

胸膜の肥厚と癒着

東京医科歯科大学 呼吸・睡眠制御学講座 准教授

玉岡 明洋

(聞き手 山内俊一)

胸膜の肥厚・癒着に関してご教示ください。
どういう疾患に見られますか。

<香川県開業医>

山内 玉岡先生、胸膜の肥厚・癒着といいますと、昔から健康診断のX線で肺尖部のあたりが何となくもやついていると、すぐにこういう診断名といいますか、所見が書かれるので、かえって精密検査をしないようなケースもあります。まず正しく診断、読影するコツですが、専門家の目から見たらどういったものなのでしょうか。

玉岡 おっしゃるとおりで、まず健診などでよく指摘される胸膜肥厚というのは、両側の肺尖部で、かつ左右が対称になっているものです。左右の肺尖部がギザギザして見えるような状態です。これはよくapical capと呼ばれているもので、ほとんどの場合は陳旧性の肺尖部の炎症や、周辺の胸膜の炎症が治った跡で、通常問題のない所見ですので、これは放置しておいても問題

はないだろうと思います。

山内 大半が陳旧性だろうと。ただ、これは違うというものにはどういったものがあるのでしょうか。

玉岡 まず肺尖部の場合でも左右が対称でないような場合、例えば片側だけ胸膜が不整に厚くなっているような場合ですと、肺尖部から発生する肺がん、いわゆるパンコースト腫瘍のようなものが隠れている場合もありますので、注意が必要かと思います。いずれにせよ、そういう場合でも比較してみないとわからないことが多いので、可能であれば前年度のX線と比較して、胸膜の厚みがだんだん増してきていないかといったところを見ていきます。

山内 胸膜の肥厚・癒着という所見は肺尖部というイメージが強いのですが、胸膜は全部にありますから、肺全

胸膜プラーク



両肺に石灰化を伴う胸膜プラークを認める。

陳旧性肺結核からの再発による 結核性胸膜炎と肺結核



右胸水貯留と右肺の結節影を認める。
左肺には陳旧性肺結核による石灰化が見られる。

体でありうるのですね。

玉岡 そうですね。典型的には肺尖部で指摘されるX線の健診所見が多いのですが、例えば肺底部であれば肋横隔膜角、CP angleとも呼んでいます、正常であればとがっているところが、鈍になっている、dullになっているような場合は、これも胸膜の炎症の治癒に伴う胸膜癒着で、例えば陳旧性の結核性胸膜炎の跡であったりする場合もあります。ただ、こういった場合も胸水などの活動性の病変との鑑別がすごく難しいと思いますので、やはりこれも過去のX線と比較して、それがもともとdullになっていて変わっていないのか、去年はシャープだったのに、今年dullになっているのかでも、話が

変わってくると思います。以前の写真と比較してみるとはすごく大事だと思います。

山内 癒着が見られる場合、やはり結核、肺がんには当然注意すると思うのですが、それ以外に重要な病変はありますか。

玉岡 例えば両側性に胸膜が石灰化を伴って肥厚しているような場合です。石灰化があると陳旧性の結核性胸膜炎を思い浮かべてしまうのですが、両側性で、わりと広範囲に胸膜に沿って石灰化が見られるようなときは、アスベスト暴露に伴う胸膜病変を考えないといけません。そういったアスベスト暴露に伴う特徴的な胸膜肥厚の病変を胸膜肥厚斑、胸膜プラークと呼んでいます。

こういう所見を見たときには、受診者の方にアスベスト暴露の既往や、職業歴などをしっかりと聞いておく必要があると思います。

山内 アスベストといいますと、この領域ではかなり重要なマークすべき疾患とみてよいのですね。

玉岡 そうですね。胸膜プラークそのものはもちろん悪性疾患でもありませんし、害がない場合が多いのですが、アスベスト暴露歴があるとなると、将来的に胸膜中皮腫の発生リスク、肺がんの発生リスクが高いことになりますので、注意してその後の経過を追っていかないといけない場合もあると思います。

山内 アスベストによるものは、部位的には肺尖部はあまり多くないのでしょうか。

玉岡 おっしゃるとおりで、肺尖部は比較的少なく、むしろアスベストに伴う胸膜の病変は中肺野から下肺野、あるいは横隔膜上にかけて見られることが多いと思います。

山内 肺尖部と下部あたりの異常は比較的判断がつきやすいのですが、中葉・下葉の少し上のあたりの癒着となると普通のX線写真ではあまり異常所見の診断をつけられていないような気がするのですが。

玉岡 ただ、例えば前胸壁側に病変があるときは、胸膜上にあるものも肺内にあるように見えるので、そういっ

た場合に中肺野の胸膜プラークなどは、あたかも腫瘤影や結節影のように見えることがあります。それはそれで、例えば肺がん疑いとか腫瘍の疑いというかたちで指摘されることもありますね。

山内 当然、多発しているのでしょうか。

玉岡 そうですね。そういった胸膜プラークの場合は多発して見られることが多いと思います。

山内 X線写真で異常が見られた場合に次に診断を進めるわけですが、まずは自覚症状の確認でしょうか。

玉岡 そうですね。胸膜炎などの活動性の炎症であれば、微熱や胸痛を伴うと思いますので、そういったときにはできるだけ早めに呼吸器内科専門医に紹介いただけるといいかと思います。

山内 あとは炎症性のCRPとか。

玉岡 そうですね。採血などで炎症があるかどうか判断していただくことはすごく大事だと思います。

山内 活動性かどうかは重要ですね。

玉岡 おっしゃるとおりです。

山内 結核の場合ですが、結核性胸膜炎の特徴は何かあるのでしょうか。部位的なものとか。

玉岡 結核性胸膜炎の場合も、まず胸水がたまることから始まってきますので、活動性の結核性胸膜炎の場合であれば、肋横隔膜角のところがdullになってくるということと、患者さんの症状としても、それに伴う微熱や胸

痛、倦怠感、寝汗が見られることが多いですね。あとは経過がゆっくりです。例えば、細菌性の胸膜炎などであれば急性の症状が強いですが、結核性胸膜炎の場合はゆっくり発症してくることが多いので、そういった経過と併せて判断しなければいけないかと思えます。

山内 フォローアップが非常に重要だということですね。

玉岡 そうですね。

山内 フォローアップの期間ですが、どのぐらいが適切なのでしょうか。

玉岡 なかなか難しいところですが、去年のX線と比べて、変化がないような場合であれば1年ごとのフォローでいいと思うのですが、初めて見たX線で胸膜癒着か、あるいは胸水なのかという区別が難しいような場合は、もう少し短期間、例えば3カ月とか、場合によっては1カ月とかいう短いスパンでフォローしていただくことも必要かと思えます。

山内 最後になりますが、X線写真上の肥厚・癒着ですが、最近、高齢者が増えてきて、施設入所時などにこういった写真の判読依頼がけっこう多いのですが、高齢者の場合はなかなか難しいですね。

玉岡 高齢者の方の場合は、過去に結核を含めたいろいろな感染症の既往があったり、手術を受けている方もい

らっしゃると思いますし、いろいろな疾患を合併されているので、おそらく陳旧性の炎症が多いと思います。そういったところは症状なども併せて総合的に判断せざるを得ないかと思えます。

山内 高齢者のCRPもいろいろな原因で少し高いという方はけっこういますね。

玉岡 実際はなかなか判断が難しいですね。

山内 X線写真も、姿勢が崩れたりして、毎回、形が違っていたりしています。

玉岡 なかなか指示どおりに撮影できない方が多いかと思えます。

山内 そういった場合には、喀痰検査などを重視することになりますか。

玉岡 そうですね。ぜひ総合的に判断していただけたらと思います。

山内 やはり時代の流れからいったら、可能であればCTスキャンを撮るほうがよいでしょうか。

玉岡 すべてをCTに、というのはそれはまた問題かと思うのですが、迷われたときにはCTを撮っていただくのがいいと考えます。

山内 いずれにしても、単純なX線写真ですが、情報量が非常に多いことは事実で、簡便さもあります。きちんと見ていく必要があるのですね。

玉岡 そうだと思います。

山内 ありがとうございます。