

慈大

2007
mar. 19-1

呼吸器疾患研究会誌

Jikei Journal of Chest Diseases

| | | |
|---|---------|----|
| 間質性肺炎合併肺癌症例の臨床検討 | 佐藤敬太ほか | 1 |
| Heart Failure, Pneumonia, and Mean Platelet Volume in Old Age | 今泉忠芳 | 6 |
| 腎癌肺転移切除時に診断切除した気管支動脈瘤 | 秋葉直志ほか | 9 |
| 進行肺癌の放射線治療後に生じた難治性肺癆に対して 胸腔鏡下瘻孔閉鎖術が有用であった1例 | 松平秀樹ほか | 13 |
| 1週間の経過で呼吸不全を呈した多発性筋炎による 急速進行性間質性肺炎の1例 | 小島 淳ほか | 14 |
| 急速に肺の組織崩壊を呈した若年発症 <i>M. avium</i> 症の1例 | 森田あかねほか | 15 |
| 第71回研究会記録 | | 16 |

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/>

間質性肺炎合併肺癌症例の臨床検討

佐藤敬太, 野尻さと子, 弓野陽子,
沼田尊功, 佐藤哲夫
(東京慈恵会医科大学附属病院
呼吸器内科)

要 旨

われわれは1998年から2005年の8年間に当院に入院した間質性肺炎合併肺癌21症例の検討を行なった。間質性肺炎診断から肺癌発症までの期間は59ヵ月であった。肺癌の組織型は小細胞癌10例、扁平上皮癌6例、腺癌2例、重複癌(扁平上皮癌+腺癌)1例、組織型不明2例であった。21症例中16症例に治療を行ない、治療後の急性増悪は認めなかった。肺癌診断時から死亡までの期間は12.9±15.2ヵ月であった。肺癌単独症例との比較では平均生存期間において差異はみられなかった。

た肺癌単独症例26例と比較検討した。今回の検討では間質性肺炎の組織型は得られておらず、IPFとは画像上典型的なIPF像を呈するものとし、それ以外のものをnon-IPFと分類した。統計学的解析にはStudent t検定を使用し、生存期間の検討はKaplan-Meier法を用いた。

結 果

IIPs合併肺癌21例の内訳をTable 1～4に示す。男女比は19:2と男性に多く見られた。PSは0～2までが17人と良い症例が比較的多かった。IIPs診断時から肺癌発症時までの期間は59.2±51.1ヵ月であった。IPF15例、non-IPF6例であり肺癌の組織型は小細胞癌10例、扁平上皮癌6例、腺癌2例、重複癌(扁平上皮癌+腺癌)1例、組織型不明2例であった。肺

緒 言

特発性間質性肺炎(IIPs)は臨床経過から急性例と慢性例に分けられる。慢性経過例において急性増悪症例や肺癌合併症例が予後悪化の一因となっている。今回当院で経験した間質性肺炎と肺癌の合併例についてその臨床像、治療、予後について検討した。また肺癌単独症例との比較検討を行なった。

対象および方法

1998年から2005年の8年間に当院に入院した特発性間質性肺炎合併肺癌21例の臨床的検討を行なった。IIPsの発症時期は診断確定日とし、IIPsの診断、CT所見については特発性間質性肺炎の診断基準に沿った。また対照として、同期間に当院に入院し組織学的に確診され

Table 1 Patient characteristics of IIPs with lung cancer.

| | |
|---|----------|
| Number | 21 |
| Sex (M:F) | 19:2 |
| Age (mean±S.D) | 69.5±8.6 |
| B.I. (mean±S.D) | 1333±955 |
| Performance status | |
| 0 | 5 |
| 1 | 9 |
| 2 | 3 |
| 3 | 3 |
| 4 | 1 |
| Diagnosis of cancer from IIPs onset (month) 59.2±51.1 | |

Table 2 Patient characteristics of IIPs with lung cancer.

| | |
|------------------------------------|----------|
| Classification of IIPs | |
| IPF | 15 |
| non-IPF | 6 |
| Histological type of cancer | |
| small | 10 |
| squamous | 6 |
| adeno | 2 |
| double | 1 |
| unknown | 2 |
| Primary site of cancer | |
| central | 38% (8) |
| peripheral | 62% (13) |
| right | |
| right | 33% (7) |
| left | |
| left | 67% (14) |
| upper | |
| upper | 27% (6) |
| middle | |
| middle | 0% (0) |
| lower | |
| lower | 73% (15) |

Table 3 Patient characteristics of IIPs with lung cancer.

| | |
|---------------------------|----|
| Stage | |
| I | 3 |
| II | 3 |
| III | 11 |
| IV | 4 |
| Anticancer therapy | |
| operation | 2 |
| operation + chemotherapy | 1 |
| chemotherapy | 10 |
| chemotherapy + radiation | 2 |
| radiation | 1 |
| BSC | 5 |

| | | | | | |
|------|-------------|---|-------|-----------|---|
| SCLC | CDDP+VP-16 | 6 | NSCLC | CBDCa+TXL | 1 |
| | CBDCa+VP-16 | 3 | | CBDCa+VDS | 1 |
| | | | | CDDP+VDS | 1 |
| | | | | VNR | 1 |

Table 4 Patient characteristics of IIPs with lung cancer.

| | |
|---|-----------|
| Acute exacerbation of IIPs after treatment | 0 |
| Death from diagnosis of cancer (month) | 12.9±15.2 |
| Death from diagnosis of IIPs (month) | 62.8±58.6 |
| Cause of death | |
| cancer | 11 |
| infection | 4 |
| AMI | 1 |

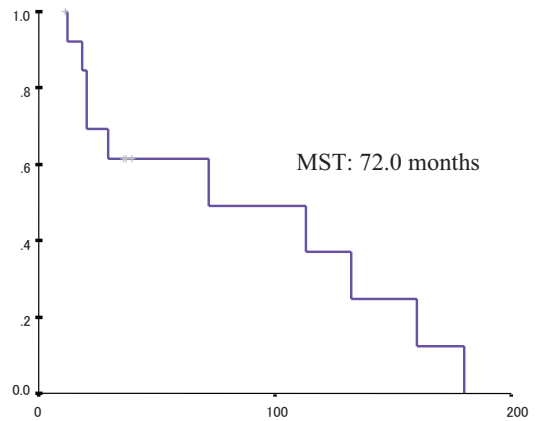


Fig. 1 Survival from diagnosis of IIPs.

癌の発生部位は末梢発生 62%，左側発生 67%，下葉発生 73% という結果であった。Stage はⅢ期 11 例，Ⅳ期 4 例と進行した症例が多かった。治療としては手術，化学療法，放射線を含めた集学的治療を 16 例に施行した。高齢，PS 不良という理由で 5 例は BSC であった。肺癌診断時から死亡までの期間は 12.9 ± 15.2 ヶ月であった。死因は癌死 11 例，感染症死 4 例，心筋梗塞 1 例であった。IIPs 診断時からの生存曲線 (Fig. 1)，肺癌診断時からの生存曲線 (Fig. 2) を示す。MST はおのおの 72 ヶ月，12 ヶ月

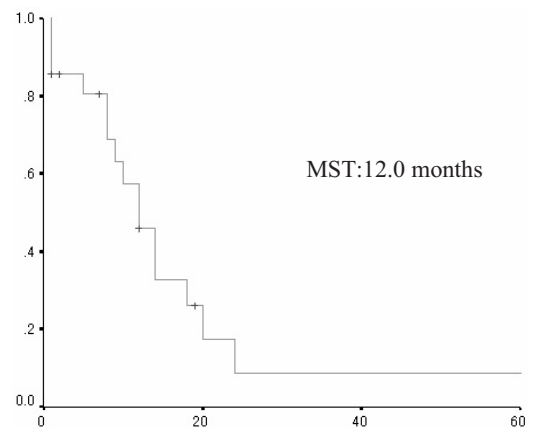


Fig. 2 Survival from diagnosis of cancer (IIPs).

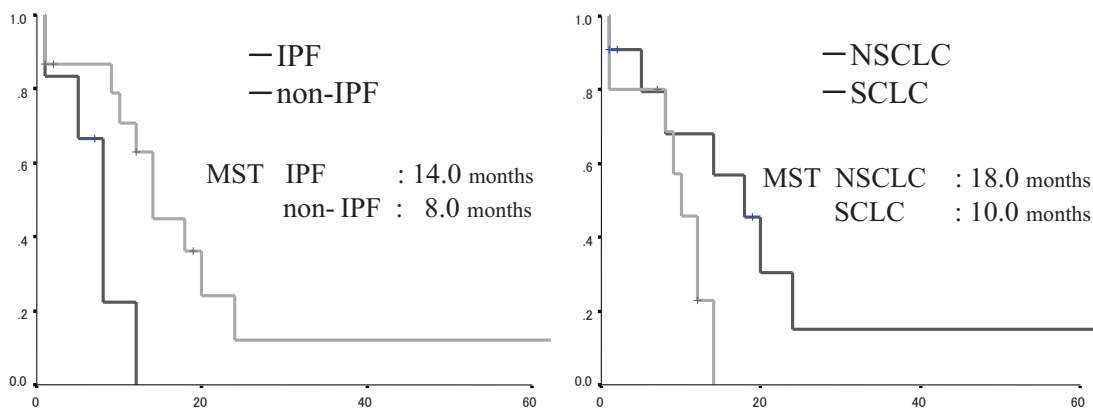


Fig. 3 Survival from diagnosis of cancer (IIPs).

であった。肺癌診断時からの生存曲線を IPF と non-IPF, NSCLC と SCLC に分けてみると (Fig. 3), IPF では MST 14 ヶ月, non-IPF で 8 ヶ月, NSCLC では 18 ヶ月, SCLC では 10 ヶ月であった。

次に IIPs 合併肺癌症例と肺癌単独症例の内訳を Table 5 に示す。単独症例は男女比 20 : 6 であり, 年齢・喫煙指数は IIPs 合併症例と有意差を認めなかった。肺癌組織型は腺癌 14 例, 扁平上皮癌 5 例, 小細胞癌 3 例, 大細胞癌 2 例,

組織型不明 2 例であった。肺癌診断時から死亡までの期間は 20.4 ± 17.6 ヶ月であった。生存曲線を Fig. 4 に示す。肺癌単独症例の MST はそれぞれ 16 ヶ月であった。

考 察

間質性肺炎の肺癌合併は多数報告されている。肺癌発症までの期間はこれまで谷村ら¹⁾は 45 ヶ月, Fraire ら²⁾は 110 ヶ月などが報告されているが当院では 59 ヶ月という結果であった。

Table 5 Patient characteristics of cancer with and without IIPs (4).

| | cancer with IIPs | cancer only |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Number | 21 | 26 |
| Sex (M:F) | 19:2 | 20:6 |
| Age (mean±S.D) | 69.5± 8.6 | 63.4± 10.6 |
| B.I. (mean±S.D) | 1333± 955 | 1076± 1008 |
| Histological type of cancer | | |
| small | 10 | 3 |
| squamous | 6 | 5 |
| adeno | 2 | 14 |
| large | 0 | 2 |
| double | 1 | 0 |
| unknown | 2 | 2 |
| Death from | | |
| diagnosis of cancer(month) | 12.9±15.2 | 20.4±17.6 |

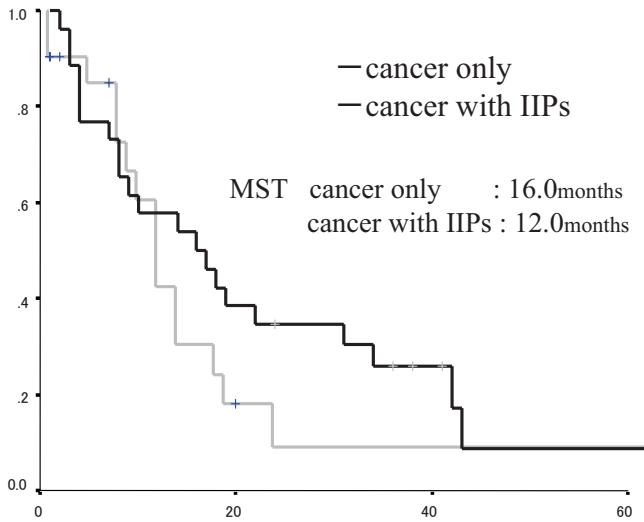


Fig. 4 Survival of lung cancer with and without IIPs.

これらの結果は IIPs の臨床診断日から肺癌の臨床診断確定日までであり、本来どの時点で IIPs が発症したか、肺癌が発症したかを究明するのは難しく正確な期間を出すのは困難である。しかしながら肺癌の合併が多いという中、この値は経過をみていく上で参考になるのではないかと考えられた。

肺癌の組織型のこれまでの報告では腺癌、扁平上皮癌の発症が多いとされている¹³⁾⁷⁾。本検討では小細胞癌が多く次いで扁平上皮癌、腺癌という結果となった。確かに扁平上皮癌や腺様化生といった病変から肺癌が発症してくることを考えると扁平上皮癌や腺癌が多く見受けられて当然である。しかしながら組織型はまちまちという報告もあり、今回の検討で小細胞癌が多かったことに関して明らかな原因は見あたらなかった。

発症部位においては諸家の報告では下葉発生、末梢発生が多いとされており¹³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾、われわれの成績も諸家の報告同様、末梢型肺癌が多く線維化病変との関連性を示すものと考えられた。

肺癌発症時 21 例中 15 例 (71%) は stage III 以上と、進行した症例が多く見られた。この原

因としてレントゲン状網状粒状影があるため肺癌の存在が認識されるまでに時間がかかる事、IIPs による自覚症状のため肺癌に付随する症状が隠されてしまったこと、比較的進行の早い小細胞癌が多かったことなどが考えられる。

治療については急性増悪が問題になる。竹内ら⁶⁾は化学療法単独で 6 例中 1 例 (16%)、竹中ら⁷⁾は化学療法単独で 23 例中 2 例 (8.7%)、放射線療法 8 例中 2 例 (25%)、手術療法 14 例中 2 例 (14.3%) と報告している。われわれの結果は小細胞癌が多いこともあり化学療法を使用した症例が多かった。CDDP + VP-16 が 6 例、CBDCA + VP-16 が 3 例、他 TXL, VDS, VNR を使用した。また手術 3 例、化学療法に放射線併用例が 2 例、放射線単独は 1 例であった。治療に伴う急性増悪は認めなかった。われわれの経験からは白金製剤は安全に使用できる薬剤であると考えられた。しかし VP-16, VDS と白金製剤との併用で致死性の肺障害を起こしたという報告⁷⁾⁸⁾もあり、使用にあつては充分注意が必要である。治療に伴う急性増悪は今後の臨床面で非常に大きな問題となってくる。急性増悪発生の危険因子としては IIPs の活動性である。竹中ら⁷⁾は CRP の高い症例が急性増悪

する危険性が高く、ESR、LDHと急性増悪との関連は見いだせなかったと報告している。今後KL-6、SP-Dなどのマーカーと急性増悪との関連性の検討が望まれる。

IIPs合併肺癌症例と肺癌単独症例の予後を検討した結果、生存期間においてIIPs合併肺癌症例と肺癌単独症例を比べてもそれほど差異はでなかった。IIPsの合併が予後に影響を与えるというよりも肺癌そのものが予後に影響を与えたと考えられた。

文 献

- 1) 谷村一則, 清水 透, 本間行彦ほか: 特発性間質性肺炎と肺癌合併例の特徴. 日胸疾会誌. 1987; 25: 216-221.
- 2) Fraire AE, Greenberg SD. Carcinoma and diffuse in-

terstitial fibrosis of lung. *Cancer*. 1973; 31: 1078.

- 3) 小倉 剛, 近藤有好, 佐藤篤彦ほか. 特発性間質性肺炎における肺癌の合併とその臨床的特徴. 日胸疾会誌 1997; 35: 294-298.
- 4) 大塚義紀, 浮田英明, 正木芳孝ほか. 特発性間質性肺炎 (IIP) からの肺癌発症. 日胸疾会誌 1991; 29: 560-565.
- 5) 岡野弘, 谷本晋一, 中田紘一郎ほか. 特発性間質性肺炎の肺癌合併. 胸 1989; 48: 189-197.
- 6) 竹内栄治, 山口俊彦, 森雅秀ほか. 肺癌を合併した特発性間質性肺炎症例の臨床的検討. 日胸疾会誌 1996; 34: 653-658.
- 7) 竹中 圭, 吉村明修, 岡野哲也, 他. 特発性間質性肺炎 (IIP) 合併肺癌における肺癌治療に伴うIIP急性増悪の検討. 肺癌 1999; 39: 955-962.
- 8) Dajczman E, Srolovitz H, Kreisman H, et al. Fatal pulmonary toxicity following oral etoposide therapy. *Lung Cancer*. 1995; 12: 81-86.

Clinical Study on Characteristics of Lung Cancer Patients with Idiopathic Interstitial Pneumonias

Keita SATOH, Satoko NOJIRI, Youko YUMINO, Takanori NUMATA, Tetsuo SATO

Department of Respiratory Medicine, Jikei University School of Medicine

Abstract

We studied 21 lung cancer patients with idiopathic interstitial pneumonias from 1998 to 2005. The duration from the onset of IIP to onset of lung cancer was 59.2 months.

Pathological features of 21 cases lung cancer were the following; Small Cell Lung Carcinoma (SCLC) in 14, Squamous Cell Carcinoma (Sq) in 6, Adenocarcinoma (Ad) in 2, double cancer (SCC + Ad) in 2 and unclassified in 2. Therapy were given to 16 of 21 patients, acute exacerbation were not experience. The duration of from onset of carcinoma to death was 12.9 months. When compared with lung cancer without IIPs, Median survival time (MST) were not difference lung cancer with IIPs and without IIPs.

Key words: Lung cancer, Idiopathic Interstitial Pneumonias.

Heart Failure, Pneumonia, and Mean Platelet Volume in Old Age

Tadayoshi IMAIZUMI

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

Key words: mean platelet volume, heart failure, pneumonia.

Introduction

Since the advent of electronic cell counting instrument, the mean platelet volume (MPV) has been commonly measured clinical parameter¹⁾. MPV changing was observed on some physiological conditions such as infection²⁾, thyroid disease³⁾, exercise⁴⁾, or platelet disorders⁵⁾.

MPV was observed on. Terminal diseases, heart failure and pneumonia, of old age in the present study. It was observed that MPV was increased in heart failure, and was decreased in pneumonia.

Materials and Methods

Cases studied Terminal cases (heart failure, 23, pneumonia, 34) of old age, 57, and discharged cases as control, 25, in old age hospital were studied (**Table 1**).

Platelet count, and mean platelet volume (MPV) were counted from peripheral blood within one month from terminal or discharge. MPV under 7.4 fl was decreased level, and over 9.0 fl was elevated level.

Results

Elevated MPV was 9/23 (39.1 %) in heart failure,

Table 1 Cases studied.

| | n | Sex | | Age |
|----------------------|----|-----|----|-----------|
| | | M | F | \bar{x} |
| Heart failure | 27 | 7 | 16 | 86.0a |
| Pneumonia | 34 | 18 | 16 | 87.6a |
| Discharged (Control) | 25 | 7 | 18 | 83.2 |

a P>0.1

Table 2 MPV in cases with Heart failure, Pneumonia and Discharged.

| | n | MPV | | |
|---------------|----|-------------|--------|--------------|
| | | elevated | normal | decreased |
| Heart failure | 23 | 9 (39.1%)ab | 12 | 2 (8.7%)c |
| Pneumonia | 34 | 4 (11.8%)a | 10 | 20 (58.6%)cd |
| Discharged | 25 | 4 (16.0%)b | 16 | 5 (20.0%)d |

a P<0.05

b P<0.05

c P<0.001

d P<0.01

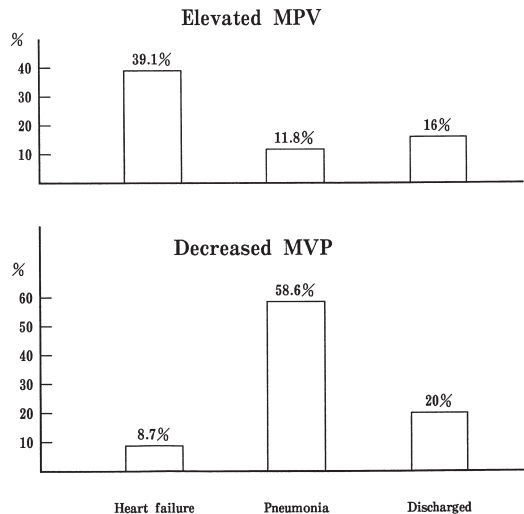


Fig. 1 MPV in cases with Heart failure, Pneumonia and Discharged.

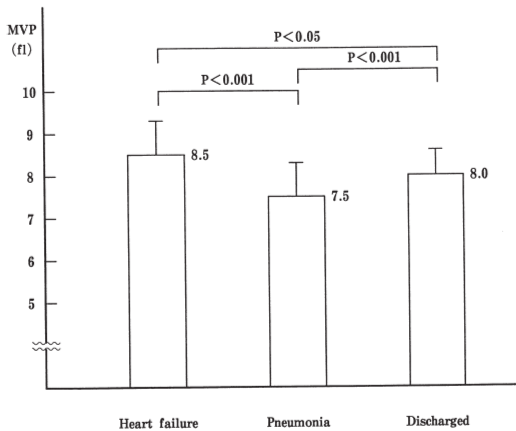


Fig. 2 Mean Platelet Volume in cases.

4/34 (11.8 %) [$p < 0.05$] in pneumonia, and 4/25 (16.0 %) in control [$p < 0.05$] (Table 2, Fig. 1).

Decreased MPV was 2/23 (8.7 %) in heart failure, 20/34 (58.8 %) in pneumonia [$p < 0.01$] and 5/25 (20.0 %) in control [$p < 0.01$].

No difference was observed between male and female.

Average MPV was 8.5 in heart failure, 7.5 in pneumonia [$p < 0.001$], and 8.0 in control [$p < 0.05$].

Platelet count was 20.7 in heart failure, 27.1 in pneumonia, and 22.3 in control [$p < 0.05$].

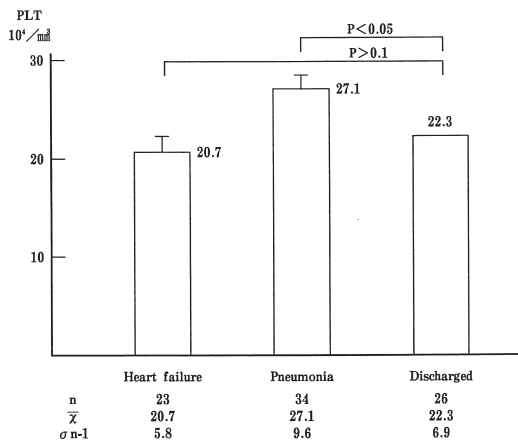
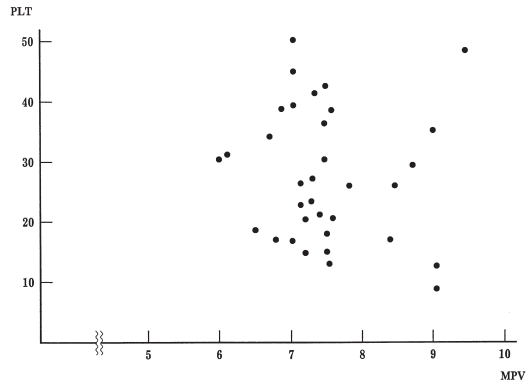


Fig. 3 Platelet count in cases.



PLT count と MPV には相関はみられなかった。

Fig. 4 PLT/MPV in Pneumonia.

No correlation between platelet count and MPV (coefficient $\gamma = 0.1$) was seen in pneumonia (Fig. 4).

Discussion

Platelet was mainly noted in relation to blood coagulation. However, platelet was related to not only bleeding tendency but also physiological conditions in the present observation. Although platelet count was somewhat elevated in pneumonia, MPV was not remarkable related with platelet count in pneumonia.

Elevated MPV in heart failure and decreased MPV in pneumonia was suggested changing platelet turnover, or platelet producing process. Thus, observation of MPV would be useful to see physiological conditions.

Summary

Mean platelet volume (MPV) was elevated in heart failure and decreased in pneumonia, of old age disease. Average MPV (fL) was 8.5 in heart failure, 7.0 in pneumonia, and 8.0 in control.

References

- 1) Threatte GA. Usefulness of the mean platelet volume. Routine Hematol Testing 1993; 13: 937-950.
- 2) Bessman JD. New parameters on automated hema-

tology instruments. *Lab Med* 1983; 14: 488-491.

- 3) Panzer S, Haubstock A, Miller E. Platelets in hyperthyroidism; studies on platelet counts, mean platelet volume, ¹¹¹indium-labeled kinetics, and platelet-associated immunoglobulins G and M. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 70: 491-496.
- 4) Ricci G, Masotti M, Mazzoni G, et al. Platelet count, mean platelet volume, and platelet dimensional width in professional cyclists during races. *Thromb Res* 1991; 62: 791-792.
- 5) Levin J, Bessman JD. The inverse relation between platelet volume and platelet number. *J Lab Clin Med* 1983; 101: 295-307.

腎癌肺転移切除時に診断切除した気管支動脈瘤

秋葉直志¹⁾, 稲垣卓也¹⁾, 小林 進¹⁾, 小峯多雅²⁾,
大村光浩²⁾, 山口 裕²⁾, 波多野孝史³⁾, 岸本幸一³⁾,
森川利昭⁴⁾

(東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科¹⁾, 同 病院病理部²⁾,
同 泌尿器科³⁾, 東京慈恵会医科大学 呼吸器外科⁴⁾)

はじめに

気管支動脈瘤はまれな疾患で、縦隔型と肺内型に分類されている。今回われわれは、無症状で、他疾患による肺切除の際に偶然発見し切除した縦隔型の気管支動脈瘤の症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：70歳前半，男性。

主訴：胸部異常陰影。

既往歴：3年前より糖尿病で内服治療。

家族歴：特記すべきことなし。

嗜好：喫煙歴なし，機会飲酒。

現病歴：3年前に右腎癌，多発肺転移の診断で，右腎摘出術を受けた。その後インターフェロン治療を受けていた。経過観察中に，胸部異常陰影が増大し，精査加療目的に当科を紹介された。

現症：身長 157 cm，体重 62 kg，意識清明。体表のリンパ節は触知しなかった。呼吸音，心音に異常なく，腹部に腫瘍を認めなかった。

呼吸器検査：肺活量 2.36 L (76.6%)，一秒量 1.67 L (66.3%)。

胸部レントゲン所見：2003年腎癌手術前の胸部レントゲン写真では，腫瘍性病変を指摘できなかった。2006年胸部レントゲン写真では右下肺野に塊状陰影が認められた (Fig. 1)。

胸部 CT 所見：2003年腎癌手術前の胸部 CT 写真では，左肺上葉に長径 8 mm，右下葉に 13 mm，8 mm，5 mm，左下葉に 8 mm の合計 5 個の腫瘍影を認めた。2006年造影胸部 CT 写真で

は，右下葉から中葉にかけて塊状陰影があり，右上下肺静脈の分岐に存在した (Fig. 2a)。2003年に存在した 13 mm の病変と部位が一致した。他の肺野の腫瘍性病変は消失していた。また，2006年造影胸部 CT 写真では，右主気管支内側に 15 × 13 mm の造影される類円形陰影が認められた (Fig. 2b)。全身骨シンチ，腹部・脳 CT 検査で転移の所見がなく，腎癌の単発肺転移と診断し右中下葉切除を施行した。

手術所見：右第 5 肋間開胸を行ない胸腔内に到達した。腫瘍は下葉に存在し，中葉を巻き込



Fig. 1 胸部レントゲン写真。

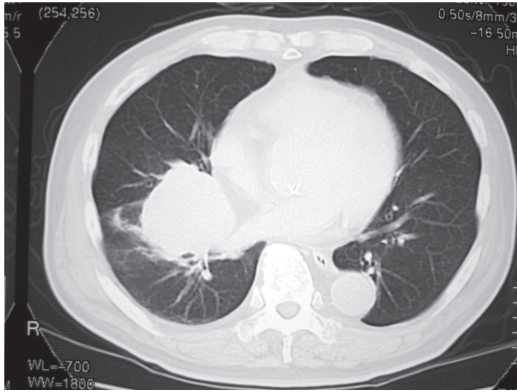


Fig. 2a 造影胸部 CT 写真.

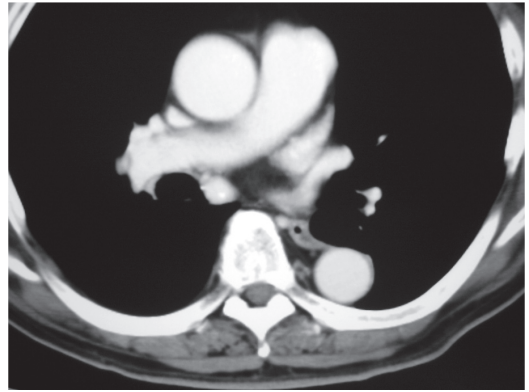


Fig. 2b 造影胸部 CT 写真.

んでいた。心膜、下上肺静脈は浮腫状で剥離は困難であったが、心膜切開を行ない、中葉ならびに下肺静脈を切離した。肺動脈、気管支を切離し、中下葉切除を完了した。右主気管支内側から気管分岐部にかけてのリンパ節が存在する部位は、炎症性に硬くなっており、気管支に強固に癒着していた。これを剥離していくと、嚢胞状の病変があり気管支動脈瘤と考えた。出血を起こさないように注意深く剥離を進め根部で結札切離した (Fig. 3)。

切除標本：肺腫瘍は大きさ 5.5×4.5 cm で、紡錘形細胞と大細胞主体の腫瘍を認めた。2003年に切除した腎癌の病理所見は淡明細胞癌、

7.5×7.0 cm, pT3b, G2, 腫瘍塞栓ありと診断されたが、今回と類似の紡錘形細胞が存在し、特殊染色の結果も参考にして、腎癌の肺転移と診断した。リンパ節転移はなかった。気管支動脈瘤は、内弾性板の消失と粥状硬化が目立ち、動脈硬化性と考えた (Fig. 4)。

術後経過：順調で第14病日に軽快退院し、前医でインターフェロン療法を開始した。

考 察

気管支動脈瘤は比較的まれな疾患であり、選択的気管支動脈造影症例の1%以下に認められるといわれている¹⁾。原因としては、気管支

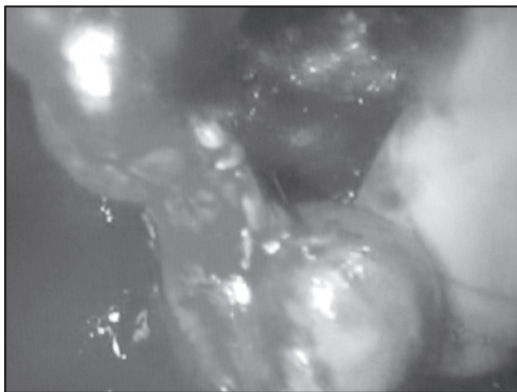


Fig. 3 術中写真；気管支動脈瘤を触診している。

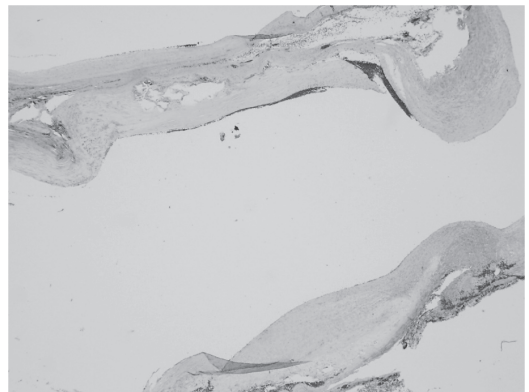


Fig. 4 気管支動脈瘤の病理組織像。

動脈壁の異常と気管支動脈血流の異常の2つが要因と考えられている²⁾。通常、気管支拡張症や再発性気管支肺炎があり、気管支動脈の血流の増加と炎症により動脈瘤が形成されると考えられている。その他の原因として動脈硬化³⁾、感染⁵⁾、外傷⁶⁾、Rendu-Osler-Weber症候群⁷⁾があげられている。

われわれの症例の気管支動脈瘤は病理学的に内弾性板の消失と粥状硬化が目立ち、動脈硬化が存在した。また、術中所見で、気管支動脈瘤周囲の組織は瘢痕を形成し左主気管支に強固に癒着していたことから考え、同部に炎症が起きていたことが推測される。以上より、動脈硬化と周囲の炎症が今回の動脈瘤形成に関連したと考えている。

Kalangosら⁸⁾は、縦隔型の気管支動脈瘤13例を分析した。このうち、咯血が4例、吐血が1例、胸背部痛などの大動脈破裂様症状やショックを呈した症例が4例であった。吐血した症例は7cmの動脈瘤が食道に穿破して発症した⁴⁾。無症状で発見された症例は4例であった。無症状の4例の内2例は動脈瘤結紮術、右下葉切除と外科的な治療が行なわれ、残りの2例は積極的な治療は行なっていない。

われわれの症例は、気管支動脈瘤に起因する症状はなく、無症状症例である。術中所見で気管支動脈瘤と診断した。レトロスペクティブには胸部CT写真で気管支動脈瘤の存在を疑うことが可能で、術前に気管支動脈造影を施行しその位置や広がり进行评估して手術を行なうべきであったと考えた。

結 語

腎癌肺転移に対する肺切除手術中に偶然発見

した縦隔気管支動脈瘤の1例を経験した。右主気管支内側に気管支動脈瘤があり、出血なく根部で結紮し切除した。術前の胸部CT評価時に気管支動脈瘤が存在する可能性を考慮するべきである。

文 献

- 1) 平野長熙, 前田弘文 気管支動脈瘤の2例. 日医放線会誌 1976; 36: 82.
- 2) 高橋伸政, 佐藤徹, 安孫子正美ほか. 気管支動脈瘤破裂の救命例. 胸部外科 2003; 56(9): 747-51.
- 3) Abet D, Pietri J. Ruptured bronchial artery aneurysm simulating dissection of the aorta in a patient with bronchopulmonary sequestration. (in French) J Chir 1981; 118(12): 743-6.
- 4) Shaer AH, Bashist B. Computed tomography of bronchial artery aneurysm with erosion into the esophagus. J Comput Assist Tomogr 1989; 13: 1069-71.
- 5) Chantepie A, Robert M, Pelletier J, et al. Mycotic aneurysm of bronchial artery. A propos of a case in an infant. Chir Pediatr (in French) 1980; 21(6): 407-10.
- 6) Cearlock JR, Fontaine AB, Spigos UA, et al. Endovascular treatment of a posttraumatic bronchial artery pseudoaneurysm. J Vasc Interv Radiol 1995; 6: 495-6.
- 7) Ishizaki N, Shimokawa S, Tanaka K, et al. Ruptured bronchial artery aneurysm associated with pleural te-leangiectasis and tortuous portal obstruction: report of a case. Surg Today 1995; 25(9): 852-4.
- 8) Kalangos A, Khatchatourian G, Panos A, et al. Ruptured mediastinal bronchial artery aneurysm: a dilemma of diagnosis and therapeutic approach. J Thorac Cardiovasc Surg 1997; 114(5): 853-6.

Bronchial Artery Aneurysm Diagnosed and Resected during Operation of Pulmonary Metastasis from Renal Cell Carcinoma

Tadashi AKIBA¹⁾, Takuya INAGAKI¹⁾, Susumu KOBAYASHI¹⁾, Kazumasa KOMINE²⁾, Mitsuhiro OMURA²⁾, Yutaka YAMAGUCHI²⁾, Takashi HATANO³⁾, Koichi KISHIMOTO³⁾, Toshiaki MORIKAWA⁴⁾

Department of Surgery¹⁾, Department of Pathology²⁾, Department of Urology³⁾, Kashiwa Hospital, Jikei University School of Medicine, Department of Surgery⁴⁾, Jikei University School of Medicine

Abstract

We experienced a case of bronchial artery aneurysm which was diagnosed and resected during the right middle and lower lobectomy for pulmonary metastasis from renal cell carcinoma. It was situated at the inner side of the right main bronchus, and was resected without rupture. Preoperative chest CT scan showed the shadow corresponding to bronchial artery aneurysm retrospectively. It is necessary to consider the possibility of existence of bronchial artery aneurysm before thoracotomy operation.

Key words: Bronchial artery aneurysm, Renal cell carcinoma, Pulmonary metastasis.

進行肺癌の放射線治療後に生じた難治性肺瘻に対して 胸腔鏡下瘻孔閉鎖術が有用であった1例

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

切除不能進行肺癌に伴う難治性気瘻に対する胸腔鏡手術の1手術例を報告する。症例は65歳, 男性。前医(某大学病院)にて2006年4月に臨床病期 T2N2M0 の左上葉原発性肺癌と診断された。しかし重喫煙者であり高度の肺気腫を認め, また腫瘍随伴症候群と考えられたITPの合併など全身状態が不良であったため局所放射線治療を選択した。ITPに対する治療の後, 6月にtotal 50Gy 局所へ照射したところ照射最終日に患側肺の気胸が生じ胸腔ドレーンを挿入した。経気管支鏡的気管支塞栓術など保存的治療では激しい気瘻が止まらず肺の虚脱も著明でありセコンドオピニオン目的に当科へ紹介となった。気瘻の遷延が患者のQOLを著しく損なっており気瘻の閉鎖によって患者を在宅へ戻すことが可能と判断し, また患者・家族の強い希望があり当院で手術を行うこととなった。術前に全身状態を詳細に検索し, 十分なインフォームドコンセントの後に8月某日手術を施行した。分離肺換気による全身麻酔下で胸腔鏡にて胸腔内を観察したところ, 腫瘍近傍の径数

mm 大に胸膜の破綻した箇所から著しい気瘻を認めた。癒着が著明で狭い術野の中でも胸腔鏡を用いて良好な視野で病巣を観察することが可能だったが, 周囲の胸膜は高度に肥厚し硬化しており肺の部分切除や縫縮は不可能と判断した。気瘻の勢いが強いのでフィブリン糊など通常の胸膜補強方法では肺瘻閉鎖は困難でありGRF (Gelatin-Resorcinol Formaldehyde-Glutaraldehyde) glueを使用した。GRF glue 塗布直後に気瘻が止まり, 気道内圧を25 cmH₂O まで加圧しても胸膜は強固に補強されておりドレーン挿入して手術を終了した。術後第1日目に気管内挿管チューブを抜去し, 第2日目に気瘻もなく肺の拡張も良好で胸腔ドレーンを抜去した。病棟内で自立歩行が可能となるなどQOLが術より向上し, 第7日目に地元の病院へリハビリテーション目的に転院した。治癒困難な担癌患者は全身状態が不良なことが多く侵襲のより少ない治療法が求められるが, 適切な手術が患者のQOL改善に有効となりうることが本症例から示唆された。

1 週間の経過で呼吸不全を呈した多発性筋炎による 急速進行性間質性肺炎の1例

小島 淳, 竹田 宏, 田井久量
(東京慈恵会医科大学附属第三病院
呼吸器内科)

症 例

58歳女性。2006年3月下旬より37度台の発熱，全身倦怠感を自覚したため4月11日前医を受診，肺炎の診断にて入院となり，抗生剤治療が開始された。しかしながら呼吸不全は急速に進行し，1週間後の4月18日には胸部単純CT上ほぼ前肺野のスリガラス影を認めた。前医入院時の血液検査にて抗Jo-1抗体が陽性であることが判明し，多発性筋炎に合併した間質性肺炎の診断のもと，ステロイドパル治療，エンドキサン500mg点滴治療を施行されるも肺病変は改善を認めず，精査加療目的にて4月25日当院に転院となった。入院時は意識声明で，呼吸状態は15L酸素マスク下にてSpO₂88%と高度な低酸素血症を認めた。両側下肺野優位にfine cracklesを聴取した。検査所見では，KL-6，SP-D，SP-Aの上昇，およびLDH，CKの上昇を認め，多発性筋炎に合併した間質性肺炎として矛盾しない所見であった。胸部単純CTでは，両側びまん性にGGOおよびCrazy-paving patternを認め，両側肺底部には濃い浸潤影，並びに牽引性気管支拡張像を認めた。全体として肺の縮みが進行している印象があった。直ちにステロイドパルス治療，その後の後療法とともにエンドキサン500mg点滴治療を試行，またシクロスポリン（以下CyA）の内服を併用とし，血中濃度はトラフ値で100～150ng/mLを目標とした。4月28日には人工呼吸管理が必要となるも，治療は継続した。その後

CyAの血中濃度が安定するとともに徐々に酸素化，胸部単純レントゲン所見は改善を示し，血液検査上KL-6，SP-D，SP-A，の値も徐々に低下傾向を認めた。5月25日に人工呼吸管理の長期化にて気管切開術を施行とするも，その後6月6日には室内気での管理が可能となり，6月13日には人工呼吸器を離脱することができた。現在はステロイドを漸減中で，CyAは125mg/day継続投与中である。労作時のみ在宅酸素を使用しているが，気管切開口も閉じることが出来，経過は概ね良好である。

考 案

本症例は，抗Jo-1抗体陽性，CKおよびLDHの高値を認め，典型的な多発性筋炎に合併した間質性肺炎であった。難治性で救命できないことも多いいわゆるAmyopathic DMに合併した急速進行性間質性肺炎（以下RPIP）とは異なり，ステロイド治療にある程度反応することが予想されたが，本症例ではステロイドの効果は乏しかった。早期より併用したCyAの血中濃度が安定するとともに，酸素化，胸部画像所見は徐々に改善を示し，多発性筋炎に合併した間質性肺炎に対しCyAは非常に有用であった。また，CyAを併用することでステロイドの量も比較的速やかに減量することができた。現在CyA125mg/day内服，ステロイドはプレドニンを漸減中であり，今後も注意深く経過を追っていく必要がある。

急速に肺の組織崩壊を呈した若年発症 *M. avium* 症の 1 例

森田あかね，豊田恵美子，家 研也，
米嶋康臣，藤田健太郎，鈴木 学，
森野英里子，平野 聡，吉澤篤人，
杉山温人，工藤宏一郎
(国立国際医療センター 呼吸器科)

症例：40 歳，男性。

主訴：発熱，黄色痰。

病歴：2001 年 6 月から咳嗽出現。11 月，塗抹陽性・両側気胸疑いにて，当センター呼吸器科紹介受診。喀痰より *M. avium* の診断を得，CAM・RFP・EB・KM およびニューキノロン剤等にて治療継続するも，空洞・ブラ・気管支拡張が進展傾向を示した。

2001 年 5 月より膿性痰・咳嗽・発熱が出現し増悪したため，二次感染を考え入院。

既往歴：34 歳 左自然気胸。

入院時現症：BT 36.4℃，BP 78/56，SpO₂ 92% (room air) 両側肺全域に肺雑音聴取。体重 47 kg，身長 167 cm，BMI 16.8。

検査所見：WBC・CRP 上昇，Alb・ChE・T.cho 等の栄養指標値が低下。

画像所見：胸部 CT で左右に巨大空洞性病変が見られ，残存した肺実質内には浸潤影・粒状影が描出。

入院後経過：一般抗菌剤・抗真菌薬を投与す

るも改善せず。7 月呼吸不全にて死亡。

病理所見：両側上・中葉下区の肺組織は融解し，巨大な壊死性空洞を形成。空洞辺縁に多核巨細胞・類上皮細胞があり，抗酸菌・アスペルギルスが認められた。下葉の肺胞腔内には壊死物，類上皮細胞，多角巨細胞が充満する小壊死を伴う肺炎あり。

残存する気管支・細気管支の一部は平滑筋や軟骨に達するまでの破壊が見られ，壊死物に置換わり，炎症性細胞浸潤と，多核巨細胞・類上皮細胞による肉芽腫形成を認められた。

考 察

MAC 菌は一般にヒト-ヒト感染せず，弱毒菌と考えられているが，破壊性が強く予後不良のものも存在する。肺 MAC 症には結核様進展とびまん性進展があり，今症例のように結核様進展をとるものは進展速度が速く予後不良であると思われた。

第 71 回慈大呼吸器疾患研究会 記録

日 時：2006 年 9 月 25 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）———————秋葉直志（慈恵医大附属柏病院 外科）

一般演題 I（18:10 ～ 19:05）———————座長 尾高 真（慈恵医大 呼吸器外科）

(1) 高齢者における心不全、肺炎と平均血小板容積

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) 腎癌肺転移切除時に切除した気管支動脈瘤の 1 例

慈恵医大附属柏病院 外科 ○秋葉直志 稲垣卓也 小林 進
慈恵医大附属柏病院 病院病理部 小峯多雅 大村光浩 山口 裕
慈恵医大附属柏病院 泌尿器科 波多野孝史 岸本幸一

(3) 特異な血管走行を呈し胸腔鏡下に切除しえた肺分画症の 1 例

慈恵医大附属青戸病院 呼吸器外科 ○矢部三男 前田剛志 金子健二郎
松平秀樹 尾高 真 佐藤修二
森川利昭

(4) 進行肺癌の放射線治療後に生じた難治性肺癰に対して胸腔鏡下瘻孔閉鎖術が有用であった 1 例

慈恵医大 呼吸器外科 ○松平秀樹 前田剛志 金子健二郎
矢部三男 尾高 真 佐藤修二
森川利昭

(5) 急激な症状で発症し術前診断に苦慮した気管支囊腫の 1 手術例

慈恵医大 呼吸器外科 ○金子健二郎 前田剛志 矢部三男
尾高 真 佐藤修二 森川利昭

一般演題 II（19:05 ～ 20:00）———————座長 竹田 宏（慈恵医大附属第三病院 呼吸器内科）

(6) 進行非小細胞肺癌のゲフィチニブ投与に関連する皮膚障害の臨床的検討：
皮膚障害は予後因子となるか？

Clinical Study of Skin Toxicity Associated with Gefitinib in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Is skin Toxicity A Predictor of Survival?

慈恵医大 呼吸器内科 ○小野寺玲利 古田島 太 望月太一
佐藤哲夫

(7) EJ 抗体陽性の ARS 症候群の 1 例

慈恵医大附属第三病院 呼吸器内科 ○鈴木純一 清水健一郎 福島大起
高久洋太郎 松井芳憲 阪口真之
小島 淳 石川威夫 竹田 宏
田井久量

(8) 1 週間の経過で呼吸不全を来した、多発性筋炎による間質性肺炎の 1 例

慈恵医大附属第三病院 呼吸器内科 ○小島 淳 竹田 宏 田井久量

(9) 急速に肺の組織崩壊を呈した若年発症 M. avium 症の 1 例

国立国際医療センター 呼吸器科 ○森田あかね 豊田恵美子 家 研也
米嶋康臣 藤田健太郎 鈴木 学
森野英里子 平野 聡 吉澤篤人
杉山温人 工藤宏一郎

閉会の辞（20:00 ～ 20:05）———————吉村邦彦（虎の門病院呼吸器センター）

会 長 佐藤哲夫
当番世話人 秋葉直志

共催：慈大呼吸器疾患研究会，エーザイ株式会社

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 ○佐藤 哲夫 (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 宮野 佐年 (慈大 リハビリテーション科)
徳田 忠昭 (厚木市立病院)
- 羽野 寛 (慈大 病理学講座)
森川 利昭 (慈大 呼吸器外科)
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 柏病院呼吸器内科)
福田 国彦 (慈大 放射線医学講座)
吉村 邦彦 (虎の門病院 呼吸器科)
堀 誠治 (慈大 薬理学講座)
- ◎秋葉 直志 (慈恵医大附属 柏病院外科)
児島 章 (慈大 青戸病院呼吸器内科)
増淵 正隆 (厚木市立病院外科)
勝沼 俊雄 (慈大 小児科)
平野 純 (慈大 第三病院外科)
千葉伸太郎 (愛仁会大田総合病院耳鼻科)

〈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 佐藤哲夫気付
慈大呼吸器疾患研究会
e-mail : tsato@jikei.ac.jp

〈編集室〉 〒222-0011 横浜市港北区菊名 3-3-12
ラボ企画 (村上昭夫)
Tel. 045-401-4555 Fax. 045-401-4557
e-mail : info@labo-k.com