

## ●症 例

## 難治性誤嚥性肺炎を契機に診断した高齢発症筋萎縮性側索硬化症の1例

石川 宏明<sup>a</sup> 田地 広明<sup>a</sup> 山口 哲人<sup>b</sup>  
 保坂 愛<sup>b</sup> 野寺 博志<sup>a</sup> 寺本 信嗣<sup>a</sup>

要旨：症例は85歳，男性。201X年1月から咳嗽，喀痰が持続し，2月に肺炎の診断で抗菌薬を開始され3度にわたり薬を変更するも改善せず，4月に精査目的に入院した。気管支肺胞洗浄液で好中球優位の細胞増多を認め，嚥下造影検査で気管内侵入を認めたことから誤嚥性肺炎と診断し，口腔ケアを加えて治療を継続したが改善しなかった。嚥下機能が比較的急速に悪化していたため，神経学的検索を行い，進行性下位運動ニューロン障害などから筋萎縮性側索硬化症と診断した。誤嚥性肺炎が進行性神経疾患の最初の病態となる場合があり，注意が必要である。

キーワード：難治性誤嚥性肺炎，嚥下障害，嚥下造影検査，筋萎縮性側索硬化症

Difficult-to-treat aspiration pneumonia, Dysphagia, Videofluorographic examination, Amyotrophic lateral sclerosis

## 緒 言

誤嚥性肺炎は，嚥下障害による誤嚥の結果生ずる細菌性肺炎であるが，その原因となる嚥下障害の要因は多様である。特に高齢発症の神経疾患の場合，加齢変化との判別が難しく，その診断がなされないまま肺炎を繰り返している可能性を否定できない<sup>1)</sup>。今回我々は，超高齢で発症した筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis：ALS）を難治性誤嚥性肺炎の治療過程で診断する機会を得たので報告する。

## 症 例

## 1. 研究対象，方法

患者：85歳，男性。

主訴：咳嗽，喀痰。

既往歴：高血圧。

家族歴：特記すべきものなし。

生活歴：喫煙20本×40年（60歳から禁煙），飲酒なし。

現病歴：201X年1月6日から咳嗽，喀痰が持続し近医に通院していた。2月，同院の胸部X線検査で左下肺

野に浸潤影を認められ抗菌薬を処方されたが症状は改善せず，3月22日ひたちなか総合病院紹介受診した。外来にてセフトリアキソン（ceftriaxone），アジスロマイシン（azithromycin）で治療するが改善せず，4月18日精査目的に入院した。

## 2. 成績

入院時身体所見：体温37.4℃，血圧116/78 mmHg，心拍90 bpm，SpO<sub>2</sub> 90%（空気呼吸下）。意識清明で頭頸部異常なし。胸部聴診にて下肺野で水泡音を聴取，心雑音なし。

入院時検査所見：血算では，WBC 10,500/μl（seg 75.3%）で，白血球数の軽度増加がみられた。血液生化学検査では，Alb 2.8 g/dlで軽度低下，BUN 21.4 mg/dl，creatinine 0.7 mg/dl，CRP 4.75 mg/dlで軽度の炎症反応がみられた。空気呼吸下での動脈血血液ガス分析では，PaO<sub>2</sub> 61.4 Torr，PaCO<sub>2</sub> 36.6 Torrであった。

胸部単純X線画像では，2年前にはみられなかった浸潤影を左下肺に認めた（図1）。胸部CT検査では，右上葉，中葉で一部すりガラス状陰影を認めた。また左下葉全体にすりガラス状の陰影がみられた。精査のため気管支鏡検査を実施したが，挿入時の咳嗽反射が微弱であった。声帯付近から主気管支，気管分岐部に多量の泡沫上の白色喀痰を観察した（図2）。右B<sup>8</sup>aで施行した気管支肺胞洗浄（BAL）では，1.53×10<sup>5</sup>/mlと細胞数の増加を認め，細胞分画ではNeu 64%，Lym 12%であった。細胞診は，悪性所見を認めなかった。簡易嚥下誘発試験では，2nd Step SPTでのみ嚥下反射を確認した<sup>2)</sup>。嚥下

連絡先：寺本 信嗣

〒312-0057 茨城県ひたちなか市石川町20-1

<sup>a</sup>株式会社日立製作所ひたちなか総合病院呼吸器内科

<sup>b</sup>同 神経内科

(E-mail: shinjit-ky@umin.ac.jp)

(Received 1 Oct 2013/ Accepted 3 Dec 2013)

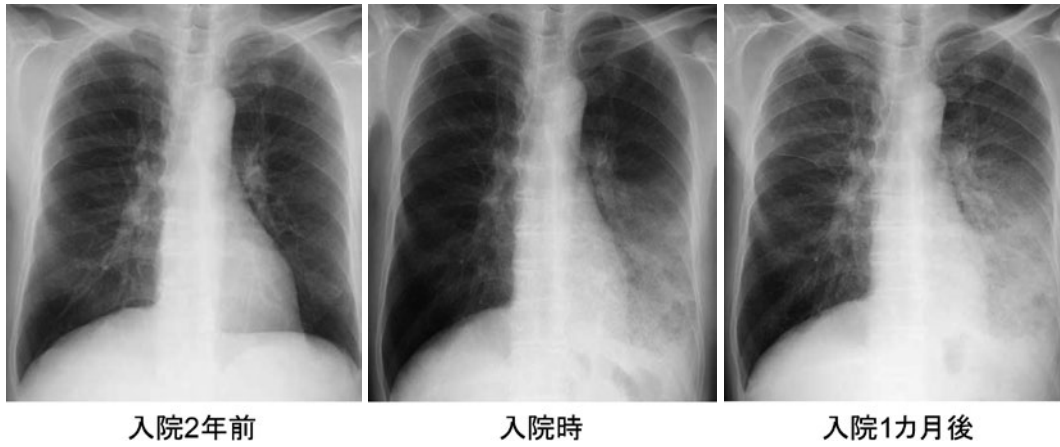


図1 入院前後の胸部 X 線画像の変化.

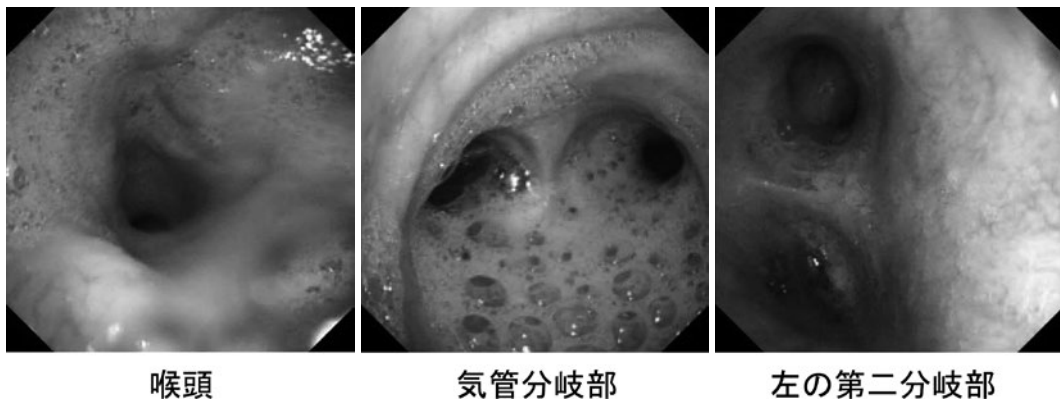


図2 気管支鏡下の喉頭, 気管内腔所見.

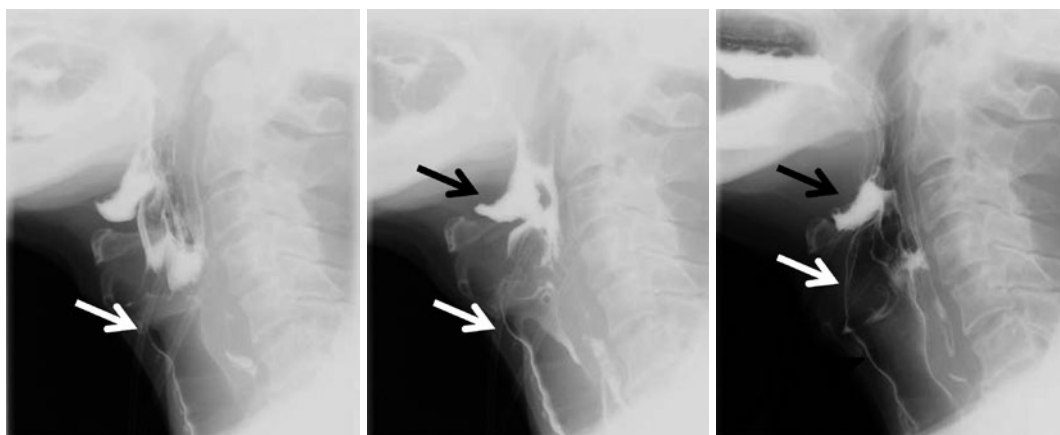


図3 嚥下造影検査所見. 黒矢印は造影剤の貯留所見, 白矢印は造影剤の気管内侵入所見.

造影検査では, 喉頭蓋谷の造影剤の貯留, 造影剤の気管内流入が確認された (図3). BAL 液の培養検査では, 有意な菌は検出されなかった.

認知機能は正常で, 口腔ケアを開始し, 食事形態を工夫して, sulbactam/ampicillin (SBT/ABPC) 6g/日の

投与を継続したが, 肺炎は改善しなかった. 嚥下機能障害が比較的急速に悪化していることを考慮し, 神経学的検索を行った. その結果, 脳病変はなく, 感覚系や自律神経系も異常がなかった. 針筋電図検査で脳神経領域を含めて全身に下位運動ニューロン障害を認めたことから,

筋萎縮性側索硬化症 (ALS) と診断した。本人、家族に病状を説明し、喉頭離断手術や人工呼吸管理などを望まなかったため、保存的に治療した。その後、6月21日肺炎の悪化にて死亡した。

## 考 察

今回我々は、誤嚥性肺炎を契機に高齢発症の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) を診断した。ALS はまれな疾患であるが、高齢になってからの発症が約3割あり、高齢発症例は進行が速く予後不良である<sup>3)</sup>。海外の報告では、診断時に80歳以上の患者の予後は、80歳未満に比べて5~6ヶ月短い<sup>4)</sup>。高齢ALSでは、嚥下障害などの球麻痺が初発症状である場合が半数以上で、他の神経症状が明らかでないまま、誤嚥性肺炎で発症する場合がある<sup>3)</sup>。剖検例では、ALSを含む運動ニューロン疾患の約7割は肺炎で死亡している<sup>5)</sup>。嚥下機能を評価すると、中下咽頭の筋力が低下し、嚥下刺激に対して嚥下筋が十分に反応できない<sup>6)</sup>。

本症例では食物の残留などの嚥下運動の咽頭期の障害を認め、十分な咳嗽反射がなく誤嚥を反復し、次第に重症化した。ALSについては、有効な治療法はなく、早期に診断しなくても運動ニューロン機能の改善は望めない。そこで、喉頭離断手術や経皮内視鏡的胃瘻造設術などの誤嚥・栄養対策、気管切開下での人工呼吸管理などの気道管理の選択がある。また、病状を受容して保存的にみる方法もある。いずれにしても、病態を理解したうえで、

患者家族と合意形成を図る必要があり、誤嚥性肺炎症例では、嚥下障害の原因について特殊な神経疾患の可能性についても考慮して、鑑別診断を行うことが必要と考えられた。

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) 嚥下性肺疾患研究会 (編). 嚥下性肺疾患の診断と治療—改訂版—. 東京：ファイザー, 2013.
- 2) Teramoto S, et al. Simple two-step swallowing provocation test for elderly patients with aspiration pneumonia. *Lancet* 1999; 353: 1243.
- 3) 下畑亨良, 他. 筋萎縮性側索硬化症の発症年齢と初発症状についての検討. *臨神経* 2006; 46: 377-80.
- 4) Forbes RB, et al. Scottish ALS/MND Register. The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis (ALS/MND) in people aged 80 or over. *Age Ageing* 2004; 33: 131-4.
- 5) Magnus T, et al. Disease progression in amyotrophic lateral sclerosis: predictors of survival. *Muscle Nerve* 2002; 25: 709-14.
- 6) Higo R, et al. Videomanofluorometric study in amyotrophic lateral sclerosis. *Laryngoscope* 2002; 112: 911-7.

## Abstract

### Case of elderly onset amyotrophic lateral sclerosis initially presenting as difficult-to-treat aspiration pneumonia

Hiroaki Ishikawa<sup>a</sup>, Hiroaki Tachi<sup>a</sup>, Tetsuto Yamaguchi<sup>b</sup>, Ai Hosaka<sup>b</sup>, Hiroshi Nodera<sup>a</sup> and Shinji Teramoto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Pulmonary Medicine, Hitachi, Ltd., Hitachinaka General Hospital

<sup>b</sup>Department of Neurology, Hitachi, Ltd., Hitachinaka General Hospital

An 85-year-old man was admitted to our hospital because of cough and sputum. During the 2 months prior to admission, he was repeatedly treated with several antibiotics for pneumonia; however, his symptoms did not improve. Videofluorographic examination indicated tracheal penetration and abnormal pooling. Therefore we diagnosed the patient with aspiration pneumonia. Oral care management was initiated, and 6 g of sulbactam/ampicillin was administered daily. However, the chest radiographic findings and symptoms did not improve. He was finally diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis based on the findings of neurologic examination. The possibility of late-onset neurological diseases should be considered in the differential diagnosis prior to initiating therapy for difficult-to-treat aspiration pneumonia in elderly cases.