

原 著

頸部結核性リンパ節炎の外科

中島由槻・田中一成・守純一

小山明・安野博

結核予防会結核研究所附属病院第1外科

受付 昭和56年1月6日

SURGICAL TREATMENT FOR TUBERCULOUS CERVICAL LYMPHADENITIS

Yutsuki NAKAJIMA*, Issei TANAKA, Junichi MORI, Akira KOYAMA and Hiroshi ANNO

(Received for publication January 6, 1981)

Seventy one surgical treatment was carried out for 67 patients with tuberculous cervical lymphadenitis during the last 10 years (1969-1978) in our hospital.

Although the morbidity rate at the national level has been decreasing gradually, there was no decline in the number of our cases throughout this period.

Most of them did not show typical local inflammatory symptoms, and characteristic conglomeration as recognized in no more than about half of cases and abscess formation in about 40%. They were mostly involved hemilaterally and the upper cervical nodes were involved a little more than the lower ones. In spite of the sufficient treatment with anti-tuberculous drugs, one-third of all cases showed worsening of local signs. Active pulmonary tuberculosis was found in 61.2% on chest X-ray and there were 10 cases combined with tuberculous lymphadenitis in other sites.

Surgical procedures of treatments were the incision alone for 12 cases, the simple resection of a swollen node for 34 cases, the radical dissection for 24 cases and the curettage for 1 case. Of these, the incision was employed for 28 cases primarily, but the second radical operation was necessary for 18 cases within 3 months.

Operative wounds healed almost completely with sufficient post operative anti-tuberculous chemotherapy, and the recurrence rate was 5.3% during 2 years after the surgical treatment.

The cultures of tuberculous bacilli in involved lymphnodes showed positive in only 20.6% of all examined cases. On the other hand, typical tuberculous lesions were pathohistologically demonstrated in 84% of examined cases. The preoperative anti-tuberculous chemotherapy for more than 3 months was significantly effective on the culture positive rate of tubercle bacilli especially in caseous lesions. During the follow-up, 5 recurrent cases were found until the end of 1979. Common factors of them were recognized as follows: Preoperative chemotherapy was shorter than 3 months (4/5), positive culture of tubercle bacilli in lymphnodes (4/5) and simple resection of a swollen node (3/5). Contrary to our expectation, no significant relation was recognized concerning the duration of postoperative anti-tuberculous chemotherapy.

From these results, we conclude that the surgical treatment for tuberculous cervical lymphadenitis should be performed to truly indicated cases with the sufficient postoperative anti-tuberculosis

* From the Research Institute Hospital, Japan Anti-Tuberculosis Association, 3-1-24, Matsuyama, Kiyose-shi, Tokyo 180-04 Japan.

chemotherapy for more than 6 months. Even in such cases, it is advisable to give effective anti-tuberculous chemotherapy for more than 3 months before the operation.

緒 言

化学療法の驚異的進歩、結核管理システムの確立、社会生活の向上等の諸要因により、結核症の発生および死亡は著しく減少し¹⁾、また治しうる病気として広く認識されるようになった。頸部リンパ節腫脹を来す疾患のうちで最も多いものと言われている頸部結核性リンパ節炎も²⁾、今や忘れられた病気の範疇に入れられつつある³⁾。しかしながら結核症は我が国において未だに年間約8万人の新たな発生をみており¹⁾、臨床医の日常診療において結核症を扱うことはそれほどまれではないと思われる。したがって臨床医が結核症の正しい治療に関心を寄せることは、いわば必然的な課題であろう。

頸部結核性リンパ節炎の治療は、現在 RFP を含む化学療法が主体であり⁴⁾ 外科治療は補助的手段にすぎないと言われている⁴⁾ が、治療、特に外科治療に関する最近の報告は意外に少ない。先にも述べたごとく、本疾患が頸部リンパ節腫脹を来すものの多くを占め、かつ結核性リンパ節炎の持つ固有の病態から、外科医が生検を含め本疾患に対し何らかの外科的処置を加えることは、日常において案外ありうると思われる。今回我々は過去10年間における当院での手術経験をもとにして、本疾患に関する問題点のいくつかを明らかにし、加えて化学療法下という条件付きながら外科治療の意義について述べてみたい。

対象および方法

頸部リンパ節の腫脹を来し、当院外科において切開排膿を含む何らかの外科的処置を施行し、採取検体の細菌学的または病理学的検索で結核症と証明されたもの、およびそれ以外でも他部位の結核症の存在、局所所見、経

過等の臨床所見から結核症が強く疑われかつ他のリンパ節疾患が否定できたものを頸部結核性リンパ節炎として検討の対象とした。期間は昭和44年から昭和53年までの10年間であり、その間に67名の患者に延べ71回の外科的処置を行なった。それらを外科治療施行71例として、頻度、術前の臨床的背景、術式、成績、病巣リンパ節内の結核菌および組織所見、再発例の各項目について検討した。

成 績

① 年次別頻度、男女別・年齢別頻度

年次別外科治療例数に減少傾向はみられない(図1)。年齢別例数は20代が最も多くそれに次ぐのが30代で、その2世代が全体の約2/3を占めている。最年少は17歳、最年長は81歳とともに女性であった(表1)。

② 局所症状、手術時リンパ節所見

局所症状は単なる腫脹が圧倒的に多く、典型的な炎症症状の揃ったものは少ない(図2)。手術時のリンパ節所見では、結核性リンパ節炎の一つの特徴といわれる腺塊形成は46.5%に認められた。一方何らかの外科的処置の必要な膿瘍形成は39.4%に認められた(図3)。なお結核性リンパ節炎の分類として広く知られている島田の5型への分類⁵⁾は retrospective には為しえなかつた。

③ 罹患部位

左右別では右頸部の外科治療施行が44例(62.0%)、左頸部のそれは26例(36.6%)で両側同時期のそれは1名(1.4%)のみであった。なお1側のみの外科治療例中には、同時期に両側頸部のリンパ節腫脹を見たが1側のみが外科治療の対象となつたもの4例、1側の治療後しばらくして対側にも発症し、それも外科治療を施行したものの2例が含まれている。

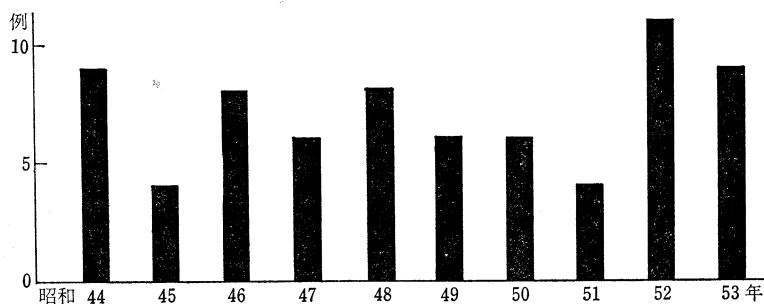


図1 年次別症例数

表1 年齢・男女別症例数

	～9歳	～19	～29	～39	～49	～59	～69	70歳～	計 (%)
男	0	1	17	12	3	3	1	0	37 (52.1)
女	0	1	10	9	5	7	1	1	34 (47.9)
計 (%)	0 (0)	2 (2.8)	27 (38.0)	21 (29.6)	8 (11.3)	10 (14.1)	2 (2.8)	1 (1.4)	71 (100.0)

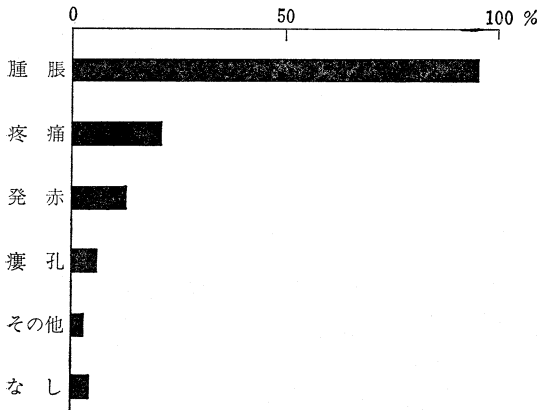


図2 外科治療施行前の局所症状

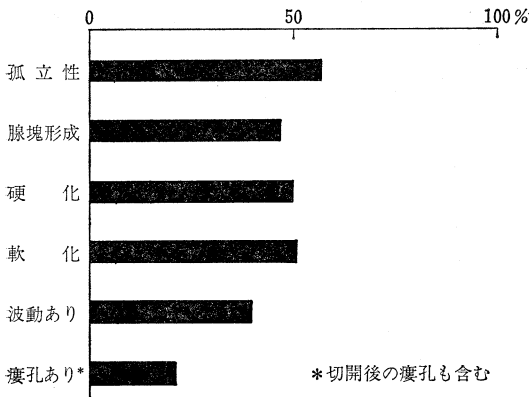


図3 手術時のリンパ節所見

外科治療の対象となつた罹患リンパ節の頸部に占める部位は表2に示すごとくである。この表からは頸部の広い範囲のリンパ節がまんべんなく侵されていると言える。しかし、今頸下部と上深頸部を上頸部とし下深頸部と鎖骨上窩部を下頸部として、上頸部と下頸部との発症の頻度差をみると、罹患リンパ節が上頸部のみに留つていたものが33例(46.5%)、下頸部のみのものは23例(32.4%)、両方に及んでいたものが15例(21.1%)で上頸部リンパ節の侵される割合がやや多いようである。

④ 外科治療施行時までの罹病期間

表2 罹患リンパ節部位

	頸下部	上頸部	下頸部	鎖骨上窩部	計 (%)
右	6 (5.6)	28 (25.9)	19 (17.9)	21 (19.4)	74 (68.5)
左	2 (1.8)	15 (13.9)	6 (5.6)	11 (10.2)	34 (31.5)
計 (%)	8 (7.4)	43 (39.8)	25 (23.2)	32 (29.6)	108 (100.0)

表3 手術術式

	切開 排膿	剔出*	根治 郭清	瘻孔 搔爬	計 (%)
初回治療	10 (14.1)	30 (42.3)	15 (21.1)	0	55 (77.5)
再治療	2 (2.8)	4 (5.6)	9 (12.7)	1 (1.4)	16 (22.5)
計 (%)	12 (16.9)	34 (47.9)	24 (33.8)	1 (1.4)	71 (100.0)

* 生検を含む

発症後6カ月以内に外科治療を施行したものが全体の66.2%を占めていたが、一方2年以上も経過して初めて外科治療に回つてきたものも8.4%あつた。ところで外科治療施行の少なくとも3カ月前までに、最低6カ月以上の継続的な抗結核化学療法を受けていたものが28例(39.4%)あつたが、このうち26例(36.6%)は充分な化療施行中にもかかわらず局所のリンパ節所見に悪化を来した例である。因みにこの26例中12例に外科治療施行時波動が認められ膿瘍が形成されていた。

⑤ 他部位結核の合併

外科治療施行時に胸部XP上で肺結核症の所見が認められたのは45例(67.2%)あり、その内訳は学会分類でI型1, II型22, III型18, IV型V型各2で、I～III型までの活動性結核が全体の61.2%もの高率に認められた。その他頸部以外の結核性リンパ節炎10例(縦隔肺門部5, 腋窩部3, 鼠径部2), 胸壁結核1例の合併が認められた。

⑥ 手術術式

71例中初回外科治療施行例は55例(77.5%)、再または再々治療例は16例(22.5%)であつた。先に切開術等を施行しその後2次的に剔出術、根治術等を施行した例ではその全体を1回の外科治療例として、その最終術式を掲げたのが表3である。このうち根治郭清術には、必ずしも松下の言う頸部リンパ節の7群すべての系統的郭清術⁷⁾のみでなく、病巣周囲のリンパ節の広範囲な根治的郭清除去も含めてある。また1次手術として切開排膿を施行したものが28例あつたが、そのまま治癒せしめえたのは10例(35.7%)のみで、残り18例(64.3%)は最長3カ月以内に2次手術を必要とした。

⑦ 治療および遠隔成績

根治術後瘻孔の残存したまま2カ月後に転院し追跡不能となつた1例を除いた残り70例では、最終手術後の創は数例に最長3カ月までの瘻孔残存を見たのみではほぼ完治している。

一方最終手術創が治癒し外科治療が終了したと見なされた後に、同側頸部の他部位に再び結核性リンパ節炎が生じた場合を再発と定義すると、外科治療後の再発例は5例に認められた。その内訳は最終手術後から6カ月以内の再発が2、1年から2年の間の再発が1、2年以上経過後の再発が2である。術後の遠隔を6カ月まで追跡できたのが58例、2年までのそれが38例あるので、6カ月以内の再発率は3.4%、2年以内のそれは5.3%となり、かなり良好な成績が得られた。

⑧ 病巣リンパ節内結核菌および組織所見

手術時採取された68例のリンパ節病巣から結核菌が検出されたのは24例(35.3%)、そのうち菌培養陽性は14例(20.6%)、塗抹のみ陽性が10例(14.7%)であつた(表4)。なお培養陽性例には1例も非定型抗酸菌は認め

られなかつた。一方組織学的に検索しえた50例のうち42例(84%)の高率に乾酪壊死を含む結核結節が認められた(表5)。

⑨ 結核菌培養陽性率と術前治療

組織学的に証明された乾酪巣内の結核菌培養陽性率は35例中7例(20%)、塗抹のみ陽性を含めると菌検出率は

表4 病巣リンパ節内結核菌所見

		塗 抹		計 (%)
		(+)	(-)	
培 養	(+)	3 (4.4)	11 (16.2)	14 (20.6)
	(-)	10 (14.7)	44 (64.7)	54 (79.7)
				68 (100.0)

表5 病巣リンパ節組織所見

乾酪壊死を伴う結核結節	42(84.0)
非特異的類上皮性肉芽腫	6(12.0)
その他	2(4.0)
計 (%)	50(100.0)

表6 術前化学療法のリムパ節病巣内結核菌に対する効果

化療期間	培 養 (+)	培養(-) 塗抹(+)	培養(-) 塗抹(-)	計
3カ月以上	0	3	12	15
3カ月未満 またはなし	7	0	13	20

表7 再発例の検討

年齢	性別	治療	罹病期間	肺* Tb	術前化療**	リンパ節の性状	術式	病理	結核菌	術後化療***	術後再発時期	再発形態	再発後の治療
40	F	初	6カ月以内	無	有	軟, 波動	切開→根治	(****) 膿瘍	培(+) 塗(-)	6年 (PET)	4年6カ月後	腫 脹	手 術?
19	M	初	6カ月以内	II型	無	塊状, 軟	剔 出	乾酪	培(+) 塗(+)	7カ月 (KRE)	5カ月後	瘻 孔	不 明
34	F	初	6カ月以内	無	無	塊状, 硬	剔 出	乾酪	培(+) 塗(-)	5カ月 (IE)	1年4カ月後	腫脹多発	化 療
44	F	再	6カ月~1年	III型	無	腫脹, 塊状	根 治	不明	培(+) 塗(-)	1年2カ月 (IE)	2年8カ月後	腫 脹	手 術
57	F	初	6カ月以内	無	無	腫脹, 硬	剔 出	乾酪	培(-) 塗(-)	7カ月 (IE)	5カ月後	膿 瘍	手 術

* 学会分類による

** 3カ月以上の術前化療

*** P: PAS, E: EB, T: TH, K: KM, R: RFP, I: INH

**** 肉眼所見

35例中10例(28.6%)、他方膿瘍形成例の膿内の菌培養陽性率は37例中4例(10.8%)、塗抹を含めた菌検出率は37例中10例(29.7%)で、いずれの場合も結核菌の検出率は30%前後の低率である。ところでこれらの結果を術前化療の有無によつて比較してみたのが表6である。乾酪巣内においては術前の化療を3カ月以上施行したものの群からは結核菌は培養で生えてこない。逆に3カ月未満または非化療群の菌培養陽性率は20例中7例(35%)と増加する。一方膿内においても術前3カ月以上化療群の培養陽性率は24例中2例(8.3%)で、3カ月未満化療または非化療群の13例中2例(15.4%)の約1/2である。この事実より、化学療法がリンパ節病巣内の結核菌に対し充分効果を持つことが裏付けられ、特に乾酪巣内においては統計学的に有意であつた($p < 0.01$)。なお術前化療群をRFP使用および非使用に分けたが、両者の間に特に明らかな差異は見出しえなかつた。

⑩ 再発例の検討

最後に再発例の検討をした。表7は再発5例についてその背景因子、術式、菌所見等を項目別に記載したものである。これらのうち各例に共通して多く認められるのは、初回治療(4/5)、術前化療3カ月未満または非化療(4/5)、病巣内菌培養陽性(4/5)、の3点である。また2年以内の再発3例は別出術のみ施行したものである。これらを総合すると、再発例に共通してみられる傾向は、初回治療で術前に化療を行なわないまま別出術のみ施行し、かつ病巣内の結核菌培養が陽性であつた場合ということになる。

考 案

まず結核性リンパ節炎に関する概要を眺めてみると、我が国における発生数は昭和53年の定期報告によれば、全国新患登録者数3,211名でこれは同年の全結核新登録者数の4.0%、活動性肺外結核の38.3%を占めている¹⁾。その発生頻度は活動性肺外結核の新登録患者数の推移から見て確かに減少していると思われるが、80~90%は頸部リンパ節に発生し²⁾³⁾、一方頸部リンパ節腫脹を来す疾患のうちで結核症は最も頻度が高いとも言われている²⁾³⁾。

我々の対象とした症例は、頸部結核性リンパ節炎の全母集団の中で、結核の専門病院における症例であること、肺結核で入院中に発症した症例がかなり含まれていること、外科的処置へ回されてきた症例であること等の条件付けされた1群であり、したがつて本疾患に関する一般的な疫学的数値が我々の対象症例に合致しないのはいわば当然である。すなわち、一般的に本疾患の発生頻度は減少傾向にありかつ女性に圧倒的に多い¹⁾にもかかわらず、我々の対象例では年次別数が減少せずまた男にやや多くみられているが、それは我々の対象例が先に挙げた条件

で規定されているためであると考えられる。年齢別頻度で若年者に多いことは通常言われている通りであるが、欧米等の文献⁹⁾にみられる小児の症例がないことについては、これも我々の病院が小児を扱う機会に乏しいことに帰因すると思われる。今回我々は当院において化学療法のみで治療された例については把握しえなかつた。したがつて化学療法のみと、それに外科治療を加えた場合との治療成績は比較できなかつた。しかし実際には、化療のみで治療されている頸部結核性リンパ節炎の確診例はそれほど多くはないと考えられる。したがつて疫学的事項以外の我々の成績は、ある程度本疾患の実態を反映しているとみなして差支えない。

島田は局所のリンパ節所見に基づいて結核性リンパ節炎を、初期腫脹型、硬化型、浸潤型、膿瘍型、潰瘍瘻孔型の5型に分類し⁶⁾、以来本邦ではこの分類が広く使われている。我々の図3において腺塊形成の著しいものは島田の浸潤型に、波動を主とするものは膿瘍型に相当すると言えよう。図2において特徴的なのは、典型的な炎症所見に乏しい単なる腫脹が圧倒的に多いことである。一方で鑑別診断にかなり有用な腺塊形成(パケット)を来すものが50%に満たないということは、本疾患の診断が経過および局所の理学的所見からのみではかなり難しいことを示していると思われる。ところで膿瘍型、潰瘍瘻孔型は外科治療の適応であると言われているが⁴⁾¹⁰⁾、我々の検索で膿瘍形成例が約40%に認められており、本疾患では外科的処置を要する場合がかなり多いことを示唆している。事実、本疾患または他部位の結核症のために外科治療の3カ月前までに6カ月以上の充分な化療が施行されていた例が全体の約40%を占め、更に膿瘍形成例がそのうちの46%(全体の17%)に認められた。充分な化療施行中に外科治療の対象となつたのは局所リンパ節所見の悪化があつたからであるが、そのような化療下の悪化例を約40%も含み、更にそのうちの約半数は外科治療の絶対適応であつたということは、化療の本疾患に対する限界を示すものとして興味深い。文献でも充分な化療にもかかわらず約30%前後に何らかの外科的適応が生じたと述べられている¹¹⁾¹²⁾。

罹患リンパ節はやや右側に多かつたがその理由は明らかでない。注目すべきことは、これら67名の患者のうちほぼ同じ時期に頸部リンパ節の腫脹が両側に生じたものは4名のみで、残りの63名(94.2%)は片側性に発症していることである。両側発症に関してはCampbellは27%¹¹⁾、青柳は42.3%⁹⁾と述べておりそれに比して我々の症例では極端に少ないが、一つの傾向として本疾患は片側の頸部リンパ節のある範囲に腫脹を来しつつ発症することが多いと言えよう。頸部リンパ節への結核菌の感染経路として咽喉頭が推定されているが¹³⁾、その一つの根拠である上頸部の方がリンパ節の変化が強いという事

実に対し、我々の結果は矛盾はしていないと思われる。ただし積極的にそれを支持する結果は得られなかった。従来より本疾患に活動性肺結核が合併するのは10~40%と報告されているが²⁾⁶⁾⁸⁾、我々のそれは61.2%でありかなり高いと言える。これは、我々の症例で肺結核で入院または通院中の患者が多いためと思われる。また縦隔肺門リンパ節腫脹があり同部の結核性リンパ節炎が疑われたものが5例あるが、これらの症例の頸部リンパ節罹病部位は、下頸部延べ7カ所に対し上頸部1カ所で下頸部が大部分であり、頸部リンパ節への結核菌の感染経路として少数ながら縦隔を上行するものがあることを示唆している。

本疾患の外科治療に際しては、切開排膿から系統的リンパ節郭清まで個々の症例に応じて適当な術式が選択されている⁴⁾⁷⁾¹⁰⁾¹²⁾¹⁴⁾。しかしより高度な病変の進展に対してはより根治的な術式が選択されるべきであることは言うまでもない。我々の再治療例に根治郭清術が多いのはその現れである。再治療16例のうち12例は他院で初回の外科治療を施行され、その殆んどが切開または剔出術であった。一方当院において1次手術として切開排膿を施行したもののうち、2次手術を要せず治癒したのは僅か1/3であったことを考慮すると、本疾患に対する手術術式を安易に切開排膿または単なる剔出術のみに頼ることは正しい態度とは思えない。

外科治療の手術成績と遠隔成績について述べると、少なくとも1960年代には再発率が25~90%と報告されているが¹⁴⁾¹⁵⁾、松下は既に1955年に、本疾患に対し頸部リンパ節の系統的郭清術により全例の治癒が得られ、かつ2年後の遠隔成績で再発率6.7%という非常に優れた手術成績を発表している⁷⁾。更に Byrd は1971年の論文で頸部リンパ節の enbloc な切除の成績が良好なことを述べているが¹²⁾、一方 Campbell は最近の詳細な研究で、術後1年半の化療終了時の結果から、根治的リンパ節切除が単なる剔出術(生検)のみより成績がよいとは言えず、根治術は瘻孔または非治癒瘢痕が合計10%も残存したと述べている¹³⁾。我々の手術成績は最長3カ月までの瘻残存が僅かにあつたのみで殆んど全例治癒している。更に術後の再発率もかなり低い。したがって外科治療はいたずらに忌避することなく、適応がある場合には十分な化療下で積極的に行なうべきものと考え。しかし我々は勿論すべての症例に系統的リンパ節郭清をすべきだとは思わない。繰り返すが、術式の選択はあくまで個々の症例に応じて充分治療効果をあげように行なわれるべきであり、更に2期的に外科治療を行なうことも考慮されるべきであろう。

罹病リンパ節内容の結核菌の培養陽性率は従来6~80%とかなりのばらつきが見られる³⁾¹¹⁾¹⁴⁾。しかしその多くは大体50~60%を示しているようであるが、Krish-

naswami はリンパ節内容の注意深い処理による培養陽性率は78.9%であつたと述べている³⁾。我々の症例では全体での結核菌陽性率は35.3%であつたが、培養陽性率は20.6%、更に組織学的に乾酪巣が証明されたものの中からの陽性率は20.0%、膿瘍内のそれは10.8%といずれも低率であつた。その理由は、Krishnaswami も述べているように検体の採取方法の不適當さと術前の化療の影響によるものと思われる。事実乾酪巣が証明されたものうち、術前の化療3カ月未満の群では培養陽性率は35%と増加していた。

リンパ節の組織所見は、結核に特異的な乾酪壊死を伴う結核結節が認められたのは、検索したもののうちの84%、非特異的類上皮性肉芽腫は6%で、結核の典型的組織像はかなり高率に認められた。この点については Krishnaswami の報告と差はない³⁾。ところで組織学的に結核と証明された病巣内からの菌培養陽性率は前述したごとく低率であつたが、逆に結核菌培養陽性であつたものではその93.3%が組織所見で結核性の乾酪巣を示した。したがって本疾患の確定診断のためには菌所見のみでは不十分で、組織所見の検索が非常に重要であることがわかる。ただし Tier は、結核性リンパ節炎においては非化療の場合には高度な乾酪壊死を伴う結核性肉芽腫が出現するが、化療下のものでは乾酪壊死の乏しい非特異的肉芽腫に近い所見を呈すると述べている¹⁶⁾。それゆえ組織学的に非特異的所見が得られたとしても結核が否定できないことは留意すべきであろう。

結核菌に対する術前化療の効果を見たのが表6である。この点に関しては今まで殆んど報告がない。我々の症例では術前に少なくとも3カ月間の充分な化療が施行されていれば、病巣内の菌に対する効果は特に膿瘍が形成されていない場合は充分得られていると言える。このことから化療中のリンパ節の局所所見の悪化は必ずしも結核そのものの悪化によるものでないことが推測できよう。なお RFP の使用有無別にみると、RFP の使用・非使用で病巣内菌所見に差が出なかつた。RFP 非使用の場合 INH・EB を主にした組合せが大多数に使用され、RFP 使用例では INH・RFP の組み合わせが主である。

再発5例の検討の中で、術前化療なしと病巣内菌培養陽性はそれぞれ4/5に見られ、かなりはつきりした傾向とみなすことができる。術式による差では2年以内の再発は3例とも剔出術であつたが、2年以後再発の2例はいずれも根治術であつた。術後の化療期間の長短は特に再発に関与していないようであるが、化療が殆んど行なわれなかつたものは例数が少なく follow up が不十分で、化療の有無による比較はできなかつた。化療の内容として RFP が一般に使われはじめた昭和48年頃以後の再発4例についてみると、3例が INH・EB の組み合わせで1例が INH・RFP であつた。

ところで再発例に共通してみられたいくつかの傾向を再発を来しやすい条件とみなすと、実際の臨床の場でそれらが満たされやすいのは、結核と疑われずに頸部リンパ節の生検が施行された場合であろう。すなわちこのような生検で結核性リンパ節炎と診断された場合は、常に再発を来しやすいという一見困った事態が生じることになる。術後の化療期間の長さが再発傾向に余り関与しないとすれば、この場合の再発防止に対する努力は、手術時期、術式の選択等の外科治療施行時の諸条件に向けられなければならない。すなわち、本疾患が強く疑われる場合にはまず十分な化療を開始して、生検の適応は慎重に検討されるべきであろうし、またもし生検で菌培養陽性の結核性リンパ節炎と診断されたら、徹底した化療下に注意深く follow up し、3ヵ月以後の局所所見の改善度によつては2次手術を施行すべきものとする。

結 論

最近10年間の当院における67名延べ71例の頸部結核性リンパ節炎に対する外科治療の経験から、以下のことが判明した。

① 局所所見として典型的な炎症症状に乏しく、また特徴的な腺塊形成が見られたものも約半数に過ぎなかった。

② 大部分が片側性に発症し、上頸部リンパ節が侵されることがやや多い。

③ 抗結核剤の治療を受けているにもかかわらずリンパ節所見の悪化を来したものが約1/3にみられた。

④ 個々の症例に応じて適当な術式を選択した結果、術後の創治癒はほぼ全例に認められ、また遠隔成績では6ヵ月後の再発率3.4%、2年後のそれは5.3%と、外科治療としてはかなり満足すべき結果が得られた。

⑤ リンパ節病巣内の結核菌陽性率は35.3%、培養陽性率は20.6%、一方組織所見で結核が証明されたのは84%、したがって本疾患の確診のためには組織学的検索が必須である。

⑥ 乾酪病巣内では、術前3ヵ月以上の化療施行群の菌培養陽性率は0%、3ヵ月未満または非化療群のそれは35%で、有意に化療群の培養陽性率が低かつた。なおRFP使用と非使用に差はなかつた。

⑦ 外科治療後の再発例に共通して認められたのは、初回外科治療で術前化療なく病巣内菌培養陽性かつ単に腫脹リンパ節の剔出術のみ施行の4点であり、これらの場合は再発を来しやすい傾向にあると言える。

⑧ 以上を総合し本疾患の治療方針として次のように

考える。本疾患が疑われた場合まず十分な化療を開始し、その経過中局所所見の悪化、膿瘍形成等の外科適応が生じたら積極的に外科治療を行なう。その場合でもできれば3ヵ月間の化療を行なつた後に外科治療を行なうべきである。ただし膿瘍は早期に切開排膿した後2次的に根治手術を予定する。術前化療なしの生検等が施行され、菌培養陽性であつた場合については考案の項で述べた。いずれにしても術後の十分な化学療法は必須のことであり、耐性試験の結果をみながらではあるが、INH・RFP・EB等による強力2剤または3剤による化療を、少なくとも最終手術後6ヵ月間は施行すべきであろう。

文 献

- 1) 厚生省公衆衛生局：昭和53年結核登録者に関する定期報告の状況，結核・呼吸器抄録，30：443，1979。
- 2) 山口智道：肺外結核，新結核病学概論，4版：294，結核予防会，1979。
- 3) Krishnaswami, H. et al.: Tuberculous lymphadenitis in South India—A histopathological and bacteriological study, *Tubercle*, 53: 215, 1972.
- 4) 安野 博：結核性頸部リンパ節炎，診断と治療，67：2033，1979。
- 5) 青柳昭雄他：リンパ節結核に対する Rifampicin の治療効果に関する研究，結核，48：351，1973。
- 6) 島田信勝・山本八州夫：淋巴腺結核症の虹波療法，外科，9：75，1947。
- 7) 松下良司：頸部リンパ節結核の根治手術（系統的廓清手術々式）について，手術，9：535，1955。
- 8) 加納保之：頸部リンパ節結核の治療，外科から，日本医事新報，No. 2064，117，1963。
- 9) Public Health Laboratory Service (Epidemiological Research Laboratory): Mycobacterial lymphadenitis, *Brit. Med. J.*, 1: 658, 1976.
- 10) 松下良司：リンパ腺結核，外科，23：1237，1961。
- 11) Campbell, I. A. and Dyson, A. J.: Lymph node tuberculosis: A comparison of various methods of treatment, *Tubercle*, 58: 171, 1977.
- 12) Byrd, R.B. et al.: The Role of Surgery in Tuberculous Lymphadenitis in Adults, *Ame. Rev. Respir. Dis.*, 103: 816, 1971.
- 13) 岩井和郎：結核の感染と進展，新結核病学概論，4版，133，結核予防会，1979。
- 14) Gillam, P.M.S. and Knowles, J.P.: The treatment of tuberculous lymphadenitis, *Tubercle*, 44: 112, 1963.
- 15) 浅井末得・塚田祐禧夫：頸部リンパ節結核の治療，治療，45：2101，1963。
- 16) Teir, H. et al.: Histopathological studies on the nature of lymph node tuberculosis, *Acta Tub. et Pneum. Scand.*, 42: 185, 1962~1963.