

●症 例

神経性大食症が原因と考えられたびまん性誤嚥性細気管支炎の1例

天野 雅子^a 川辺 梨恵^a 奥田 良^a
小出 卓^a 松島 秀和^a 門山 周文^b

要旨：症例は46歳，女性。繰り返す発熱のエピソードがあり，CTにてびまん性小葉中心性粒状影を認め精査目的に胸腔鏡下肺生検を施行した。肺胸腔，間質に異物が取り込まれており，呼吸細気管支を中心にびまん性に異物型肉芽腫を認めた。詳細な生活歴を聴取したところ，神経性大食症が判明し，繰り返す嘔吐によるびまん性誤嚥性細気管支炎と診断した。精神科的治療と疾患の理解を促すことで再発を防止し，画像の改善を得ることができた。

キーワード：びまん性誤嚥性細気管支炎，異物型肉芽腫，摂食障害，神経性大食症

Diffuse aspiration bronchiolitis, Foreign-body granuloma, Eating disorder, Bulimia nervosa

緒 言

びまん性小葉中心性粒状影と発熱の原因としてびまん性嚥下性肺炎(diffuse aspiration bronchiolitis: DAB)がある。本症例は慢性の誤嚥をきたす基礎疾患がなく，胸腔鏡下肺生検(video-assisted thoracic surgery: VATS)の組織所見からDABを疑い，その原因として神経性大食症が判明した。神経性大食症によるDABの報告はなく，摂食障害はその存在を意識した問診を行わないと病歴を聴取することが困難なことから，教訓的症例と考え報告する。

症 例

患者：46歳，女性。

主訴：発熱。

既往歴：小児喘息，35歳 肋骨骨折，40歳 解離性障害(抗うつ薬，睡眠薬内服中)，44歳 膝炎，骨粗鬆症(閉経前)，46歳 耳下腺炎，甲状腺癌。

家族歴：特記事項なし。

職業歴：視力センターインストラクター，化粧品販売員，受診時は無職。

生活歴：喫煙歴：4本/日(20~45歳)，吸入歴なし，

団地(鉄筋)に両親と同居。

現病歴：2010年9月頃より38℃以上の発熱があり，近医を受診したが原因は不明だった。その後，耳下腺炎の精査中に甲状腺癌が疑われ2011年1月前院紹介受診。同年3月甲状腺乳頭癌の診断で左葉切除が行われた(papillary ca. pT1aN1a, pN=1 margin -)。退院後，数日間持続する発熱がほぼ毎月みられ，前院で施行した胸部CTにて両側びまん性粒状影を認め5月さいたま赤十字病院紹介受診となった。

来院時身体所見：意識清明，身長152.5cm，体重41kg，血圧109/74mmHg，脈拍89/min。

体温36.8℃，心音は雑音なし，呼吸音は明らかなラ音なし，耳下腺腫脹，部分入れ歯使用，多発口内炎，外反母趾。

検査結果(表1)：軽度の炎症反応の上昇以外明らかな異常所見なし。

画像：胸部X線写真で右優位に粒状影を認め，胸部CT(図1)では食道裂孔ヘルニアとびまん性小葉中心性粒状影を認めた。

経過：画像所見と発熱，前院入院中には症状の増悪がなかったことから過敏性肺臓炎を疑い，外来にて気管支鏡検査を施行した。気管支肺胞洗浄(bronchoalveolar lavage: BAL)(表1)，経気管支肺生検(transbronchial lung biopsy: TBLB)を施行したが有意な所見は得られなかった。外来経過観察中，2ヶ月に2度，38℃の発熱および咳嗽と喀痰を認め，小粒状影に加え右中下肺野に浸潤影を認めた。アンピシリン/スルバクタム(ampicillin/sulbactam: ABPC/SBT)投与にて症状，浸潤影は速やかに改善した。確定診断の目的で7月にVATSによる右

連絡先：天野 雅子

〒338-8553 埼玉県さいたま市中央区上落合8-3-33

^aさいたま赤十字病院呼吸器内科

^b同 呼吸器外科

(E-mail: skyfield1021@gmail.com)

(Received 10 Feb 2014/Accepted 27 May 2014)

表1 検査結果

WBC	8,630/ μ l	TP	6.6 g/dl
Seg	62.9%	Alb	3.5 g/dl
Eos	4.3%	Na	143 mEq/L
Bas	0.5%	K	4.2 mEq/L
Mon	3%	Cl	103 mEq/L
Lym	29.3%	ALP	282 IU/L
Hb	13.6 g/dl	GOT	29 IU/L
Plt	37.6×10^4 / μ l	GPT	20 IU/L
		LDH	222 IU/L
気管支肺胞洗浄液		BUN	7 mg/dl
総細胞数	5.0×10^5 /ml	Cre	0.6 mg/dl
M ϕ	85.2%	CRP	1.6 mg/dl
Lym	11.6%	Amy	542 U/L
Neu	1.6%	Total-S	87%
Eos	1.6%	KL-6	500 U/ml
CD4/CD8	0.62	β -D グルカン	10.6 pg/ml
		トリコスポロン抗体	陰性
培養		呼吸機能	
一般細菌	常在菌	VC	2.9 L
抗酸菌	塗抹培養陰性	%VC	111%
		FEV ₁	2.19 L
血液ガス (室内気)		FEV ₁ /FVC	77.3%
pH	7.386	DL _{CO}	82.7 ml/min/mmHg
PaCO ₂	37.3 Torr		
PaO ₂	86.5 Torr		
HCO ₃ ⁻	21.9 mmol/L		
BE	-2.7		
SaO ₂	96.2%		

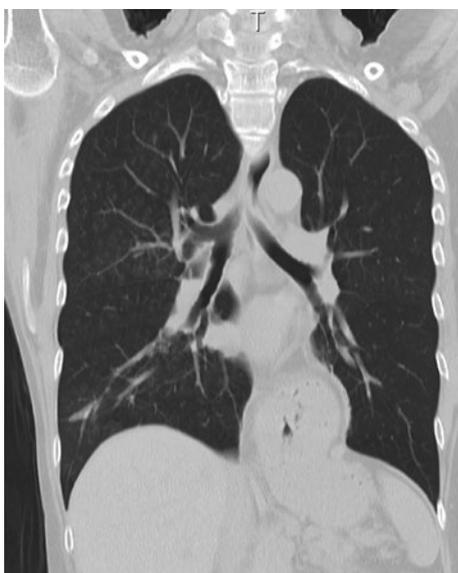


図1 胸部単純CT. 右上葉優位に多発する小葉中心性粒状影を認める.

S2の肺生検を行った. 病理所見(図2a)では肺胞腔, 間質に異物が取り込まれ, 細気管支領域を中心に異物型肉

芽腫を認めた. 異物のサイズは10 μ m以上と考えられた. 明らかな吸入歴がなく, 誤嚥を疑い, ファンギフローラY[®]染色(図2b)にて異物が野菜である可能性が示唆された. 病理学的にはDABに矛盾しない所見と考えた. 患者家族への問診から神経性大食症があることが判明した. 既往の解離性障害は安定していたが, 過食嘔吐は間欠的にみられ, その後に発熱があることがわかった. 治療選択として, 食道裂孔ヘルニアの手術を検討したが, 過食嘔吐が根本的原因と考え, 通院中の精神科医との連携を行い, 患者自身に繰り返す発熱と肺炎の増悪が過食嘔吐によるものであることを説明し, 病識をもつことで再燃はなくなり, 画像の改善も得ることができた(図3).

考 察

1978年に山中らが, びまん性汎細気管支炎(diffuse panbronchiolitis: DPB)と類似の病変分布を示す誤嚥によるDPBを誤嚥性DPBとした¹⁾ものに対し, 1989年に福地らは剖検例を詳細に検討してDABという診断名を提唱した²⁾. DABは基礎疾患に脳血管障害など慢性の顕性, 不顕性の誤嚥をきたす病態をもつことから高齢者の

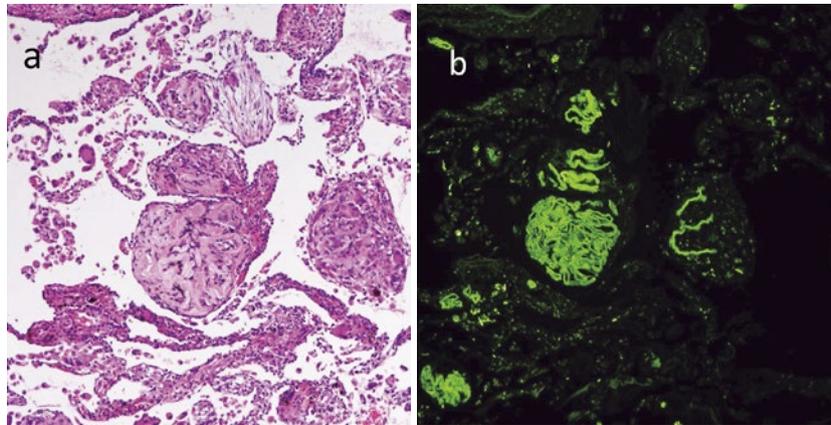


図2 病理所見. 右S2でVATSを行った. (a) Hematoxylin-eosin 染色, ×10. 異物型巨細胞を認め, 異物が肺胸腔内に取り込まれている. (b) ファンギフローラ Y[®] 染色. 肺胸腔内および, 一部間質に取り込まれている異物が染色され, 植物由来のものと判断できる.

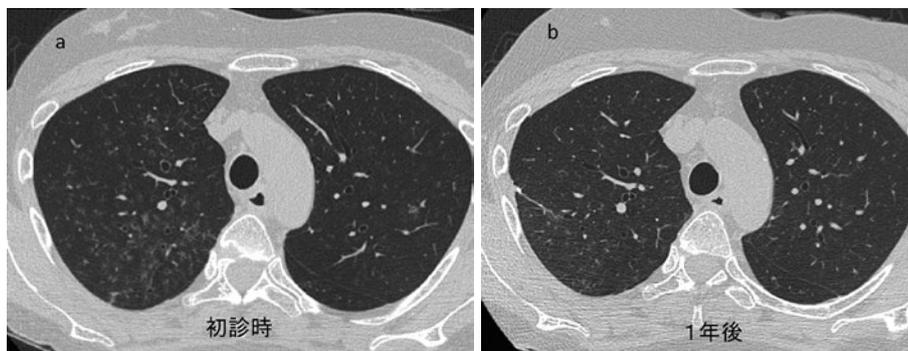


図3 胸部単純CT. (a) 初診時, (b) 1年後. 治療により画像の改善が得られた.

発症が多い. クラインフェルター症候群³⁾, アカラジア⁴⁾, 胃食道逆流⁵⁾など若年者でのDABの報告もある. いずれも誤嚥の可能性を考慮することが, 診断につながっている. 本症例のように身体所見上誤嚥を疑う基礎疾患がなく, 上葉優位に病変がみられた場合でもサイズの大きい異物が確認されたら, 誤嚥の可能性を考慮すべきである. ファンギフローラ Y[®] 染色は, 真菌の細胞壁に存在する多糖類 (セルロース, キチンなど) を特異的に染色し, 真菌感染の検索に用いられる染色法である. 野菜のセルロースも同様に染色されることを利用し, 異物が食物由来の野菜であると推察し誤嚥によるものと診断しえた.

本症例のDABの原因については, ①食道裂孔ヘルニアによる不顕性誤嚥, ②神経性大食症による誤嚥の2点が考えられた. 混合型食道裂孔ヘルニアに起因する通過障害による誤嚥性肺炎を繰り返す症例で外科的治療を要した報告⁶⁾があるが, 一般に, 食道裂孔ヘルニアはDAB

の基礎疾患とは考えられていない. 過食嘔吐が抑えられていた入院中には発熱や肺炎の増悪がみられなかったことから, 過食による胃内の食物残渣が多い状態が食道裂孔ヘルニアによる不顕性誤嚥を増悪させた可能性がある. 神経性大食症は前屈位での自発的嘔吐であり, 胃酸や大量の吐物の誤嚥とは異なり, 嘔吐を繰り返すことで食道内や口腔内に残留する食物を吸引した可能性が考えられた.

一般に抗うつ薬, 睡眠薬などの服用は咳反射を抑え誤嚥のリスクを高める. 本症例では, 内服を継続していたが, 治療介入後再発がみられなかったことから, 薬物の直接関与は低いと考えた.

摂食障害のなかでも神経性大食症の患者はるい瘦がなく, 血液検査で明らかな栄養障害, 電解質異常を認めないことがある. 主訴が摂食障害と一見無関係な場合, 確立した薬物治療がないため, 内服歴, 治療歴からは気づかれず, 摂食障害があることが見過ごされる可能性があ

る。神経性大食症の身体的特徴は、吐きだこといわれる手指背側の癬痕や胼胝、過食による唾液腺の腫脹、胃酸によるエナメル質の破壊から生じる齲歯、口内炎、口角炎、骨粗鬆症、浮腫などがある^{7,8)}。本症例は、上顎前歯は義歯であり、多発口内炎、唾液腺の腫脹、骨粗鬆症を認め、神経性大食症の可能性を疑う身体所見を呈していた。検索した限り、我が国および欧米の論文で神経性大食症とDABの関連についての報告はなく、診断されていない可能性が考えられた。びまん性小葉中心性粒状影の鑑別疾患としてDABを考える際、その原因疾患として神経性大食症も念頭に置き、身体所見や既往症を含め総合的に原因検索を行うことが重要であり教訓的症例と考え報告した。

謝辞：ファンギフローラ Y[®] 染色にて異物が食物繊維であることをご教示いただいた国立病院機構東京病院臨床検査科 蛇澤 晶先生に深謝いたします。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関して特に申告なし。

引用文献

- 1) 山中 晃, 他. 呼吸細気管支領域の特殊性とその病変の成り立ち. 日臨 1978; 36: 2427-33.
- 2) 福地義之助, 他. 6: 感染—びまん性嚥下性気管支炎の臨床. 日胸疾患会誌 1989; 27: 571-7.
- 3) 星 朗, 他. びまん性誤嚥性細気管支炎と考えられる像を呈したKlinefelter症候群の1例. 呼吸 1990; 9: 1519-24.
- 4) 内田 耕, 他. 食道アカラジアに伴ったびまん性誤嚥性細気管支炎の1例. 東邦医会誌 2006; 53: 45-50.
- 5) 小金丸聡子, 他. 若年男性に発症した胃食道逆流によるびまん性誤嚥性細気管支炎の1例. 倉敷中病年報 2006; 69: 175-9.
- 6) 平井圭太郎, 高齢者で誤嚥性肺炎を繰り返す食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下噴門形成術が有用であった1例. Kitakanto Med J 2011; 61: 193-7.
- 7) Timothy Walsh B. 摂食障害. ハリソン内科学, 第2版. 福井次矢, 他日本語版監. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル. 2007; 444-8.
- 8) McGilley B, et al. Assessment and treatment of bulimia nervosa. Am Fam Physician 1998; 57: 2743-50.

Abstract

A case of diffuse aspiration bronchiolitis because of an eating disorder

Masako Amano^a, Rie Kawabe^a, Ryo Okuda^a, Takashi Koide^a,
Hidekazu Matsushima^a and Chikabumi Kadoyama^b

^aDivision of Respiratory Medicine, Saitama Red Cross Hospital

^bDivision of Thoracic Surgery, Saitama Red Cross Hospital

A 46-year-old woman had recurrent high fever. Chest computed tomography (CT) showed bilateral diffuse centrilobular nodules. She underwent video-assisted thoracoscopic lung biopsy. Histological findings showed foreign bodies in the alveolar spaces and parenchyma. Foreign-body granulomas were also found around the respiratory bronchioles. After investigation into more-detailed history on eating habits, the cause of diffuse aspiration bronchiolitis (DAB) was proved to be bulimia nervosa. Following treatment of mental illness, she had recognized her clinical situation practically for the first time. Since then she has never experienced a recurrence of DAB, and chest CT findings improved remarkably. Case reports on DAB resulting from eating disorders are rare, and this educational case is worth reporting.