

## 4ヶ月の間に陰影の濃度が淡くなった限局性細気管支肺胞上皮癌 (野口B型)の1例

小林 健<sup>1</sup>・片桐亜矢子<sup>1</sup>・宇野幸子<sup>1</sup>・清水博志<sup>1</sup>・常塚宣男<sup>2</sup>・  
清水陽介<sup>2</sup>・田中伸佳<sup>2</sup>・車谷 宏<sup>3</sup>・片柳和義<sup>3</sup>・湊 宏<sup>4</sup>

**要旨**—— 限局性細気管支肺胞上皮癌はすりガラス影の結節としてCTで認められ、緩徐な増大傾向や濃度上昇を呈することが知られている。今回我々はHRCTにて4ヶ月の間に陰影が淡くなった限局性細気管支肺胞上皮癌の1例を経験したので報告する。(肺癌, 2008;48:68-69)

**索引用語**—— 限局性細気管支肺胞上皮癌, 野口B型, HRCT

症例: 73歳男性。

主訴: 胸部異常陰影の精査。

既往歴: 心房細動, 拡張型心筋症, 慢性心不全。

喫煙歴: 30本/日×48年。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 2003年より心房細動, 拡張型心筋症, 慢性心不全にて当院循環器内科に通院していた。2006年6月に胸部単純写真で異常陰影を指摘され胸部CTを施行したところ, 別の部位に結節影を指摘され, 1ヶ月後のCTで陰影に変化がなく肺癌を疑い, 精査目的で当院呼吸器外科に12月に紹介入院となった。

入院時現症: 呼吸音清, 表在リンパ節触知せず。

入院時検査成績: 腫瘍マーカーを含め正常範囲内 (WBC 4910/μl, Plts 21.1×10<sup>4</sup>/μl, Hb 14.5 g/dl, CRP 0.1 mg/dl, CEA 1.4 ng/ml)。

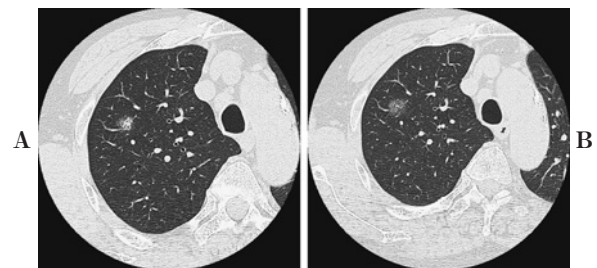
胸部X線およびCT所見: 8月の胸部X線写真では結節は指摘できず, 胸部CTおよびHRCT (Figure 1A)では右上葉S<sup>1</sup>に1.2 cm大で, 辺縁にすりガラス影を伴い中心部に充実部を伴う結節を認め, 1ヶ月後のHRCTでも変化を認めなかった。しかし, 12月に撮影したHRCT (Figure 1B)では内部の充実部は淡く全体がすりガラス影を呈する結節に変化していた。結節のCT値を測定したが, 周囲肺のCT値は変化なく, 結節全体のCT値では8月は-375 HU, 12月は-550 HUと明らかな低下を示していた。大きさは1.4 cmと軽度増大していた。

経過: 肺癌, 炎症性結節の鑑別がつかず, 術前VATSマーカーでマーキングを行い, 胸腔鏡下で結節の生検が

施行された。術中迅速組織診にて肺腺癌(野口A型もしくはB型)と診断され, 部分切除にて治療を終了した。

病理所見: 剖面では10×8×7 mm大の結節を認めた (Figure 2A)。組織学的には腫瘍は細気管支肺胞上皮癌で, 腫瘍細胞が肺胞上皮を置換するように増殖していた。肺胞の虚脱は認めるが線維化はなく, 野口B型と診断され, pT1, G1, p0, pm0, ly0 (-), v (-), margin (-)であった。胞隔壁は線維性に中等度から高度の肥厚を示すところも認められ, 一部にはリンパ球を主とする炎症細胞浸潤が強く認められた。(Figure 2B)。

考察: 限局性細気管支肺胞上皮癌 (LBAC) はCT検診を始め様々な理由で撮影された胸部CTで偶然発見されることが多く, 近年その発見例が多数報告されている。CT, 特にHRCTでは様々な割合ですりガラス影を伴う結節として描出される。すりガラス影を伴う肺結節には



**Figure 1.** A: HRCT (2007, Aug). HRCT of a pulmonary nodule was shown as mixed ground glass opacity at right S<sup>1</sup>. B: HRCT (2007, Dec). The density of nodule decreased on HRCT after 4 months.

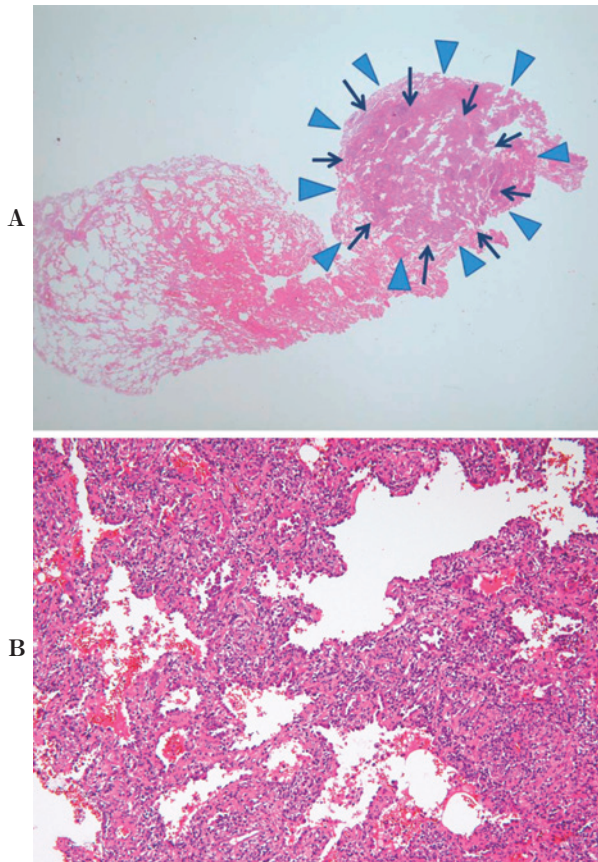
石川県立中央病院 <sup>1</sup>放射線科, <sup>2</sup>呼吸器外科, <sup>3</sup>病理科; <sup>4</sup>金沢医科大学病理部 (病理アドバイザー)。

※第56回日本肺癌学会北陸支部会推薦症例 (平成19年6月30日日本肺癌学会北陸支部会)。

<sup>1</sup>Department of Radiology, <sup>2</sup>Department of Respiratory Surgery,

<sup>3</sup>Department of Pathology, Ishikawa Prefectural Central Hospital, Japan; <sup>4</sup>Department of Pathology, Kanazawa Medical University, Japan (Adviser of Pathological Findings)。

© 2008 The Japan Lung Cancer Society



**Figure 2.** **A:** Pathological specimen showed an inflammatory nodule (arrow heads) which contain localized bronchioloalveolar carcinoma (arrows). **B:** Pathological findings of the resected specimen showed localized bronchioloalveolar carcinoma which contained thick inter-alveolar wall composed of inflammatory cells infiltration.

LBAC 以外に限局性炎症や異型腺腫様過形成など様々な病態があることが知られており、HRCT での経過観察の有効性が報告されている。

一方、LBAC の場合、HRCT での画像の変化としては、大きさや濃度が変化しない、大きさが大きくなっていく、内部の充実部が大きくなり結節としては小さくなっていくなど、多彩であることが報告されているが、大きくな

りながら充実部の濃度が淡くなるという変化の報告はない。<sup>1</sup>今回、我々の症例では4ヶ月の間に大きくはなつたが濃度が明らかに淡くなっていた。この原因として、病理学的に腫瘍に炎症性結節部が合併していたことが関連しているのではないかと考えられる。HRCT にて、野口 A 型や B 型ですりガラス影の濃度を決定するのは、結節内部にある含気部分と非含気部分の割合であり、非含気部分は腫瘍細胞というより胞隔の厚みである。今回の症例では発見された時点ではより高度の炎症細胞浸潤が腫瘍に対して生じており、切除前にはその炎症が改善し炎症細胞が減少し肺胞の硬化も軽快したとすれば、HRCT 所見の変化を説明しうる。

LBAC に対して炎症細胞が浸潤することは病理学的にも報告されている。<sup>2</sup>今回我々が経験した、HRCT の所見の変化が LBAC でもとり得ることを知っておくことは、HRCT ですりガラス影の経過を見る上で重要であろう。

#### Localized Bronchioloalveolar Carcinoma (Noguchi B) Decreased Density on Serial HRCT

Takeshi Kobayashi<sup>1</sup>; Ayako Katagiri<sup>1</sup>; Yukiko Uno<sup>1</sup>;  
Hiroshi Shimizu<sup>1</sup>; Yoshio Tsunozuka<sup>2</sup>; Yousuke Shimizu<sup>2</sup>;  
Nobuyoshi Tanaka<sup>2</sup>; Hiroshi Kurumaya<sup>3</sup>;  
Kazuyoshi Katayanagi<sup>3</sup>; Hiroshi Minato<sup>4</sup>

**KEY WORDS** — Localized bronchioloalveolar carcinoma, Noguchi type B, HRCT

(*JJLC*. 2008;48:68-69)

#### REFERENCES

1. Kakinuma R, Ohmatsu H, Kaneko M, Kusumoto M, Yoshida J, Nagai K, et al. Progression of focal pure ground-glass opacity detected by low-dose helical computed tomography screening for lung cancer. *J Comput Assist Tomogr*. 2004;28:17-23.
2. Bellocq A, Antoine M, Flahault A, Philippe C, Crestani B, Bernaudin JF, et al. Neutrophil alveolitis in bronchioloalveolar carcinoma: induction by tumor-derived interleukin-8 and relation to clinical outcome. *Am J Pathol*. 1998;152: 83-92.