

日本結核病学会東海支部学会

—— 第115回総会演説抄録 ——

平成22年6月26・27日 於 名古屋市中小企業振興会館（吹上ホール）（名古屋市）

（第97回日本呼吸器学会東海地方学会と合同開催）

会 長 横 井 香 平（名古屋大学呼吸器外科）

—— 一 般 演 題 ——

1. 非定型抗酸菌症に慢性壊死性肺アスペルギルス症を合併した1症例 °森 秀法・柳瀬恒明・伊藤文隆・舟口祝彦・大野 康・青山琢磨・湊口信也（岐阜大医附属病呼吸器内）宮崎 崇（同細菌検査）

症例は71歳女性。塗抹陽性の *M. intracellulare* に対して治療継続中であった。悪化する浸潤影・発熱を主訴に来院，気管支鏡洗浄液より *Aspergillus fumigatus* を検出。Aspergillus 沈降抗体陽性と合わせて CNPA と診断。Voriconazole 投与により CRP 低下，解熱傾向を認め症状は消失した。NTM 治療抵抗例では気道病変の進行により CNPA を合併する可能性が高まると考えられる。また抗真菌薬使用時の薬剤相互作用に留意が必要である。

2. 血球貪食症候群を来した粟粒結核の1例 °岩嶋大介・菅沼史恵・佐竹康臣・伊藤靖弘・長岡深雪・齋藤好久・小清水直樹・菅沼秀基（市立島田市民病呼吸器内）齊藤正男・小林 淳・高嶋義光（同呼吸器外）中坊幸晴（同血液・リウマチ）

症例は79歳男性。2010年1月に脱力・発熱を主訴として総合診療科を受診。胸部 X 線上異常陰影を指摘され当科に紹介となった。胸部 CT にて両側全肺野の粒状影を認め，気管支肺炎・肺結核症の疑いとして入院となった。胃液の抗酸菌塗抹検査陽性，その他胃液・尿・骨髄からの検体にて結核菌培養陽性の所見より粟粒結核と診断した。また入院時より汎血球減少症を認めており，精査のために骨髄穿刺を施行したところ粟粒結核誘因の血球貪食症候群に矛盾しない所見が得られた。抗結核治療・ステロイド治療により軽快した。血球貪食症候群を合併した粟粒結核は稀と思われたため，若干の文献的考察も含め報告する。

3. 粟粒結核で発症，肝脾，傍気管リンパ節に波及した外国人気管支結核例 °柏木秀雄（済生会明和病内）

22歳インドネシア人男性，就労実習生，在住2年半。4カ月来咳，発熱。総合病院にて X 線異常，痰 G (+)，

紹介入院。犬吠様咳，呼吸苦，体重減少を有する。X 線，右上葉空洞 (+)，粟粒影 (+)。痰 G (7)，便 (+1)。ツ反 (-)，QFT (+)，WBC 3600 L 8.9%，血沈 37/70，CRP 4.98，GOT 50，GPT 53，A1-P 781。LST CD4 29% (93)，CD8 41，D4/D8 0.7。VC 2500 ml (61%)，FEV1 2060 (82)，PaO2 77.0 Torr，PaCO2 36.4。BFS，気管分岐部，右主気管支結核性潰瘍 (+)，肉芽腫 (+)，BAL G (+2)。肝脾に欠損像と気管右側に巨大なリンパ節腫大出現。6カ月後排菌消失。結核性潰瘍軽快し，帰国した。

4. 結核性髄膜炎・脊椎カリエスを併発した若年発症の粟粒結核の1例 °大館 満・鈴木隆二郎・権田秀雄・梶川茂久・與語直之・福井保太・倉橋祐子（豊橋市民病呼吸器内）

症例は26歳男性。1週間前から続く頭痛・嘔吐を主訴に近医受診。胸部 X 線上左肺野に空洞を伴う粒状影を認め，喀痰塗抹にてガフキー 2号検出されたため，2008年11月に当院紹介となった。後日，PCR にて結核陽性。髄液検査にて単核球優位の細胞増加と蛋白の上昇，糖の低下を認め，粟粒結核に伴う結核性髄膜炎と診断した。ステロイドを併用しながら HREZ での治療を開始した。その後，半年前より当院で脊椎ヘルニアで通院していたが，脊椎カリエスと判明。後日，整形外科にて手術となった。本症例では，HIV 陰性であり，特に既往のない若年発症の粟粒結核であった。このため，若干の文献的報告を加えて報告する。

5. 再発性結核性髄膜炎の1例 °大場久乃・宇賀神基・永福 建・三輪清一・金井美穂・白井正浩・早川啓史（NHO 天竜病呼吸器内）鎌田 皇（同神経内）須田隆文・千田金吾（浜松医大呼吸器内）

症例は37歳男性，ペルー人。平成19年2月より咳嗽，喀痰，食欲不振，ふらつきが出現した。同年3月，胸部異常陰影を指摘され当院に紹介された。喀痰抗酸菌塗抹陽性，Tbc PCR (+)，胸部 CT 上両側多発性小結節陰影

を認め、髄液細胞数 $147/\mu\text{l}$ と増加していた。肺結核、粟粒結核、結核性髄膜炎と診断され、6HRE3HRにて治療され軽快した。平成21年8月頃より、頭痛、後頸部痛、眼痛が出現、全身倦怠感、食欲不振、腹痛も伴った。9月中旬より複視、右難聴、右眼球運動障害も認められ、9月25日再入院となった。頭部MRI造影T1強調画像で脳幹脳槽部と脳幹実質の造影効果を認め、髄液細胞数 $87/\mu\text{l}$ と増加、髄液ADA 39 IU/l と上昇していた。喀痰と髄液培養では抗酸菌は検出されなかったが、経過と画像所見より再発性結核性髄膜炎と診断した。HRZ+LVFX、ステロイド治療を開始し軽快中である。若干の文献的考察を加え報告する。

6. PET-CTで集積を示した胸壁結核の1例 °糸魚川幸成・市川昌子・吉岡正剛・石渡俊次・藤井充弘・岩神真一郎(順天堂静岡病呼吸器) 都島由紀雄・阪野孝充(同胸部外) 和田 了(同病理診断)

症例は75歳男性。2009年3月より右胸背部痛が出現。胸部X線右上胸水を認めたため、胸水穿刺を施行したが、確定診断には至らなかった。経過中に胸水は自然に消失したが、同年7月より再び右胸痛と少量の胸水が出現した。その際に施行した胸部CTで右胸壁に腫瘍が認められ、PET-CTでも集積を認めたため胸壁原発の悪性腫瘍を考えて外科切除を試みた。術中に施行した生検の迅速病理診断の結果は胸壁結核であったため、抗結核薬を開始し、現在も外来通院中である。本症例の経験から胸壁腫瘍の原因として胸壁結核も鑑別疾患の一つとして重要であると考えられた。

7. 結核性胸壁冷膿瘍の1切除例 °坂倉範昭・内田達男・北村由香・陶山元一(愛知県がんセンター愛知病呼吸器外)

結核性胸壁冷膿瘍はまれである。今回、肋骨を取り囲み複雑に増大した結核性胸壁冷膿瘍の切除例を経験した。〔症例〕22歳女性。2009年7月に右胸水貯留を指摘され結核性胸膜炎と診断された。抗結核化学療法HREZ4剤内服で治療開始、胸水は消失し6カ月間で内服を終了した。2010年1月、右側胸部に膨隆が出現、3月まで徐々に増大した。穿刺膿からガフキー1号を検出し結核性胸壁冷膿瘍と診断された。3月よりHREZ内服を再開したが病変はさらに増大した。CTでは肋骨外側 $10\times 8\text{ cm}$ 、内側 $5\times 3\text{ cm}$ 、周囲が造影され内部が低濃度の病変を認め、両病変は第8肋間にある茎でつながっていた。4月、膿瘍切除+肋骨部分切除を施行、内外の膿瘍を一塊に切除した。経過は良好である。〔考察〕本疾患には一塊切除が推奨されているものの、まずドレナージを試みるか否か、手術適応や方法なども定説はない。今回術中にインジゴカルミン溶液を内腔に満たすなどいくつかの工夫を行い安全に切除しえたので紹介したい。

8. 重症の*M. avium*症と緑膿菌肺炎を合併した1例

°榊原利博・谷口博之・近藤康博・木村智樹・片岡健介・木村元宏・小林大介・横山 裕・高橋光太・渡辺尚宏・表 紀仁・桑原真梨子(公立陶生病呼吸器・アレルギー内)

症例は46歳男性で路上生活者。半年間続く湿性咳と食欲低下、体重減少、発熱のため近医を受診し、胸部X線異常を指摘され2009年9月当院を受診した。WBC 14400 、CRP 7.7 、プロカルシトニン $2+$ であり、糖尿病(Alc 15.4)を合併していた。胸部CTにて右上葉に空洞を伴う浸潤影を認めたため肺膿瘍を疑いCTR+CLDMにて治療を開始した。入院後の喀痰・血液培養から緑膿菌を検出したため、T/P+CPFXにて治療していたが、病状は進行性に悪化した。さらに第11病日に緑膿菌の耐性化が判明し、MEPM+ISP+AZTに変更、第14病日に*M. avium*を検出しRFP+EB+CAMを追加投与した。第30病日より解熱し、第45病日にはMEPM+ISP+AZTを中止、徐々に画像上も改善を認め、第183病日に慢性期病院へ転院となった。重症の*M. avium*症と緑膿菌肺炎を合併した症例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

9. *M. fortuitum*による全身性リンパ節炎の1例 °中川 拓・長谷川万里子・辻 清太・篠田裕美・林 悠太・垂水 修・山田憲隆・小川賢二(NHO東名古屋病呼吸器内)

症例は70歳女性。7年前からパーキンソン病にて内服治療中。2009年2月から頸部リンパ節腫大あり。前医のリンパ節生検にて類上皮細胞を伴う肉芽腫性病変を認め、頸部リンパ節結核疑いにて同年6月当科初診。QFTは繰り返し「判定不可」であった。当院でも針生検で菌検出できず、診断的結核治療開始。いったん改善したものの、重症薬疹で同年12月入院となった。その後両側頸部と両側腋窩リンパ節が急速に増大し、2010年1月診断目的にて左腋窩リンパ節切除術を行った。組織培養で*M. fortuitum*が検出され、*M. fortuitum*によるリンパ節炎と診断した。IPM/CS+AMK+CAM治療により著明改善し、現在外来でCAM+LVFX内服治療中である。基礎疾患としての抗IFN- γ 自己抗体の可能性についてなど、文献的考察を加え報告する。

10. *Mycobacterium abscessus*肺感染症の1例 °原朋子・伊藤靖弘・佐竹康臣・菅沼史恵・長岡深雪・岩嶋大介・齋藤好久・小清水直樹・菅沼秀基(島田市民病呼吸器内) 齊藤正男・小林 淳・高嶋義光(同呼吸器外) 栗田 泉(同検査細菌検査室)

症例は68歳女性。1985年肺アスペルギルス症にて右上葉切除術の既往がある。1999年、肺*M. intracellulare*症が診断され、RFP+CAMで加療されていた。その後も、

抗酸菌培養は持続的に陽性であったが、抗酸菌同定は行われていなかった。2009年、咯血で入院して以降、咯痰から複数回 *M. abscessus* が同定され、*M. intracellulare* は同定されなくなっており、*M. abscessus* による肺感染症と診断された。2010年2月 CAM+AMK+IPM/CS で約1カ月加療された後、CAM+FRPMで治療継続されている。同菌による肺感染症は当院では2005年以降3例あり、併せて検討を行い報告する。

11. 慢性関節リウマチに合併した特発性器質化肺炎との鑑別が困難であった非結核性抗酸菌症の1例

橋本直純・今泉和良・森瀬昌広・長谷川好規(名古屋大呼吸器内)

症例は53歳女性。2003年胸部異常陰影指摘され当院受診。1995年から慢性関節リウマチで治療を受けていた。2005年から胸部異常陰影の一過性増悪と咳嗽を認め、抗生剤 LVFX 治療で軽快した。2007年胸部異常陰影精査目的で気管支鏡検査施行。有意菌検出を得ず器質化肺炎の病理所見を得た。陰影の移動を伴う胸部 X線写真の増悪を認め、LVFX 治療で軽快していた。2010年2月再度陰影増悪を認め、LVFX 治療を行ったが陰影の改善を認めず、咯痰から MAC が同定された。CAM+RFP+EB の3剤併用療法で陰影の改善を認めた。RA を基礎疾患とした女性で器質化肺炎像を呈した非結核性抗酸菌症を経験したので報告する。

12. 肺腫瘍と鑑別困難で肺切除を必要とした肺非結核性抗酸菌症の3例

大木恭裕・西井洋一・藤本源・井端英憲(NHO三重中央医療センター呼吸器) 樽川智人・安達勝利・金田正徳(同呼吸器外) 中林 洋(同病理) 田口 修(三重大学附属病呼吸器)

症例1: 63歳女性、肺気腫、喘息で経過中、気管支炎で入院中に CT で左 S⁶ に小結節影あり。腫瘍が否定できず肺切除。病理肉芽腫所見、洗浄液より *M. avium* を検出。症例2: 48歳女性、検診で左上葉に腫瘤陰影を指摘。気管支鏡で診断できず PET 陽性で腫瘍が否定できず肺切除。病理乾酪壊死変化で洗浄液より *M. avium* を検出。症例3: 54歳男性、検診で右上葉の空洞性病変を認め、気管支鏡下生検では壊死性変化で肺結核を疑い、抗結核剤治療も陰影の増大傾向を認めるため肺切除。病理類上皮肉芽腫の所見、シークエンス解析で *M. shimoidei* と診断。いずれの例も画像などで肺腫瘍と鑑別、診断がつかず肺切除を必要とした。

13. 免疫抑制下に発症した肺 NTM 感染症の1例

浦和昌史・大西真裕・内藤雅大・藤原篤司・高木健裕・小林 哲・小林裕康・田口 修(三重大呼吸器内) ガバザ・エステバン(同免疫学)

症例は61歳男性。1990年、結核性胸膜炎、気管支喘息

の治療歴あり。1998年、当院皮膚科にて RA (rheumatoid arthritis: 関節リウマチ)、PN (polyarteritis nodosa: 結核性多発動脈炎) と診断。以後、PSL, MTX にて加療された。2005年から、INH と併用し、レミケード (infliximab) 開始。2008年8月胸部 CT にて、右下葉孤立結節影を指摘され、当科紹介となる。咯痰、胃液の抗酸菌培養、PCR より非結核性抗酸菌症と診断した。CAM, RFP, SM による治療介入にて、3カ月後に結節影の消失を認めた。今回われわれはレミケード (infliximab) 使用状況下で、肺非結核性抗酸菌感染症の発症を認めた1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

14. 咯痰培養検査にて *M. terrae* が同定された2例

八木光昭・谷口博之・近藤康博・木村智樹・片岡健介・木村元宏・小林大介・横山 裕・高橋光太・渡辺尚宏・表 紀仁・桑原真梨子(公立陶生病呼吸器・アレルギー内)

1例目は65歳男性。2週間続く発熱を認め、近医受診、胸部 X線にて両肺びまん性の小粒状影を認め、当院紹介、同日精査入院となった。TBLB・骨髓穿刺にて乾酪性肉芽腫を認め、結核菌は同定されなかったが、粟粒結核と診断し HREZ による治療を開始した。その後、培養にて *M. terrae* が同定されたため CAM を加えて治療を継続し改善を認めている。2例目は結核既往のある77歳男性。某年2月の咯血時の咯痰 Ziehl-Neelsen 染色で抗酸菌陽性も培養は陰性であった。同年6月の再咯血時に咯痰抗酸菌陽性のため肺結核として HREZ による治療が開始された。10月に培養にて *M. terrae* が同定されたため CAM を加えて治療を行い経過良好である。*M. terrae* 感染症は頻度が低く報告も少ないため、貴重な症例と考え文献的考察も交えて報告する。

15. 難治性肺 MAC 症に対する当院でのリファブチン使用経験

菅沼史恵・寺田修三・佐竹康臣・伊藤靖弘・長岡深雪・岩嶋大介・齋藤好久・小清水直樹・菅沼秀基(市立島田市民病呼吸器内) 齊藤正男・小林 淳・高嶋義光(同呼吸器外)

2008年10月のリファブチン保険収載以降、当院では2010年4月までに10例の難治性肺 MAC 症に対しリファブチン投与を行った。うち3例は原病あるいは合併した肺癌のため死亡、4例は副作用他の理由により投与中止、3例が継続投与中である。中止の理由は、皮疹が1例、食思不振が1例、白血球減少が1例、費用と効果の問題が1例であった。副作用で中止した3例は CAM 併用のため1日150mg の少量投与であったが、いずれも開始から1カ月以内に副作用のため投与継続できなくなった。当院でのリファブチン使用経験を報告する。