

症例報告

右上葉無気肺を呈した Endobronchial Tuberculosis の 1 例

大滝 光生・市川 洋一郎・大泉 耕太郎

久留米大学医学部第 1 内科

受付 平成 6 年 1 月 27 日

受理 平成 6 年 3 月 7 日

A CASE OF ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS COMPLICATED
WITH ATELECTASIS OF RIGHT UPPER LOBE

Mitsuo OTAKI*, Yoichiro ICHIKAWA and Kotaro OIZUMI

(Received 27 January 1994/Accepted 7 March 1994)

A case of endobronchial tuberculosis complicated with atelectasis of upper lobe of the right lung is reported. A 79-years old female was admitted to our hospital for rehabilitation of her Perkinsonsms.

On admission, her chest X-ray photo showed atelectasis of right upper lobe.

A nodule of a broad-bean size was observed at the orifice of the right upper bronchus by a bronchofiberscopic examination and it was considered as the cause of the atelectasis.

Histological examination of a specimen obtained by transbronchial biopsy of this nodule showed epithelioid granuloma.

Mycobacterium tuberculosis was isolated from a bronchial washing after 4-weeks cultivation.

Anti-tuberculous treatment with INH, RFP and EB was started on January 1992 and, consequently, her chest X-ray findings showed remarkable improvement.

Bronchofiberscopic examination in January 1993 showed a marked reduction in the size of the nodule, and the atelectactic shadow had disappeared and just a residual scar was observed on her chest X-ray photo in June 1993.

Key words : Endobronchial tuberculosis,
Pulmonary atelectasis, Epithelioid cell
granuloma, Bronchial tuberculosis

キーワード : 気管支内腫瘍性結核, 無気肺, 類上皮
肉芽腫, 気管支結核

はじめに

気管支結核は通常、潰瘍形成性病変を呈するが、時には気管支内腫瘍を形成することがあり、Endobron-

chial tuberculosis と定義されている。しかし、葉気管支を閉塞するほど発育した例はかなり稀である。このような場合、気管支腺腫や肺門部肺癌との鑑別が重要となる。今回、右上葉無気肺の診断および治療経過観察に

* From the Department of First Medicine, Kurume University School of Medicine, Asahimachi, Kurume-city, Fukuoka 830 Japan.

気管支鏡検査が有用であった1例を経験したので報告する。

症 例

症 例：79歳，女性。

主 訴：発熱，全身倦怠感。

既往歴：脳動脈硬化性パーキンソニズム。

現病歴：従来，健常であった。平成3年7月24日，近医では，特記すべき所見を指摘されていない。同年10月30日，パーキンソニズムのリハビリテーション目的にて近医より某院転院となった。初診時の胸部X線撮影上，右上葉の無気肺を認めた。

入院時現症：身長143cm，体重36kg，脈拍84/分（整），呼吸数16回・分，血圧148/90mmHg，体温36.8°C，表在リンパ節触知せず，心音は清明・雑音なし。肺は右側で呼吸音の減弱を認めた。腹部は特記すべき所見なく，神経学的所見では失見当識あり，他特記すべきことなし。

入院時検査成績（表）では，末梢血白血球数は正常であったが，核の左方移動を認め，CRP中等度陽性で感染症が示唆された。肝腎機能は異常なかったが，血清ア

ルブミンの軽度低下，A/G比の低下があり，栄養水準の低下がうかがわれた。ツベルクリンテストは強陽性，血液ガス分析では，低酸素血症は認めなかった。喀痰塗抹鏡検ではGaffky(0)で，培養も陰性で，細胞診は異型細胞を認めなかった。

近医での胸部X線像では右上肺野に淡い浸潤影がみられ，入院時胸部X線像（Fig. 1-a）では右上肺野の無気肺像を認めた。

入院時，胸部X線CT像上，右上葉のairbronchogramを伴うconsolidative shadowを認めた。また右中下葉および左上葉にも広範に粒状影が散布し，経気管支的な炎症の広がりが示唆された。またFig. 2に示すごとく右主気管支内腔上葉入口部に径5mm大の軟部組織様の病変がみられ，同病変が今回の無気肺の原因と考えられた。

BF所見（Fig. 3-a）では，右上葉入口部を占拠する易出血性の表面不整な腫瘤を認め，同分岐部に潰瘍を形成，出血を認めた。同部位の気管支洗浄液より4週培養でMycobacterium tuberculosisが検出され，ナイアシントテストは陽性であった。同部位の生検組織（Fig. 4）は類上皮肉芽腫であった。

表面は扁平上皮化生した粘膜上皮に被われ，粘膜下に

表 入院時検査成績

PPD	0×0/30×25
末梢血：WBC	5,200/mm ³ , [St 13%, Seg 77%, Ly 12%, Eo 0%, Ba 1%]
RBC	390×10 ⁴ /mm ³
Hb	9.8 g/dl
Hct	37.2%
Plt	38.4×10 ⁴ /mm ³
CD4/CD8	1.33
血液・生化学検査	
T. P	6.2 g/dl; α1-G1 9.9%, α2-G1 16.9%, β-G 19.9%, γ-G1 20.9%, Alb 46%
Alb	2.85 g/dl
GOT	26 IU/L
GPT	30 IU/L
LDH	379 IU/L
BUN	16.0 mg/dl
Creatinin	0.7 mg/dl
TPA	53 IU/L
CEA	4.0 ng/ml
SCC	0.6 ng/ml
動脈血ガス分析	
pH	7.421, PaO ₂ 84 torr, PaCO ₂ 39.7 torr

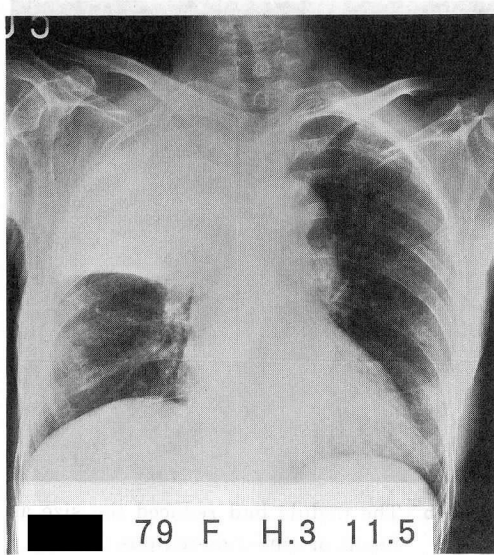


Fig. 1-a Chest X-ray photo of 5, Nov. 1992. Atelectasis of the right upper lobe.

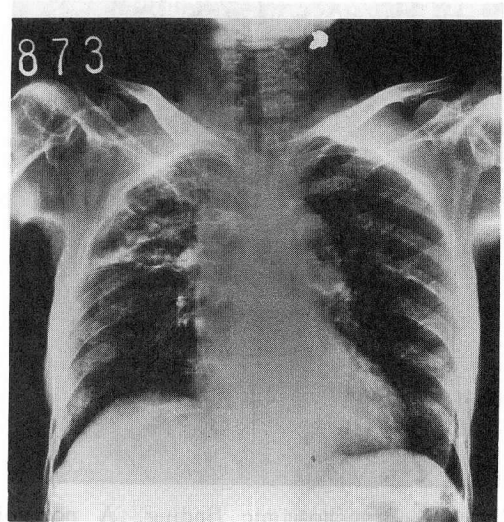


Fig. 1-b Chest X-ray photo of 30, Jun. 1993. Infiltrative shadow had diminished as a result of anti-tuberculous therapy.

はリンパ球、形質細胞、好中球などの炎症細胞が浸潤し、間質には血管増生もみられ、類上皮細胞の混在がみられた。

しかし、巨細胞は認められず、Ziehl-Neelsen染色で抗酸菌を確認しえなかった。これらの所見から同部位の腫瘤は気管支内腔に生じた結核結節、いわゆる Endobronchial tuberculosis と思われた。また後日、rB2a より TBLB を施行したが慢性炎症性所見のみで、乾酪壊死や巨細胞、肉芽腫等の所見は得られなかった。

平成4年1月末日より INH 0.4g, RFP 0.45g, EB 0.5g の3剤にて治療を開始した。同年7月4日の胸部XP上、右上葉の線維性変化を伴った肺炎像となり、無気肺は消失した (Fig. 1-b)。気管支鏡下に右上葉入口部に縮小、発赤した山田II型の結節を認めた (Fig. 3-b)。治療開始1年後、平成5年1月の気管支鏡所見ではさらに縮小、白色ポリープ様病変となった。

その後、INH 0.4g 投与のみで経過観察中である。同年6月30日の胸部XPでは、一部癒痕を残し、ほぼ治



Fig. 2 A computed tomography of the chest of 28 Jan. 1993. A polyp of broad-bean size was observed in the right upper bronchus.

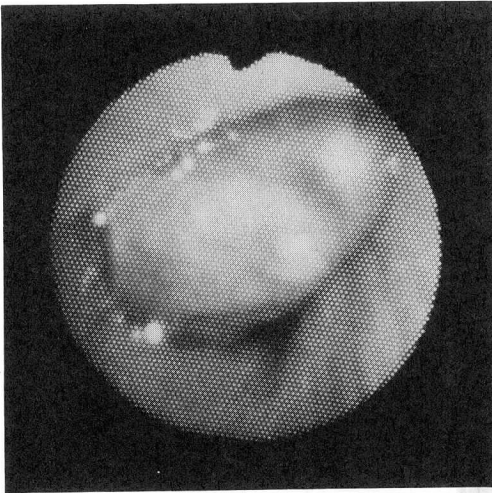


Fig. 3-a Bronchoscopic finding. A polypoid nodule at the orifice of the right upper bronchus.

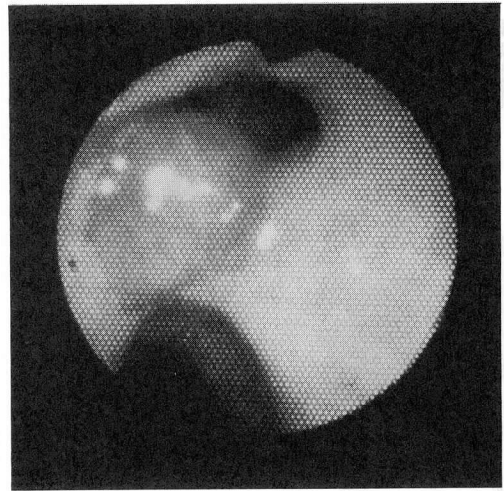


Fig. 3-b The nodule had reduced the size as a result of anti-tuberculous therapy.

瘻を認めた。なお、治療開始後は8週培養でも、排菌は陽性所見を得られなかった。

考 案

本症例は、胸部 XP 上、無気肺像を認めたことから気管支鏡的に検索を行い、気管支結核の診断がついた1例であるが、治療開始前の気管支鏡所見では右上葉分岐部の潰瘍形成がみられ、CT 像では右上葉気管支内腫瘤を認めるも、リンパ節腫大はみられなかった。粟田口¹⁾は気管支結核でみられる無気肺の原因として癒痕狭窄ないし閉塞、または結節性隆起によるものが多いとしている。またリンパ節性気管支結核ではリンパ節内病巣

の肉芽が増生して乳頭状の腫瘤となって気管支腔内に突出した例を報告されている。

また、大野ら²⁾は気管支前壁内腔に増殖した気管支結核の1例を報告しており、その病理所見は、本症例と同様に乾酪壊死を伴わない類上皮肉芽腫であったとし、リンパ節腫大を認めなかったことから、リンパ節穿孔によらない肉眼的所見の稀な気管支結核の1例としている。神山ら³⁾は肺結核治療中に発生した炎症性気管支ポリープの1例を報告し、大野らの症例は炎症細胞の浸潤によって形成されたポリープと推定し、炎症性ポリープが結核に合併する例は稀ではないとしている。

山口ら⁴⁾は自験例を交え、文献的考察から気管支壁に

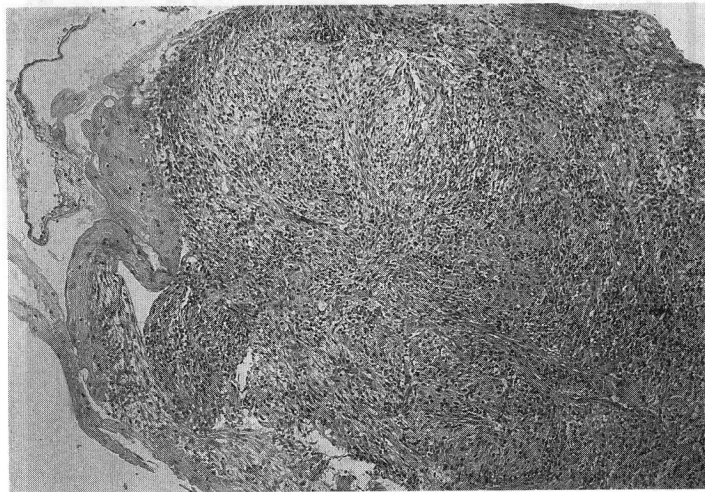


Fig. 4 Microscopic findings of biopsy-specimen of the nodule Epithelioid granuloma with squamous metaplasia. (H. E. stain, $\times 50$)

みられる良性腫瘍では、有茎性の特発性炎症性ポリープが比較的多いと述べている。

今回の症例では、CT画像上、明らかなリンパ節腫大はみられないこと、年齢を考慮すると初感染とは考えにくいこと。平成3年7月24日の胸部XPで右上肺野の淡い浸潤陰影がみられることから、この時点での発病が確実と思われた。すなわち右上葉にみられた無気肺は、右上葉に生じた肺結核から経気管支的に波及し、同入口部位に炎症性ポリープを形成した結果と考えられ、治療開始後の気管支鏡下観察所見では気管支壁の癒痕狹窄は認めないことなどの点から、粟田口らが言うリンパ節性結核というよりも、炎症細胞の気管支壁浸潤によるポリープ状増殖による結核性肉芽腫の可能性が疑われた。

結 語

右上葉気管支内腔に増殖し扁平上皮化生を伴った結核性肉芽腫の1例を報告した。診断は生検材料の組織診断

および洗浄液培養による菌同定によった。経気管支鏡的手技は確定診断、およびその治療効果判定にも有用であった。

本文の要旨は第15回気管支学会九州支部総会で報告した。

文 献

- 1) 粟田口省吾：気管支結核，結核．1975；50：507-510.
- 2) 大野彰二：気管内腔にポリープ状に増殖した気管結核の一例，気管支学．1987；9：254-259.
- 3) 神山信幸：結核化学療法中に一過性に出現した炎症性ポリープの1例，気管支学．1991；13：620-625.
- 4) 山口悦郎：気道の炎症性ポリープ—51例の特発例の文献的考察を中心に—，気管支学．1984；6：163-171.