

皮膚筋炎、SLE オーバーラップ症候群に侵襲性気管支アスペルギルス症を合併した一例

¹ 杏林大学医学部付属病院 呼吸器内科、² 結核予防会複十字病院 呼吸器内科

○佐田 充¹、皿谷 健¹、田中 康隆¹、辻本 直貴¹、乾 俊哉¹、小川 ゆかり¹、中島 明¹、田村 仁樹¹、檜垣 学¹、高田 佐織¹、横山 琢磨¹、倉井 大輔¹、和田 裕雄¹、石井 晴之¹、滝澤 始¹、後藤 元¹、内山 隆司²

【症例】生来健康な45歳男性。【現病歴】3ヶ月前から発熱、両手足の手袋靴下型のしびれ、両側肩関節・手関節・膝関節・足関節の関節痛及び大腿の筋痛が出現。また2ヶ月で10kgの体重減少を伴った。症状は持続し、胸部X線にて右下肺野に浸潤影を認め低酸素血症も合併したため前医に緊急入院。右S8のTBLBでは非特異的な肺胞腔内の炎症性変化を認めた。気管支鏡では中枢気道の気管・気管支粘膜に多発する白色の隆起性病変を認め、TBBでは同部位に多数のアスペルギルスの集塊を認め、一部が気管支壁内へと浸潤しており侵襲性気管支アスペルギルス症(ITBA: invasive tracheobronchial aspergillosis)と診断、当院へ紹介入院となった(day0)。VRCZの投与で気管支粘膜病変は消失したが、右S8の浸潤影は残存した。転院後、心機能及び右下肺野の病変が急激に増悪しday8に人工呼吸器管理となった。皮膚所見陽性(V-neck sign)、自己抗体陽性(抗ds-DNA抗体39.5 IU/mL、ANA160倍)、近位筋の筋力低下、尿検査所見(多数の顆粒円柱)より皮膚筋炎(日本の研究班による基準より)とSLE(分類基準6項目中5項目陽性)のoverlap syndromeと診断し、皮膚筋炎による拡張型心筋症、膠原病肺の増悪が考えられた。直ちにステロイドパルス療法や免疫抑制薬での後療法を行ったが、両側気胸及び緑膿菌による敗血症を合併し死亡退院となった(day43)。【考察】ITBAは多くの場合移植後など免疫不全の状態が生じるが、一部では健常者での発症も報告されている。本症例では検索し得た範囲では明らかな免疫不全のない患者に生じた侵襲性気管支アスペルギルス症と考えられ、文献的考察を含めて報告する。

肺アスペルギローマに合併した細菌性肺炎による急性肺障害が疑われた一例

¹ 杏林大学医学部付属病院 呼吸器内科、² 杏林大学医学部付属病院病理学教室、³ 至誠会第二病院

○小田 未来¹、皿谷 健¹、金重 真奈美^{1,3}、小川 ゆかり¹、乾 俊哉¹、横山 恵美^{1,3}、高田 佐織¹、横山 琢磨¹、滝澤 始¹、後藤 元¹、下山田 博明²

【症例】72歳男性【主訴】咯血、呼吸困難【既往歴】胃癌で胃全摘術【現病歴】某年8月より右肺尖部の陳旧性炎症性変化と空洞性病変を指摘され前医で経過観察されていた。翌年4月の胸部X線で右肺尖部の陰影が増悪し、抗菌薬に不応かつ血清アスペルギルス抗体陽性から、慢性壊死性肺アスペルギルス症(CNPA)が疑われた。前医で4月14日からITCZ200mg/日投与を開始し、4月18日よりMCFG150mg/日の投与を開始したが、増悪傾向であり、咯血も出現した。5月2日に前医に入院となり右下肺野へも浸潤影が拡大したためCNPAの増悪及び細菌性肺炎の合併も考慮しL-AMB500mg/日、MEPM3g/日の投与が開始された。咯血に対してカテーテル治療目的に5月17日当院へ転院。【経過】転院時は全身状態不良で明らかな咯血の持続がなく気管支動脈造影による塞栓術は中止とした。血清β-Dグルカン及びアスペルギルス抗原は陰性であったが、右肺野以外にも、左中肺野に浸潤影が出現し、呼吸状態も増悪した。第2病日には左全肺野に浸潤影が拡大し死亡退院となった。剖検肺では右上葉の空洞性病変の内部は壊死しておりHE染色で多数のアスペルギルスの菌糸を認めたが、空洞内に留まっており菌糸の周囲への明らかな進展は認めず肺アスペルギローマと診断した。しかしながら剖検時の右上肺野の嫌気性菌を疑う腐敗臭と病理所見で空洞周囲の気道散布性の炎症細胞浸潤から細菌感染の合併が疑われた。肺胞腔内には膿瘍を疑わせる炎症細胞浸潤が混在し、右下肺や左肺全体は硝子膜形成を伴っておりDADの所見であった。【考察】アスペルギローマに加え細菌性肺炎の合併を契機にDADを呈し、その一因に宿主側の免疫力低下などの極度の免疫応答の低下の関与が疑われた一例を経験し報告とした。