

症 例 報 告

リンパ節性気管支結核を伴った高齢者の両側多発頸部リンパ節結核の一例

平 田 世 雄

富山町国保病院

角 田 慎一郎

北条病院(館山市)

受付 昭和62年6月16日

A CASE OF BILATERAL MULTIPLE CERVICAL TUBERCULOUS LYMPHADENITIS  
WITH CASEOUS HILAR LYMPH NODES RUPTURED INTO BRONCHUS  
IN ADVANCED AGE MALE

Seiyu HIRATA \* and Shinichiro TUNODA

(Received for publication June 16, 1987)

A case of bilateral cervical tuberculous lymphadenitis of 85-year-old male showing multiple abscesses with cutaneous fistula associated with caseous hilar lymph node ruptured into the right bronchus revealed by bronchofiberscopy and lymph nodes swelling in the hilum and mediastinum by chest radiography was reported.

As large matted painless swelling and induration measured 75 × 60 mm suggesting malignancy were seen in the left upper neck, and it was unable to identify tuberculosis by biopsy of the suppurating abscess at the beginning, the diagnosis of tuberculosis was delayed for 6 months since the onset of the disease until the case of consulted to our clinic. The author stressed that in the differential diagnosis of cervical lymph nodes swelling, tuberculosis still remains one of the most probable diseases.

**Key words** : Tuberculous lymph adenitis,  
Lymph node ruptured into bronchus, Tuber-  
culous cutaneous ulceration

**キーワードズ** : 結核性リンパ節炎, リンパ節の気管支  
穿孔, 結核性皮膚潰瘍

はじめに

結核性リンパ節炎の大多数は頸部からであり、女性で若い人に多く、中に肺結核を合併している場合が少なくない。これから述べる症例は85歳の男性で、全く結核

の既往がなく、当初から広汎な腫脹浸潤を示したため、悪性腫瘍が疑われて治療開始が遅れ、来院時既に両側多発の潰瘍瘻孔を形成し、さらに内視鏡で右側にリンパ節結核の気管支壁穿孔を認め、系統的な肺門縦隔頸部リンパ節結核と判明した1例を経験したので、ここに報告

\* From the Tomiyama-machi Kokuho Hospital, 1127, Hegurishimo, Tomiyama-machi, Awa-gun, Chiba 299-22 Japan.

する。

### 症 例

患者：85歳男，元公務員，喫煙（－）

主訴：両側頸部多発性皮膚潰瘍瘻孔形成

既往歴：17歳の時胃潰瘍で手術。結核の既往はなく，家族にも結核はない。

現病歴：昭和61年9月初旬，左側頸部より顎下部にかけて無痛性で軽度の発赤を伴う硬結腫脹が発生し，当初虫に刺されたためと思ったが，硬結が比較的急速に増大したため9月24日に近医を受診した。当初腫脹硬結は75×60mm大で発赤と軽度の圧痛を伴った。10月3日に皮膚の一部が自潰排膿し，膿の細胞診はclass Iであったが，皮膚を含めた生検は非特異性の膿瘍という診断であったため，悪性リンパ腫や癌の転移がより疑われた。その後大学病院を含め他の病院を受診したが，いずれも頸部悪性腫瘍の疑いで手術不能と診断され，この間浸潤硬結は12月末までに数カ所自潰し，皮膚瘻を形成した。翌62年1月5日に右側頸部リンパ節が孤立性に腫脹，1月19日に自潰。続いて1月30日同側顎下部リンパ節が腫脹，2月28日に自潰瘻孔を，最後に左胸鎖関節部の皮下に孤立性の腫脹を来し，同様自潰皮膚瘻を形成した。この間治療は悪性腫瘍の疑いで，11月頃から制癌剤が投与された。しかし3月13日に初めて左側より採取した膿から結核菌が培養陽性と判明したため，頸部リンパ節結核という診断で，昭和62年3月18日当院に紹介入院となった。

入院時現症：身長153cm，体重48kg，白内障によ

る視力障害で外出が不自由のためか顔面がやや蒼白，首は病変で可動性に制限があり，37.4度の微熱と軽度の倦怠感があった。

入院時検査成績（表）：ツ反は強陽性，血沈は高度促進，軽度の貧血と左方移動を認めた。

頸部の局所所見は図1のように，左側は頸中部より下顎角部，耳介下部にかけ，一部肩にまたがる広汎な皮下の浸潤硬結と中央部の癬痕化による皮膚の陥没があり，中に計6個の潰瘍瘻孔形成を認め，うち隣接する4個は互いに交通していた。更に離れた下方の胸鎖関節部にも単独の皮膚の潰瘍形成を認めた。右側は図2のように，下顎角部と胸鎖乳頭筋の中央部の2カ所に孤立性の皮下の硬結と中央部の潰瘍形成を認めた。これら計9個の潰瘍の底部に，乾酪壊死物質が露出しているものもあり，入院直後生検を兼ねて搔爬郭清を行い，壊死物質より塗抹3回中1回にG2を，培養では70コロニーの結核菌を証明した。組織像は部分的に好中球を混え，リンパ球浸潤を主とし，壊死物質を含む肉芽腫の所見であった。

胸部レ線像は図3のように，肺野に異常はないが，上中縦隔の幅の拡大と辺縁のぼけがあり，断層（図4）では左右両側の肺門縦隔リンパ節腫大を示唆する像を認め，CT像（図5）でも同様な所見であった。このため内視鏡検査をしたところ，図6のように右上幹と中幹気管支の分岐部にリンパ節の乾酪化による気管支壁の穿孔を認めたため，本症例は肺門縦隔頸部を含めた系統的リンパ節結核と判明した。なお腹部はエコーや触診でもリンパ節の腫脹はなく，腋窩鼠径リンパ節も触れ得なかった。

入院後SM，RFP，INHによる化学療法で1週間後

表 入院時検査成績

末梢血		血液生化学	
RBC	306×10 <sup>4</sup>	TP	6.3g/dl
Hb	9.8g/dl	A/G	0.81
Ht	19.5%	TT	4.45u
Plat.	29.8×10 <sup>4</sup>	ZTT	24.04u
WBC	5000	Al-p	7.29 K・A-u
st	12	BUN	12.3 mg/dl
seg	58	LDH	305 C・W-u
Ly	18	GOT	18.9 K-u
M	10	GPT	9.8 K-u
E	1	血清蛋白分画	
血沈	93mm/h	al	49 %
ツ反	$\frac{20 \times 15}{35 \times 40}$	$\alpha_1$	4.1 "
尿	正常	$\alpha_2$	9.7 "
CRP	1+	$\beta$	7.1 "
Wa-R	+ (TPHA320)	$\gamma$	29.9 "
		ICG	16 %

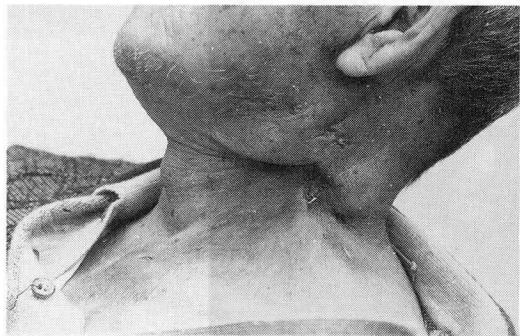


図1 左頸部の所見。下顎角部を中心とし、皮下の浸潤硬結と皮膚の陥凹、離れた下方胸鎖関節直上を含め計7個の潰瘍瘻孔を認める。

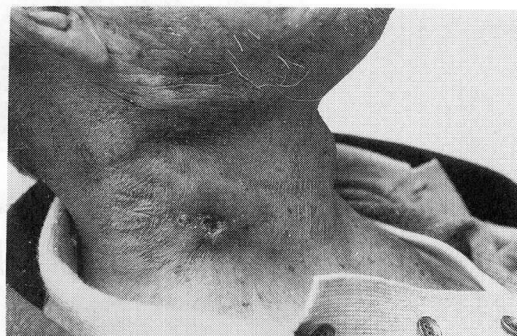


図2 右頸部の所見。下顎角部と胸鎖乳頭筋の中央の2カ所に潰瘍を認める。

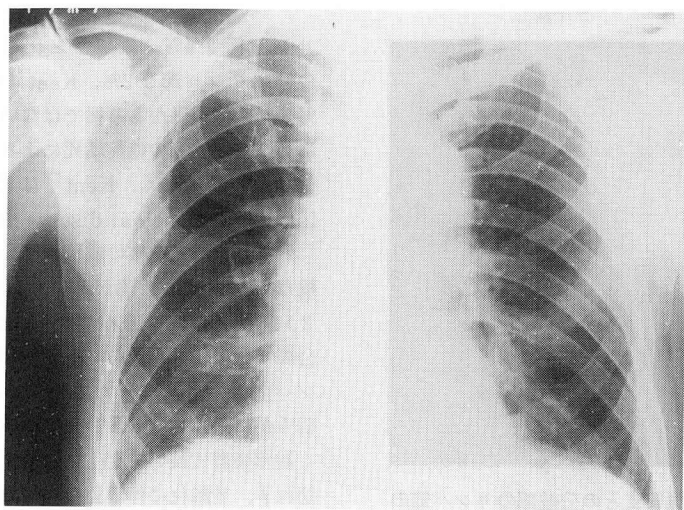


図3 入院時胸部レ線像。上中縦隔の幅の拡大と辺縁のぼけ。

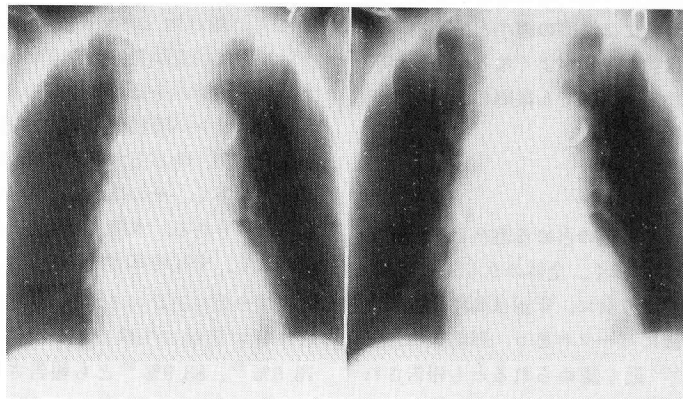


図4 断層像9, 10cm。肺門縦隔のリンパ節腫大像。

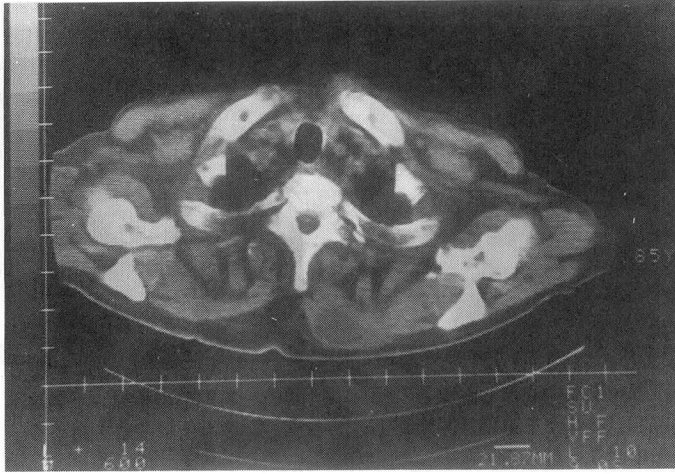


図5 上縦隔CT像。傍気管リンパ節の腫大。

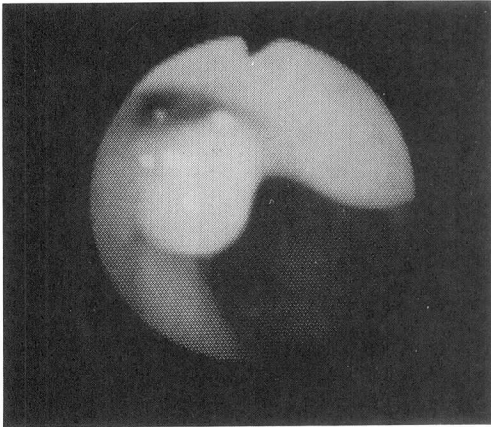


図6 右上幹と中幹気管支との分岐部のリンパ節の穿孔像

には微熱は消退し、潰瘍底部の壊死組織を鋭匙で数回掻爬除去した結果、2カ月後には潰瘍の縮小と分泌物の著明な減少を認め、患者は首の動きがよくなり体全体が軽くなったという。また胸部レ線像でも縦隔の所見が改善され、目下なお治療継続中である。

### 考 察

頸部リンパ節腫脹のうち結核の占める割合は、転移性腫瘍、単純性炎症について多く、全体の9.5%<sup>1)</sup>や17.9%<sup>2)</sup>とも報告され、男より女に、年齢は高齢化の傾向にあるがなお30～50歳にピークがあり、肺結核の合併は15%<sup>3)</sup>から約半数<sup>4)5)</sup>近く認められるとも報告されている。病変の両側性の頻度については4.3%<sup>2)</sup>、10.7%<sup>4)</sup>、19.6%<sup>6)</sup>とも報告されているが、本症例のように肺門縦隔リンパ節結核の合併は、小西池ら<sup>4)</sup>の肺門

リンパ節2.4%、縦隔リンパ節4.8%、Summersら<sup>6)</sup>の縦隔リンパ節9.2%、Kent<sup>7)</sup>の縦隔肺門リンパ節8%の頻度に合併があり稀ではない。しかし本症例のように肺門リンパ節の乾酪壊死による気管支壁への穿孔の合併の報告は少なく、Kent<sup>7)</sup>は55例中1例の tuberculous endobronchial disease を報告している。

頸部リンパ節結核の成因については、1)管内性に扁桃などに運ばれた菌がリンパ行性に移動したもの<sup>8)</sup>、2)肺門より縦隔リンパ節へと上行性に菌が運ばれた場合のほかに、3)粟粒結核の一つの形として全身性にリンパ血行性に転移した場合<sup>9)</sup>があげられる。本症例は明らかに最も頻度の多い第2の成因からであり、おそらく初感染群に続いて発生した肺門リンパ節病変が治癒し切れず、老齢化に伴い免疫力の減退に乗じて悪化し乾酪壊死を起こして気管支壁を穿孔するとともに、肺門縦隔から頸部へと進展した系統的なリンパ節結核と思われる。しかし同様に胸部に近い鎖骨上窩や下頸部のリンパ節を越えて、離れた submandibular や subauricular のリンパ節に病変が発生しやすい理由については、筆者も十分な説明能力を持っていない。

本症はリンパ節腫大のみで自覚症のない場合が大多数を占めるが、時として局所の疼痛のほかに全身症状として発熱が多く、そのほか体重減少、食欲減退、疲労感などがあげられる。本症例は病変の範囲が広い割に自覚症が軽微で、来院時疼痛は殆どなく、微熱、首の運動制限と軽度の倦怠感があった。

本症の診断は生検によるのが36.5%<sup>4)</sup>、45.3%<sup>5)</sup>、76.6%<sup>2)</sup>、83.9%<sup>3)</sup>とも報告されるのに比し、病巣からの菌陽性率は6.7%<sup>5)</sup>、14.3%<sup>2)</sup>、21.5%<sup>3)</sup>、25%<sup>4)</sup>、38<sup>10)</sup>%とも報告されているように、一般的に診断確定の方法として、生検は菌検査を上回るのが現状のようで

ある。しかし本症例は当初生検で単純性の膿瘍と診断され、加えるに発病当初よりリンパ節病変は孤立性でなく、腺塊を形成した広汎な腫脹硬結で、肺野に異常がなく、高齢かつ男性であったため、頻度の最も多い腫瘍やほかに鑑別を要する疾患が結核よりも強く疑われた。しかし浸潤硬結の一部が軟化して定型的な結核性潰瘍を形成したにもかかわらず、依然として悪性腫瘍が疑われたことは、近年大学を始め大病院における結核に関する知識や関心の低下を物語るものであろうか。一方 Hinshaw は *Dis. of the Chest*<sup>11)</sup> の中で、病理学者はしばしば組織所見のみで結核と診断しえないと述べ、検体の採取の仕方や混合感染による変化を考慮に入れた診断が必要である。

治療の基本は、系統的な結核症という考えで化学療法が必要であることはいまでもなく、現在再発のないよう RFP<sup>2)4)5)</sup>を含めた薬剤を1～2クール施行すべきとの意見が大多数を占めている。

しかし、膿瘍化や潰瘍瘻孔形成には外科的に切開排膿や搔爬を、化学療法でなかなか治癒しない場合には摘出も必要<sup>10)</sup>とされている。外科的操作の必要性については、内科側と外科側では多少の見解の相違があるが、本症例は入院後化学療法のほかに包交に際して数回搔爬を加え、乾酪壊死物質の除去につとめた結果、潰瘍は2カ月後には殆ど閉鎖し、治癒促進に有効であった。

### む す び

右肺門リンパ節結核の気管支内穿孔と、両側肺門縦隔リンパ節腫大を伴った、85歳男性に発生した両側多発潰瘍形成の頸部リンパ節結核の1例を報告した。本症例は結核の既往がなく、発病当初より広汎な左側頸部の腫脹硬結を示し、生検でも結核と診断されず、悪性腫瘍が強く疑われたため、治療開始まで6月間の遅れがあった。

頸部リンパ節の疾患に結核は忘れてならない疾患の一つである。

本症例の要旨は、第111回日本結核病学会関東支部、第74回日本胸部疾患学会関東地方会合同学会で報告した。

### 文 献

- 1) 白日高歩他：Histiocytic necrotizing lymphadenitis の臨床病理学的検討，結核，61：627，1986.
- 2) 伊東 裕：結核性頸部リンパ節炎，結核，60：85，1985.
- 3) 伊東 裕：頸部リンパ節結核，結核，59：171，1984.
- 4) 小西池穂一他：国立療養所における肺外結核の実態と化学療法（淋巴節結核について），結核，60：255，1985.
- 5) 亀田和彦他：頸部リンパ節結核の検討，結核，60：59，1985.
- 6) Summers, G. D. et al. : Tuberculosis of superficial lymph nodes, *Brit Dis Chest*, 74 : 369, 1980.
- 7) Kent, D. C. : Tuberculous lymphadenitis, not a localized disease process, *Am J Med Sci*, 254 : 866, 1967.
- 8) 日本結核病学会教育委員会：結核症の基礎知識，結核，56：85，1981.
- 9) Hinshaw and Murray : *Diseases of the Chest*, Igaku-Shoin / Sanders, Tokyo, 1980.
- 10) 安野 博他：結核性頸部リンパ節炎に対する外科療法，結核，56：240，1981.
- 11) Hinshaw and Garland : *Diseases of the Chest*, Sanders Second Edition, 1966.