

## P9 肺線維症を合併した肺サルコイドーシスの一例

○東海林寛樹<sup>1)</sup>, 井窪祐美子<sup>1)</sup>, 直井兵伍<sup>1)</sup>, 宮下直也<sup>1)</sup>, 川述剛士<sup>1)</sup>, 田中健介<sup>1)</sup>, 鈴木未佳<sup>1)</sup>, 河野千代子<sup>1)</sup>, 山田嘉仁<sup>1)</sup>, 山口哲生<sup>2)</sup>, 関 邦彦<sup>3)</sup>, 武村民子<sup>4)</sup>

JR東京総合病院 呼吸器内科<sup>1)</sup>

JR東京総合病院 総合診療救急科<sup>2)</sup>

JR東京総合病院 病理科<sup>3)</sup>

日本赤十字医療センター 病理科<sup>4)</sup>

症例は63歳女性。2005年6月頃(54歳時)より倦怠感が出現した。同年7月に左眼霧視で近医眼科受診し、ぶどう膜炎の診断となった。また近医で施行した胸部単純X線写真にて胸部異常影を指摘され、同年8月に前医紹介受診した。胸部CTにて縦隔・肺門部リンパ節腫大と両側肺野にびまん性粒状影を認めサルコイドーシスが疑われた。気管支鏡検査が施行されTBLBにて類上皮細胞肉芽腫を認めたことからサルコイドーシスの診断となった。同年9月30日に加療継続目的で当科紹介初診となった。その後無治療で全身症状と画像所見は改善傾向であった。2009年(59歳時)頃から胸部CTにて両背側胸膜下の網状影に増悪を認めた。同所見は経

年的に増悪傾向であり、精査目的に2014年3月(63歳時)に気管支鏡検査および胸腔鏡下肺生検を施行した。病理組織学的検討からは肺サルコイドーシスと肺線維症の合併が疑われた。一元的あるいは二元的かに議論の余地があり、示唆に富む症例と考えられるため、文献的考察を加えてここに報告する。

## P10 IPFと診断され、経過観察中に急激に発症した肺サルコイドーシスの一例

○西川恵美子, 神田 響, 岩本信一, 多田光宏, 門脇 徹, 木村雅広, 池田敏和, 小林賀奈子, 矢野修一

独立行政法人国立病院機構松江医療センター

症例は60歳代女性。4年前に息切れと乾性咳嗽を主訴に当院を受診し、胸部CTで両下葉胸膜直下に蜂巢肺を認め、特発性肺線維症と診断された。経過観察されていたが1年前より受診を自己中断。2日前より発熱と安静時の息切れを自覚し、当院を再度受診した。胸部CTで両肺に広義間質肥厚を伴う粒状影・すりガラス影を広範に認め、血液検査ではKL-6が軽度上昇、ACE正常であった。その後、前腕や手背の採血部位に一致した肥厚性瘢痕が多数出現し、同部を生検、異物巨細胞から成る肉芽腫病変を認めた。サルコイドーシスの瘢痕浸潤を疑い、肺病変の確定診断のため胸腔鏡下肺生検を実施した。病理組織で類上皮結節を伴う肉芽腫性病変を多数認め、サ症の組織学的診断群と診断した。呼吸器症状や画像の悪化も進行したため、プレドニゾン0.5mg/kg/日の投与を開始し、投与一週間後には画像所見、臨床症状の著明な改善をみとめた。サ症の肺病変の経過で蜂巢肺が形成される例

はこれまでも知られているが、蜂巢肺を合併する症例の中でも、本症例の様に蜂巢肺が先行し、サ症の悪化する症例は稀である。先行するUIP病変がサ症の前駆病変か否かについての議論も含め、文献的考察を交えて報告する。