日本結核病学会関東支部学会

── 第158回総会演説抄録 ──

平成22年9月18日　於　宇都宮ポートホテル（宇都宮市）

（第191回日本呼吸器学会関東地方会と合同開催）

会　長　　石　井　芳　樹（獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科）

── 一　般　演　題 ──

1. 複数の増悪因子を有する患者に発症した急速進展肺結核の1剖検例　°池野義彦（大田原赤十字病リウマチ）戸田正夫*（獨協医大日光医療センター膠原病・アレルギー内）本間浩一（獨協医大病腫瘍センター）鹿島隆一（鹿島内科クリニック）眞塩一樹・﨑尾浩由・大原千知・近江史人・阿久津郁夫*（大田原赤十字病呼吸器内）杉山公美弥・福島康次・石井芳樹・福田健（獨協医大呼吸器・アレルギー内*）

症例は59歳男性，40本/日×20年の喫煙，糖尿病，アルコール性肝炎，肝硬変症などの治療を自己中断した経緯あり。平成20年11月8日より発熱，全身倦怠感，摂食不良で発症，様子見るも症状遷延，11月16日自宅で動けなくなっているところを家人が発見，近医入院を経て11月19日当院に転院となった。BMI 15.06と著明なるいそう，呼吸不全を呈し，検査所見では低アルブミン血症，低リンパ球血症を認めた。化学療法，高カロリー輸液，人工呼吸管理を含めた集学的治療を実施するも治療に反応せず12月3日永眠された。病理解剖にて，左右上葉に肉芽腫形成に乏しい軟化融解による気管支との交通を認めた巨大空洞病変，左下葉および右S^6全体への気道散布性病変を認めた。肺結核の増悪・難治化要因として様々な報告が示されている。文献的な考察を加え報告する。

2. Refeeding syndromeを起こした重症肺結核の1例　°桐生育実・橋本典生・金子有吾・鮫島つぐみ・木下陽・竹田　宏・桑野和善（東京慈恵会医大呼吸器内）

症例は43歳男性。呼吸困難と脱力で他院入院。両肺の広範な空洞と，左気胸が見られ，喀痰ガフキー10号とTB-PCR陽性のため，重症肺結核の診断で当院に転院。HREZ開始したが，入院第3病日に呼吸状態が悪化し人工呼吸器管理となった。第4病日に血清Alb 1.0 g/dlと低値のため経管栄養を開始したが，下痢が続き第7病日よりTPNを開始。第11病日に呼吸・循環状態が落ち着いたため，人工呼吸から離脱。鎮静薬の投与を中止しても意識障害が続き，痙攣が出現。血清リン値1.1 mg/dlと低リン血症を認めたことも含め，refeeding syndromeと診断した。本症例のような栄養状態不良結核患者の治療において，refeeding syndromeを念頭において適切な栄養・電解質管理が必要であると考えられる。

3. 治療経過中にHot tub lung類似の陰影を呈した肺結核の1例　°三浦由記子・角田義弥・田中　徹・谷田貝洋平・林士　元・関根朗雅・宮崎邦彦・林原賢治・斎藤武文（NHO茨城東病内科診療部呼吸器内）梅津泰洋（同臨床研究）

症例は71歳女性。低血糖発作で他院入院中，胸部CT上，左舌区に空洞を伴う結節影，縦隔リンパ節腫脹を認め当院紹介。喀痰抗酸菌塗抹は陰性であったが，気管支擦過，洗浄液の塗抹，結核菌PCRがいずれも陽性となり，肺結核と診断しINH，RFP，EB，PZAを開始した。投与開始27日目で急性呼吸不全をきたし，胸部CT上，液面形成を伴った空洞の拡大と新たにびまん性小葉中心性粒状影，スリガラス影を認めた。投与開始からの時期，RFPを含む初回強化療法施行例，全剤感受性ありから，糖尿病は合併していたが初期悪化的機序による増悪と考え，ステロイド投与を開始した。呼吸不全，画像の改善を認めたが，T-Bil 2.8と肝機能障害を認めたため，抗結核薬を全剤中止した。肝機能障害軽快後，心不全，尿路性敗血症を併発し永眠された。

4. ツベルクリン反応およびクォンティフェロンTB 2G検査陰性を確認した後アダリムマブを投与し，粟粒結核を発症した関節リウマチの1例　°小林賢司・高柳　昇・太田池恵・小田島丘人・多田麻美・石黒卓・米田紘一郎・宮原庸介・鍵山奈保・徳永大道・倉島一喜・柳沢　勉・杉田　裕（埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内）清水禎彦・川端美則（同病理診断）

症例は68歳女性。ツベルクリン反応・クォンティフェロンTB 2G陰性および肺野にUIP病変以外陳旧性肺結核を疑わせる陰影を認めないことを確認された後に，関節リウマチに対しアダリムマブを投与された。3カ月後から悪寒を伴う発熱が出現し，CT検査で両肺・肝・脾のびまん性粒状影を認めた。気管支肺胞洗浄液では抗酸菌塗抹陰性だったが結核菌−PCR検査が陽性であり，粟粒結核と診断した。抗結核薬にて発熱・炎症所見・肺野陰影は共に改善傾向である。TNF阻害薬投与ガイドラインを満たす症例からも結核が発症する可能性がある。

5. SM・PAS・INHの3剤に耐性であった肺結核の1例 ˚江川健一郎・湯山兼三・羽生裕二・坪内佑介・松下尚憲・三浦溥太郎（横須賀市立うわまち病呼吸器）

症例：61歳女性。主訴：なし。既往歴：なし。家族歴：妹：肺結核（35年前）。現病歴：2009年9月胸部検診にて異常を指摘され紹介受診。初診時胸部X線にて両側肺尖に小空洞を伴う陰影，胸部CTにて両側肺尖に気管支拡張，石灰化および空洞を認めた。喀痰抗酸菌検査では塗抹陰性・培養陽性，結核菌同定DNA検査陽性であったためRFP，INH，EBの3剤で治療を開始した。感受性試験にてSM，PAS，INHの3剤耐性と判明し，RFP，EB，PZA，LVFXの4剤に変更して治療を続行した。内服後5カ月の胸部CTで肺尖部病巣の退縮傾向が認められた。考察：1970年代まで標準療法であったSM，PAS，INHの3剤に対する耐性菌による結核症例を経験した。本症例は患者の年齢および画像所見にて少なからず陳旧性像を呈することから，潜在性結核の内因性再燃例である可能性が高い。

6. 血行性機序が推測された食道結核の1例 ˚檜垣直子・有賀晴之・荒木孝介・赤司俊介・松井芳憲・大島信治・益田公彦・松井弘稔・田村厚久・長山直弘（NHO東京病呼吸器）蛇澤　晶（同臨床検査）

73歳男性。排菌陽性肺結核にて入院。5カ月前よりSLEとしてPSLを内服。入院時に黒色便，小球性低色素性貧血があり，GIFを施行。中部食道にⅡa＋Ⅱc病変と小粒子の集簇があり，同部に類上皮細胞肉芽腫および抗酸菌を認め，食道結核と診断した。結核治療を開始後，病変は速やかに消失した。食道結核はリンパ節結核の癒着，穿破を成因とする例が多いが，本例では画像上，隣接する臓器に有意な所見を認めなかった。食道結核の発生機序を考察するうえで貴重な症例と考え報告する。

7. EBUS-TBNAにて診断しえた結核性縦隔リンパ節炎の1例 ˚横山達也・林ゆめ子・町田安孝・曽田紗世・永澤潤哉・村山慶樹・田中彩絵・角田卓也・塩原太一・渡部峰明・小原一記・神谷周良・松野和彦・館脇正充・福島史哉・降旗友恵・知花和行・福島康次・石井芳樹*・福田　健（獨協医大呼吸器・アレルギー内）三好祐顕・武政聡浩（同呼吸器内視鏡センター*）

症例は38歳の男性。飛蚊症にて近医通院中であったが，眼底出血を認め2009年2月，当院眼科紹介受診。眼科的所見はサルコイドーシスあるいは結核による血管炎疑いであった。血清ACE値上昇を認め，当科へサ症疑いにてコンサルトあり。胸部CTでは，肺野に異常所見なく，軽度の縦隔リンパ節腫大を認めた。同年3月に気管支鏡施行したところ右B^8入口部に小さなポリープ様病変認め生検を施行したが，特異的所見は認めなかった。また#7リンパ節に対してEBUS-TBNAを試みるも，穿刺困難であった。外来にて経過観察ののち同年8月に2回目の気管支鏡を施行。右B^8のポリープ様病変は消失していた。再度#7縦隔リンパ節に対しEBUS-TBNAを行い，TBNA針洗浄液の結核菌PCR陽性や組織学的に乾酪壊死を伴う肉芽腫病変を認め結核性リンパ節炎と診断した。現在，抗結核薬4剤にて治療中である。若干の文献的考察を加え報告する。

8. 右半結腸切除により診断に至った腸結核，肺結核の1例 ˚西村大樹・川﨑　剛・関根亜由美・市村康典・小園高明・高田由子・西村倫太郎・矢幅美鈴・黒田文伸・坂尾誠一郎・黒須克志・笠原靖紀・田邉信宏・滝口裕一・巽浩一郎（千葉大医呼吸器内）

症例は45歳フィリピン人女性。平成21年11月に腹痛のためA病院を受診した。腹部CT検査および下部消化管内視鏡検査にて上行結腸の高度狭窄を認め，病理組織所見と合わせてクローン病と診断され，12月にB病院へ紹介された。内科的治療にて改善が得られず，平成22年2月に右半結腸切除術を施行された。切除標本にて肉眼的に全周性の潰瘍病変，病理組織にて乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫を認めた。以上の検査結果と，胸部CT検査にて肺野に異常影を認めたことから腸結核および肺結核が疑われ，4月に当科へ紹介となった。喀痰抗酸菌塗抹およびPCR-TBは陰性であったが，QFT-2G検査が陽性であり，前医での検査結果と合わせて腸結核，肺結核と診断し，抗結核薬を開始した。クローン病との鑑別を要し，右半結腸切除により診断に至った腸結核，肺結核の1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する。

9. 粟粒結核の治療後に発生した腰部大腿流注膿瘍の1例 ˚石渡祐作・伊藤玲子・佐藤真紀・清水哲男・林　伸一・辻野一郎・小林朋子・高橋典明・橋本　修（日本大医呼吸器内）

症例は69歳の男性。2009年1月より発熱，咳があり近医受診。諸検査を行い，胸部異常陰影が認められたため，2月に紹介入院となる。両側肺にびまん性小粒状影あり，気管支鏡検査で結核菌とともに類上皮細胞性肉芽腫を検出し，さらに尿，便，血液培養でも結核菌を検出したため粟粒結核と診断し，直ちに抗結核剤（INH，RFP，

EB，PZA）による化学療法を開始した。治療により，速やかに症状や陰影は消失し，結核菌も検出しなくなった。また，腹部CTで右腸腰筋に膿瘍を認めていたが，自覚症状はなく，治療により縮小傾向にあった。経過は順調で，副作用もなく治療でき，延長期間も十分含めて2010年3月いっぱいで化学療法は終了とした。しかし，その後の経過観察中，6月に右鼠径部の腫れが出現した。腹部骨盤CTで右腸腰筋から大腿にかけての流注膿瘍を形成しており，穿刺ドレナージとともに抗結核剤の投与を再開した。

10. 肺葉内肺分画症に非結核性抗酸菌症を合併した1例 ˚桂　蓉子・石森絢子・木村　透・平間未知大・木戸健治（順天堂大医附属練馬病呼吸器内）

症例は41歳女性。2002年に左下葉肺炎の既往あり。2007年4月胸部異常陰影で当院呼吸器内科紹介受診。胸部CT上，左肺S^{10}に浸潤影と下行大動脈からの異常血管の分布を認めた。3D-CTで大動脈から両側下葉へ流入する血管を認め，肺分画症の診断となった。特に症状なく経過観察していたが，2009年12月，再度左下葉の肺炎を併発し入院。喀痰培養からは*M. avium*が複数回検出され，非結核性抗酸菌症の合併と診断した。2010年1月に肺分画症に対して左下葉切除術を施行した。切除標本にて肺葉内肺分画症に抗酸菌感染を伴った所見を組織学的に確認した。肺分画症に合併した抗酸菌症は内科的治療での根治は困難であり，切除が必要と考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

11. *Mycobacterium avium* complexによる胸膜炎と考えられた1例 ˚福住宗久・井部達也・和久田一茂・毛利篤人・濱元陽一郎・上村光弘（NHO災害医療センター呼吸器）

症例は65歳女性。咳嗽と胸部異常陰影のため当科を紹介受診した。受診の2年前の画像所見で左上葉の気管支拡張像が確認されており，非定型抗酸菌症（NTM）などが疑われたが精査はされていない。受診時，左上葉の浸潤を伴う気管支拡張症の増悪と多量の左胸水貯留が見られた。喀痰検査ではガフキー3号，PCRの結果，*M. avium*と判明した。胸水の所見は，血性でADAが52.0 IU/L，リンパ球優位の細胞増加がみられ，8週培養は陰性であった。希望により抗菌剤療法なしで観察していたところ，胸水は自然に減少傾向を見た。現在，受診後2.5年が経過したが，胸水量は少量で増加傾向なく経過している。結核菌とは異なり，NTMによる胸膜炎は比較的まれである。その診断には胸水からの菌の証明が必要とされるが，肺病変の悪化とともに出現したこと，喀痰から*M. avium*が検出されたことよりNTMが関与した胸膜炎と考えられた。