

症 例 報 告

右中葉支の粘膜下腫瘍を疑った気管支・肺結核の1例

荻原正雄・鈴木義信・小川 亮
板倉 滋・井上冬彦・今泉忠芳
堀口正晴

慈恵医大第3病院内科兼富士市立中央病院内科

羽 野 寛

同 病 理

受付 昭和62年1月5日

A CASE OF ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS OF THE MIDDLE LOBE BRONCHUS
RESEMBLING TO SUBMUCOSAL LUNG CARCINOMA

Masao OGIHARA*, Yoshinobu SUZUKI, Ryo OGAWA, Sigeru ITAKURA, Fuyuhiko INOUE,
Tadayoshi IMAIZUMI, Masaharu HORIGUCHI and Hiroshi HANO

(Received for publication January 5, 1987)

A 74-year old man suspected of lung cancer was admitted for the precise examination to our hospital because of an abnormal shadow on his chest X-ray film. The broncho-fiberscopic examination showed submucosal tumor of the middle lobe bronchus suspecting malignancy. However, the open lung biopsy revealed mucosal extension of submucosally confined tuberculous lesions in the middle lobe bronchus, which does not extend to respiratory epithelium.

Key words : Endobronchial tuberculosis,
Bronchofiberscopy, Submucosal tumor

キーワード: 気管支結核, 気管支鏡, 粘膜下腫瘍

は じ め に

気管支鏡所見が右中葉発生の気管支粘膜下腫瘍に類似した所見を呈し、診断確認のための試験開胸をしたところ、結核性病変が気管支粘膜に浸潤して潰瘍化することなく、気管支壁固有層に留まっていたことが判明した興味ある症例について報告する。

症 例

症例 75歳男、主訴は咳嗽。

起始及び経過：高血圧の治療のため近医に通院中、昭和61年6月下旬に少量の喀痰を伴う咳嗽に始まりその症状が約1カ月続き、胸部X線写真を撮ったところ、胸部異常陰影を指摘され、精査のため、当科に紹介され昭和61年7月22日入院となる。

* From the Department of Internal Medicine, The Jikei University, School of Medicine, Nishishinbashi, Minatoku, Tokyo 105 Japan.

既往歴：昭和17年頃、胸膜炎の疑い、昭和48年脳血栓、昭和60年より高血圧があり治療中。家族歴は特記すべきことはない。酒は少量、喫煙歴は1日20本、30年である。

入院時所見：体格中等度、栄養可、視診上特別のことなく、心音は整純で、肺野に異常音は聴取されない。肝、脾は触知せず、腹部触診上、異常がみられない。

入院時検査：血液・尿検査は異常なく、血沈は1時間値35mmと僅かに促進していた。喀痰検査は連続行っ

たが、結核菌陰性、一般細菌として肺炎桿菌が僅かに陽性。喀痰細胞診はクラスⅡであった（表1）。

心電図に異常なく、血液生化学検査でも肝機能、腎機能、電解質などに異常値はみられない。腫瘍マーカーでフェリチン260ng/ml、TPA250u/lとやや増加していた。肺機能検査では%VC：86.3%、FEV_{1.0}%66.1%と軽度障害がみられる程度であった（表2）。

胸部X線写真正面像は右下肺野内側のS⁵に相当する一部に中葉支の無気肺像がみられるが陰影は丸みを帯

表 1 入院時一般検査

WBC	4,900/ml	CRP(-)
RBC	418万/ml	RA (-)
Hb	13.3g/dl	BSR：35mm/h
PLT	302×10 ³ /ml	喀痰：
Hemogram(%)		TBB(-)連日
St	6	一般細菌
Seg	54	クレブシェラ
E	2	細胞診
Mo	8	クラスⅡ
L	30	ECG：W. N. L
検尿	蛋白(-)	ツベルクリン皮内反応：
	糖 (-)	0 12×11 (陽性)

表 2 生化学検査、肺機能検査

GOT	21 mU/ml	腫瘍マーカー：
GPT	9 mU/ml	CEA 0.9 ng/ml
ALP	131 mU/ml	フェリチン260 ng/ml
LDH	369 mU/ml	TPA 250 u/l
CPK	78 mU/ml	βマイクロ 1.9 mg/l
LAP	53 mU/ml	肺機能：
γ-GTP	13 mU/ml	VC 2.65 l
TCHO	149 mg/dl	FEV _{1.0} 1.60 l
BUN	14 mg/dl	%VC 86.3 %
CRE	1.0 mg/dl	FEV _{1.0} %66.1 %
K	4.1 mEq/l	Ŵ25 0.47 l/s
血糖	96 mg/dl	

左

右

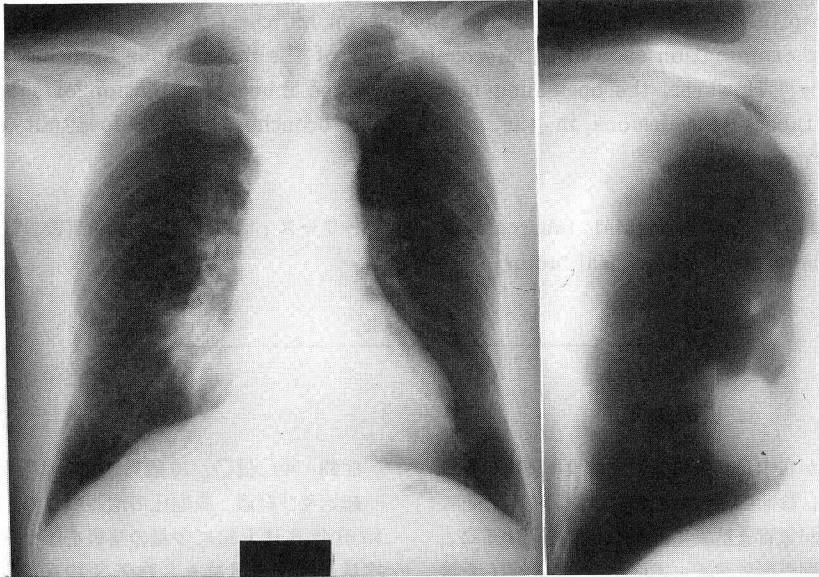


図 1 胸部X線像 正面：右肺中下野 縦隔寄りに比較的濃厚なほぼ楕円形 Homogenousな陰影をみる。

正面断層像（12cm）：右中葉（S⁵）に一致して楕円形、濃厚な辺縁明瞭な陰影。

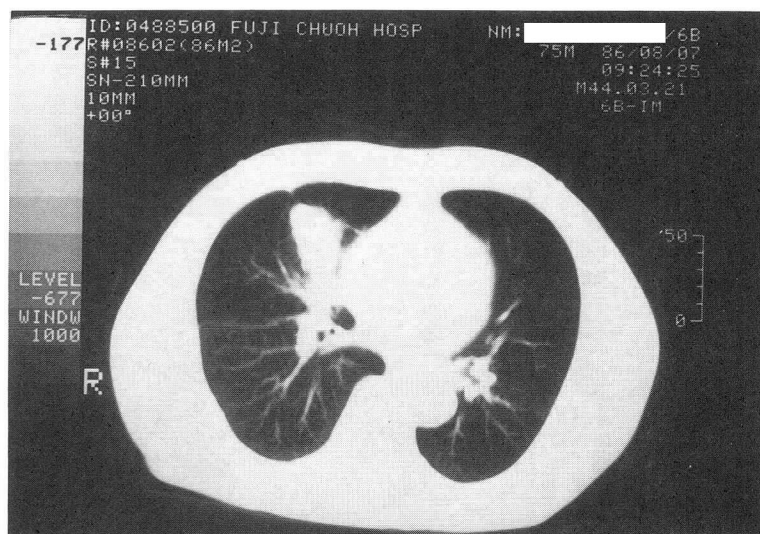


図2 胸部CT像：右前方S⁵に一致してバット様の異常影をみる。右肺門のリンパ節腫大像がみられる。

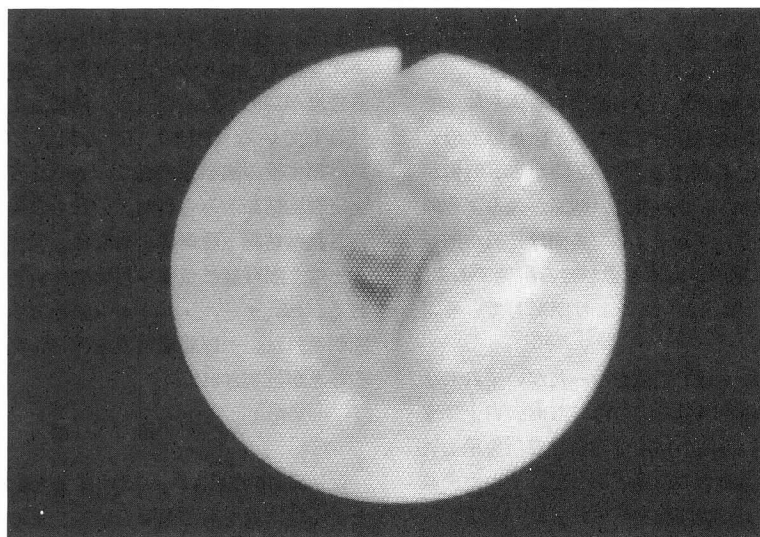


図3 右中葉気管支鏡像：B⁵はやや狭窄気味になるも開口している。B⁵とB⁴の分岐はみえるが、B⁴は右外側より膨隆した輪郭明瞭な腫瘤に陰されている。腫瘤は気管支の右半分の粘膜面を結節状に押し上げて2つの俵が横たわっているように見える。その周辺の粘膜は多少の発赤を示している。

びている（図1左）。正面断層像（12 cm）では中葉支に相当する部に濃厚な楕円形の陰影がみられる（図1右）。また右側面断層像（6 cm）でもS⁵に一致して幅広い紡錘形陰影がみられ無気肺像に加えて肺実質の変化を伴うものと想像された。なお、右側面断層の右縦隔面に近

い部分では中間気管支幹及び中葉支の傍リンパ節腫大を思わせる陰影がみられた。胸部CT所見にて中葉に相当する部位にバット状の異常影と肺門リンパ節の腫脹影がみられた（図2）。

Ga⁶⁷シンチグラムでも右中間気管支幹下部、中葉に

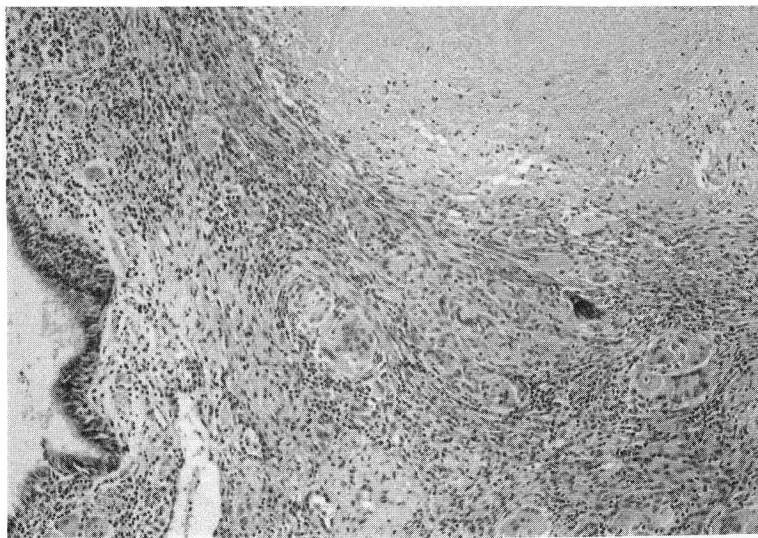


図4 右中葉支の気管支壁の組織像, 16x (開胸生検材料): 気管支固有層に大きな壊死巣を認め, その周囲に結核性肉芽腫及び円形細胞浸潤が著明にみられる。気管支粘膜上皮及びその直下の組織は多少の円形細胞浸潤をみるが, 殆ど異常なく保たれている。

相当する部分, 左肺門に Ga⁶⁷ の集積が認められた。

気管支鏡所見: 右中間気管支幹下部はやや狭くなっており, 右中葉支の入口は分泌液で詰まっていたので軽く吸引除去したところ, 中葉気管支の12時から5時にかけての方向の粘膜壁はいくつかの丸い結節が俵のように内腔に向かって盛り上がっており, その表面は光沢があって粘膜の異常はなく, 粘膜下腫瘍を思わせる所見である。B⁵は狭窄しており, B⁴は結節により閉塞しているようにみえた(図3)。

この結節の3カ所について生検を行ったがいずれも正常気管支粘膜上皮の組織所見であった。なお, 右上葉支のB²は狭窄し, その周囲の粘膜は濃い紫黒色を示し, 塵媒の粘膜下蓄積を思わせる所見であった。そのため確実な診断を行う目的で試験開胸を行った。

開胸所見は上中葉は縦隔に密着していた。中葉は含気が少なく, S⁵の基部に拇指頭大の腫瘍を触知, また中葉支から中間気管支幹にかけて数個の傍気管支のリンパ節の腫大を認めた。そこでB⁴外壁のリンパ節と気管支鏡での病変部に該当するB⁵の気管支壁の一部を含めて腫瘍様部の一部を試験切除した。試験開胸による生検材料の病理標本では, 生検肺は正常構造が殆ど失われて結核病変によって置換されていた。結核病変は大小の乾酪壊死を伴う定型的な結核結節, 乾酪壊死の未だ目立たない類上皮細胞性結節, 繊維化など多彩な像を示していた。残存気管支あるいは細気管支には, 軟骨壊死による虚脱や結核病変の圧迫による内腔の狭小化がみられる。その

一部を拡大してみると, 固有層まで病変が及んで, 壁構造破壊が認められているが, 粘膜上皮自体はほぼ完全に残存している(図4)。B⁴の気管支外壁に付着したリンパ節生検の組織像で軽度の壊死を伴う巨細胞を含む類上皮細胞結節がみられた。これらの像から内視鏡的に観察された粘膜下腫瘍様の病変は, 気管支内腔に決潰することなく固有層に留まった結核性病変であろうと推定される。なお, チール・ネルゼン染色で少数ながら抗酸菌が証明された。一部組織培養を行い同定結果, 結核菌であることが証明された。

考 察

近年肺癌が目立って注目され, ややもすると結核は殆どなくなったような錯覚をもつ医師もいる。また気管支癌を念頭におくと, 気管支にみられた病巣が癌であるか, 否かの鑑別は極めて重要である。癌ならば早期に積極的な治療を行わねばならないからである。

気管支の結核病変は, その大部分が気管支鏡検査を施行すれば結核としての診断がつくと思われる¹⁾²⁾。即ち気管支結核の気管支鏡像は白苔, 潰瘍, 瘢痕, 狭窄という特徴があるからである^{2)~4)}。著者らの気管支結核36例の経験では1~3期のものは9割以上がベラーク(白苔)を伴っていた。田中らの報告例でも治療前の気管支結核18例中16例⁵⁾, また高橋らも5例中4例にベラーク(白苔)を伴っていたと報告している。一方白苔を伴わないものは4期の瘢痕狭窄型が殆どである。本症例で

は中葉支の内壁に盛り上った結節瘤としてみられたが、白苔は全くみられず、表面は不整なるも、やや発赤がある程度で正常の粘膜像を示していた。このように膨大している気管支結核であれば、その表面は白苔で被われているか、潰瘍がみられるものが多い⁷⁾。そのため本症例の所見を結核病巣と診断することは難しい。なお、結節表面の生検の結果、異常粘膜所見がみられなかったため、その診断はますます困難であった。本症例は喀痰中の結核菌が陰性であったこと、また胸部X線像上、中葉支の無気肺像が膨隆していること肺門リンパ節の腫脹もみられたこと、Ga⁶⁷シンチグラムで蓄積が著明にみられたことなどより気管支癌の粘膜下浸潤型が疑われたのであった。しかし、対側の肺門にGa⁶⁷の蓄積がみられたこと、ツ反応が陽性であったことより結核も否定できず確定診断を得るために試験開胸となった。その結果、病理組織学的に結核変化によるものと判明した。しかし、気管支壁の固有層まで結核病変で侵されていたが、粘膜上皮に及んでいなかった。このことは本症例の確定が気管支鏡下で得られなかったことを示している。気管支結核の発生機序としては¹⁾²⁾、1)肺病巣から誘導気管支を経て波及する説。2)隣接組織からの波及、即ち気管・気管支や肺内リンパ節の穿孔による説。3)リンパ行性及び血行性による説などがあげられているが、本例の場合は中葉組織内の結核病巣、周囲のリンパ節の腫脹などから、2)によるものと考えられる。さて、このような病巣の進展形式及び速度を示す背景を考えてみると、一つは75歳という高齢に伴って免疫力の低下により潜在していた結核が再燃し、結核病巣が気管支粘膜下のリンパ組織の老化による機能低下のため気管支粘膜表

層への病巣の発展が行われなかった可能性が想像できる。もう一つは免疫、生活環境の変化、抗炎症剤、抗生剤などの普及による結核菌の人体内増殖力の抑制の問題も関連して、このようなタイプの病変がでてきたようなことも想像し得る。

おわりに

症例は75歳男性、約1カ月前より咳嗽続き、検査入院となり、胸部X線像、気管支鏡検査、Ga⁶⁷シンチグラムなどから右中葉支原発の粘膜下腫瘍が濃厚に疑えたが確定が得られなかった。そのため開胸生検を行い結核と判明された。その病理標本から結核病変が中葉の肺、気管支周囲リンパ節、気管支壁に及び気管支外方より強く圧排していたが、病変は気管支壁の固有層に留まっていたため、その診断を困難ならしめたことが分かった症例である。

文 献

- 1) 小野 譲：気管支結核，日結，11：171，1952.
- 2) 栗田口省吾：気管支結核，医学書院，1953.
- 3) 荻原正雄，気管支鏡のすべて，日本胸部疾患学会編，第6回胸部疾患セミナー，p.36，1985.
- 4) 中島篤巳他：気管支結核症，日胸，38：202，1979.
- 5) 田中邦子他：気管・気管支結核，日胸，40：1015，1981.
- 6) 高橋 豊他：気管支結核の5治験例の検討，結核，61：491，1986.
- 7) 小松彦太郎他：気管支結核症の臨床像および気管支鏡所見，気管支学，4：345，1982.