

発見が困難であった胸郭成形術後患者の胸壁冷膿瘍

三村 公洋, 深野 浩史, 宮下 修行, 松島 敏春

病歴聴取や身体診察は臨床診断を進める上で極めて重要である。しかし診断機器の開発に伴い、身体診察にかかる比重が軽くなってきていることは否めない事実である。通常、直径6cmの腫瘍が前胸壁に存在すれば、誰でも容易に気付くであろう。ところが今回、左前胸壁に直径6cmの腫瘍が15年以上存在し、多くの医師が関与していたにも関わらず見逃され、胸部CT所見によって初めて気付いた症例を経験した。遡ってみると、15年以上前の胸部X線写真でも現在と同様に認められるのに、胸郭外の病変であるため特別の注意がはられていない。その症例を報告し、原因を考察すると共に、身体診察の難しさについて述べる。(平成15年11月13日受理)

A Patient with Cold Abscess on Chest Wall Undetected for 15 Years

Kimihiko MIMURA, Hiroshi FUKANO, Naoyuki MIYASHITA,
Toshiharu MATSUSHIMA

History taking and physical examinations are useful tools for the diagnosis of respiratory diseases, but nowadays, there is a tendency to make light of them because advances in diagnostic techniques.

Although, ordinarily, if a 6 cm mass exists on the chest wall, any physician should notice it easily, we experienced a case in whom many doctors had not noticed a mass on the chest wall during a period of about 15 years. After through history taking and physical examinations, we were able to find the mass, a cold abscess on the chest wall, after seeing the patient's chest CT film. Therefore, we want to emphasize the importance of physical examinations and history taking in routine medical work. (Accepted on November 13, 2003) *Kawasaki Igakkaishi* 29(4): 287-291, 2003

Key Words ① Cold abscess ② Chest wall ③ Tuberculosis
④ Physical examination ⑤ Thoracoplasty

はじめに

胸壁冷膿瘍は胸壁軟部組織の結核性炎症で、かつては胸壁腫瘍の中で重要な位置を占めていたが、近年結核の減少や栄養状態の改善、生活

水準の向上と共に珍しい疾患となりつつある。この度、我々は15年以上の経過にわたり、多くの医師が関与していたにも関わらず、見逃されていた胸壁冷膿瘍の1例を経験したため報告する。

症例：76歳，男性

主訴：咯血

既往歴：1944年 肺結核

生活歴：喫煙（-），飲酒（-），無職

アレルギー歴：特記事項なし

家族歴：父 脳出血

現病歴：1944年，肺結核と診断され軍隊を除隊，以後無治療で自宅静養をしていた。1950年に左人工気胸術を受け，効果がなかったため左胸郭成形術を施行された（肺切除は行われていない）。その後自宅で療養し，1986年からINH，RFP，EBによる抗結核療法を約1年間受けた。さらにINHのみでしばらく治療された後に化学療法を中止した。その後も定期的に近医を受診していたが，時に血痰を認めることがあった。この間，他の病院で気管支鏡検査を受けている。最近では淡い血性の痰が出ていたが，2000年3月5日，コップ半分程度の大量咯血を来したため当院を受診した。受診時は既に咯血は止まっていたが，検査と止血のための気管支動脈塞栓術を目的に3月10日呼吸器内科に入院した。

入院時身体所見

身長168.5 cm，体重52.6 kg，血圧120/62 mmHg，体温37.3℃，脈拍120/分整。結膜に貧血，黄疸はなく，全身の表在リンパ節を触知しなかった。左胸郭成形術後の状態であり，左前胸部に直径6 cm大，半球形の腫瘤を認めた（Fig. 1）。弾性硬で可動性や圧痛は認めなかった。胸部の聴診では左で気管支呼吸音とcoarse crackleを聴取した。心音，腹部所見に異常はなく，下腿浮腫は認めなかった。

入院時検査所見

入院時検査所見をTable 1に示す。抹消血，血液生化学では，明らかな異常所見は認めない。また入院後に行われた胸壁腫瘤穿刺吸

引液検査結果をTable 2に示す。塗抹染色標本でガフキー1号を認めたが，培養結果は陰性であった。

入院時胸部CT及び胸部X線写真

胸部CT及びX線写真をそれぞれFigure 2, 3に示す。胸部CTでは左胸壁に直径6 cm大の腫瘤を認め，その腫瘤は肋骨の外側にあり，1部に石灰化を有し内容に濃痰のある囊腫様のものであった。胸部X線写真は左胸郭成形術後で



Fig. 1.

Table 1. 入院時検査所見

WBC	4900 / μ l	β -グルカン	7.0 pg/ml
RBC	471×10^4 / μ l	IgG	1490 mg/dl
Hb	14.8 g/dl	IgA	246.0 mg/dl
Ht	47.30%	IgM	59.0 mg/dl
TP	7.2 g/dl	ABG(room air)	
BS	85 mg/dl	PH	7.424
T-Bil	0.5 mg/dl	PaO ₂	59.5 mmHg
GOT	26 IU/l	PaCO ₂	54.6 mmHg
GPT	18 IU/l	喀痰培養	
γ GTP	6 IU/l	一般細菌	(-)
LDH	519 IU/l	真菌	(-)
Alb	3.9 g/dl	抗酸菌	塗抹(-) 培養(-)
Glb	3.3 g/dl		
Cr	0.59 mg/dl	尿検査	WNL
BUN	16 mg/dl	便潜血	オルト(+) グアヤック(-)
CRP	0.5 mg/dl		
ESR	20 mm(1h)	気管支鏡で採取した気道分泌物	
ツ反	0 \times 0	抗酸菌	塗抹(-) 培養(-)

Table 2. 胸壁腫瘍穿刺吸引液検査結果

一般細菌, 真菌検査	塗抹(-) 培養(-)
抗酸菌	塗抹(+), G1号 培養(-)

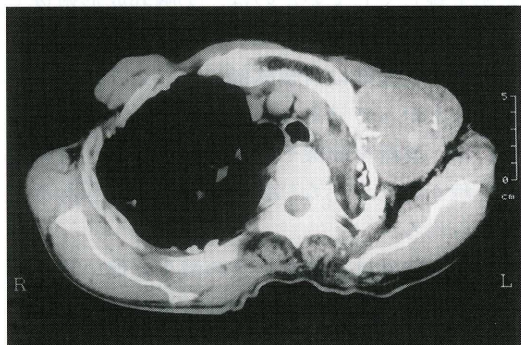


Fig. 2.

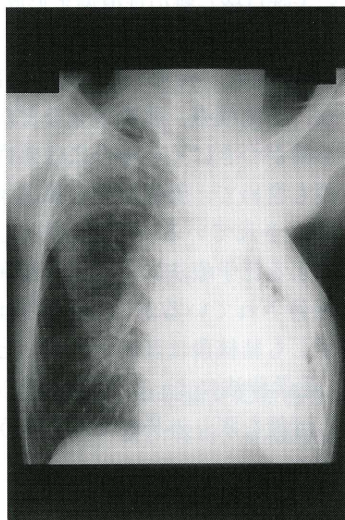


Fig. 3.

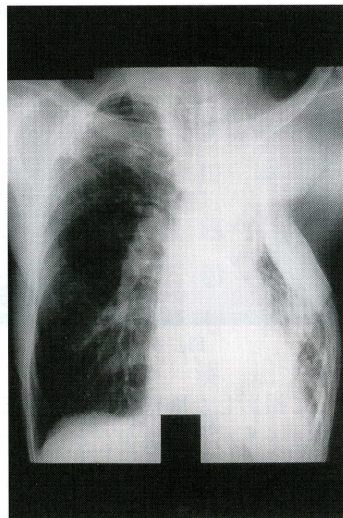


Fig. 4.

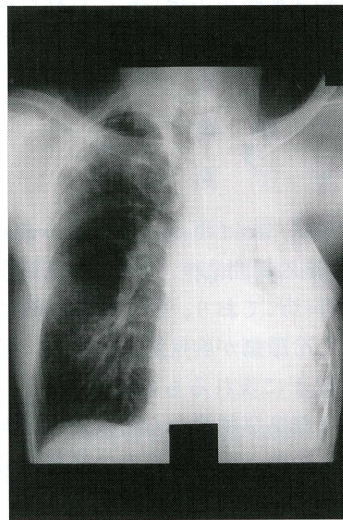


Fig. 5.

左胸壁の一部に石灰化を有する腫瘍影を認める。

入院後経過

入院後咯血に対する処置として気管支動脈塞栓術を施行した。また、入院後に胸郭形成で圧迫されている左肺の病変を見るために、胸部CT撮影を施行した。その結果、左胸壁に直径6 cm大の大きな腫瘍があるのに初めて気付いた (Fig. 2)。胸壁冷膿瘍と考え穿刺して得られ

た吸引液の検査結果では、塗抹染色標本にて抗酸菌を認めたが培養は陰性であった (Table 2)。

胸部CT写真にて胸壁腫瘍に気付いた後、胸部X線写真を見ると、胸壁腫瘍は写っていた (Fig. 3)。これを遡ってみると、最も古い写真である昭和62年 (Fig. 4) から、同じ部位に同じ大きさで存在し、平成6年にも変わらず存在し (Fig. 5)、平成12年まで著明な変化をしていなかった。Figure 1は腫瘍が最も見えやす

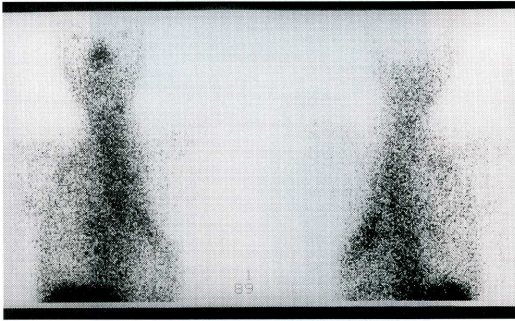


Fig. 6.

い状態にして撮影した胸壁の写真であるが、大きな腫瘍が見えるのに、過去に患者を診察した医師は気付いていなかった。 ^{67}Ga シンチグラム (Fig. 6) でも活動性はないように思われたが、胸壁の腫瘍であるため切除を考えた。ところが手術予定日の朝から、痙攣、過換気、拒食などの多彩な症状が出現した。これらの症状は波を持って出没するため、切除を諦め経過観察とした。

考 察

胸壁冷膿瘍 (cold abscess in chest wall) とは、胸胸結核、胸膜周囲結核、肋骨周囲結核など様々な名称で呼ばれており、肋骨周囲結核によって形成された冷膿瘍が胸壁筋下に達し、さらに進展すると皮下に現れるものである^{1),3)}。本症例においては膿瘍穿刺液から結核菌を培養はできなかったものの、病歴、膿瘍の経過、形態から結核性膿瘍と考えるのが妥当である²⁾。また、一般に冷膿瘍から結核菌を培養することは困難とされているが、腫瘍が増大し自壊した結果生じた潰瘍部から PCR 法によって結核菌 DNA を証明し得た報告もある³⁾。膿瘍内に骨組織が CT で認められることから、肋骨周囲膿瘍が大きくなったものと考えられ、10年以上の慢性の経過をとっており、その発生は恐らく1950年の胸郭成形術後であったろうと推測される。

少なくとも現存する最も古い昭和62年の胸部 X 線写真には明らかに存在している。これは当院初診の13年前であり、腫瘍の大きさが変化し

ていないことから考えると、そのはるか前から存在していたことが考えられる。この間、大きな胸壁腫瘍の存在に気付かなかったのは、私共を含め5医療施設(3病院, 2診療所), 10名以上の医師である。身体診察に際し胸壁腫瘍の発見を難しくしていたのは、①胸郭成形術後で胸部の変形があったこと、②CTでみられるように大きな腫瘍は前腋窩部に入り込み、前胸壁に盛り上がって見えないこと、があげられる。更には、診断を画像その他の検査に頼り身体診察を疎かにしがちな⁴⁾私達の診断法にもあると考えられる。

胸壁冷膿瘍は、近年結核の減少に伴い稀な疾病となりつつあり、今日では日常診療において実際に遭遇する事が珍しい疾患である。一般に冷膿瘍は当初無症状である事が多いが、腫瘍の増大に伴い早晚自壊し難治性潰瘍を形成したり、周囲の圧迫により痛みを生じたりする。その診断には、臨床症状、胸部X線写真、胸部CT、赤沈、ツ反、細菌検査、組織検査などが用いられ、確定診断がつきにくい場合には悪性腫瘍である可能性も含めて、腫瘍を完全摘出する方法が望ましいとされている^{3),5)}。治療としては、抗結核剤による化学療法により縮小傾向を呈した症例も報告されているが³⁾、柳沢らは腫瘍の中には必ずしも結核菌は証明されないと報告しており⁵⁾、化学療法によって治癒に至らない場合も含め、可能な限り外科的切除を行うべきであると考えられる。

結 語

発見が困難であった胸壁冷膿瘍の1例を経験した。近年、診断機器の開発や技術の進歩に伴い、診断を画像検査やその他の検査に依存し身体所見を疎かにしがちな日常診療において本症例の発見が遅れた事は、大いに反省すべき点であると考え報告した。

文 献

- 1) 日本結核病学会用語委員会：結核用語事典．東京，結核予防会．1992，p 44
- 2) 西口弘恭，清水俊寿，河合尚樹：最近経験した胸囲結核の3例．臨床放射線 36：161-164，1991
- 3) 熊谷浩子，工藤清孝，宮武博之：胸壁冷膿瘍の1例．臨床皮膚科 51：717-719，1997
- 4) 吉利 和：臨床検査の意義．診断学総論．内科診断学．第6版．京都，金芳堂．1990，pp 19-21
- 5) 柳沢正弘，菊池敬一，野崎正彦：肋膜結核腫．日本胸部臨床 30：781-785，1971