

Title	自然治癒を示した肺類肉腫症の1例
Author(s)	黒沢, 洋; 森谷, 寛; 高梨, 秀子 他
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 1960, 20(6), p. 1214-1219
Version Type	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/18802">https://hdl.handle.net/11094/18802</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

## 自然治癒を示した肺類肉腫症の1例

東邦大学医学部放射線医学教室（主任：黒沢洋教授）

黒沢 洋 森谷 寛 高梨 秀子 上利 則子

第2内科（主任：阿部達夫教授）

佐 野 昇

（昭和35年5月14日受付）

### I. 緒 言

肺に於ける Sarcoidosis 類肉腫症は最近では時々見られるようになったが、欧米各国に於ける頻度と比較すると、まだかなり稀な疾患に属する。その原因や分布状態については未解決の点が多岐に亘る。私共は肺型類肉腫症の1例を経験し、それが発病より治療に至る経過を、数年に亘るX線検査に於て、観察することが出来たので、主としてそのX線像について報告し、併せて本病のX線像、予後等について若干の考察を試みたいと思う。

### II. 症 例

患者：昭和8年生，27才，男，医師。

家族歴及び既往歴：特記すべき異常を認めない。但し、ツベルクリン反応は16才の時に陽転し、19才の時まで陽性であつたという。

現病歴：昭和30年6月（22才）（医学部学生）、学校の集団検診に於て右肺浸潤を発見され、自宅で Streptomycin, PAS 及び INAH の三者併用化学療法を受けた。9月より翌年3月まで入院して同様の治療を受けた。入院前及び入院中に全く自覚症を缺如し、喀痰培養に於て結核菌を証明せず、ツベルクリン反応については不明である。化学療法は退院後間もなく中止した。

その後、普通に通学したが、昭和32年6月に突然発熱し、約20日間に亘つて38～39°Cの熱が続いた。その時のX線写真（後述）で両側肺門部に著しい腫瘍陰影を認めた。9月に喀痰培養を繰返し行つたが何れも陰性であつた。肺門淋巴節腫脹に對して9月19日より翌年1月11日まで<sup>60</sup>Co 遠隔

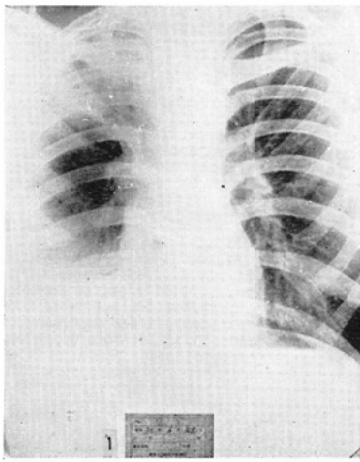
照射を受けた。その照射術式は前後（共に10×12cm<sup>2</sup>）及び左右（共に8×10cm<sup>2</sup>）の4照射野より、40cmの距離、3mmのアルミニウム濾過の下で、1回空中線量400r（12.5分）宛、週3回、合計35回、空中線量合計14,000r、病巣線量約8,400rである。尙、患者は発熱当時より息切れし易く、階段を上る時に特に著しかつたが、大体普通と同じように通学を続けた。併し、病状は漸次軽快し、昭和33年春以後は殆んど自覚症なしにインターン生活を送つた。

昭和33年8月末に胸部X線写真をとつたところ、両肺野に粟粒陰影を認めたが、喀痰を培養しても結核菌を証明せず、ツベルクリン反応は陰性であつたので、サルコイドーシスとしてプレドニン治療を奨めたが、背んぜず、何等の治療も行わず、そのままインターン生活を続け、昭和34年春以後は内科医師として勤務するようになった。

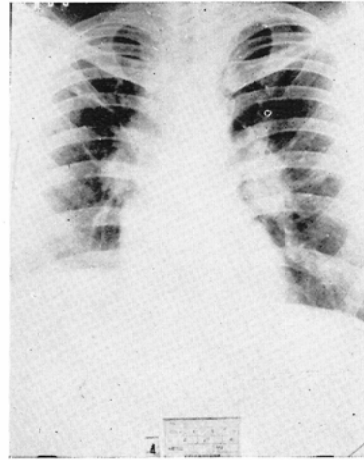
昭和34年7月の胸部X線写真では、両肺野の粟粒陰影は完全に消失していたので、一応治癒と見做され今日に至つている。尙、昭和35年3月のツベルクリン反応は陰性である。

胸部X線所見：集団検診に於て肺疾患が発見された当時（昭和30年6月22日）のX線写真（第1図）に於ては、右肺尖より鎖骨下部にかけて境界不鮮明の陰影があり、その中に索状乃至小斑状の構造が存在し、これらの下界に近く、肺門上部より外上方に向う著明な索状陰影を認める。右肺門陰影はやゝ拡大し、外側の境界やゝ鮮明で、淋巴節腫脹と思われる拇指頭大の円形陰影を辛うじて認め得る。右側肋膜は一般に肥厚し、右横隔膜は、

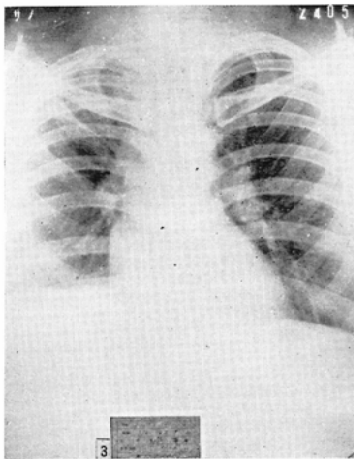
第1図 30, 6, 22 右肺上野浸潤, 肺門リン巴節軽度腫脹



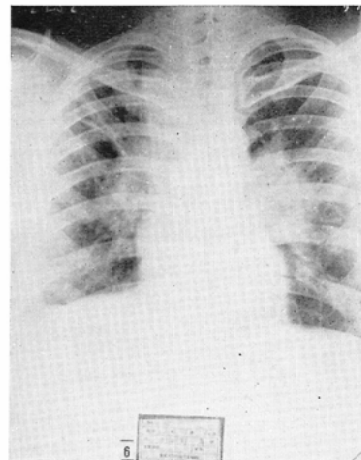
第3図 32, 6, 15 両側肺門リン巴節の高度腫脹



第2図 31, 4, 9 右肺浸潤著しく消退, 肺門リン巴節腫脹不変



第4図 32, 9, 12 両側肺門リン巴節の更に高度の腫脹



殊にその外側に於て、高位を示している。左側では同じく肺門陰影がやゝ拡大し、腫瘤陰影の存在が疑われるが、それ以外には著変を認めない。

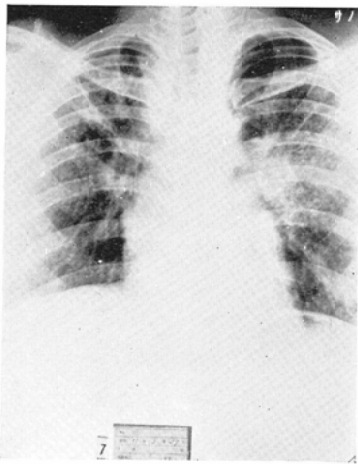
これらの所見は同年8月17日のX線像についても略々同様であつて、たゞ、両側肺門に於ける拵指頭大陰影をより明瞭に認めることが出来る。約8ヶ月後の写真(31年4月9日)(第2図)では右肺野上部に存在した陰影は著明に消失し、小斑状の陰影若干と、肺門上部より外上方に向う索状陰影を残すのみとなつた。肺門陰影は両側共殆んど不変乃至むしろ不明瞭となつた。尙、中央陰影

が右上部に於て拡大し、かなりの肋膜肥厚の存在を思はせ、同時に気管の右方への転位も認められる。

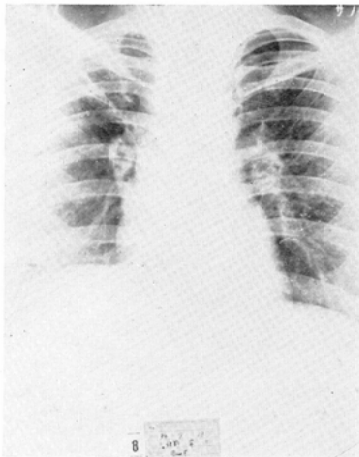
昭和32年6月15日の写真(第3図)では、両側肺門陰影の著しい拡大が認められ、明瞭な腫瘤陰影が生じて居り、殊に左側に於て著しい。この腫瘤陰影と中央陰影との間にはその下半分に於て、肺陰影乃至気管支と思われる陰影が存在している。これら以外の所見は殆んど不変である。

この肺門陰影は同年7月19日の写真では更に増大し、更に9月12日のX線像(第4図)では、写真上での大きさが少なくとも右側35×70mm、左側45

第5図 33, 8, 29 両側肺, 殊に中野に於ける多数の粟粒陰影



第6図 34, 7, 13 粟粒陰影は消失, 肺門淋巴節腫脹は確認されない.



×75mmに達した。

併し乍ら, 昭和33年8月29日のX線像(第5図)に於ては所見が一変し, 肺門塊状陰影の代りに肺野の粟粒陰影が特徴となつている。即ち, 両側肺, 殊に中肺野を中心として粟粒陰影が多数認められ, 肺門に於ける塊状陰影は確認出来ず, 境界のはつきりしない漠然たる肺門陰影の拡大と, その周辺に於ける索状の紋理増強を認めるのみである。尙, 右上野に於ける変化は殆んど不変である。

昭和34年7月13日になると(第6図), これらの

多数の粟粒陰影は完全に消失し, 以前から存在した右鎖骨下の若干の小斑状陰影と, 肺門上部より外上方に向う索状陰影を認め, 肺門陰影は拡大せず, たゞ索状の紋理の軽度増強を認めるのみである。勿論, 肋膜肥厚は不変である。この所見は昭和35年3月26日のX線像に於ても同様である。

診断: 組織学的検索や血液の理化学的検査などを行なつていないので確実とは言へないが, そのX線所見, ツベルクリン反応, 全身状態の佳良なこと, 治療に至る経過などより肺型サルコイドーシスと診断した。肺疾患発見当時の陰影が, 結核菌を証明しなかつたので, 結核性のものであつたか否か, 又, その当時の肺門淋巴節腫脹が結核性のものか, 或は, 2年後に認められた巨大腫脹の前身をなすものか, 等は不明であり, 一方, 初発疾患が結核とすれば, それとサルコイドーシスとの関係についてもいろいろ疑問や論議の多いところであろう。

### III. 考 按

Sarcoidosis 類肉腫症については1875年 Hutchinson がはじめてその皮膚変化に就いて述べ, 1888年 Mickulicz は耳下腺及び涙腺の腫大を示した症例について報告し, その中の或例は後に Sarcoidosis と考えられた。1889年には Besnier が Lupus pernio の名で本症を報告し, 1899年に至つて Boeck ははじめてこれらの皮膚変化の組織学的所見を検索し, これを Sarcoid と称した。次いで1905年 Darier-Roussy はその皮下型に就いて述べ, 漸く1917年に至つてはじめて本症の系統的な研究が Schaumann によつてなされ, Lymphogranulomatosis benigne と名付けられた。

これらの他, 骨, 眼, その他に於ける変化についてもそれぞれ別個の報告がなされ, 異つた名称で呼ばれていることもあるが<sup>1)2)3)</sup>, 最近はこちらを一つの疾患と考えてその定義を問題にしているものもある<sup>4)5)6)7)</sup>。

Sarcoidosis は日本に於ては比較的稀な疾患とされ, 以前は主として皮膚変化を中心としたものに就いて報告されたが, 最近では肺変化又はそれを

含む全身的变化についても屢々報告されるようになった<sup>2)5)7)19)</sup>。一方、欧米諸国に於てはかなりの頻度に認められ、而も最近では増加の傾向さえも認められると言はれている。我国に於ける皮膚変化の報告の頻度から考えると、肺変化の頻度も更に多いことが推測される<sup>5)13)16)</sup>。併し乍ら、本症の頻度については人種による差や、地域による差がかなり著しいとされているので<sup>1)20)21)</sup>、我国に於ても欧米程多いか否かは今後解決されるべき問題であろう。

肺型サルコイドーシスの胸部X線像に就いては多くの記載がなされているが、その主なものに就いて述べると次の様である。

先づ、Schinz<sup>22)</sup>は肺門及び肺に於ける病変をその発展過程に従つて Drüsentypos, miliarer Typus 及び Lungentypos の3型に分け、これらが互に合併又は移行するとなしている。即ち、Drüsentypos は腫瘍様、概ね両側性の肺門リンパ節腫脹を特徴とし、個々のリンパ節は4~5cm直径にも達する。陰影は、殊に右側に於て、肺野に突出し、均等な濃度を示し、境界鮮明で、石灰化しない。肺門リンパ節結核との鑑別は、数年に亘つて不変であること、両側性であること、石灰や気管支圧迫症状の缺如、肋膜変化の缺如などである。

Miliarer Typus では細粒乃至粗粒性の撒布陰影を認め、細粒性のものは粟粒結核に似るが、それと異つて個々の陰影は概してより鮮鋭に境界され、主として中肺野に分布する。粗粒性のもでは、主として肺門周囲に扁豆大の斑陰影がくる。Lungentypos はこの粟粒型の癭痕形であつて、粟粒結節は消失して索状の肺紋理増強の形となつて、肺門より側方に向つて延びる陰影を呈する。この癭痕化によつて一方では肺気腫を起し、更に呼吸不全、肺循環不全、肺性心などを招来する。

Teschendorf<sup>23)</sup>はこれらの変化を5期に分けている。第Ⅰ期は両側肺門の腫脹のみのもので、Hilustyp と呼ばれる。これに次いで肺の粟粒撒布を示す第Ⅱ期があり、これは線維化に移行する。この第Ⅲ期に於ては網状陰影を示す。併しこ

れらの小結節の間に浸潤巣をみることもある(第Ⅳ期)。尚、第Ⅴ期として小結節形成が極めて高度で且つ鋭く境されているようなものを區別することがある。

又、Scadding<sup>4)</sup>は16例の経験例より、1)認むべき肺変化を伴はない肺門リンパ節腫脹、2)肺の瀰漫性の斑状化(Mottling)を伴つた両側性肺門リンパ節腫脹、3)認むべき肺門リンパ節腫脹を伴はない瀰漫性肺浸潤、4)微細網状化、及び、5)線維症、気腫及び Bulla の形成、の5型を區別している。

一方、檜林<sup>12)</sup>は特有なX線像は大多数に見られる肺門リンパ節腫脹と、次いで肺門周囲及び肺中下野に扇状に拡る多数の小さい軟い撒布陰影であるとなし、更に、経過が長期に亘る時には実質性結節陰影が一様に線維硬化性に変わり、瀰漫性粟粒型又は結節型、線状網状線維型、及び、肺炎様浸潤型の3つの中の何れかの形をとるのが普通であると述べている。

本症例の場合をみると、Schinz の2つの形、Teschendorf のⅠ、Ⅱ型、檜林の所謂特有な変化によく似た像を示している。癭痕化は殆んど目立たず、又、肺門リンパ節腫脹は余り長く存続していない。尤も、後述する如く、肺門リンパ節腫脹は多く1年以内に縮小するとなす人もあるので、これは別に問題にならない。又、粟粒陰影が両側肺門リンパ節腫脹に対する<sup>60</sup>Co照射の後にみられたので、放射線肺線維症の可能性も考えられるが、その陰影の形や分布、全身状態、その後の経過などよりそれを否定出来ると思う。

X線像に於ける鑑別診断では結核、塵肺症、肺線維症、肺鬱血、ペリリウム中毒<sup>24)</sup>、Histoplasmosis, Blastomycosis, Moniliasis, Coccidioidomycosis, Brucellosis, 原発性及び転移性肺癌、Hamman-Rich 症候群、縦隔洞腫瘍、Hodgkin 氏病、細網肉腫その他が問題になる。そして単一のX線像のみによる鑑別は多くの場合困難であつて、全身状態、血液の理化学的検査、喀痰所見、既往歴などの他、殊に、その経過を追つて観察することが大切である。組織学的検査を行えば



勿論完全になる。

本症例の場合には腫脹した表在淋巴節を觸知せず、又、Weiss ら<sup>25)</sup>の言う如き鎖骨下淋巴組織による組織学的検査を行はなかつたので、診断は必ずしも絶対的なものとは言えないが、X線像の経過が典型的であり、ツベルクリン反応が陰性、全身状態が佳良の儘に殆んど完全に治療したことよりみて他の疾患を否定出来るように思う。

尙、本症例は治癒したと思われるものであるが、こゝで本病の予後について考えてみると、一般に予後は佳良とされている。即ち、結核が併合したり、又はそれが増悪したり、又、肺の癭痕化による循環障害 (Cor pulmonale) などによつて予後が悪くなることもあるが、自然治癒を来す例の方が多いとされている。例えば、Scadding は8ヶ月乃至15年間観察の16例について、6例治癒、7例不変 (この大部分は観察期間が短かすぎる)、2例増悪、1例死亡と報告し、Carr 及び Gage<sup>26)</sup> は194例について3年以上の観察を行つて、17例の死亡 (3例本症、1例粟粒結核、4例悪性腫瘍、その他) と、約74%の正常健康状態保持などについて報告している。併し、一方、Riley<sup>1)</sup>の52例では10例が本症で死亡し、7例は結核に罹患し、5例は進行した肺変化に犯され、5例不変、10例軽快、7例が完全に治癒したと報告し、本症の予後が必ずしもよくはないと述べ、楽観論を強く警しめている。

又、Smellie 及び Hoyle<sup>27)</sup> は本症に於ける腫脹肺門淋巴節の予後について特に詳しく述べている。即ち、肺門淋巴節腫脹を示した66例中、45例は肺野に何等の所見を伴わなかつたが、その33例は大部分1年以内 (特に3~6ヶ月以内) に消失し、3例は2~9年たつても不変であつた。残りの21例に於ては肺野変化が大體1年以内に出現したが、その12例は完全に正常に戻り (大體1年以内)、6例が悪化又は線維症を起したという。即ち、合計45例 (2/3) に於て完全治癒が認められている。

以上の場合には治療は行われていないのが大部分であつて、本来、本症の治療は、特別な随伴症

状がない限り、余り有効ではなく又必要としない。以前にはツベルクリン、砒素剤、カルシフェロール、ウレタン、ナイトロジェンマスタード、X線、ラジウム、ストレプトマイシン等が試みられたが、現在これは殆んど問題にされない。現在ではむしろACTH、コーチゾン、プレドニン、プレドニソロン等が用いられるが、これらも果してどの程度有効であるか疑問視する人が多く、又、随伴症状乃至統廃障害に対してやゝ有効であるとなす人が多い<sup>21)28)-31)</sup>。

#### IV 結 語

サルコイドーシスは現在原因不明の疾患とされ、最近その本態の究明に対して国際的な関心が示されている。この意味で、最近は必ずしも稀有な疾患とは言えないが、今後尙症例の集積が必要であらうと思われる。私共は、結核と思はれる肺浸潤に次いで肺門淋巴節腫脹、肺粟粒結節を示した後、自然に治癒した肺型類肉腫症の1例を経験したので、こゝに報告した次第である。

(本症例については昭和35年4月、日本医学放射線学会第118回関東、第20回北日本合同部会に於て報告した)。

#### 文 献

- 1) Riley: Am. Rev. Tbc. 62: 231, 1950. —2) 松永他: 日本臨床, 第13巻, 700頁, 昭和30年. —3) サルコイドーシス臨時疫学調査班, 昭和35年. —4) Scadding: Brit. med. J. 1: 745, April, 1950. —5) 本間他: 最新医学, 第9巻, 1201頁, 昭和29年. —6) Long: Am. Rev. Tbc. 75: 852, 1957. —7) 佐藤及斎藤: 日本臨床結核, 第17巻, 488頁, 昭和33年. —8) 樋口及弘中: 臨床と研究, 第27巻, 386頁, 昭和25年. —9) 上岡他: 臨床眼科, 第6巻, 197頁, 昭和27年. —10) 池尻: 日医放会誌, 第14巻, 121頁, 昭和29年. —11) 塩谷他: 通信医学, 第7巻, 187頁, 昭和30年. —12) 橋本他: 治療, 第37巻, 752頁, 昭和30年. —13) 藤木: 日本臨床結核, 第14巻, 752頁, 昭和30年. —14) 水野: 小児科診療, 第19巻, 84頁, 昭和31年. —15) 横井他: 臨床放射線, 第1巻, 264頁, 昭和31年. —16) 村上他: 最新医学, 第13巻, 2335頁, 昭和33年. —17) 竹沢他: 日医放会誌, 第18巻, 1081頁, 昭和33年. —18) 工藤他: 臨床放射線, 第4巻, 845頁, 昭和34年. —19) 中原: 第115回日医放関東部会, 昭35年. —20) Michael et al: Am. Rev. Tbc. 62: 403, 1950. —21) Siltzbach: Am. J. Med. 22: 841, 1957. —22) Schinz: Le-

hrbuch der Röntgen-Diagnostik, Bd III S. 2345, 1952. —23) Teschendorf: Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik, Bd I, S. 255, 1952. —24) Hardy: Am. Rev. Tbc. 74 : 885, 1956. —25) Weiss et al.: J.A.M.A. 146: 1221, 1951. —26) Carr & Gage: Am. Rev. Tbc.

69 : 78, 1954. —27) Smellie & Hoyle: Lancet. 273 : 66, July 1957. —28) Lovelock & Stone: Am. J. Med. 15 : 477, 1953. —29) Stone et al: Am. J. Med. 15 : 468, 1953. —30) Mc Clement et al.: Am. Rev. Tbc. 67 : 154, 1953. —31) Singer et al.: Am. J. Med. 26 : 364, 1959.

### Spontaneously Healed Pulmonary Sarcoidosis.

—Report of a Case.

By

Hiroshi Kurosawa, Hiroshi Moriya, Shūko Takanashi and Noriko Agari

Department of Radiology (Director: Prof. H. Kurosawa)

and Noboru Sano

Department of Internal Medicine (Director: Prof. T. Abe)

School of Medicine, Toho University.

We report here a case of pulmonary sarcoidosis of a young male adult which had developed following a right pulmonary infiltration, possibly tuberculous, and healed without therapy in four years. The diagnosis based partly on negative tuberculin test, excellent general condition and its course, and mainly on the roentgenographic findings.

The roentgenographic findings of the chest are as follows:

1. June 1955. Diffuse, partly linear infiltration in the right upper lung field and slightly enlarged hilar lymph node on each side are seen.
2. April 1956. The infiltration in the right upper lung field has almost disappeared and the hilar nodes remain the same as before.
3. June 1957. The hilar lymph nodes are considerably enlarged on both sides.
4. August 1958. The enlarged hilar nodes are not distinct and numerous miliary densities are seen in the mid lung field on both sides.
5. July 1959 and March 1960. The miliary densities are not seen and the hilar markings are slightly increased.