短 報

穿刺吸引細胞診にて診断し得た肺放線菌症の1例

愛媛県立中央病院病理¹⁾, 同 内科²⁾前田 智治¹⁾ 古谷 敬三¹⁾ 竹田 知子¹⁾ 大泉えり子¹⁾
北出 公洋²⁾

I. はじめに

肺放線菌症は主として *Actinomyces israelii* によって引き起こされる肉芽腫性炎症性疾患である。かつては肺膿瘍や胸部膿瘍としてみられることが多かったが、本菌はペニシリンをはじめとする抗生物質に感受性が高く、抗生物質の普及により肺放線菌症は減少した¹⁾。しかし、肺放線菌症は確定診断が困難で、肺癌が疑われ手術されることも少なくない²⁾。今回われわれは経皮的穿刺吸引細胞診にて肺放線菌症と診断し、抗生物質により軽快した1例を経験したので報告する。

II. 症 例

患者は59歳、男性。主訴は胸痛、咳嗽、喀痰。既往歴として1990年10月、出血性胃潰瘍にて胃全摘を受けている。1995年5月頃より咳、痰が出現し、8月になり咳嗽がひどくなり、咳嗽時左胸痛も出現するようになり、8月下旬、当院内科入院となった。入院時現症は体格小で栄養良好、胸腹部異常なく、脈拍78/分、整、体温36.6°Cであった。入院時血液検査成

績を表1に示す。白血球、血小板軽度増加、CRP陽性、GPT、ALPの軽度上昇以外、他に異常はなかった。胸部X線で左上肺野に空洞性陰影がみられ、胸部CTではS3を中心に中枢側から末梢側に広がるAir-fluid levelのある空洞を伴った陰影が認められた。肺膿瘍、肺結核、肺癌などを疑い、左側胸部より18G針にて経皮的穿刺吸引を行った。穿刺液は黄色調の浮遊物を混じる血性で粘稠な液体で、この穿刺液の細胞診および細菌学的検査を行った。細胞診診断後、結晶ペニシリンG 300万単位、ミノマイシン 200 mg を30日間連日注射し、引き続きサワシリン 1500 mg、ミノマイシン 200 mg を10日間経口投与した。10日目頃よりCRPは陰性化、白血球も正常化し、肺陰影も縮小し40日目で退院した。

表 1 血液検査成績

WBC	11,700/mm ³
RBC	435×10 ⁴ /mm ³
Hb	12.5 g/dl
Plt	62.4×10 ⁴ /mm ³
GOT	28 IU/l
GPT	50 IU/l
ALP	16.7 KAU
T-Bil	0.2 mg/dl
γ-GTP	7.1 U/l
T-P	8.0 g/dl
BUN	0.6 mg/dl
Cre	0.6 mg/dl
UA	5.2 mg/dl
CRP	16.4 mg/dl
Tumor marker	
CEA	1.6 ng/ml
SCC	0.2 ng/ml

A case of pulmonary actinomycosis diagnosed by a fine needle aspiration cytology

Toshiharu MAEDA¹⁾, M.D., Keizo FURUYA¹⁾, M.D., Tomoko TAKEDA¹⁾, M.T., Eriko OHIZUMI¹⁾, C.T., Masahiro KITADE²⁾, M.D.

¹⁾Department of Pathology, ²⁾Internal Medicine, Ehime Prefectural Central Hospital

論文別刷請求先 ☎ 790 松山市春日 83 愛媛県立中央病院病理 前田智治

平成8年3月4日受付

平成8年4月12日受理

写真1 桿状の菌糸と綿花状構造物よりなる菌塊と背景の好中球および菌糸 (Pap. 染色×100)

III. 細胞診所見

塗抹細胞診では桿状の菌糸とライトグリーンに染まる綿花状構造物よりなる菌塊が多数認められ、背景には好中球、集塊をなさない菌糸がみられた (写真1)。セルブロック標本では出血、好中球を主とする背景に菌塊がみられ、菌塊の周縁には好酸性構造物がみられた (写真2左)。PAS, Grocott 染色により菌糸は強染され (写真2右)、放線菌症と診断した。菌塊には桿状菌以外に球菌もみられた。

IV. 考 察

放線菌は口腔、特に歯、歯垢、扁桃腺などに常在する。放線菌症は顔面、頸部、胸部、腹部、性器の各臓器に発生し、胸部は10~20%を占めるといわれている。肺放線菌症と腫瘍、他の炎症性病変との鑑別診断は容易ではなく、肺癌が否定できず手術され、術後、初めて放線菌症と診断される例がみられる²⁾。

放線菌症の確定診断は細菌学的に *Actinomyces israelii* を証明するか、病理組織検査にて放線菌の菌塊を明らかにすることによりなされる。放線菌菌塊は構成菌要素が必ずしも単一ではなく、細菌検査には嫌気性培養を必要とし、培養同定はなかなか難しい。本

写真2 左：好中球背景にみられる菌塊 (H-E 染色, ×20)
右：菌塊を構成する菌糸 (Grocott 染色, ×100)

例の細菌検査でも放線菌は証明できず、 α 溶連菌が同定された。

放線菌によりおこる組織変化は化膿性肉芽腫性炎症で膿瘍、瘻孔形成がみられ、特徴的なことはこれらの病巣内に周縁に好酸性の棍棒状構造を持つ菌塊 (ドルーゼ) がみられることである¹⁾。今回、われわれは経皮的穿刺吸引細胞診のセルブロック標本で特徴的な菌塊が認められ、肺放線菌症と診断し得た。

放線菌症は穿刺吸引法で診断される例もみられ^{2,3)}、本例のごとく気胸および膿胸の心配がなければ穿刺吸引法は経気管支的生検と伴に肺放線菌症の確定診断に有用な検査方法と考えられた。

文 献

- 1) 直江史郎, 渋谷和俊, 若山 恵, 高橋 啓. 放線菌症, ノカルジア症ならびに類縁疾患としてのマズラ菌症 (足菌腫) の病理形態について. 病理と臨床 1991; 9: 1308~1315.
- 2) Hsieh, M.J., Liu, H.P., Chang, J.P., Chang, C.H. Thoracic actinomycosis. Chest 1993; 104: 366~370.
- 3) Pollock, P.G., Meyers, D.S., Frable, W.J., Valicenti, J. F., Koontz, F.P., Beavert, C.S. Rapid diagnosis of actinomycosis by thin-needle aspiration biopsy. Am. J. Clin. Pathol. 1978; 70: 27~30.