

日本結核病学会東北支部学会

—— 第119回総会演説抄録 ——

平成21年9月12日 於 ホテル辰巳屋（福島市）

（第89回日本呼吸器学会東北地方会と合同開催）

会 長 松 浦 圭 文（太田西の内病院呼吸器センター）

—— 一 般 演 題 ——

1. クロウン病に対するインフリキシマブ投与中に発症した重症結核感染による血球貪食症候群の1例

沼倉忠久・味原隆大・中馬基博・吉田健二・原 靖果・天久康絢・松浦圭文・堀江孝至（太田綜合病付属太田西内病呼吸器センター内）齊藤 至・天沼裕介・石田浩徳（同消化器）木村 悟（同血液内）

48歳女性。32歳発症のクロウン病にて通院中。平成21年3月再燃しインフリキシマブ開始。5月19日より発熱し入院。38～40℃の発熱が続き、6月4日胸部X線上下肺野に浸潤影出現し6月11日当科紹介。体温39℃，SpO₂：89%（空気下），血圧82/24 mmHg，右鎖骨上3 cm大リンパ節腫脹。肝2横指触知。PPD陰性。WBC 3100/ μ l，RBC 255 万/ μ l，Hb 8.7g/dl，Plt 12.1 万/ μ l，LDH 838 IU/L，Ferritin 11920 ng/ml，sIL2R 2670 U/ml，喀痰抗酸菌G1号/TB-PCR陽性，骨髓抗酸菌塗抹陽性/TB-PCR陽性，胸部CT上縦隔リンパ節腫脹・肝脾腫・右下葉浸潤影を認めた。骨髓内に血球貪食像を認め血球貪食症候群と診断し，抗結核薬・ステロイド・免疫グロブリン等で治療中。TNF α 阻害剤投与中に発症した結核関連血球貪食症候群の報告は非常に稀で，文献も交えて報告する。

2. 嚢胞性気管支拡張症を合併した *Mycobacterium kansasii* 症の1例 齋藤香恵・佐藤 俊・峯村浩之・植松 学・美佐健一・仲川奈緒子・福原敦朗・関根聡子・石井妙子・大島謙吾・立原素子・金沢賢也・齋藤純平・谷野功典・石田 卓・棟方 充（福島県立医大呼吸器内）

症例は40歳男性。主訴は血痰。2000年に胸部異常陰影を指摘され当科を受診したが，精査前に通院を自己中断していた。2008年7月頃から赤黒色の血痰を認めるようになり10月に当科受診，11月に入院。炎症反応は軽度で，胸部Xpでは右下肺野に内部にniveauを伴う空洞病変と浸潤影・粒状影が広がっていた。胸部CTでは右下葉の嚢胞性病変は気管支と交通しており嚢胞性の気管

支拡張症と考えられた。喀痰抗酸菌培養にて非結核性抗酸菌が検出され，同定の結果 *M.kansasii* と判明した。退院後にINH+RFP+EBの治療を開始。以降，自覚症状とともに浸潤影のみならず気管支拡張病変についても著明な改善傾向を認めており，数年来進行していた気管支拡張症の原因として *M.kansasii* 感染が関与していた可能性が考えられた。比較的若年での発症であり，*M.kansasii* の疫学や発症の要因について考察を加えて報告する。

3. セミノーマ肺転移が疑われた非結核性抗酸菌症 (NTM) の1例 二階堂雄文・勝浦 豊・菅原 綾・上北久美（済生会福島総合病呼吸器）鈴木孝行・齋藤友義（同泌尿器）石田 卓・齋藤純平・谷野功典・棟方 充（福島県立医大呼吸器内）大杉 純・鈴木弘行（同呼吸器外）

症例は35歳男性。右精巣硬結を主訴に来院，精巣腫瘍に対して右精巣高位結紮術が施行され，組織では seminoma と teratoid tumor の両成分を含む腫瘍であった。術前検索で肝結節とともに左肺末梢に径約15 mmの孤立結節を認め seminoma の遠隔転移が疑われた。術後当科紹介され気管支鏡検査（経気管支吸引細胞診）施行，抗酸菌塗抹陽性，*M.avium* PCR陽性でありNTMが疑われた。その後，治療・確定診断のため胸腔鏡下左肺部分切除術が施行された。悪性所見なく組織のZiehl-Neelsen染色は陰性であったが抗酸菌培養陽性でありNTMと診断された。現在術後8カ月経過したがセミノーマとともにNTMの再発は認めていない。

4. 急速に進行し気胸を発症した非結核性抗酸菌症の1例 矢吹 皓（山形県立中央病臨床初期研修医）藤井俊司・日野俊彦・長澤正樹（同呼吸器内）

58歳男性。2009年3月中旬より全身倦怠感，悪寒を訴え近医受診した。高熱および胸部Xpで右上肺野に粒状影を認め，3月11日当科紹介となりLVFX内服し加療。喀痰塗抹で抗酸菌を検出し，喀痰PCRで *M.intracellulare*

と同定。5月27日の胸部Xpで陰影の増悪を認め、RFP, EB, CAMの内服加療を開始したが、2日後MAC症による右気胸を発症し胸腔ドレーンを挿入し、呼吸器外科入院となった。胸水培養で*M.intracellulare*が検出された。AMKの点滴を追加し加療した。第20病日より気漏が消失、第23病日に胸腔ドレーンを抜去した。血液検査上、炎症反応は改善傾向であったが発熱は持続していたため、第32病日に当科転科となり現在治療継続中である。MAC症は難治性であるが炎症の進行は緩慢であるとされている。今回われわれは急速に進行し気胸を発症したMAC症の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

5. 胸膜炎を合併した肺非結核性抗酸菌症の1例 °小林誠一・石田正嗣・花釜正和・矢内 勝 (石巻赤十字病呼吸器)

症例は71歳女性。2004年6月の住民検診で胸部異常陰

影を指摘された。右S⁶に結節影と空洞性病変を認め、気管支洗浄液培養で*M.avium*陽性となり、肺MAC症と診断された。CAM+RFP+EBで治療後は再燃もなく、経過観察されていた。2008年3月に発熱と右胸痛が出現し外来を受診した。胸部X線で右胸水を認め、細菌性胸膜炎と診断されLVFXで外来抗菌治療が開始された。しかし胸水が増加し呼吸不全も出現したため入院となった。胸水はリンパ球優位で、入院時喀痰で抗酸菌液体培養陽性が判明したことから、*M.avium*再燃が疑われた。抗結核薬の投与を開始後、解熱し、胸痛も消失した。その後、喀痰と胸水の培養から*M.avium*が同定され、肺MAC症による胸膜炎と確定した。肺非結核性抗酸菌症が胸膜炎を合併することは稀であるが、抗菌治療に反応しない胸膜炎では非結核性抗酸菌症を考慮する必要があると思われた。