反復性肺炎を呈した気管支炎症性ポリープの1症例

秋山 義彦*, 細川 芳文*, 森田 祐二*
萩原 照久*, 山口 道也*, 堀江 孝至*
岡安 大仁*, 大畑 正昭**, 大森 一光**
伊良子 光正**, 根本 則道***

A Case of Inflammatory Pseudo-polyp with Recurrent Pneumonia

Yoshihiko Akiyama, M.D.*, Yoshifumi Hosokawa, M.D.*, Yuji Morita, M.D.*,
Teruhisa Hagiwara, M.D.*, Michiya Yamaguchi, M.D.*, Takashi Horie, M.D.*,
Masahito Okayasu, M.D.*, Masaaki Ohata, M.D.,** Kazumitsu Ohmori, M.D.,**
Mitumasa Irako, M.D.,** and Norimichi Nemoto, M.D.***

*First Department of Internal Medicine, **Department of Thoracic Surgery, and

***Second Department of Pathology, Nihon University School of Medicine, Tokyo

A 63-year-old man visited our hospital with a complaint of recurrent pneumonia in right upper lobe (S²). Bronchofiberscopy was carried out and a polypoid tumor was detected at the orifice of right B².

The histological examination of biopsy specimens revealed the atypical cell infiltration in the bronchial mucosa. However it was not unclear whether the polypoid tumor was malignant or not. Therefore surgical approach was chosen to obtain the definite diagnosis and then the right upper lobectomy was performed.

The histopathological study of the resected lung indicated the inflammatory pseudo-polyp.

Inflammatory pseudo-polyp is relatively rare disease in comparison with tumor polyp, and it is quite important to differentiate from malignant tumor.

It might be suggested that the bronchofiberscopy should be performed when a patient has experienced the recurrent pneumonia in the same pulmonary region.

Key words : 気管支炎症性ポリープ, 反復性肺炎, 気管支ファイバースコープ

I. はじめに

気管支炎症性ポリープは腫瘍性ポリープの頻度に比べまれな疾患で, しばしば悪性腫瘍との

*日本大学附属板橋病院第1内科, **日本大学附属板橋病院胸部外科, ***日本大学附属板橋病院第2病理
別刷請求: 〒173 東京都板橋区大谷口上町30-1

日本大学附属板橋病院第1内科 秋山義彦
投稿受付: 1990年4月20日

鑑別が問題となる。今回われわれは, 胸部X線写真上, 反復性肺炎をきたした症例に対し, 気管支ファイバースコープ(以下気管支鏡)を行って比較的早期に診断し, 手術によって確認された気管支炎症性ポリープの1症例を経験したので, 若干の考察を加えて報告する。

II. 症 例

症 例: 63歳男性, 会社員

主 訴：乾性咳嗽，発熱

既往歴：特記することなし

家族歴：父親が脳卒中，母親が胃癌で亡くなっている。

現病歴：1985年の11月頃より乾性咳嗽を自覚するようになった。症状はその後も持続していたが翌年3月27日になり微熱を認めたため，近医を受診し投薬をうけて解熱した。

1987年5月，人間ドックの検診で右上肺野の異常影を指摘され，日本大学板橋病院呼吸器科を紹介されて1987年6月8日に受診した。

受診後の経過：外来初診時の胸部X線写真を図1に示した。右上肺野でS²領域に一致して浸潤影が認められ，肺炎の診断でオフロキサシン600 mg/日を14日間内服投与したところ，1987年6月22日の再受診時には図2に示すごとく，胸部X線上の陰影は軽快していた。その後経過は良好であったが，再び乾性咳嗽と微熱を自覚したため，1989年1月1日に再度受診した。その時の胸部X線写真を図3に示したが，1987年6月と同じ部位に肺炎の所見を認めた。

繰り返し同一部位に肺炎を呈したことから，その原因を確認する目的で気管支鏡を行った。その結果，右上葉B²入口部にポリープ状の隆起性病変を認め(図4)，そのポリープ様隆起性病変の粘膜は周囲粘膜と同様平滑であり，色調の変化は認めず(図5)，B¹，B³その他の気管支に特に異常を認めなかった。

病変部で計5回生検を施行し，気管支洗滌も行った。病理学的所見では隆起性病変は大部分気管支粘膜表層上皮で覆われており，一部軽～中等度の異型性があり，炎症に伴う異型性かは明らかでなく，完全に悪性を否定できないとの結論であった。そのため，外科的対応も考慮して入院となった。

入院時所見では，胸部聴診上右背部で断続性ラ音を聴取した以外異常を認めなかった。

入院時検査成績を表1に示したが，A/G比がやや低値なことで赤沈の亢進(96 mm/h)を認めた以外，特に異常を認めなかった。

図2 1987年6月22日再診時の胸部単純X線写真
抗生剤の内服により肺野の異常影は軽快している。

図1 1987年6月8日当科外来初診時の胸部単純X線写真
右上肺野S²領域に一致して浸潤影を認める。

図3 1989年1月再診時の胸部単純X線写真
初診時と同じ右上葉に浸潤影を認めた。

図4 気管支鏡写真(1)
右上葉 B² 入口部より突出した隆起性病変

図5 気管支鏡写真(2)
図4と同部。病変の粘膜は周囲粘膜と同様平滑であり、色調の変化は認めない。

表1 入院時検査所見

RBC	420 ($\times 10^4/\mu\text{l}$)	Mycoplasma Ab	4 (dils ↓)
HB	14.0 (g/dl)	Cold agglutination	20 (dils ↓)
Ht	41.8 (%)	P.P.D.	(+)
WBC	6800 (/mm ³)	Gaffky	(-)
Plt	35.8 ($\times 10^4/\mu\text{l}$)	AFP	5.0 (ng/ml)
GOT	10 (IU/l)	CEA	2.9 (ng/ml)
GPT	10 (IU/l)	CA19-9	19.1 (U/ml)
AL-P	160 (IU/l)	Ferritin	118.9 (ng/ml)
LDH	236 (IU/l)	<u>Respiratory function</u>	
BUN	12.8 (mg/dl)	VC	3.32 (l)
Cr	1.0 (mg/dl)	%VC	100.3 (%)
TP	6.8 (g/dl)	FEV _{1.0}	2.39 (l)
A/G	1.16	FEV _{1.0} %	71.3 (%)
CRP	0.3 (mg/dl)	RV/TLC	31.2 (%)
ESR	96 (mm/h)	%DL _{co} /VA	113 (%)

手術所見：生検組織所見から悪性の可能性が否定しきれなかったため、当院胸部外科で1989年2月22日手術を施行した。手術所見では、胸腔内に胸水の貯留はなく、癒着や胸膜嵌入もみられなかった。胸膜表面から透見される炭粉沈着は中等度であったが、腫瘍は触知せず、S²は無気肺様で壊死性に瘢痕化していた。切開を加えた後に認められたポリープ様隆起性病変は、B²_aの末梢から中枢側へ突出しており、上葉気管支の管状切除ならびに気管支形成術ではS²のみの切除は困難とのことで、上葉切除となった。

手術検体の病理組織学的検討では、ポリープ

様隆起性病変は気管支上皮に覆われており、炎症性細胞および一部線維細胞で肥厚し、脂肪細胞の増生を伴っていた。これらの細胞は異型性に乏しく、境界不明瞭に正常気管支の間質へ移行していた(図6)。さらにその下方には気管支腺、平滑筋、軟骨が認められた(図7)。また周囲組織内の気管支の拡張も著明で、粘液が充満し、末梢は閉塞していた。一部肉芽様瘢痕化も認めた。

以上の組織所見は、炎症刺激により気管支構成要素としての線維、脂肪組織が増生して生じた炎症性ポリープと一致しており、非腫瘍性の病変と確認された。術後経過は良好で自覚症状も消失し、現在外来で経過観察中であるが肺炎の再発は認めていない。

図6 病理組織所見(1)

病変は気管支上皮に覆われており、炎症性細胞および一部線維細胞で肥厚し、脂肪細胞の増生を伴っている。(H & E, ×20)

図7 病理組織所見(2)

図6の病理組織標本の下部組織所見。気管支腺、平滑筋、軟骨を認める。(H & E, ×20)

III. 考 察

気道の炎症性ポリープとしての確実な最初の報告は1929年のYan Kauser¹⁾によるものであり、本邦では山口らによる51例の集計²⁾が報告されている。性別では男性に多く、年齢は平均41.9歳で30歳代に最も多い。発生部位は区域支以上の太い気道に認められ、右主幹に多いとされる。形状はJacksonら³⁾は広基性が多いとしたが、その後Caldarolaら⁴⁾や山口ら²⁾は有茎性が多いと報告している。

症状では、Berardiらの報告⁵⁾によると、本疾患145例中無症状が107例(73.8%)であり、症状のある例は38例(26.2%)で呼吸器感染の既往があったものは30%にすぎなかったとしている。胸部X線所見では、肺野の境界鮮明な孤立性の結節影が70%、境界不鮮明な腫瘤影が約16%、肺炎様あるいは無気肺様陰影が11%となっており、本症例のように反復性肺炎を呈して発見された例はまれである。

病理組織所見として炎症性ポリープは正常粘膜上皮、または一部扁平上皮化生した組織で覆われており、間質には慢性的炎症性細胞、特にリンパ球と形質細胞の浸潤を認めることが多いようである。内視鏡的に鑑別が必要となるのは、ポリープ型や結節隆起型を呈する扁平上皮癌、カルチノイド、腺様嚢胞癌などである。肉眼的には表面の凹凸不整の有無、螺旋状の新生血管の増生、表皮剥脱、壊死傾向の有無などが鑑別上の手助けとなるが⁶⁾、これらの内視鏡所見だけでは必ずしも鑑別がつかない場合が多い^{7,8)}。

また本症例のようにポリペクトミーでは対応できない場合には、まず気管支生検を行い得られた病理組織所見から悪性腫瘍が否定できないとなれば、肺葉切除を行うことがきけられない⁹⁾。また無気肺所見が認められて初めてその存在に気づくことも多く、このような場合にはなおさらポリペクトミーが難しいため開胸切除術を考慮すべきとされている¹⁰⁾。

炎症性ポリープの発生原因については、種々推察されている。Jacksonら³⁾やSamson¹⁰⁾は、まず末梢に炎症が生じ、それが中枢側へと波及してポリープが形成されるとしている。しかし

Peroni⁷⁾や Saini ら¹¹⁾は, ポリープが先行しその末梢側に生じる肺の感染巣は二次的なものであるとしており, 本症例においてはどちらが妥当なのかの断定は困難であった。

IV. ま と め

今回われわれは同肺領域に反復して肺炎を発症した63歳男性に対して気管支鏡を行い, 隆起性病変を認め, 生検によって気管支炎症性ポリープを疑い, 肺切除によって確認された症例を経験した。

本症は, 腫瘍性ポリープに比べてまれな疾患であり, 文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) Yan Kauer, S.: Benign tumors of bronchus. Laryngoscope, 39: 549, 1929.
- 2) 山口悦郎, 永井達夫, 神島 薫・他: 気道炎症性ポリープ51例の特発例の文献的考察を中心に. 気管支学, 6: 163-171, 1984.
- 3) Jackson, C., and Jackson, C.L.: Benign tumors of the trachea and bronchi, with special reference to tumorlike formation of inflammatory origin. JAMA, 99: 1747-1754, 1932.
- 4) Caldarola, V.T., Harrison, E.G., Clageett, O.T., et al.: Benign tumors and tumor like conditions of the trachea and bronchi. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 73: 1042-1061, 1964.
- 5) Berardi, R.S., Lee, S.S., Chen, H.P., et al.: Inflammatory pseudo tumors of the lung. Surg. Gynecol. Obstetric, 156: 89-96, 1983.
- 6) 林 永信, 雨宮隆太, 河内 堯・他: 特集-日本の肺癌, 4. 肺癌の最新分類, 気管支鏡分類. 日本臨床, 38: 2603-2611, 1980.
- 7) Peroni, A.: Inflammatory tumors of the bronchi. Arch. Otolaryngol., 19: 1, 1934.
- 8) Rosenberg, M.Z.: Bronchial polyps of inflammatory origin. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 57: 848-852, 1969.
- 9) 藤村三郎, 前田貴司, 土石川勝司・他: 無気肺を呈した気管支発生炎症性ポリープの1症例. 日胸, 48: 80-84, 1989.
- 10) Samson, P.C.: Diffuse polypoid laryngo tracheo bronchitis with a preliminary note on endoscopic curettage. J. Thorac. Surg., 9: 679, 1940.
- 11) Saini, V.K., and Wahi, P.L.: Inflammatory polyps of the bronchus. Ann. Thorac. Surg., 5: 141-145, 1968.