fig. 7 に示した。いまだ手術適応については完全には見解が一致しておらず、また手術方法自

嚢胞性肺疾患の定義 (大畑正昭)
肺嚢胞症とは、肺内に発生した異常空間を認める疾患群の総称で、炎症や腫瘍に続発したものを除く。

嚢胞性肺疾患の分類 (本間日臣 : Vanishing lung, 呼吸と循環, 18:435, 1970)

- 1) 気腫性嚢胞症
 - a) ブレブ
 - b) ブラ
 - c) 進行性気腫性嚢胞または巨大気腫性嚢胞
 - d) ニューマトシール
- 2) 気管支性嚢胞症
 - a) 気管支性嚢胞
 - b) 気管拡張性嚢胞
 - c) 先天性肺嚢性肺気腫
 - d) 肺分画症

Fig.1

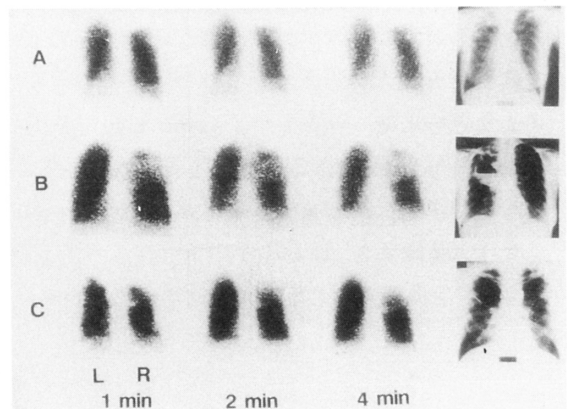


Fig.2 ^{133}Xe washin phase.

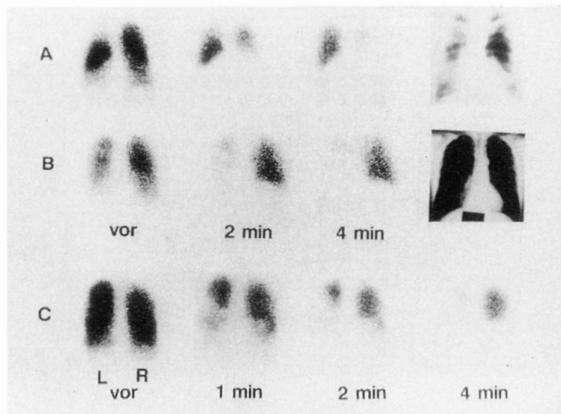


Fig.3 ¹³³Xe washout phase.

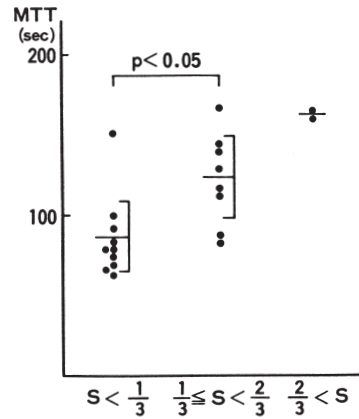


Fig.4 ブラ の 大 き さ と washout time

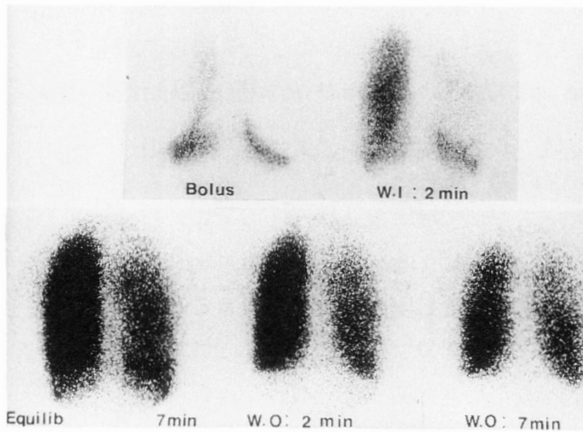


Fig.5

定義：

一側の肺の1/3以上の大きさのブラをいう。進行し肺野の2/3が消失するに至った状態を特にVanishing Lungという。

治療上の問題点：

- 1) 内科的治療が難しい。
- 2) 進行することがある。
- 3) 基礎に気腫があるため、手術をしても症状が改善しないことがある。
- 4) 合併症：感染、呼吸困難、出血、気胸、肺癌、胸痛。

Fig.6 巨大気腫性嚢胞の問題点

肺嚢胞症の手術適応（過去のまとめ）

気管支性嚢胞

すべて手術の適応

肺分画症

血痰、膿瘍の危険性があるため診断がつき次第ニューマトシール、外傷性肺嚢胞は自然消退が期待できるので、適応なし。

気胸

再発、air leakが続くもの、両側同時、血胸、肺膨張不全。

巨大肺嚢胞

一側の1/3以上の大きさ。

増大する。

自覚症状がある。

* 気胸の合併。

* 嚢胞の感染。

呼吸機能障害のあるもの。

血痰がある。

肺癌が疑われる。

単純x線や血管造影で肺血管床が保たれている。

* 患側の血流が悪い。炎症性の要素が少ない。（Wesley、1972）

* 片側性であること。残存肺の血管造影でcrowdingであること。トラップされるガスが多いこと、アルファ1アンチトリプシン欠損で（FitzGerald、1974）

Fig.7 肺嚢胞症の手術適応（過去のまとめ）

体も変化してきているのが実状である。この場面において、残存肺機能、嚢腫の大きさ、進行の予測が可能な肺のシンチグラフィは重要な意味をもっているといえる。Fig. 8 に嚢胞性肺疾患におけるアイソトープ検査の意義についてまとめた。

文献

- 1) 川島康生ほか. 巨大気腫性嚢胞症の手術適応. 日胸外会誌 1981;29:655-7.
- 2) 藤沢武彦ほか. 肺シンチグラフィによる巨大気腫性肺嚢胞症の局所血流換気病と外科療法に関する検討. 日胸外会誌 1981;29:666-9.
- 3) 木村敬二郎. ^{133}Xe を用いた換気steady state法による局所肺機能測定法の検討. Radioisotopes 1975;24:867-72.
- 4) 川上憲司. 呼吸器核医学. 画像診断 1987;7:160-70.
- 5) Shamji FM, et al. Cystic disease of the lung. Surgical Clinics of North American 1988; 68:581-620.
- 6) Wesley JR, et al. Evaluation and surgery of bullous emphysema. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 1972;63:945-55.

-
- 1) 嚢胞自体の検査
 - a) 大きさの測定.
 - b) 嚢胞と健常部との交通性の測定.
 - c) 嚢胞が健常部に与えている影響の推定.
(圧迫, 肺高血圧など)
 - d) 嚢胞の呼吸機能に与える影響.
(シャント, 無効換気の測定.)
 - 2) 残存肺の検査
 - a) 機能面からみた残存肺の大きさ.
 - b) 術後の肺機能の予測.
-

Fig.8 嚢胞性肺疾患におけるアイソトープ検査の意義

腫瘍型筋病変を伴った心サルコイドーシスの一例

山口昭彦，坪井永保，成井浩司，野口昌幸，中谷竜王
中森祥隆，蝶名林直彦，中田紘一郎，西山信一郎*，海上雅光**
(虎の門病院呼吸器科，*同・循環器センター，**同・病理学科)

不整脈および筋腫瘍を認め，生検で心サルコイドーシスと診断した一例を経験した。

症例は38歳男性。胸部異常影(BHL)にて来院。35歳時より不整脈を指摘され37歳時に一過性の意識消失発作の既往がある。身長 172cm，体重84kg，脈拍52/分，不整。貧血，黄疸なく眼底所見に異常ない。全身のリンパ節も触知しない。右前頭部，左右上腕，右前腕に径2 cm，左臀部に径5 cmの腫瘍を認めた。筋萎縮，仮性肥大，筋力低下はなかった。ツ反陰性，ACE 31.2 U/Lであった。胸部X線では著明な BHL を認めたが，断層，胸部CTでも肺野病変はなかった。入院時のホルター心電図で VT，Af，PAC，PVC を認め，心エコー，心筋シンチで左室前壁の壁運動の低下を認めた。心筋生検を行ない心サルコイドーシスの診断を得た。ガリウムシンチは肺門部に加え左臀部にも取り込まれた。CT上も左臀部の病変が確認された。左上腕二頭筋より筋生検を行ないサルコイド結節を得た。心病変に対し，プレドニン50mgを投与し，不整脈は改善したが，なお残存している。ACE は正常化し筋腫瘍も縮小した。筋腫瘍の縮小はCTでも確認出来た。ホルター心電図，ACE を参考にステロイドは，漸減中である。

サルコイドーシスにおける心病変は5～13%とされているが，興奮生成異常，刺激伝導障害など重篤な不整脈が多く死因として重要である。心サルコイドーシスが疑われる場合には，心筋生検の実施も考慮される。また筋サルコイドーシスは無症状型，腫瘍型，ミオパチー型に大別されるが，多くは無症状型である。しかし筋生検により，高率にサルコイド病変が認められる報告もあり，診断上有用と思われる。また腫瘍型の多くも無症状であるが，その発見，経過観察上ガリウムシンチ，CTが有用であった。

右肺上葉気管支周囲リンパ節にみられた Castleman リンパ腫の1例

半澤 隆, 三好 勲, 北 俊文, 三森教雄, 伊坪喜八郎 (第三病院外科)
王 金城, 岡野 弘 (同・内科第二) 二階堂 孝, 徳田忠昭 (同・病理)

24歳の女性。大学入学時検診で胸部異常陰影を指摘され、Sarcoidosis の疑いで経過観察されていた。3年後の入社時検診で同部の陰影の増大を指摘され、紹介された。胸部X線写真上右肺門部に長径50mmの lobulation を伴う腫瘤陰影が認められ、CTで腫瘤は右主気管支と中幹気管支の前面に位置し上大静脈および肺動脈の軽度圧排がみられた。気管支鏡所見は右上幹入口部がやや狭く、中間幹との spur から前壁にかけて粘膜の毛細血管拡張がみられ、B1,B3は周囲より圧排されている。BALのACEおよび OK seriseは正常、結核菌培養も陰性であった。B1入口部の biopsy の構成細胞は裸核状・小型円形で異型を認めないリンパ球であった。リンパ球の共通抗原である Leucocyte common antigen 染色でほぼ全体に陽性像が得られ、T cell,B cellの染色では、これらリンパ球は polyclonal なものと考えられた。術前諸検査より Castleman リンパ腫を疑ったが、悪性のものも否定できず、手術を施行した。肺動脈前面、上葉気管支周囲リンパ節の腫大とおもわれる。50×45×35mmの境界明瞭な腫瘤を認め、上葉合併切除とともに腫瘤を摘出した。縦隔リンパ節の腫脹は認めなかった。組織学的に濾胞の著名な過形成を認め、濾胞間および濾胞内に高度の血管増生がみられ、各々の血管内皮は顕著に賦活し、血管周囲には強い硝子化を伴っている。濾胞は細線維によって形成された層状の空隙に小型成熟リンパ球が1列ずつに並ぶ同心円状配列を呈し、形質細胞、多核白血球の混在はほとんど見られないことにより hyaline vascular type の Castleman lymphoma と診断した。免疫組織化学的にはT cell, B cellは正常のリンパ節とほぼ同様の分布を示し、 $\kappa \cdot \lambda$ の light chain も同等の反応を示した。興味深いことは術前気管支鏡下のB1気管支入口部の biopsy 所見で小型成熟リンパ球の monotone な集簇がとらえられたことである。摘出した材料をつぶさに観察すると腫瘤に接して胸膜直下のリンパ管内にリンパの鬱滞がみられ、同様の所見がごくわずかではあるが肺末梢域のリンパ管内にも認められた。

食道破裂にて胃液汚染による胸膜炎を起こし経過難渋した1剖検例

武石昌則，関本健人，磯貝行秀，小野敏孝*
藤森 努*，貴島政呂*，二階堂孝**
(第三内科，*第二外科，**病理)

病例41歳男性。飲酒飲食後，突然の嘔吐および心窩部痛が出現し救急車にて某病院に入院となる。心窩部痛が増強し，血圧も90/60mmHgと低下傾向を示してきたため，翌朝当科に転入院となる。入院時，体温38.0℃，呼吸数22回／分，脈拍108 /分整で，両側前頸部から前胸部にかけて皮下気腫を認めた。胸部X線上，左胸水貯留および気胸を認め，ただちに胸腔ドレナージを行なった (Fig.1)。食道造影にて縦隔への造影剤漏出を認め，特発性食道破裂と診断し，発症より約40時間後に緊急手術を施行した。術後左胸膜炎，両側性肺炎を呈し特に左胸腔内ドレナージから排膿し，種々の抗生剤を投与するも左胸膜は難治性であった (Fig.2)。そのため術後3回にわたり開胸ドレナージを行ない，ドレナージからも細菌培養を頻回に行なったが，起病菌は同定されなかった。その後の，DICを合併し，第34病日に永眠された。病理学的には，食道下部後壁に約6cmの縦走断裂を認め，組織学的に食道平滑筋の非薄化はみられなかった。また胸部は，両側膿胸・化膿性胸膜炎を呈し，左側に著明で，器質化を伴う両側性の癒合性肺炎を示していた。組織学的には，左側臓側胸膜の著明な肥厚と胸膜下に陳旧性および新鮮膿瘍を認め，食物残渣を移とする異物肉芽形を認めた。

以上，発症より長時間の胃液汚染により難治胸膜炎を呈した特発性食道破裂の一例を示し，本症の予後を左右する縦隔炎・胸膜炎に対するより早期の処置が重要と考えられた。

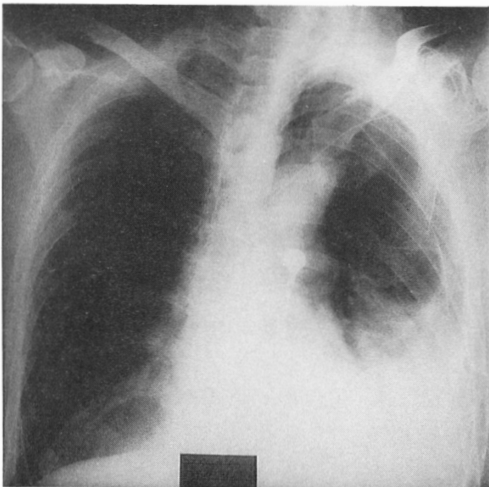


Fig.1

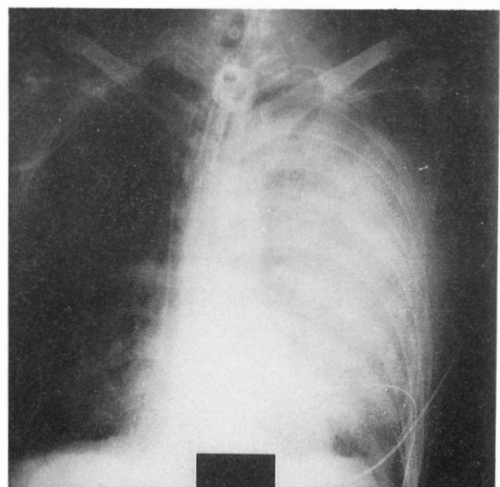


Fig.2

編集後記

慈大呼吸疾患研究会も第3回を終え、ここに会誌をお届けします。

慈恵医大では、伝統のある研究会、カンファレンスが、多数開催されています。呼吸器疾患研究会はまだ生まれたばかりですが、毎回多数の先生方に参加していただき、世話人一同発奮しています。

今回は、第二外科貴島助教授にお世話していただきましたが、岡野教授の特別講演「肺アスペルギローマの臨床的考察」をはじめ、一般演題に対する討論も活発で、盛会でした。

なお本研究会の活動を軸として行なう研究課題「慢性閉塞性肺血管腫—基礎および臨床」に対して、平成元年度の学外研究補助金をいただきました。本研究課題を通じて、学外の研究仲間とも交流し、補助金は本学における呼吸器疾患の診療、研究レベルのさらなるアップにあてたいと思っています。

次回「第4回」は、岡野弘教授のお世話で1989年9月25日(月)開催する予定です。多数の先生方のご出席をお待ちしております。

(川上憲司)

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